

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADO
EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

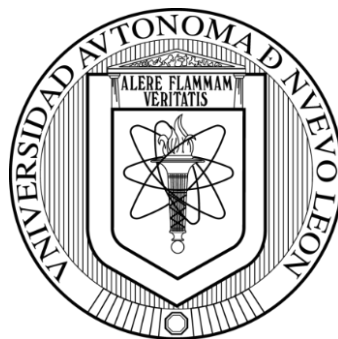
Por

LIC. GLORIA ESTEPHANY DIMAS SÁNCHEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADO
EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Por

LIC. GLORIA ESTEPHANY DIMAS SÁNCHEZ

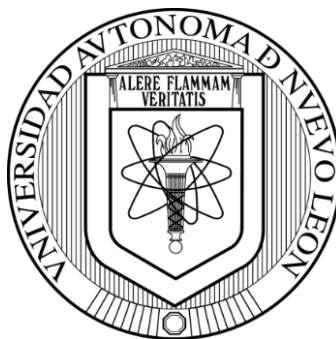
Director de Tesis

MCE. MARIA GUADALUPE INTERIAL GUZMAN

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADO
EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Por

LIC. GLORIA ESTEPHANY DIMAS SÁNCHEZ

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2021

NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADO
EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Aprobación de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Director de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Presidente

Dra. Leticia Vázquez Arreola

Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca proporcionada para realizar los estudios del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo brindado para realizar los estudios del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán, directora de tesis por su apoyo y consejos otorgados durante el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y la Dra. Leticia Vázquez Arreola por su orientación y apoyo para el desarrollo del presente trabajo.

A los profesores del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería por su apoyo y conocimientos brindados a lo largo del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la MCE. Victoria Guevara Soria y a los jefes de departamento donde se llevó a cabo la recolección de datos, por su apoyo otorgado.

Al DCE. Carlos Alberto Salazar Moreno por su apoyo y consejos durante estos dos años, gracias por cada plática y experiencia compartida.

A mis compañeros Guadalupe, Dayana, Cynthia, Yaretzhi y Adolfo, gracias por las experiencias vividas durante estos dos años, por su apoyo y comprensión. Aprendí bastante de cada uno de ustedes.

A mis amigos Ana, Dalia, Erick y Ulises por su apoyo y palabras de aliento brindadas durante estos dos años.

Dedicatoria

A Dios, por guiarme, cuidarme, ser mi amparo, mi fortaleza y mi todo, por darme la paciencia y valentía para superar los momentos difíciles que viví al estudiar el Programa de Maestría.

A mis padres, siempre presentes, por su amor, paciencia, apoyo, sus esfuerzos, consejos y comprensión, los cuales me dieron fortaleza para culminar el Programa de Maestría. Este logro es para ustedes, mi gran familia.

A mis hermanos Griselda, Selene, Luis y Apolinar por su motivación y comprensión en todo momento de mi vida, particularmente durante estos dos años.

A mi novio Irvin por su amor, paciencia, comprensión, por cada sonrisa compartida y por incentivar me en todo momento.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	6
Subestructuración teórica	12
Estudios relacionados	15
Definición de términos	22
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Capítulo II	
Metodología	24
Diseño del estudio	24
Población, muestreo y muestra	24
Criterios de inclusión	24
Instrumentos de medición	25
Procedimiento de recolección de datos	27
Consideraciones éticas	30
Plan de análisis estadístico	31
Capítulo III	
Resultados	33
Consistencia interna de los instrumentos	33
Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad crónica	34
Tipos de enfermedad crónica y comorbilidades	35
Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en pacientes con enfermedad crónica	36

Tabla de contenido

Contenido	Página
Cuidado en el hogar de los pacientes con enfermedad crónica	44
Prueba de normalidad de las variables del estudio	50
Diferencia de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario por sexo, estado civil y situación laboral	51
Relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con edad y nivel educativo	53
Relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar	55
Capítulo IV	
Discusión	56
Conclusiones	63
Limitaciones	63
Recomendaciones	64
Referencias	65
Apéndices	71
A. Consentimiento informado	72
B. Cédula de número telefónico	76
C. Cédula de datos personales	77
D. Escala de necesidades de aprendizaje en pacientes hospitalizados	78
E. Instrumento “CUIDAR” para el manejo de cuidado en el hogar	83

Lista de Tablas

Tabla	Página
1.Consistencia interna del instrumento de necesidades de aprendizaje del paciente	33
2. Consistencia interna del instrumento competencia del Cuidado en el hogar	34
3. Características sociodemográficas de los participantes	35
4. Tipos de enfermedad crónica y comorbilidades	36
5. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión medicación	37
6. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión actividades de la vida diaria	38
7. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión comunidad y seguimiento	39
8. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión sentimientos relacionados con la condición	40
9. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión tratamiento y complicaciones	41
10. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión calidad de vida	42
11. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión cuidado de la piel	43
12. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario global y por dimensión	44
13. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión conocimiento	45

Lista de Tablas

Tabla	Página
14. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión conocimiento unicidad	46
15. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión instrumental	46
16. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión disfrutar	47
17. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión anticipación	48
18. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión relación e interacción	48
19. Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica global y por dimensión	49
20. Niveles de cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica global y por dimensión	50
21. Prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors	51
22. Prueba U de Mann-Whitney y H-Kruskal Wallis para necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario según sexo, estado civil y situación laboral	52
23. Coeficiente de correlación de Spearman de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con edad y nivel educativo	54
24. Coeficiente de correlación de Spearman de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar	55

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de las transiciones de Meleis (2015)	11
2. Relaciones de conceptos de la teoría de las transiciones de Meleis (2015)	12
3. Estructura Teórico-Conceptual-Empírica de la teoría de las transiciones de Meleis (2015)	14

Resumen

Lic. Gloria Estephany Dimas Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha: Enero, 2021

Título del Estudio: NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADO EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Número de páginas: 85

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y Método del Estudio: El propósito del presente estudio fue determinar la relación de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con características personales y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica (EC) de un hospital público de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional; se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el tamaño de muestra fue de 206 participantes con EC (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal crónica). Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El estudio se apejó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

Contribución y conclusiones: Referente a las EC predominaron la diabetes mellitus (37.4%) y la hipertensión arterial (35%); el 64.1% de los pacientes no presentó comorbilidades. Las necesidades de aprendizaje globales al egreso hospitalario tuvieron una media de 3.75 ($DE= 0.71$). Las necesidades más importantes fueron medicación con 4.06 ($DE= 0.79$), calidad de vida con 3.84 ($DE= 0.85$) y tratamiento y complicaciones con 3.76 ($DE= 0.81$). Respecto a las características personales, los hombres ($U= 4385.50$; $p= .036$) reportaron una media más alta de necesidades de aprendizaje, que las mujeres ($M= 194.30$; $DE= 32.40$ vs $M= 184.50$; $DE= 38.06$), no se reportaron diferencias significativas en cuanto al estado civil ($H= 5.808$, $p= .325$) y la situación laboral ($U= 4854.50$, $p= .697$), no obstante, los participantes en unión libre y empleados, presentaron medias más altas de necesidades de aprendizaje. En relación con la edad, se encontró que a menor edad mayores necesidades de aprendizaje ($r_s= -.207$, $p= .003$) y a mayor nivel educativo mayores necesidades de aprendizaje ($r_s= .244$, $p<.01$). En cuanto al cuidado en el hogar se encontró una media 43.57 ($DE= 10.34$) ubicada en el rango medio de competencia para el cuidado en el hogar, respecto al nivel de cuidado el 62.2% de los participantes presentaron niveles bajo y medio. Referente a las dimensiones, de acuerdo con su nivel, unicidad (71.8%) y anticipación (54.8%) se encontraron bajos, en comparación con las demás que presentaron altos niveles de cuidado. No se encontró relación de las necesidades de aprendizaje y cuidado en el hogar ($r_s= .039$, $p= .594$). Lo anterior, representa la importancia que tiene el brindar una educación adecuada a los pacientes al egreso hospitalario.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

En los últimos años, se ha generado una alerta mundial por el incremento de las enfermedades crónicas (EC), responsables del 71% de muertes, es decir, 41 millones de personas fallecen a causa de ellas cada año; las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes (17.9 millones cada año), seguidas del cáncer (9.0 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes mellitus (1.6 millones), siendo la población adulta (mayor de 50 años) la más vulnerable (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), registra que las principales causas de morbilidad en población mayor de 20 años son la diabetes mellitus e hipertensión arterial afectando al 14.4% y 18.4% de las personas, respectivamente. Del mismo modo, las enfermedades crónicas encabezan las causas de mortalidad en hombres y mujeres, destacando las enfermedades del corazón (23.5%), diabetes mellitus (15.7%), tumores malignos (13.4%) e insuficiencia renal crónica (1.6%), predominantes en la población mayor de 65 años (Instituto Nacional de Estadística Geográfica [INEGI], 2020). Por otra parte, Nuevo León registró 8, 879 defunciones a causa de problemas del corazón, 4, 199 muertes por diabetes mellitus y 665 muertes por insuficiencia renal (INEGI, 2021).

Estas enfermedades son complicadas, de larga duración y por lo general, demandan más apoyo de cuidado; por esta razón se ha enfatizado más la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, constante e integral que responda a las necesidades de aprendizaje de los pacientes para que puedan desarrollar su cuidado en el hogar (Sánchez, 2011). El plan de egreso adquiere relevancia en este contexto, y en particular, cuando el incremento del costo institucional presiona el paso de servicios de

mayor a menor complejidad y del hospital al hogar, sin que exista la preparación adecuada para asumir la responsabilidad de cuidado (Sánchez et al., 2014).

Lo anterior, contribuye a que se presenten reingresos hospitalarios frecuentes, cuyas tasas oscilan entre el 5% al 19.6%, dependiendo de las instituciones, debido a egresos no planificados, que ocurren dentro de los primeros 30 días, generando costes anuales que oscilan entre 12,000 a 17,400 millones de dólares en los Estados Unidos y 1,600 millones de libras esterlinas en el Reino Unido (Aragón-Alegría et al., 2020). Los reingresos son más altos en los pacientes con enfermedades cardiovasculares (26.9%), enfermedades respiratorias crónicas (22.6%) y diabetes mellitus (20%), de ahí la relevancia de estandarizar un plan de alta, para este grupo de pacientes (Jayakody et al., 2016).

Es importante preparar e instruir al paciente sobre los cuidados en casa, para evitar complicaciones, reingresos hospitalarios y quejas (Consejo de Salubridad General [CSG], 2018; Tixtha et al., 2014). Para facilitar la transición del paciente al hogar, el profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación acorde a las necesidades de aprendizaje, elaborando un plan de egreso hospitalario, que fomente el compromiso y responsabilidad de autocuidado, elementales para la mejora y recuperación de la salud (Sánchez et al., 2014).

Por lo anterior, se destaca la importancia de implementar el plan de egreso acorde a los pasos en los que se divide el alta hospitalaria: el primero es la determinación de las necesidades de aprendizaje del paciente al alta, el segundo paso es el desarrollo del alta, seguido de la implementación donde el personal de enfermería educa y da recomendaciones acerca de las necesidades identificadas y por último se hace una evaluación del conocimiento del paciente, los cuales permiten ampliar el panorama de cómo abordar a los pacientes de manera jerarquizada (Bull & Roberts, 2001).

El plan de egreso hospitalario permitirá ofertar a los pacientes un cuidado continuo e integral, involucrando seguridad y calidad en el servicio otorgado por las instituciones. Organismos como el Consejo de Salubridad General (CSG, 2018) y la Joint Commission International (JCI, 2016), establecen la importancia que el profesional de enfermería tiene en su rol como educador dentro de las instituciones hospitalarias, ya que son los responsables de proporcionar la educación necesaria, que permita al paciente con enfermedades crónicas realizar su plan de cuidado recomendado, para favorecer la recuperación oportuna y evitar complicaciones. Pese a ello, la educación otorgada al paciente es deficiente, y es común observarlo en la práctica clínica.

Es por esto, que la identificación de las necesidades de aprendizaje del paciente con EC, previo al egreso hospitalario, es importante para asegurar una óptima recuperación y prevención de complicaciones, que permitan al paciente, llevar a cabo su cuidado en el hogar. Al respecto, Bubela et al. (1990) mencionan que las necesidades de aprendizaje son diversas, ya que las dudas que mayormente presenta el paciente son respecto a su medicación, actividades de la vida diaria, sentimientos relacionados con la condición, cuidado de la piel, mejorar la calidad de vida, comunidad y seguimiento, tratamiento y complicaciones.

Polat et al. (2014); Tan et al. (2013); Taskin et al. (2019) e Yilmaz (2017); coinciden en que las necesidades de aprendizaje más predominantes dentro de sus estudios fueron tratamiento y complicaciones, medicación y calidad de vida. Las necesidades de aprendizaje menos sobresalientes fueron sentimientos relacionados con la condición, comunidad y seguimiento y cuidado de la piel. Así mismo, Alkubati et al. (2012) y Moreno et al. (2020) reportan que las principales necesidades de aprendizaje que requieren los pacientes están relacionadas con conocer respecto a su condición, medicación, dieta y disponibilidad de los servicios de salud.

Por otra parte, la literatura reporta que las características personales como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, y situación laboral influyen en las necesidades de

aprendizaje que presenta el paciente, que pueden favorecer o disminuir el cuidado de la enfermedad crónica, durante el egreso hospitalario (Polat et al., 2014; Taskin et al., 2019). Algunos autores mencionan que los pacientes de sexo masculino presentan mayores necesidades de aprendizaje (Taskin et al., 2019; Yalcin et al., 2015); por su parte, Glucu y Kursun (2017) encontraron que los adultos mayores de 60 años presentan más dudas, respecto a su cuidado en comparación con los adultos jóvenes.

Así mismo, Deniz et al. (2017) y Ong et al. (2017) señalan que los pacientes con estudios universitarios, y que se encuentran laborando, manifiestan mayores necesidades de aprendizaje a su egreso. Por último, se destaca que los pacientes con estado civil casado presentan mayores dudas a su egreso, cuestionando más sobre sus cuidados en casa (Polat et al., 2014; Yilmaz, 2017).

El egreso hospitalario es la etapa de transición del paciente hacia su hogar, en la cual el profesional de enfermería debe participar activamente en su preparación, sin embargo, la planificación y la educación al paciente durante su estancia son de los cuidados que enfermería no realiza durante la atención (Hernández et al., 2017). Al respecto, Carrillo et al. (2017), Lopes et al. (2019) y Mc Bain et al. (2015), informan que en la educación otorgada no son consideradas las necesidades de aprendizaje que el paciente requiere para su cuidado, por lo tanto, egresan sin los conocimientos necesarios para un cuidado seguro; afirman que una estrategia que impacta en la educación es el seguimiento de los cuidados en el hogar, el cual puede ofertarse a través de una llamada telefónica; la cual es una herramienta sencilla y económica que promueve la continuidad de la atención, resolviendo con ello dudas y fortaleciendo los conocimientos respecto al cuidado de la enfermedad.

El cuidado en el hogar es parte de las características fundamentales requeridas en la atención de personas con enfermedad crónica; se refiere a la capacidad, habilidad y preparación que tiene el usuario para ejercer la labor de cuidar (Carrillo & González, 2017). Al respecto, Carrillo et al. (2016) mencionan que, para ejercer la labor de cuidado

en el hogar, el paciente con enfermedad crónica debe tener conocimiento respecto a la enfermedad, terapias farmacológicas, actividades de la cotidianidad, unicidad para afrontar la condición crónica, la adquisición de habilidades y destrezas para realizar las labores de cuidado en casa, así como desarrollar anticipación de riesgos que puedan presentarse en un futuro.

Es en el hogar, donde los pacientes interrumpen su proceso de atención, debido al nulo seguimiento extramuros, desconectando a los pacientes de su cuidado, en los momentos críticos para su recuperación. La literatura reporta que la mayor parte de los pacientes con EC presentan un cuidado en el hogar de bajo a medio, siendo no óptimos para hacer frente a problemas, retos y desafíos, que se puedan presentar respecto a su condición (Carrillo et al., 2015). Y son precisamente las dimensiones de unicidad y disfrutar las que reportan un nivel bajo de cuidado, por parte de los pacientes (Aldana et al., 2016). Así mismo, Carrillo y González (2017) y Melo et al. (2017), sugieren la necesidad de un plan de egreso, donde el equipo de salud fortalezca el cuidado en el hogar, permitiendo a los pacientes con enfermedad crónica adquirir habilidades y preparación suficiente acorde a sus necesidades de aprendizaje.

Por esta razón, la identificación de necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario de los pacientes con enfermedad crónica, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica y enfermedad obstructiva crónica; así como el cuidado en el hogar de esta población de estudio, son la base para fundamentar la educación que debe impartir el profesional de enfermería. Los resultados del presente estudio son útiles para el administrador de enfermería, ya que le permitirá contar con información necesaria para la elaboración y gestión de protocolos de cuidado específicos, como planes de alta estandarizados de acuerdo con las necesidades de aprendizaje de los pacientes con enfermedades crónicas, que ayuden con la calidad y seguridad de los servicios otorgados.

Por el momento, existen muy pocos estudios sobre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en pacientes con enfermedades crónicas, específicamente en México. Siendo de relevancia para seguir explorando los vacíos de conocimiento que existen. Por otro lado, el cuidado en el hogar en pacientes con EC puede ser diverso y distar de manera importante de ser adecuado para asumir el rol de cuidado, por lo que resulta importante conocer un poco sobre esas dudas que se presentan en el hogar.

La literatura marca contrastes en los resultados, en cuanto a las necesidades de aprendizaje y el cuidado en el hogar, de manera que son considerados de relevancia para este estudio. Debido a lo antes expuesto, el propósito del presente estudio es determinar la relación de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con características personales y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica de una institución pública.

Marco conceptual

El presente estudio, se basó en el análisis de la Teoría de las transiciones de Meleis (2015), la cual fue desarrollada desde la década de 1960 hasta su última actualización en el 2015. Una transición se define como el paso de una etapa, condición o estado de vida a otro; este fenómeno implica una interacción con el medio donde la persona se encuentra y provoca cambios en su estado general de salud, roles, expectativas, habilidades y demandas. Contextualizando un poco, es una etapa compleja en la que los pacientes y sus familias enfrentarán las repercusiones del proceso de alta hospitalaria, sin el apoyo integral de las enfermeras y médicos que estaban en el hospital, surgiendo así, necesidades de información, educación y apoyo (Silva et al., 2018).

De acuerdo con Meleis (2015), las transiciones pueden ser saludables o no saludables, se entiende por transición saludable o eficaz como el rol eficiente o integración al rol, dominio de comportamientos, sentimientos, señales y símbolos

asociados a las nuevas funciones. La transición no saludable o transiciones ineficaces se definen como el rol insuficiente y éste se define como cualquier dificultad en el conocimiento y/o la realización de un papel o de los sentimientos y objetivos asociados con el rol de comportamiento según la percepción de uno mismo o de otras personas. A continuación, se describen los principales conceptos que conforman la Teoría de las Transiciones de Meleis (TTM), la cual consta de cuatro constructos principales que son: la naturaleza de la transición, condiciones de las transiciones: facilitadores e inhibidores, patrones de respuesta y terapéutica de enfermería.

Naturaleza de las transiciones: Es el primer constructo, se define como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otro, incluye interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando cambios en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas. La naturaleza de las transiciones se divide en: tipos, patrones y propiedades.

Los tipos son cuatro; el primero es de desarrollo, el cual está centrado en el individuo, el segundo es el situacional, enfocado principalmente a la función, los cambios en la función y el ámbito de la práctica de cada persona, el tercer tipo es el de salud/enfermedad, se refiere a la recuperación de una enfermedad crítica, alta hospitalaria y diagnóstico de alguna enfermedad crónica o el paso de una conducta saludable a no saludable. El último tipo de transición es el organizacional, representa transiciones en el medio ambiente que afectan la vida de las personas que trabajan en ellas y sus clientes (Meleis, 2015).

Los patrones comprenden el segundo concepto dentro de la naturaleza de las transiciones, incluyen la multiparidad y la complejidad. Esto se refiere a que existen individuos que experimentan múltiples transiciones o transiciones simultáneas, inclusive en el desarrollo teórico se identifica que la mayoría de las personas experimentan por lo menos dos tipos de transiciones simultáneamente, que podían no estar aisladas una de otra (Meleis, 2015).

El último concepto de la naturaleza de las transiciones, son las propiedades de la experiencia de la transición, incluye cinco subconceptos; el primero es la conciencia, el cual se define como; “percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición”. La teoría afirma que una persona puede ser de algún modo consciente de los cambios que está experimentando. La conexión/compromiso se define como el grado de implicación de la persona, en el proceso de transición. Los cambios, son los que dan un sentido de movimiento a los procesos internos y externos; así mismo las diferencias, son la manera de ejemplificar expectativas no cumplidas o discrepantes. En cuanto al tiempo de transición, es un punto de partida reconocible que pasa por un período y llega a un final. Por último, los puntos críticos y acontecimientos son marcadores específicos en la vida de la persona, asociados a una mayor conciencia del cambio, los puntos críticos finales, son la estabilización del nuevo hábito (Meleis, 2015).

Condiciones de las transiciones: Un segundo constructo de la TTM se refiere a las condiciones de las transiciones, se definen como factores o características personales, comunitarias y sociales que pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición. El primer concepto dentro de las condiciones de las transiciones, son los factores personales, que comprenden los significados, actitudes y creencias atribuidos a la transición, preparación y conocimiento. Los significados atribuidos a los procesos de transición pueden ser acontecimientos que desencadenan dicha transición. Las creencias y actitudes son estigmas que las personas unen a la experiencia de la transición (Meleis et al., 2000).

El estado civil, la edad, nivel educativo, el apoyo esperado por parte de un familiar o amigos son ejemplos de condiciones personales que podrían tener una influencia en la experiencia de la transición convirtiéndola en saludable o no saludable. Finalmente, la preparación y el conocimiento en las que una preparación anticipada como una experiencia previa igual o similar a la actual o una experiencia inexistente puede facilitar o inhibir las transiciones (Meleis et al., 2000).

El segundo concepto, son las características comunitarias, las cuales hacen referencia a los recursos de la comunidad, por ejemplo, contar con infraestructura y servicio médico que pueden facilitar o inhibir las transiciones. El tercer concepto dentro de las condiciones de las transiciones son las características sociales, en donde la visualización de un evento de transición como estigmatizado y con significados estereotipados tiende a interferir en el proceso de transición saludable. Estas pueden inhibir o facilitar las transiciones (Meleis et al., 2000).

Patrones de respuesta: Un tercer constructo son los patrones de respuesta, se conceptualizan como indicadores de proceso y de resultado, los cuales caracterizan las respuestas saludables, mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo. Los indicadores del proceso sugeridos incluyen: sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento, estos surgen de las conductas observables y no observables que ocurren durante el proceso de transición y no son aleatorios. Los indicadores de resultado son usados para comprobar si una transición es saludable o no, incluye identidades integradoras y dominio (Meleis, 2015).

Terapéutica de enfermería: El último constructo es la terapéutica de enfermería, dividida en tres tipos de productos terapéuticos, que utiliza enfermería en su práctica con las personas, los pacientes y las familias que experimentan transiciones. Las tres intervenciones seleccionadas, son cuidados de transición, suplementos de rol y de información. El cuidado de la transición fue desarrollado para poner a prueba la intervención en el momento del alta previa y continúa con la disponibilidad diaria de las enfermeras, en persona, o por teléfono, para la evaluación y seguimiento de alerta dentro y fuera del hospital (Meleis, 2015).

Suplementos del rol, es el proceso deliberado mediante el cual, la insuficiencia o potencial de insuficiencia del rol, se identifica por el titular y otras personas importantes. Incluye definición y toma de rol. Es preventivo y terapéutico, las enfermeras pueden

proporcionar aclaraciones sobre el papel y facilitar su capacidad para asumir papeles con empatía de los demás. La intervención de información es el proceso de comunicar a otra persona o grupo experiencias que ha descubierto en torno a un evento crítico. La persona, puede revivir la historia emocional, cognitiva, relacionarse con ella, describir, interpretar significados, reflexionar sobre su efecto sobre él/ ella misma u otros, y/o compartir sentimientos. Suele incluir el contexto y el antes, durante y después de las respuestas relacionadas con la experiencia.

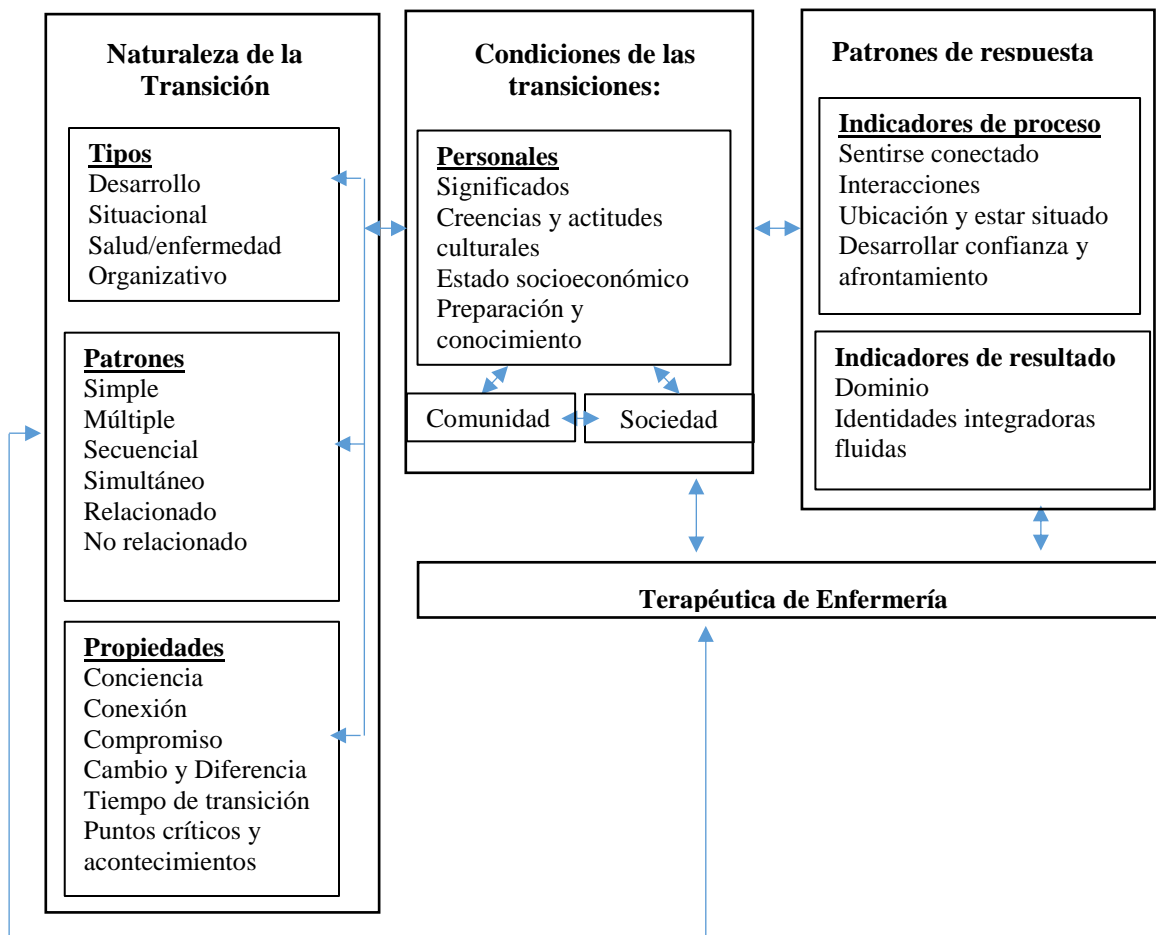
A continuación, se enlistan los supuestos planteados en la TTM:

- 1) Las transiciones son complejas y multidimensionales.
- 2) Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- 3) La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.
- 4) Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos.
- 5) Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan para la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias.
- 6) La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.
- 7) Los profesionales de enfermería son los principales cuidadores de clientes y familias que sufren las transiciones.

A continuación, se presentan los principales conceptos que conforman la Teoría de las Transiciones de Meleis (TTM) (ver figura 1).

Figura 1

Teoría de las Transiciones de Meleis (2015)

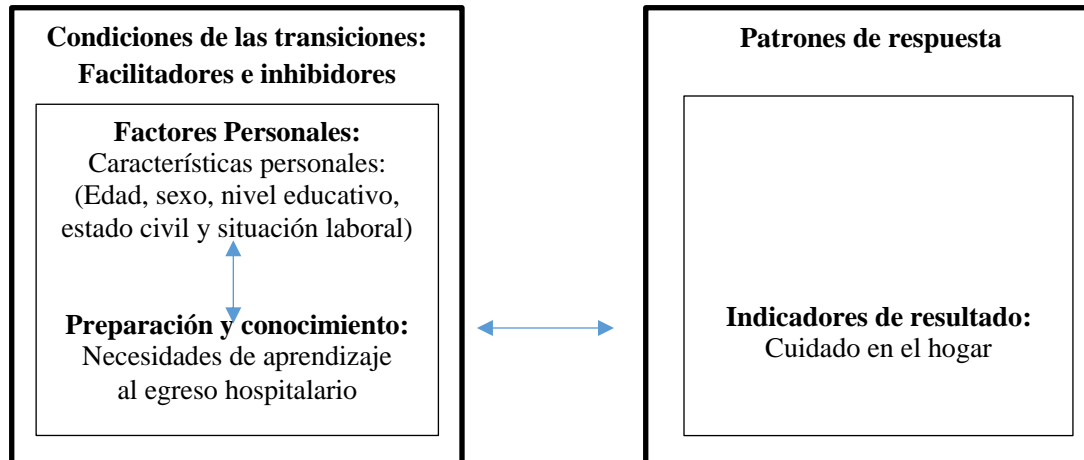


Para la presente investigación se utilizaron algunos conceptos de la Teoría de las Transiciones de Meleis, se hizo uso del constructo condiciones de las transiciones, que hace referencia a la experiencia de la transición convirtiéndola en saludable o no saludable, el primer concepto utilizado son los factores personales, los cuales se conceptualizan como características personales; edad, sexo, nivel educativo, estado civil y situación laboral. Además, se hizo uso del concepto preparación y conocimiento, el cual se refiere a la experiencia o habilidad de una persona que puede facilitar o inhibir una transición. En este estudio se conceptualizó como necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, el cual se refiere a la información que necesita saber el paciente sobre el cuidado de la enfermedad crónica.

Otro aspecto a tener en cuenta en esta investigación es el constructo patrones de respuesta, los cuales son subcategorizados en indicadores de proceso y resultado. En este caso se utilizó solamente los indicadores de resultado, definido por la autora como aquella respuesta que surge después de la transición, permite valorar el conocimiento que tiene la persona sobre la transición y del medio para manejar los momentos críticos que se presentan a lo largo de la transición (Meleis, 2015). Se utilizó el concepto de dominio, que se refiere al poder que tiene una persona para realizar su cuidado; se conceptualizó como el cuidado en el hogar, refiriéndose a las acciones reportadas por el paciente para el manejo de su enfermedad crónica. En la figura 2, se muestran las relaciones de los conceptos.

Figura 2

Relaciones de conceptos de la teoría de las transiciones de Meleis (2015)



Sub estructuración teórica

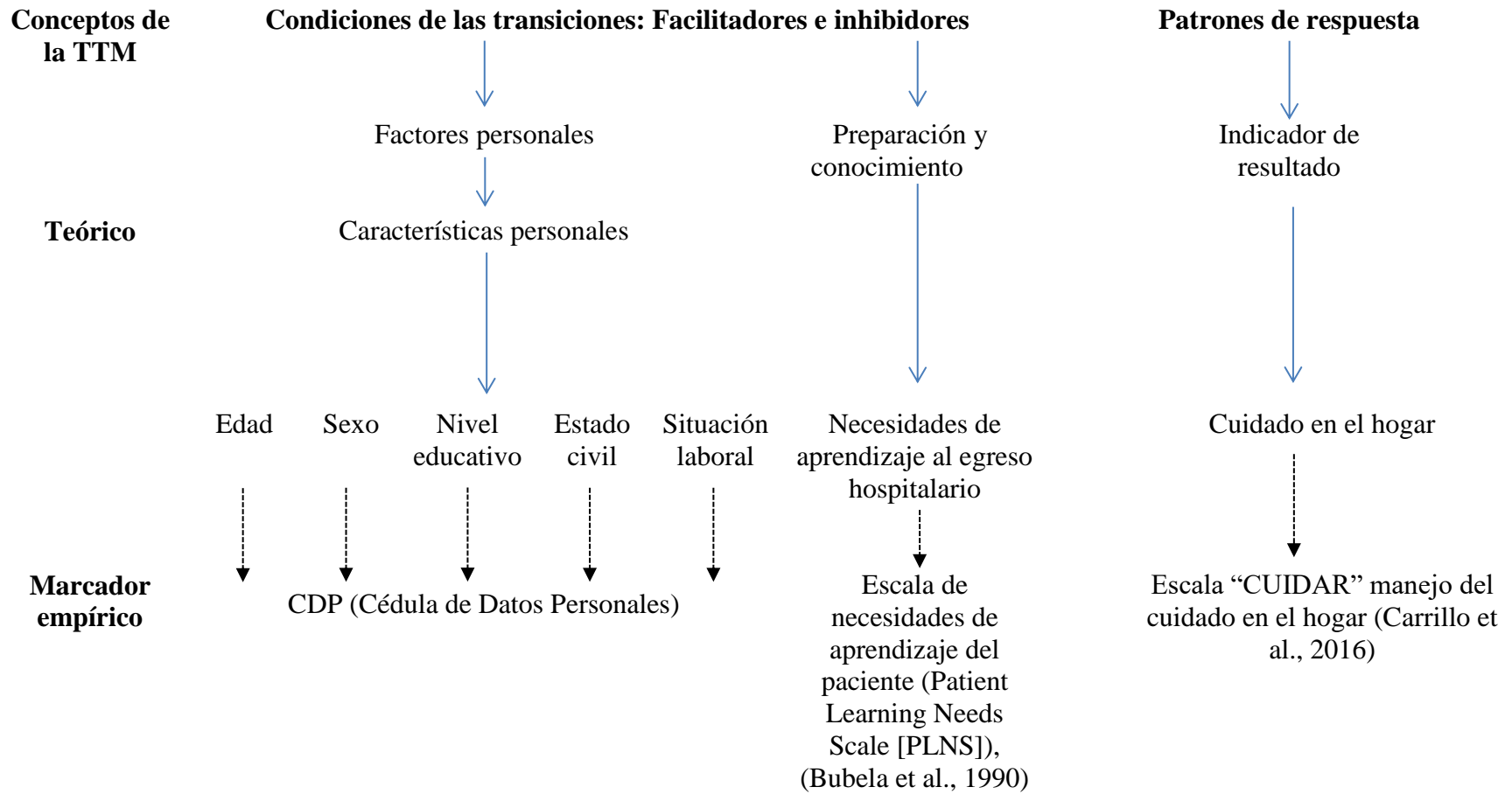
Para la sub estructuración teórica se utilizaron los siguientes cuatro pasos sugeridos por Dulock y Holzemer (1993) 1) Identificar y seleccionar los principales conceptos de la teoría de las transiciones de Meleis. 2) Especificar las relaciones entre los conceptos, representada por las variables del fenómeno por estudiar, integrando la relación y descripción del tema de interés.

3) Ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo con el nivel de abstracción. 4)

Representar gráficamente las relaciones entre variables. En la figura 3 se muestra la estructuración teórica de los conceptos al modelo propuesto. Se presenta los constructos, conceptos e indicadores empíricos para cada una de las variables.

Figura 3.

Estructura Teórico-Conceptual-Empírica, de la teoría de las transiciones de Meleis (2015)



Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, con las variables de tipo personales como la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral; así como del cuidado en el hogar.

Taskin et al. (2019) realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal con una muestra de 139 pacientes hospitalizados en Turquía. El objetivo del estudio fue determinar las necesidades de educación y establecer prioridades al momento de dar de alta a los pacientes con enfermedad crónica. Se utilizó la escala de necesidades de aprendizaje (PLNS) de Bubela et al. (1990), comprobando su validez y fiabilidad en turco por Catal y Dicle (2008), con el fin de conocer los temas de mayor necesidad en su egreso al hogar.

Para este estudio el grado de importancia de las necesidades de aprendizaje se clasificó en función de la puntuación media total y por dimensiones. Se encontró que las principales necesidades de aprendizaje en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas fueron la medicación ($M= 30.97$, $DE= 6.22$), el tratamiento y complicaciones ($M= 33.05$, $DE= 6.55$) y calidad de vida ($M= 29.38$, $DE= 6.02$), por otro lado, la dimensión más baja se encontró en los sentimientos relacionados a la condición ($M= 16.72$, $DE= 4.54$), estas necesidades se asociaron significativamente con mayor necesidad de aprendizaje en pacientes masculinos ($t= -2.069$, $p<.05$). Adicionalmente se encontró que el 93.5% de los pacientes padecían de enfermedades crónicas, como hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes; presentaron mayor necesidad de aprendizaje ($M= 189.74$, $DE= 26.59$, $H= 12.395$), respecto a la media total de las necesidades de aprendizaje de los pacientes ($M= 179.16$, $DE= 34.46$).

Polat et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo metodológico en una muestra de 1,190 pacientes y/o cuidadores en Turquía. El objetivo del estudio fue identificar las necesidades de aprendizaje de los pacientes hospitalizados al egreso hospitalario. En este estudio se sumaron los puntajes totales y por subescala. El puntaje de la media total

que se obtuvo fue una $M= 165.95$ ($DE= 45.44$) y se encontró que la dimensión de tratamiento y complicaciones fue clasificada como la principal necesidad de aprendizaje al egreso hospitalario ($M= 34.38$, $DE= 6.99$), seguido de calidad de vida ($M= 28.20$, $DE= 7.40$) y medicación ($M= 26.93$, $DE= 10.62$). El puntaje más bajo de las necesidades de aprendizaje de los pacientes fue para el cuidado de la piel ($M= 13.64$, $DE= 6.54$).

Adicionalmente se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos sexos sobre las necesidades de educación ($p= .001$), donde el sexo masculino presenta mayor necesidad al egreso hospitalario. De igual manera la edad, escolaridad y ocupación obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p= .001$; $p= .002$; $p<.05$, respectivamente), donde los mayores de 61 años, con estudios universitarios y empleados, presentaron mayor necesidad de aprendizaje.

Tan et al. (2013) realizaron un estudio de tipo descriptivo, con una muestra de 173 pacientes hospitalizados en Turquía con el objetivo de determinar las necesidades de aprendizaje de los pacientes que se encuentran en medicina interna de un hospital universitario. En este estudio se sumaron los puntajes de cada subescala. Se encontró que la necesidad de aprendizaje más alta fue tratamiento y complicaciones ($M= 37.02$, $DE= 4.11$), y la puntuación media más baja corresponde a la subdimensión cuidado de la piel ($M= 19.08$, $DE= 3.03$). Así mismo, la población femenina tenía mayores necesidades de educación al alta hospitalaria, al presentar promedios más altos en todas las subescalas ($M= 96.82$) que los hombres ($M= 78.75$), siendo estadísticamente significativo ($U= 2937.5$, $p<.05$). Adicionalmente se encontró que el estado civil y las puntuaciones medias de la escala para medicación, sociedad y seguimiento, así como la calidad de vida, eran estadísticamente significativas ($p<.05$).

Yilmaz (2017) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con una muestra de 423 pacientes en Turquía. El objetivo del estudio fue identificar las necesidades de aprendizaje de los pacientes con procedimientos quirúrgicos al alta

hospitalaria. Se encontró que los pacientes tenían altas necesidades de aprendizaje en tratamiento y complicaciones ($M= 35.61$, $DE= 5.46$), seguido de información sobre su medicación ($M= 31.41$, $DE= 5.76$), estas necesidades se asociaron significativamente con mayor necesidad de aprendizaje en pacientes casados ($t= -2.866$, $p= .004$).

Además, se mostró significancia con el nivel educativo y la escala de necesidades ($F= 2.58$, $p= .05$). Adicionalmente se encontró que la escala de necesidades de aprendizaje se asoció significativamente con la educación brindada al alta hospitalaria ($t= 5.006$, $p= .001$), así como el personal de salud que brindó la educación ($F= 4.864$, $p= .003$).

Deniz et al. (2017) realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 57 pacientes de un hospital general en Turquía. El objetivo del estudio fue evaluar las necesidades de aprendizaje de los pacientes hospitalizados en clínicas quirúrgicas. Se encontró que los pacientes presentaban altas necesidades de aprendizaje en tratamiento y complicaciones ($M= 39.7$, $DE= 3.9$), seguido de actividades de la vida ($M= 47.9$, $DE= 4.9$), por otro lado, la necesidad menos importante fue la dimensión sentimientos relacionados con la condición ($M= 19.9$, $DE= 3.8$).

Adicionalmente se encontró que la población masculina tenía mayores necesidades de educación al alta hospitalaria, en comparación con las mujeres ($U= 261.5$, $p<.05$). Por otro lado, las dimensiones comunidad y seguimiento, así como los sentimientos relacionados con la condición eran más altas en los pacientes alfabetizados en comparación con otros grupos, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<.05$).

Glücu y Kursun (2017) realizaron un estudio descriptivo correlacional, con una muestra de 114 pacientes hospitalizados en Turquía. El objetivo del estudio fue determinar las necesidades de aprendizaje de los pacientes hospitalizados. Se encontró que los pacientes presentaban mayor necesidad de aprendizaje en la sub-dimensión

tratamiento y complicaciones ($M= 35.35$, $DE= 5.91$) y la necesidad menos importante fue la de sentimientos relacionados con la condición ($M= 18.20$, $DE= 4.07$).

Además, se encontraron estadísticas significativas en la edad, sobre las necesidades de educación ($F= 8.303$, $p<.05$) donde los adultos entre 18 a 39 años presentaban mayor necesidad de aprendizaje al egreso hospitalario. Otra característica, donde se encontraron estadísticas significativas fue en el estado civil ($t= 3.464$, $p= .001$), las personas solteras requirieron mayor necesidad de aprendizaje. El nivel educativo, presentó estadísticas significativas ($F= 3.998$, $p= .010$) siendo la población universitaria quien presentará mayores necesidades de aprendizaje.

Así mismo, la ocupación también presentó significancia estadística ($t= -2.122$, $p= .036$), siendo las personas que se encontraban empleadas en la actualidad, manifestaron mayor necesidad de aprendizaje.

Yilmaz y Özcan (2015) realizaron un estudio descriptivo, con una muestra de 575 pacientes hospitalizados en Turquía. El objetivo del estudio fue describir las necesidades de aprendizaje de los pacientes después de la cirugía y antes de ser dados de alta. En este estudio se tomó la puntuación media total de 1 a 5. Se encontró que los pacientes presentaban altas necesidades de aprendizaje en medicación ($M= 4.06$, $DE=.60$), seguido de calidad de vida ($M= 3.91$, $DE= .56$) y tratamiento y complicaciones ($M= 3.88$, $DE= .60$). Adicionalmente se encontró que las personas universitarias expresaron mayor necesidad de aprendizaje respecto a la medicación, el tratamiento y complicaciones, con significancia estadística ($p= .023$; $p= .002$, respectivamente).

Moreno et al. (2020) realizaron un estudio de tipo descriptivo, con una muestra de 200 pacientes con enfermedad crónica dados de alta de un hospital público en Nuevo León, México. El objetivo del estudio fue determinar las necesidades de información al alta hospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas. Se utilizó una cédula de datos para perfilar a los participantes y determinar sus necesidades de información al alta

hospitalaria y para identificar el dominio en el manejo de la medicación se aplicó la encuesta MedMaiDE.

Se identificó que la información de la medicación se ubicó como la principal necesidad de los pacientes al egreso hospitalario ($M= 4.98$, $DE= .10$), seguido de información de su enfermedad ($M= 4.93$, $DE= .21$) y de la dieta ($M= 4.83$, $DE= .30$). Adicionalmente se encontró que los diagnósticos que predominaron en los pacientes fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica con un 70%, también se encontró que, al egresar, los pacientes con enfermedades crónicas tienen prescritos más de nueve medicamentos, lo cual hace más complejo el autocuidado.

Yalcin et al. (2015) realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 100 pacientes hospitalizados en Turquía. El objetivo del estudio fue comparar las opiniones de los pacientes y enfermeras sobre las necesidades de educación para el alta. Se encontró que los pacientes presentaban altas necesidades de aprendizaje en tratamiento y complicaciones ($M= 38.97$, $DE= 5.09$), seguido de actividades de la vida ($M= 36.11$, $DE= 6.83$) y medicamentos ($M= 33.45$, $DE= 5.53$), por otro lado, la necesidad menos importante fue la dimensión sentimientos relacionados con la condición ($M= 18.50$, $DE= 5.08$).

Adicionalmente se encontró que las personas con nivel educativo básico expresaron mayor necesidad de aprendizaje respecto a la medicación, con significancia estadística ($F=4.829$, $p<.05$). Por otro lado, las mujeres expresaron mayor necesidad de aprendizaje en las dimensiones sentimientos relacionados con la condición y cuidado de la piel con significancia estadística ($t=-2.795$, $p<.05$).

Ong et al. (2017) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 97 de pacientes con falla cardíaca reclutados en un hospital de Singapur. El objetivo del estudio fue investigar el aprendizaje de los pacientes hospitalizados con falla cardíaca en Singapur. Se utilizó el Inventario de Necesidades de Aprendizaje de la Insuficiencia Cardíaca (HFLNI) de Wehby y Brenner (1999) y la versión china del

mismo inventario (C-HFLNI) de Yu, Chair, Chan y Liu (2010), para investigar las necesidades de aprendizaje de los pacientes con falla cardíaca.

Se encontró que los pacientes presentaban altas necesidades de aprendizaje respecto a los signos y síntomas de la enfermedad ($M= 3.90$, $DE= 1.08$) y la necesidad de aprendizaje respecto a las actividades de la vida, como la menos importante ($M= 3.26$, $DE= 1.15$). Adicionalmente se encontró que el nivel educativo de los participantes se relacionó con la necesidad información general de la enfermedad ($r= .239$, $p<.05$) y en la subescala factores de riesgo ($r= .216$, $p<.05$). Por otro lado, es indispensable mencionar que 60.8% de los pacientes presentaba diabetes y 75.3% hipertensión.

Carrillo y González (2017) realizaron un estudio de tipo descriptivo exploratorio, con una muestra de 37 personas con enfermedad crónica que ingresaron a una institución de salud en la ciudad de Bogotá. El objetivo del estudio fue determinar el efecto de una intervención telefónica en personas con enfermedad crónica para mejorar su manejo de cuidado en el hogar. Se utilizó el instrumento “CUIDAR” para el manejo de cuidados en el hogar, versión abreviada, comprobada su validez y fiabilidad por Carrillo et al. (2016).

El instrumento consta de 20 ítems que se miden mediante una escala tipo Likert, donde 0-36=bajo, 37-48=medio y 49-60=alto, comprende 6 categorías: conocimiento, unicidad (condiciones personales), instrumental, disfrutar (bienestar), anticipación y relación social e interacción. Se aplicó la intervención telefónica durante un mes después del egreso hospitalario, se realizó medición antes y después del manejo para el cuidado en el hogar y se registraron cada uno de los seguimientos telefónicos.

Para el análisis de datos se sumaron los puntajes de cada dimensión. Para fines del presente estudio, se tomaron solo los resultados antes de la intervención, donde se encontró que el manejo de los cuidados en el hogar era medio ($M= 45.86$, $DE= 7.7$). Adicionalmente, se localizó que el 100% de los pacientes presentaba más de dos

enfermedades crónicas, entre las que destacan cardiopatías, hipertensión, diabetes, enfermedad renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Aldana et al. (2016) realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con una muestra conformado de 131 pacientes con insuficiencia renal crónica en Colombia. El objetivo del estudio fue describir la competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) de personas con enfermedad crónica que se encuentran en hemodiálisis. Este estudio utilizó la escala CUIDAR, de la cual se sumaron los puntajes de cada dimensión. La media total de la escala fue de 45.5 ($DE= 8.4$). Por niveles, se identificó que solo el 28.8% de las personas con enfermedad renal crónica presentan un alto nivel de competencia para el cuidado en el hogar, el 44.7% reporta un nivel medio y el 25.8% bajo. Las dimensiones unicidad (25%) y disfrutar (23.5%) reportan los niveles más bajos, en contraste, el componente de relación e interacción social (65.2%) está dentro de los niveles más altos.

Melo et al. (2017) realizaron un estudio cuantitativo, cuasiexperimental con grupo control, con una muestra de 62 pacientes que ingresaron a una institución de salud en Colombia. El objetivo del estudio fue determinar el efecto del programa plan de egreso hospitalario en díadas conformadas por personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares para fortalecer su manejo de cuidado en el hogar (CUIDAR) y disminuir la carga del cuidador.

Se utilizó el instrumento “CUIDAR” para el manejo de cuidados en el hogar, versión abreviada, comprobada su validez y fiabilidad por Carrillo et al. (2016). En este estudio se sumaron los puntajes de cada dimensión. Para fines del presente estudio, se tomaron solo los resultados antes de la intervención, donde se encontró que el manejo de los cuidados en el hogar era bajo ($M= 34.3$, $DE= 12.5$). El nivel de competencia para el cuidado en el hogar de los pacientes era baja en el 59.7%, media en el 22.9% y alta en el 17% de los casos.

En resumen, los estudios relacionados muestran que las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en los pacientes con enfermedad crónica están dirigidas a tratamiento y complicaciones, medicación, y calidad de vida, las necesidades de aprendizaje son principalmente evaluadas a través del inventario de necesidades de aprendizaje (Bubela et al. 1990). Las necesidades de aprendizaje se han asociado con las características personales, en cuanto al sexo, edad, estado civil, nivel educativo y ocupación; es decir, los pacientes de sexo masculino, casados, que se encuentran laborando y con estudios universitarios se relacionan con mayor necesidad de aprendizaje. Respecto al cuidado en el hogar de la enfermedad crónica, se observan diferencias a través del seguimiento telefónico, encontrándose nivel de cuidado bajo a medio al egreso. Las dimensiones unicidad y disfrutar, reportan los niveles de cuidado más bajo en comparación con las demás.

Definición de términos

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario: Son todas las carencias de información al egreso hospitalario en los pacientes sobre el cuidado de la enfermedad crónica en relación con la medicación, actividades de la vida, comunidad y seguimiento, sentimientos relacionados con la condición, tratamiento y complicaciones, calidad de vida y cuidado de la piel. Esta se midió con el inventario necesidades de aprendizaje del paciente hospitalizado (Bubela et al., 1990).

Cuidado en el hogar: Son las acciones reportadas por el paciente para el manejo de su enfermedad crónica, respecto al conocimiento, afrontamiento, habilidades y destrezas, bienestar, anticipación de las necesidades de cuidado, relación e interacción para el fortalecimiento de la labor del cuidado en el hogar. Se clasifica con nivel de competencia bajo, medio y alto. Se midió a través del Instrumento “CUIDAR”, para el manejo del cuidado en el hogar de la enfermedad crónica (Carrillo et al., 2016).

Características personales: Cada una de las cualidades que posee una persona que sirve para identificarla respecto a otros, incluye edad, sexo, nivel educativo, estado civil y situación laboral.

Edad: Número de años reportados por el paciente.

Sexo: Condición biológica del individuo en términos de masculino y femenino.

Nivel educativo: Número de años de educación formal reportados por el paciente.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Para fines del presente estudio se clasificarán como soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.

Situación laboral: Condición de una persona en función de si trabaja o no.

Objetivo general

Determinar la relación de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con características personales y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica de una institución pública.

Objetivos específicos

1. Describir las características personales y las variables del estudio (necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar).
2. Describir la diferencia de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario según sexo, estado civil y situación laboral.
3. Determinar la relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con edad y nivel educativo.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo aborda el diseño de estudio, la población, el muestreo y muestra, así como los criterios de inclusión y los instrumentos que se utilizaron para la investigación. También se incluyen el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de datos, que se utilizaron para dar respuesta a los objetivos planteados.

Diseño del estudio

El diseño fue descriptivo correlacional (Polit & Beck, 2018), debido a que permite describir las variables del estudio; así como la relación entre ellas (necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, características personales y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica).

Población de estudio, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por pacientes mayores de edad con diagnóstico de enfermedad crónica dados de alta en una institución pública de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia hasta completar la muestra. La muestra fue calculada haciendo uso del paquete estadístico g*Power 3.1, estimado para un análisis de correlación, con coeficiente de determinación de $R^2 = .06$, tamaño de efecto mediano, se consideró un nivel de significancia del .05 y una potencia del 90% (Cohen, 1988) para obtener un total de 206 participantes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes que padecían alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica, y que contaban con algún número telefónico de contacto para la aplicación del segundo instrumento de cuidado en el hogar.

Instrumentos de medición

Para perfilar las características de la población se utilizó la cédula de datos personales la cual contiene 8 preguntas. Las preguntas uno a la seis contienen información relacionada con el sexo, edad, años de escolaridad, nivel educativo, situación laboral y estado civil. Las preguntas siete y ocho, son respecto a la enfermedad crónica que padece y años de padecer la enfermedad.

Para medir las necesidades de aprendizaje en los pacientes con enfermedad crónica se utilizó la Escala de Necesidades de Aprendizaje del Paciente (Patient Learning Needs Scale) de Bubela et al. (1990); la cual evalúa las percepciones de los pacientes con enfermedad crónica sobre los diferentes temas que se consideran importantes aprender y consta de 50 ítems divididos en siete dimensiones, la cual fue validada y confiable.

La primera dimensión medicación cuenta con siete ítems sobre cómo y cuándo tomar los medicamentos, correspondientes a las preguntas 1 a la 7; la segunda dimensión es actividades de la vida diaria e incluye nueve ítems del 8 al 16. La tercera dimensión trata de comunidad y seguimiento con siete reactivos del 17 al 23 sobre los problemas que pueden surgir en casa referente a la enfermedad, la cuarta dimensión son los sentimientos relacionados con la condición con cinco ítems correspondientes a las preguntas 24 a la 28, tratamiento y complicaciones es la quinta dimensión y cuenta con nueve ítems, los cuales comprenden las preguntas 29 a la 37; la sexta dimensión es mejorar la calidad de vida, contiene ocho ítems que incluye los reactivos 38 al 45. Por último, el cuidado de la piel es la séptima dimensión cuenta con cinco ítems correspondientes a las preguntas 46 a la 50.

Cada ítem tiene opción de respuesta con escala tipo Likert que va de uno a cinco según el nivel de importancia: con 1=no importante, 2=algo importante, 3=ligeramente importante, 4=importante y 5=muy importante, al final se suman el total de ítems donde el valor mínimo es 50 y el valor máximo 250, altos puntajes refieren altas necesidades

de aprendizaje, adicionalmente se puede calificar utilizando los promedios de todas las respuestas. El instrumento original se encuentra en idioma inglés. La consistencia interna reportada a través del coeficiente de Alpha de Cronbach es de .95, y por dimensión en un rango de .69 a .88 (Bubela et al., 1990). Para esta investigación se realizó el proceso de traducción del idioma inglés al español y después una re traducción del idioma español a inglés a través de un traductor certificado.

Para medir el cuidado en el hogar se utilizó la escala “CUIDAR” versión corta, que mide la competencia para el cuidado en el hogar de pacientes con enfermedades crónicas de Carrillo et al. (2016) en su versión en español, la cual incluye 20 ítems divididos en seis dimensiones. La primera dimensión es conocimiento cuenta con tres ítems sobre nociones o ideas sobre la enfermedad, las terapias farmacológicas y las actividades de la vida diaria, correspondientes a las preguntas 1 a la 3; la segunda dimensión es unicidad e incluye cuatro ítems del 4 al 7. La tercera dimensión es instrumental referente a las habilidades y destrezas para realizar las labores de cuidado, con tres reactivos del 8 al 10, la cuarta dimensión disfrutar comprende cómo se asume la responsabilidad de cuidado en casa, cuenta con cuatro ítems que abarcan las preguntas 11 a la 14, anticipación es la quinta dimensión, cuenta con dos ítems que incluye las preguntas 15 y 16. Por último, la sexta dimensión es la relación e interacción engloba cuatro ítems correspondientes a las preguntas 17 a la 20.

La escala se aplicó por entrevista, con respuestas que se miden a través de escala tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 3; 0 es nunca, 1 pocas veces, 2 con frecuencia y 3 casi siempre o siempre. El puntaje total de la escala se estratificó en rangos bajo, medio y alto, se califica utilizando el promedio de todas las respuestas, donde 0-36=bajo, 37-48=medio y 49-60=alto. En la dimensión conocimiento el rango bajo es de 0 a 3, medio de 4 a 6 y alto de 7 a 9, para la dimensión unicidad se considera bajo de 0 a 6, medio de 7 a 9 y alto de 10 a 12. La tercera dimensión instrumental maneja rango bajo de 0 a 5, medio de 6 a 8 y alto de 9 a 12, los rangos bajos de 0 a 2,

medio de 3 a 4 y alto de 5 a 6, corresponden a la dimensión anticipación, y por último la dimensión relación e interacción presenta rangos de 0 a 7 bajo, medio de 8 a 10 y alto de 11 a 12, cabe señalar que el puntaje de los rangos determina el nivel de competencia de cuidado en el hogar. La consistencia interna reportada a través del coeficiente de Alpha de Cronbach es de .92 de manera general y por dimensión un Alpha de Cronbach de .92 a .93 (Carrillo et al., 2016).

La consistencia interna reportada a través del coeficiente de Alpha de Cronbach es de .92 de manera general y por dimensión un Alpha de Cronbach de .92 a .93 (Carrillo et al., 2016).

Procedimiento de recolección de datos

Para la realización del estudio se solicitó previamente la autorización de los comités de investigación y ética en investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de las autoridades del hospital donde se realizó la investigación. Una vez autorizado el estudio se acudió a la institución hospitalaria a los departamentos de medicina interna I, II y III y se solicitó la lista de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica que contaban con indicación de alta hospitalaria, se seleccionaron los participantes que cumplían con los criterios de inclusión, posteriormente se realizó un muestreo por conveniencia hasta completar la muestra.

Después de seleccionar a los pacientes, el investigador se presentó de forma amable y respetuosa con cada uno de ellos, y les explicó de forma sencilla y comprensible el estudio a realizar, así como la importancia que tenía su colaboración; así mismo, le preguntó si contaba con teléfono fijo y/o celular porque si aceptaba ser parte del estudio se le realizaría una llamada. Si el participante estaba de acuerdo se procedía a solicitar su participación voluntaria; cabe señalar que para ello se le explicó el objetivo del estudio; así mismo se le informó que se llevaría a cabo la aplicación de dos cuestionarios, el primero se aplicaría previo a su egreso hospitalario y el segundo,

una vez que se encontrara en su hogar, para lo cual se le contactaría por medio de una llamada telefónica.

En los casos donde el paciente aceptó participar se le solicitó la firma del consentimiento informado (Apéndice A), el cual sirvió de autorización para ambos instrumentos, incluyendo el permiso para realizar la llamada telefónica, una vez que se encontrara en su hogar; de igual forma se le explicó que en caso de querer abandonar el estudio no repercutiría en relación con su atención médica. Seguido de esto se le cuestionó si prefería contestar en ese momento, o deseaba hacerlo a otra hora y en la medida de lo posible se realizó según la elección del participante. Siempre asegurando que el paciente se sintiera en confianza, en caso de estar un familiar presente de forma permanente, se le solicitó de forma amable, que nos brindara un momento privado en lo que se lleva a cabo la aplicación del instrumento.

Cabe señalar, que una vez que el horario quedó establecido, se procedió a la recolección de información, asegurando que el paciente no contaba con distractores que pudiesen alterar las respuestas que proporcionó, posteriormente se cerraron las cortinas y se colocaron biombos para mantener la privacidad del paciente, se verificó no interferir con los cuidados de enfermería. Debido a la situación actual de COVID-19 el investigador portó mascarilla N-95 en todo momento, careta, así como desinfectante, con el cual realizó higiene de manos antes y después del contacto con cada paciente, además registró los datos proporcionados por el paciente en los instrumentos, con el fin de minimizar el riesgo de transmitir infecciones entre cada participante.

Cabe señalar que antes de la aplicación de los instrumentos se solicitaron dos números telefónicos del paciente, con el fin de evitar el riesgo de que el participante no conociera de memoria su número telefónico, anticipando que lo proporcionara antes de llenar los cuestionarios. Esta información se registró en la cédula de número telefónico (Apéndice B), por número de folio y el investigador la resguardó en un folder cerrado que no fuera visible para nadie externo, y se considera mantenerla por un período de 2

meses, posteriormente se triturará la hoja que contiene los datos, para mayor confidencialidad de la información. Se consideró en algunos casos otorgar el número del investigador, para que el participante lo tuviese identificado al momento de realizar la llamada. En caso de que el participante contara con su celular a la mano, se solicitó introducir el número del investigador a su teléfono, a fin de que lo tuviese identificado para prevenir el rechazo.

Se inició con la aplicación de la cédula de datos personales (Apéndice C); posteriormente se aplicó la escala de necesidades de aprendizaje del paciente (Apéndice D), cabe destacar que para facilitar al participante dar respuesta a cada ítem, se le otorgó una hoja que contenía las opciones para la elección de su respuesta, la cual fue de fácil lectura con letras grandes y comprensibles, individual para cada paciente, con el fin de evitar la propagación de patógenos entre cada paciente, manteniendo las medidas de seguridad. Al terminar el cuestionario se le agradeció al participante; además se le cuestionó sobre el horario más apropiado para llamarlo, con el fin de contactarlo con mayor facilidad; así mismo, se le informó que al realizar la llamada se le haría saber que es respecto a la encuesta de cuidado en el hogar; y que para mejor confidencialidad de los datos, únicamente se le hablaría en términos de señor o señora, según correspondía.

Una vez transcurridos ocho días posteriores al alta de cada participante se le llamó a cada uno de ellos, y se confirmó si podían contestar en ese momento o preferían otro horario para ello. Se apegó lo más posible a lo que el paciente decidió y se inició con la aplicación de la escala “CUIDAR” (Apéndice E), cabe señalar que se le otorgaron instrucciones enfatizando las opciones de respuesta, así mismo se aclararon dudas al respecto. Al finalizar la aplicación del instrumento se agradeció al paciente su colaboración en el estudio.

Es importante mencionar, que se marcó el primer número telefónico dado por cada paciente; si no respondía se llamó al segundo número; si tampoco se obtenía respuesta se realizaron tres llamadas adicionales a ambos números, las cuales fueron

llevadas a cabo diariamente por tres días en el horario que proporcionó el paciente; en caso de no responder fueron considerados como abandono del estudio.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987, 2014). En la cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación, por lo cual se trataron a los participantes con respeto y de forma profesional, estando atenta a cualquier situación incómoda, asegurando en todo momento su confidencialidad y bienestar.

Con base a lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 concerniente a que en cualquier investigación en la que el ser humano participe en un estudio debe prevalecer el criterio de respeto, dignidad, protección de los derechos y bienestar. Para el cumplimiento de este artículo, se respetó la decisión del paciente a participar o no en la investigación, se le brindó información clara, concisa y comprensible antes y durante la recolección de los datos. Además, los participantes fueron tratados de manera atenta, profesional y con respeto a su persona, durante todo el proceso de la investigación.

Para dar cumplimiento al Artículo 14, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII, en el presente estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización del comité de ética donde se realizó la investigación. Respecto al Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección de la privacidad del participante, para cumplir con este artículo se cerraron las cortinas y colocaron biombos para que el paciente contestara los cuestionarios en forma privada, se garantizó el anonimato, ya que el instrumento no contó con el nombre del participante para evitar su identificación, únicamente se consideró el señor o señora para dirigirse a los pacientes al realizarles la

llamada telefónica. Los cuestionarios serán resguardados en un lapso de no más de doce meses y posterior a ello serán destruidos.

Para cumplir con el Artículo 17, Fracción I, se considera un estudio de riesgo mínimo para el participante, debido a que se aplicaron instrumentos de lápiz y papel, además no se realizó ninguna intervención, ni se manipularon variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los participantes.

Se contó con el consentimiento informado (Apéndice A) como lo estipula el Artículo 20 y Artículo 21, Fracciones I, III, IV, VI, VII y VIII, se entregó de manera escrita un consentimiento informado al participante, donde se brindó de manera clara y sencilla toda la información acerca de cómo se llevó a cabo el procedimiento, así como la justificación, el objetivo, los riesgos y beneficios esperados, además se le contestó cualquier duda acerca de los cuestionarios. De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 22, el consentimiento informado por escrito fue elaborado por el autor principal del estudio, el cual se sometió a aprobación ante los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la FAEN, antes de la recolección de los datos.

Por último, como lo indica el Capítulo V, de la Investigación de Grupos Subordinados, Artículos 57 y 58, Fracción I y II, donde se estipula los grupos subordinados, la participación de los pacientes fue voluntaria, así mismo contaron con plena libertad de retirar su participación del estudio en cualquier momento.

Plan de análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos, estos fueron codificados para su procesamiento electrónico a través el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 21, para Windows. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. Para determinar las características de la población y de las variables del estudio, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Para la estadística inferencial se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov

con corrección de Lilliefors para conocer la normalidad de los datos y de acuerdo con ello se calculó estadística no paramétrica.

Para responder a los objetivos general y específico 3 se utilizó el coeficiente de correlación Spearman. Para dar respuesta al objetivo específico número 1, se utilizaron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, de dispersión, así como intervalos de confianza al 95%. Para dar respuesta al objetivo específico 2 se utilizaron las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio de la siguiente manera: consistencia interna de los instrumentos, seguido de la estadística descriptiva de las características sociodemográficas, necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar de pacientes con enfermedad crónica. Así mismo, se reportan los resultados de la prueba de normalidad de las variables de estudio y finalmente estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Consistencia interna de los instrumentos

La tabla 1, muestra la consistencia interna del instrumento de Necesidades de Aprendizaje del Paciente de Bubela et al. (1990), se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad de .96 en la escala total y de .82 a .87 por dimensión.

Tabla 1

Consistencia interna del instrumento de necesidades de aprendizaje del paciente

Instrumento	Número de reactivos	Reactivos	α
Escala de Necesidades de Aprendizaje del Paciente	50	1-50	.96
Dimensiones	7	1-7	.86
Medicación	9	8-16	.87
Actividades diarias	7	17-23	.82
Comunidad y seguimiento	5	24-28	.83
Sentimientos relacionados con la condición	9	29-37	.87
Tratamiento y complicaciones	8	38-45	.85
Calidad de vida	5	46-50	.84
Cuidado de la piel			

Nota. α = Alpha de Cronbach, $n= 206$

El instrumento de Competencia del Cuidado en el Hogar de Carrillo et al. (2016) obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad de .89; así mismo, se obtuvo de .77 a .88 en 4 de las 6 dimensiones, lo cual se considera aceptable según Polit y Beck (2018). Sin embargo, los valores de Alpha de Cronbach no se encontraron cercanos al valor de .70 en las dimensiones de unicidad con un valor de .63 y anticipación de .58, probablemente por la naturaleza de la variable (tabla 2).

Tabla 2

Consistencia interna del instrumento de competencia del cuidado en el hogar

Instrumento	Número de reactivos	Reactivos	α
Escala de Competencia en el Cuidado en el Hogar (versión corta)	20	1-20	.89
Dimensiones	3	1-3	.79
Conocimiento			
Unicidad	4	4-7	.63
Instrumental	3	8-10	.77
Disfrutar	4	11-14	.78
Anticipación	2	15-16	.58
Relación e Interacción	4	17-20	.88

Nota. α = Alpha de Cronbach, $n= 188$

Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad crónica

Se obtuvo una muestra de 206 participantes, del total de los pacientes se dio seguimiento a 188, el resto de los participantes no contestó la segunda encuesta, ya que no fue posible contactarlos telefónicamente. En la tabla 3 se muestran las características sociodemográficas de los participantes, se observa que predomina el sexo femenino (53.4%), la media de edad se ubicó en 51.9 años ($DE= 15.9$). En cuanto al estado civil la mayor proporción corresponde a casados (39.3%), respecto al nivel educativo el 34% de los participantes refirió tener primaria, la media de años de educación fue de 9.2 ($DE= 3.9$), el desempleo predominó en la población con un 61.7%.

Tabla 3*Características sociodemográficas de los participantes*

Características demográficas	<i>f</i>	%			
Sexo					
Masculino	96	46.6			
Femenino	110	53.4			
Nivel educativo					
Primaria	70	34.0			
Secundaria	59	28.6			
Preparatoria	49	23.8			
Licenciatura	24	11.7			
Maestría	4	1.9			
Situación laboral					
Empleado	79	38.3			
Desempleado	127	61.7			
Estado civil					
Soltero(a)	47	22.8			
Casado(a)	81	39.3			
Divorciado(a)	11	5.3			
Viudo(a)	22	10.7			
Unión libre	32	15.5			
Separado(a)	13	6.3			
	Media	Mediana	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Edad	51.9	53.0	15.9	49.7	74.1
Años de educación formal	9.2	9.0	3.9	8.7	9.7

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *DE*= desviación estándar, *IC*=intervalo de confianza, *LI*= límite inferior, *LS*= límite superior, *n*= 206

Tipos de enfermedad crónica y comorbilidades

En la tabla 4, se muestra que la mayor proporción de los pacientes (37.4%) padece diabetes mellitus, seguido de hipertensión arterial (35%), el 70.4% de los participantes no presentaba comorbilidades. La media de años de padecer la enfermedad crónica fue de 7.8 años (*DE*=8.5), con un valor mínimo de 1 a 50 años.

Tabla 4*Tipos de enfermedad crónica y comorbilidades*

Tipos de enfermedad crónica/comorbilidades	<i>f</i>	<i>%</i>			
Enfermedad crónica que padece					
Hipertensión arterial	72				35.0
Diabetes mellitus	77				37.3
Enfermedad cardiovascular	30				14.6
Enfermedad renal crónica	27				13.1
Con comorbilidades					
Hipertensión arterial y diabetes mellitus	41				19.9
Hipertensión arterial o diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular	14				6.8
Hipertensión arterial o diabetes mellitus y enfermedad renal crónica	6				2.9
Sin comorbilidad	145				70.4
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Años de padecer la enfermedad crónica	7.8	5.0	8.5	6.7	9.0

Nota. *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *M*= media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar, *IC*=intervalo de confianza, *LI*= límite inferior, *LS*= límite superior, *n*= 206

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en pacientes con enfermedad crónica

En la tabla 5 se identifican las frecuencias y proporciones de las necesidades de aprendizaje por ítem en la dimensión medicación. Se observa que 53.9% de los pacientes con enfermedad crónica considera muy importante aprender sobre qué hacer si tienen problemas con sus medicamentos, seguido de conocer cuáles son los efectos secundarios de cada medicamento con 53.4%, y cuándo tomar cada medicamento con un 46.1%.

Tabla 5*Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión medicación*

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cómo funciona cada medicamento	9	4.4	14	6.8	14	6.8	82	39.8	87	42.2
Cuándo debo de tomar cada medicamento	11	5.3	15	7.3	13	6.3	72	35.0	95	46.1
Por qué tomo cada uno de mis medicamentos	6	2.9	17	8.3	26	12.6	83	40.3	74	35.9
Cómo tomar cada medicamento	4	1.9	13	6.3	45	21.8	83	40.3	61	29.6
Cuándo dejar de tomar los medicamentos	9	4.4	20	9.7	33	16.0	66	32.0	78	37.9
Qué hacer si tengo problemas con mis medicamentos	7	3.4	9	4.4	12	5.8	67	32.5	111	53.9
Cuáles son los efectos secundarios de cada medicamento	6	2.9	17	8.3	15	7.3	58	28.2	110	53.4

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En la tabla 6 se identifica la dimensión actividades de la vida diaria. La mayoría de los pacientes consideran muy importante aprender que alimentos pueden y no pueden comer con un 48.5%. Por otro lado, un bajo porcentaje (3.4%) refiere como no importante conocer qué hacer para ahorrar energía/fuerza.

Tabla 6

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión actividades de la vida diaria

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Qué actividades físicas puedo realizar	9	4.4	21	10.2	22	10.7	82	39.8	72	35.0
Cuánto tiempo puedo descansar	13	6.3	29	14.1	29	14.1	80	38.8	55	26.7
Cuándo puedo iniciar con las labores del hogar	14	6.8	30	14.6	33	16.0	68	33.0	61	29.6
Qué actividades no debo de hacer	12	5.8	27	13.1	30	14.6	59	28.6	78	37.9
Qué debo hacer si tengo un problema para evacuar	11	5.3	21	10.2	34	16.5	62	30.1	78	37.9
Qué debo hacer para ahorrar energía/fuerza	7	3.4	39	18.9	55	26.7	55	26.7	50	24.3
Cómo debo preparar mis comidas	19	9.2	20	9.7	25	12.1	62	30.1	80	38.8
Cuáles son los alimentos que puedo y no puedo comer	14	6.8	16	7.8	28	13.6	48	23.3	100	48.5
Qué debo hacer si no duermo lo suficiente	14	6.8	28	13.6	33	16.0	75	36.4	56	27.2

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En la tabla 7 referente a la dimensión comunidad y seguimiento, se reporta que la mayoría de los reactivos fueron considerados por los participantes como muy importantes, destacando el aprender dónde la familia puede obtener ayuda para hacer frente a la enfermedad con 44.2%, seguido de conocer dónde conseguir los medicamentos 41.3% y saber a quién acudir cuando tienen problemas de salud en casa 37.4%.

Tabla 7

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión comunidad y

seguimiento

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Qué debo hacer con mi cuidado en el hogar	9	4.4	32	15.5	29	14.1	66	32.0	70	34.0
A quién puedo acudir cuando tengo un problema de salud de emergencia en casa	12	5.8	22	10.7	33	16.0	62	30.1	77	37.4
Cómo llegar a casa desde el hospital	40	19.4	26	12.6	39	18.9	42	20.4	59	28.6
Dónde puedo acudir si tengo un problema de salud	17	8.3	26	12.6	39	18.9	65	31.6	59	28.6
Dónde puede obtener ayuda mi familia para hacer frente a mi enfermedad	12	5.8	18	8.7	26	12.6	59	28.6	91	44.2
Cómo puedo comunicarme con grupos sociales	35	17.0	30	14.6	39	18.9	51	24.8	51	24.8
Dónde puedo conseguir mis medicamentos	23	11.2	18	8.7	17	8.3	63	30.6	85	41.3

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

A continuación, se muestran los resultados de los reactivos de la dimensión sentimientos relacionados con la condición; se observa que los pacientes con enfermedad crónica consideran muy importante conocer cuáles son las causas de la enfermedad (40.8%), sin embargo, el 39.8% considera importante aprender cómo hablar con su familia sobre la enfermedad, y el 33% sobre aprender las causas de la enfermedad (observar tabla 8).

Tabla 8

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión sentimientos

relacionados con la condición

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Con quién puedo hablar sobre mis sentimientos de la vida/muerte	22	10.7	20	9.7	33	16.0	65	31.6	66	32.0
Cómo hablar con mi familia sobre mi enfermedad	12	5.8	25	12.1	15	7.3	82	39.8	72	35.0
Dónde puedo obtener ayuda para sobrellevar mis sentimientos sobre mi enfermedad	18	8.7	35	17.0	31	15.0	67	32.5	55	26.7
Cuáles son las causas de mi enfermedad	14	6.8	15	7.3	25	12.1	68	33.0	84	40.8
Cómo puedo describir mis sentimientos sobre mi enfermedad	21	10.2	22	10.7	48	23.3	57	27.7	58	28.2

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En la tabla 9 se muestran los reactivos referentes a la dimensión tratamiento y complicaciones, se observa que el 46.1% de los participantes considera muy importante conocer los efectos secundarios de los medicamentos, seguido de qué hacer si tienen problemas para orinar con el 40.8% y el aprender los objetivos del tratamiento con 36.9%.

Tabla 9

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión tratamiento y

complicaciones

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Cuáles son los problemas que puedan desarrollarse en casa y necesiten atención	10	4.9	29	14.1	35	17.0	67	32.5	65
Cuáles son los objetivos de mi tratamiento	9	4.4	21	10.2	23	11.2	77	37.4	76	36.9
Cuáles son los efectos secundarios que pueden ocurrir debido a mi tratamiento	6	2.9	27	13.1	23	11.2	55	26.7	95	46.1
Cuáles son los problemas que pueden surgir debido a mi enfermedad	1	.5	25	12.1	55	26.7	58	28.2	67	32.5
Quién (personal de salud) seguirá mi tratamiento	12	5.8	29	14.1	33	16.0	62	30.1	70	34.0
Cómo puedo detectar un problema que pueda desarrollarse en casa	5	2.4	40	19.4	61	29.6	55	26.7	45	21.8
A quién debo llamar para obtener ayuda a domicilio	17	8.3	28	13.6	46	22.3	59	28.6	56	27.2
Cómo debo prevenir los problemas que puedan surgir debido a mi enfermedad y tratamiento	2	1.0	35	17.0	48	23.3	75	36.4	46	22.3
Qué debo hacer si tengo problemas para orinar	13	6.3	15	7.3	15	7.3	79	38.3	84	40.8

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En la tabla 10, se presentan las necesidades de aprendizaje de la dimensión calidad de vida; se observa que los participantes consideran muy importante el aprender cómo afectará esta enfermedad a su vida (47.6%), cuáles podrían ser los síntomas de la enfermedad (44.7%) y cómo afectará esta enfermedad a su futuro (42.7%).

Tabla 10

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión calidad de vida

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Qué debo hacer cuando aparecen los síntomas de mi enfermedad	10	4.9	23	11.2	28	13.6	64	31.1	81
Cuáles podrían ser los síntomas de mi enfermedad	12	5.8	26	12.6	21	10.2	55	26.7	92	44.7
Cómo puedo lidiar con el estrés	12	5.8	30	14.6	32	15.5	63	30.6	69	33.5
Cómo puedo evitar el estrés	13	6.3	31	15.0	32	15.5	66	32.0	64	31.1
Cómo puedo aliviar mi dolor	13	6.3	26	12.6	41	19.9	56	27.2	70	34.0
Qué vitaminas y suplementos puedo tomar	15	7.3	22	10.7	22	10.7	77	37.4	70	34.0
Cómo afectará esta enfermedad a mi vida	10	4.9	18	8.7	21	10.2	59	28.6	98	47.6
Cómo afectará esta enfermedad a mi futuro	6	2.9	19	9.2	29	14.1	64	31.1	88	42.7

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En cuanto a la dimensión cuidado de la piel, en la tabla 11 se puede apreciar que los participantes consideran muy importante aprender cómo cuidar adecuadamente sus pies (41.7%), seguido de cómo cuidar la piel y/o una lesión cutánea (38.8%); así mismo, consideran importante cómo prevenir el sarpullido en la piel y como prevenir el dolor en la piel con un 30.1%, respectivamente.

Tabla 11

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en la dimensión cuidado de la piel

Necesidad de aprendizaje	No importante		Algo importante		Ligeramente importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Cómo debo cuidar la piel y/o una lesión cutánea	10	4.9	21	10.2	34	16.5	61	29.6	80
Cuándo puedo bañarme	61	29.6	30	14.6	20	9.7	44	21.4	51	24.8
Cómo prevenir el sarpullido en mi piel	15	7.3	36	17.5	34	16.5	62	30.1	59	28.6
Cómo puedo prevenir el dolor en la piel	19	9.2	31	15.0	36	17.5	62	30.1	58	28.2

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 206

En la tabla 12, se presentan las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y sus dimensiones. En primera instancia, se observa la media total por sumatoria de la escala con 188.5 (*DE*= 35.8), cabe recordar que se suman el total de ítems donde el valor mínimo es 50 y el valor máximo 250, altos puntajes refieren altas necesidades de aprendizaje. En cuanto a las dimensiones, la media más alta de la sumatoria es tratamiento y complicaciones con 33.7 (*DE*= 7.3), seguido de la dimensión actividades de la vida diaria con 33.7 (*DE*= 7.7) y calidad de vida con 30.7 (*DE*= 6.8).

Para determinar el grado de importancia de las necesidades de aprendizaje se consideró una escala de 1 a 5 y se clasificó en función de la puntuación media total y por dimensión. Se encontró que la media total de necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario es de 3.7 (*DE*= 0.7). Así mismo, las necesidades de aprendizaje más altas por dimensión son medicación con una media de 4.0 (*DE*= 0.7), mejorar la calidad de vida con 3.84 (*DE*= 0.85) y en tercer lugar tratamiento y complicaciones con 3.7 (*DE*= 0.8).

Tabla 12

Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario global y por dimensión.

Necesidades de aprendizaje/ Dimensión	Por sumatoria de la escala					Por nivel de importancia				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Min	Max				Min	Max
Necesidades de aprendizaje global	188.5	191.5	35.8	71	250	3.7	3.8	0.7	1.3	5
Dimensión										
Medicación	28.4	30.0	5.5	7	35	4.0	4.2	0.7	1.0	5
Actividades de la vida diaria	33.7	35.0	7.7	14	45	3.7	3.8	0.8	1.5	5
Comunidad y seguimiento	25.4	27.0	6.4	8	35	3.6	3.8	0.9	1.1	5
Sentimientos relacionados con la condición	18.4	20.0	4.8	5	25	3.6	4.0	0.9	1.0	5
Tratamiento y complicaciones	33.7	35.0	7.3	13	45	3.7	3.8	0.8	1.4	5
Calidad de vida	30.7	32.0	6.8	10	40	3.8	4.0	0.8	1.2	5
Cuidado de la piel	17.8	19.0	5.1	5	25	3.5	3.8	1.0	1.0	5

Nota. *M*= media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar, Min= valor mínimo, Max= valor máximo, *n*= 206

Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica

En la tabla 13, se puede apreciar las opciones de respuesta de la dimensión conocimiento de la escala competencia del cuidado en el hogar por ítem; se observa que la mayoría de los pacientes casi siempre o siempre conocen los signos de alarma de su condición de salud con 44.7%, seguido de saber cómo hacer el seguimiento de sus condiciones de salud y cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarse con 41% ambos reactivos, respectivamente.

Tabla 13

Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión

conocimiento

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud	12	6.4	36	19.1	63	33.5	77	41.0
Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarme	11	5.9	37	19.7	63	33.5	77	41.0
Conozco los signos de alarma de mi condición de salud	16	8.5	37	19.7	51	27.1	84	44.7

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

En la tabla 14, se puede apreciar las opciones de respuesta de la dimensión unicidad; la mayoría de los pacientes (50.5%) refieren que casi siempre o siempre tiene confianza en su capacidad para asumir su cuidado en casa, sin embargo, el 40.4% con frecuencia simplifica las tareas del cuidado y solo el 36.7% supera fácilmente sentimientos de culpa o rabia.

Tabla 14

Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión unicidad

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tengo confianza en mi capacidad para asumir mi cuidado en casa	7	3.7	32	17.0	54	28.7	95	50.5
Supero fácilmente sentimientos de culpa o rabia	28	14.9	46	24.5	45	23.9	69	36.7
Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado	10	5.3	38	20.2	76	40.4	64	34.0
Establezco mi propio plan de vida	59	31.4	24	12.8	45	23.9	60	31.9

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

A continuación, en la tabla 15 se identifica la dimensión instrumental por reactivos; se reporta que la mayoría de los pacientes casi siempre o siempre usan adecuadamente los medicamentos indicados con un 67.6%, seguido de organiza el apoyo instrumental disponible para su cuidado con un 52.7%.

Tabla 15

Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión instrumental

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas por el equipo de salud	4	2.1	21	11.2	70	37.2	93	49.5
Organizo el apoyo instrumental disponible para mi cuidado	7	3.7	26	13.8	56	29.8	99	52.7
Uso adecuadamente los medicamentos indicados	1	0.5	15	8.0	45	23.9	127	67.6

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

En la tabla 16, se muestran los reactivos de la dimensión disfrutar; se observa que el 46.3% de los participantes refieren que casi siempre o siempre el cuidado de su salud no les impide desarrollar otros asuntos o actividades personales, seguido de sentir que su situación de salud les permite desarrollar su plan de vida con un 45.7%; así mismo, el 34.6% refiere estar satisfecho con su condición de salud actual.

Tabla 16*Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión disfrutar*

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estoy satisfecho con mi condición de salud actual	23	12.2	42	22.3	58	30.9	65	34.6
Siento tener energía para responder a las necesidades de cuidado	12	6.4	39	20.7	58	30.9	79	42.0
Siento que mi situación de salud me permite desarrollar mi plan de vida	14	7.4	36	19.1	52	27.7	86	45.7
El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos personales	12	6.4	30	16.0	59	31.4	87	46.3

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

En la tabla 17, se presentan los reactivos de la dimensión anticipación, se muestra que el 49.5% de los pacientes casi siempre o siempre organizan los recursos necesarios para su cuidado, mientras que el 39.9% con frecuencia prevé el manejo de riesgos y necesidades de cuidado.

Tabla 17*Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión anticipación*

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Preveo manejo de riesgos y de necesidades para mi cuidado	10	5.3	44	23.4	75	39.9	59	31.4
Organizo los recursos necesarios para mi cuidado	5	2.7	25	13.3	65	34.6	93	49.5

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

En la tabla 18, se puede identificar la dimensión relación e interacción; la mayoría de los pacientes casi siempre o siempre logran respaldo de otras personas para apoyar su cuidado con un 64.9%, seguido de fortalecer vínculos de afecto con las personas que apoyan su cuidado con un 64.4%.

Tabla 18

Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica en la dimensión relación e interacción

Reactivos	Nunca		Pocas veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Logro respaldo de otras personas para apoyar mi cuidado	2	1.1	16	8.5	48	25.5	122	64.9
Mantengo tranquilidad emocional con las personas que apoyan mi cuidado	2	1.1	26	13.8	53	28.2	107	56.9
Busco comunicarme efectivamente con las personas quienes apoyan mi cuidado	4	2.1	23	12.2	52	27.7	109	58.0
Fortalezco vínculos de afecto con las personas que apoyan mi cuidado	4	2.1	21	11.2	42	22.3	121	64.4

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 188

En la tabla 19, se presenta la descripción de cuidado en el hogar. Para conocer el nivel de cuidado se utilizó la estratificación de Carrillo et al. (2016) en función de la puntuación media total, donde 0-36= bajo, 37-48= medio y 49-60= alto. La media total en relación al cuidado en el hogar fue de 43.57 (*DE*= 10.34), considerado en nivel medio. En cuanto a las medias por dimensión, todas se ubicaron en el rango medio, como se puede apreciar a continuación.

Tabla 19*Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica global y por dimensiones*

Cuidado en el hogar	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Min	Max
Cuidado en el hogar global	43.57	45.00	10.34	42.1	45.1
Dimensión					
Conocimiento	6.26	7.00	2.38	0	9
Unicidad	7.68	8.00	2.83	1	12
Instrumental	7.23	8.00	1.89	2	9
Disfrutar	8.25	9.00	3.00	0	12
Anticipación	4.28	4.00	1.41	0	6
Relación e interacción	9.85	11.00	2.61	1	12

Nota. *M*= media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar, Min= valor mínimo, Max= valor máximo, *n*= 188

En la tabla 20, se identifica las frecuencias y proporciones encontradas en el cuidado en el hogar de pacientes con enfermedad crónica clasificadas por nivel de competencia, la mayor proporción presentó niveles bajo y medio de cuidado en el hogar (62.2%). La dimensión instrumental presentó el mayor porcentaje de nivel alto de cuidado en el hogar con un 55.3%; sin embargo, las dimensiones unicidad (71.8%) y anticipación (54.8%) reportan un nivel bajo y medio, respectivamente.

Tabla 20

Niveles de cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica global y por dimensiones

Niveles de cuidado en el hogar	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuidado en el hogar global	48	25.5	69	36.7	71	37.8
Dimensiones						
Conocimiento	27	14.4	61	32.4	61	53.2
Unicidad	64	34.0	71	37.8	53	28.2
Instrumental	32	17.0	52	27.7	104	55.3
Disfrutar	36	19.1	55	29.3	97	51.6
Anticipación	21	11.2	82	43.6	85	45.2
Relación e	40	21.3	47	25.0	101	53.7
Interacción						

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=188

Prueba de normalidad de las variables del estudio

En la tabla 21, se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los cuales indican que la distribución de la mayoría de las variables de estudio no presenta normalidad ($p < .05$), a excepción de la edad, las necesidades de aprendizaje global y cuidado en el hogar global, por lo tanto, se utilizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos.

Tabla 21*Prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors*

Variables	M	Mdn	DE	Valor		D ^a	p
				Min	Max		
Edad	51.90	53.00	15.98	18	98	.754	.621
Nivel educativo	9.20	9.00	3.92	1	23	2.109	.001
Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario global	188.55	191.5	35.85	71	250	.960	.315
Dimensiones							
Medicación	28.45	30.00	5.54	7	35	2.103	.001
Actividades de la vida diaria	33.77	35.00	7.73	14	45	1.606	.012
Comunidad y seguimiento	25.49	27.00	6.43	8	35	1.553	.016
Sentimientos relacionados con la condición	18.49	20.00	4.89	5	25	1.952	.001
Tratamiento y complicaciones	33.78	35.00	7.30	13	45	1.199	.113
Calidad de vida	30.75	32.00	6.81	10	40	1.301	0.68
Cuidado de la piel	17.84	19.00	5.17	5	25	1.617	.011
Cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica global	43.57	45.00	10.34	15	60	1.145	.145
Dimensiones							
Conocimiento	6.26	7.00	2.38	0	9	2.097	.001
Unicidad	7.68	8.00	2.83	1	12	1.583	.013
Instrumental	7.23	8.00	1.89	2	9	2.869	.001
Disfrutar	8.25	9.00	3.00	0	12	1.910	.001
Anticipación	4.28	4.00	1.41	0	6	2.050	.001
Relación e interacción	9.85	11.00	2.61	1	12	3.523	.001

Nota. M= media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, Min= valor mínimo, Max= valor máximo, D^a= prueba de normalidad, p= significancia bilateral, n=206

Diferencia de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario por sexo, estado civil y situación laboral

Para dar respuesta al objetivo específico dos se presenta la tabla 22, que muestra las diferencias de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario de acuerdo con el sexo, estado civil y situación laboral. De acuerdo con las diferencias por sexo, los

resultados fueron significativos ($U= 4385.50$; $p= .036$); los hombres reportaron una media más alta de necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con 194.30 ($DE= 32.40$), en relación con las mujeres. Con respecto al estado civil no se encontraron diferencias significativas ($H= 5.808$; $p= .325$); sin embargo, se reportan medias de necesidades más altas en los pacientes en unión libre con 202.21 ($DE= 29.33$). De acuerdo con la situación laboral, no se encontraron diferencias significativas ($U= 4854.50$, $p= .697$); se observa que los participantes que se encontraban empleados presentaron una media más alta de necesidades de aprendizaje 189.82 ($DE= 34.26$).

Tabla 22

Prueba U de Mann-Whitney y H Kruskal Wallis para necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario según sexo, estado civil y situación laboral

Variables	n	Necesidades de aprendizaje			U o H	p
		M	Mdn	DE		
Sexo						
Masculino	96	194.30	199.50	32.40	4385.50	.036
Femenino	110	183.54	184.50	38.06		
Estado civil						
Soltero	47	183.21	180.00	40.96	5.80	.325
Casado	81	187.72	191.00	35.32		
Divorciado	11	192.81	198.00	26.20		
Viudo	22	181.81	186.00	40.24		
Unión libre	32	202.21	205.00	29.33		
Separado	13	187.23	189.00	29.50		
Situación laboral						
Empleado	79	189.82	198.00	34.26	4854.50	.697
Desempleado	127	187.77	190.00	36.92		

Nota. M= media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, U=U de Mann-Whitney, H=Kruskal-Wallis, p=nivel de significancia, n=206

Relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con edad y nivel educativo

Para dar respuesta al objetivo tres se presenta la tabla 23. En cuanto a la edad se relacionó negativa y significativamente con las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario ($r_s = -.207, p = .003$), a menor edad mayor necesidad de aprendizaje. En cuanto al nivel educativo, se relacionó positiva y significativamente ($r_s = .244, p < .01$), a mayor educación mayores necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario.

Tabla 23*Coefficiente de correlación de Spearman de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario con edad y nivel educativo*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Edad	1									
2.Nivel educativo	-.317**	1								
Dimensiones										
3.Medicación	-.181**	.275**	1							
4.Actividades de la vida diaria	-.171*	.214**	.679**	1						
5.Comunidad y seguimiento	-.129	.165*	.482**	.686**	1					
6.Sentimientos relacionados con la condición	-.145*	.055	.386**	.529**	.604**	1				
7.Tratamiento y complicaciones	-.178*	.264**	.584**	.701**	.739**	.599**	1			
8.Calidad de vida	-.244**	.209**	.512**	.709**	.611**	.576**	.691**	1		
9.Cuidado de la piel	-.171*	.200**	.463**	.604**	.585**	.467**	.669**	.694**	1	
10.Necesidades de aprendizaje global	-.207**	.244**	.686**	.869**	.844**	.714**	.882**	.844**	.782**	1

Nota. r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia estadística, * $<.05$, ** $<.01$, $n= 206$

Relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica

Para dar respuesta al objetivo general, se presenta la tabla 24. No hubo relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y el cuidado en el hogar ($r_s = .039$, $p = .594$).

Tabla 24

Coefficiente de correlación de Spearman de las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar

Variables	1	2
1-. Cuidado en el hogar	1	
2-. Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario	.039	1

Nota. r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia estadística, * $<.05$, ** $<.01$, $n= 206$

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, y su relación con las características sociodemográficas de los participantes y el cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica.

En la población de estudio se observó que la mayoría de los pacientes padecía hipertensión arterial (HTA), seguido de diabetes mellitus (DM), dichas patologías son las más comunes en pacientes con EC y son predominantes en los mayores de 20 años en México, según lo reportado por la ENSANUT (2018). En cuanto, a las comorbilidades asociadas se identificó el binomio HTA y DM como el más sobresaliente; la hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando del 20 al 60% de la población con diabetes mellitus, puede estar asociado a la globalización, urbanización y a los cambios radicales que existen en los estilos de vida. No obstante, es relevante la asociación que se observa en una cantidad considerable de pacientes que presentan ambas enfermedades, lo cual ha llegado a plantear a los investigadores la posibilidad de un nexo fisiopatológico que las ligue entre sí (Araya-Orozco, 2004; Cordero et al., 2018).

En cuanto a los años de padecer la enfermedad crónica el tiempo varía de 1 a 50 años, donde la mayoría reporta una media de casi 8 años. Este hallazgo es importante de considerar, dado que son enfermedades de larga duración y de progresión generalmente lenta, por lo que se requiere de un papel activo de los pacientes en sus cuidados, para manejar su enfermedad de la mejor manera posible (OMS, 2021). Esta información debe ser considerada por el personal de enfermería, se requiere enfatizar a los pacientes con EC la importancia que tiene la continuidad de sus cuidados; por lo tanto, es elemental implementar estrategias efectivas para la concientización y mejorar la educación a los

pacientes, de tal forma que se resuelvan todas sus dudas e inquietudes, asegurando una atención de calidad.

Por otro lado, se identificaron altas necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, concordando con lo encontrado por algunos autores (Deniz, et al., 2017; Polat et al., 2014; Tan et al., 2013; Taskin et al., 2019), pudiera deberse a que los pacientes a punto de egresar del hospital tienen mayor necesidad de aprendizaje, debido a la complejidad de sus cuidados que desarrollarán en su hogar, ya que su enfermedad se considera como el paso de una etapa o condición a otra. De acuerdo con Meleis (2015) este fenómeno implicaría una interacción con su entorno en el cual la persona presenta cambios en su estado general de salud, por lo que pudiera exigir habilidades y demandas de conocimiento entorno al evento crítico.

En relación con las necesidades de aprendizaje específicas al egreso hospitalario en pacientes con EC se encontró que las principales son atribuidas a medicación, calidad de vida y tratamiento y complicaciones; estos resultados concuerdan con lo encontrado por Glucu y Kursun (2017), Polat et al. (2014), Taskin et al. (2019), Yilmaz (2017) e Yilmaz y Ozcan (2015); no obstante, esto es diferente a lo reportado por Alkubati et al. (2012) y Moreno et al. (2020). Lo anterior, puede estar relacionado al hecho de que es una EC que evoluciona y puede hacer que la persona atraviese una nueva experiencia; por lo cual, necesita información y requiere tener conocimiento adecuado para poder sobrellevarla de manera adecuada.

Por lo anterior, la información impartida al egreso hospitalario e incluso antes, debe ser efectiva, ya que es precisamente en este momento que se efectúa esa transición de salir del hospital hacia el hogar y enfrentar una serie de cambios radicales, de los cuales se debe ser consciente y tomar las acciones necesarias para un buen cuidado y poder sobrellevar los problemas que puedan irse presentando (Meleis, 2015). Así mismo, esto podría constituir un área de oportunidad para las instituciones de salud que

necesitan contar con planes de egreso hospitalario, que ayuden a responder las necesidades reales de los usuarios.

Este estudio reporta que la medicación ha sido expresada como la necesidad de aprendizaje primordial y podría deberse a que los pacientes con EC regularmente están sometidos a polifarmacia y les es complicado recordar el uso y efectos adversos que sus medicamentos podrían tener, sobre todo cuando sus medicamentos y dosis son modificados frecuentemente. De acuerdo con Meleis (2015) la modificación de tratamiento genera una transición, la cual requiere de nuevo el proceso de adaptación y de conocimiento al nuevo tratamiento. Otra razón sería que algunos de los pacientes no cuentan con cita de seguimiento, en consecuencia, pueden olvidar las indicaciones de sus medicamentos y dejar de tomarlos, empeorando el estado de salud. Por lo que se requiere asegurar previo al egreso que el paciente reciba una información clara y entendible que le permita conocer sobre su medicación prescrita para llevar su tratamiento de forma correcta (Moreno et al., 2020).

En relación con la dimensión calidad de vida donde se cuestiona sobre aprender de los síntomas, manejo del estrés y de cómo afecta la enfermedad en la vida y el futuro, fue la que ocupa el segundo lugar. Esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes recién diagnosticados desconocían los síntomas de su condición de salud y como enfrentarlos; además, referían tener ausencia de control del estrés y desconocimiento de cómo podían sobrellevarlo o evitarlo, por último, algunos participantes desconocían como podría afectar la enfermedad en su futuro, si podrían hacer o no las mismas actividades y se cuestionaban si la enfermedad les quitaría años de vida o serían improductivos (Glucu & Kursun, 2017).

Un motivo por el cual la necesidad de aprendizaje sobre tratamiento y complicaciones ocupa la tercera posición es debido a que los pacientes con EC generalmente no tienen adherencia al tratamiento, por lo tanto, están conscientes que pueden presentar complicaciones y tienen necesidades de aprendizaje al respecto. Tener

adherencia al tratamiento disminuye el riesgo de presentar complicaciones, de reingresos hospitalarios y por ende los costos en salud (Strabner et al., 2020). Otra explicación sería que, debido al diagnóstico, los pacientes sufren un gran impacto en el estado mental, que se manifiesta en ansiedad, temor, preocupación, lo cual incrementa las necesidades de aprendizaje para poder cuidarse de una manera óptima destacando lo referente al manejo de tratamiento y presencia de complicaciones (Serra-Valdes et al., 2018).

El cuidado de la piel se identificó como la necesidad de aprendizaje de menor prioridad, esto concuerda con lo reportado por Polat et al. (2014) y Taskin et al. (2019), esto pudiera deberse a que los participantes se preocupan más por cuestiones fisiopatológicas; a excepción de los que tienen alguna úlcera o herida derivada de su patología, quienes están más atentos al cuidado de la piel (Ong et al., 2017).

Respecto a las necesidades de aprendizaje en pacientes con enfermedad crónica al egreso hospitalario en relación con las características sociodemográficas se encontró que el sexo masculino tiene mayores necesidades de aprendizaje; esto concuerda con lo reportado por Deniz et al. (2017), Polat et al. (2014), Taskin et al. (2019) y Yalcin et al. (2015), y contrasta con el estudio de Tan et al. (2013). Lo anterior podría atribuirse a que las mujeres en sus roles tradicionales de cuidadoras pueden tener nociones o conocimiento sobre el cuidado de la enfermedad crónica, a diferencia de los varones que están menos informados. Otra explicación puede ser que las mujeres son más extrovertidas, expresan y dicen sus dudas de una manera más fácil, con lo cual ellas aprenden más respecto a sus cuidados (Yalcin et al., 2015).

Referente a la edad se identificó que los participantes jóvenes presentaban mayores necesidades de aprendizaje, esto es similar a lo encontrado por Polat et al. (2014), pero es diferente a lo reportado por Glucu y Kursun (2017), donde los adultos mayores presentaron mayor necesidad de aprendizaje. Lo anterior puede deberse a que los adultos jóvenes, son un grupo productivo para la sociedad y juegan un rol activo,

siendo responsables de su propio autocuidado, por ello, es razonable que se encuentren llenos de dudas y necesitados de información (Polat et al., 2014).

En cuanto al estado civil, los pacientes en unión libre presentaron altas necesidades de aprendizaje; sin embargo, la diferencia no fue significativa con respecto a otras categorías de estado civil, lo anterior difiere a lo encontrado por Yilmaz (2017) y Guven et al. (2020) quienes identificaron mayores necesidades en los pacientes casados. Una razón sería, que los pacientes en unión libre al tener una pareja se delega la responsabilidad de tratamiento y son más dependientes, por lo que, los pacientes indagan y sienten mayor curiosidad por el manejo de su enfermedad, que las personas que se encuentran casados (Escolar-Pujolar et al., 2018).

En relación con el nivel educativo, se encontró que los participantes con mayores años de estudio presentaban mayores necesidades de información, estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Deniz et al. (2017) y Glucu y Kursun (2015), lo anterior contrasta con el estudio de Yalcin et al. (2015). La razón pudiera ser que los pacientes con mayores años de estudio comprenden mejor la información, y por ende se cuestionan más al respecto sobre su enfermedad, lo que favorece a tomar un rol positivo para su cuidado (Deniz et al., 2017).

Respecto a la situación laboral se identificó que los participantes que trabajan manifestaron mayores necesidades de aprendizaje, los resultados concuerdan con lo encontrado por Glucu y Kursun (2017). Una explicación podría ser que los pacientes empleados tienen la necesidad de regresar pronto a sus actividades laborales, por lo cual expresan mayor preocupación por cuidarse y conocer todos los procedimientos e información necesaria para su recuperación y manejar de manera efectiva la enfermedad (Alkubati et al., 2012).

Por lo que concierne al cuidado en el hogar se encontró que el promedio de la escala presentó un rango medio, concordando con los hallazgos de Aldana et al. (2016) y Carrillo y González (2017), sin embargo, difiere con los resultados de Melo et al.

(2017), cuyos participantes mostraron un rango bajo dentro de su estudio. Esto pudiera deberse a que los pacientes con enfermedad crónica se involucran en sus cuidados, no obstante, no realizan cambios en sus estilos de vida, siguen presentando algunas deficiencias que les impide manejar de manera efectiva el cuidado de su enfermedad en el hogar (Carrillo et al., 2015).

Respecto a los niveles de cuidado en el hogar de manera global se encontró que 62.2% de los participantes reportan un nivel de cuidado en el hogar bajo y medio; este hallazgo concuerda a lo reportado por Melo et al. (2017) y Aldana et al. (2016). Una explicación sería que, debido a la larga duración y progresión lenta de las EC, los pacientes pueden perder el interés por cuidarse, abandonando el tratamiento. Otra razón sería, que debido a que no reciben seguimiento en el hogar, los pacientes pierden seguridad respecto a cómo cuidarse y desconocen cómo dar continuidad al manejo de su condición de salud.

En cuanto a las dimensiones del cuidado en el hogar, la mayoría reportó niveles altos respecto al cuidado, sin embargo, las dimensiones unicidad y anticipación presentaron niveles bajo y medio de cuidado, concordando con el hallazgo de Aldana et al. (2016). Lo anterior, pudiera ser, a que aún falta compromiso por parte del paciente para ejercer un buen cuidado en su hogar; además, puede ser que las personas presenten serias dificultades para adaptarse y hacer frente a los factores estresantes agudos y crónicos. Estos factores de estrés se relacionan con las restricciones en la dieta, la ingestión de líquidos, la polifarmacia, así como los aspectos psicosociales, los cambios en la percepción de sí mismos y el miedo a la inminente muerte. (Quinan, 2007; Sánchez et al., 2014).

Respecto a la dimensión unicidad (condiciones personales) que presentó bajos niveles de cuidado, puede ser debido a que las características tanto internas como de personalidad se encuentran alteradas, lo que puede impedir que se afronte la enfermedad crónica y el rol como persona enferma. Otra explicación sería, la falta de herramientas

con las que se hace frente a problemas, retos y desafíos, así como mecanismos de afrontamiento para superarlos (Aldana et al., 2016). Referente a la dimensión anticipación, se pudieron presentar bajos niveles ya que, regularmente los pacientes no suelen anticiparse a riesgos o planear ante eventos inesperados, lo que indica que el personal de salud debe analizar esto, en el abordaje actual del proceso educativo (Carrillo & González, 2017).

No se encontró relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y el cuidado en el hogar. Una explicación podría ser que ambas variables van de manera independiente, los pacientes con EC manifiestan altas necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario, sin embargo, siguen realizando un cuidado en el hogar de manera tradicional a expensas de un complemento de información, asegurando que ese aprendizaje tenga concordancia con el cuidado que el paciente realiza. Otra razón sería, que existen factores de tipo social o familiar, como la falta de apoyo o la ausencia de un cuidador que guíe o ayude a llevar un buen autocuidado (Carrillo et al., 2016).

Si bien la totalidad de la población de estudio señaló que se le brindó educación respecto a su enfermedad crónica, algunos pacientes expresaron dudas durante las llamadas telefónicas respecto a su dieta, medicación y citas de seguimiento, por lo que resulta relevante, ya que todos los pacientes deben ser debidamente informados. Además, dos pacientes con insuficiencia renal crónica manifestaron dudas en el manejo de la diálisis peritoneal, uno de ellos, refirió no haberla realizado desde que salió del hospital, por lo que se sentía mal y mencionó tener edema generalizado. Así mismo, un paciente con enfermedad cardiovascular refirió no saber qué tipo de actividad física podía realizar y si ya podía realizar sus actividades cotidianas, por lo que se encontraba aún en cama sin moverse.

Toda la información anterior, refleja la importancia que tiene la educación adecuada, para evitar complicaciones en la salud del paciente (Strabner et al., 2020). Es

indispensable que las instituciones de salud cuenten con un plan de egreso estandarizado para este grupo de pacientes y que el personal de enfermería administrador y operativo se encarguen de llevarlo a cabo. Esto ayudará a ofertar una atención de calidad, que favorezca el control de la EC del paciente.

Conclusiones

Las enfermedades crónicas más predominantes en los pacientes son la hipertensión arterial y diabetes mellitus, ambas enfermedades son las acompañantes más frecuentes, dentro de las comorbilidades de los participantes. Se identificó que las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en esta población fueron altas, destacan la medicación, la calidad de vida; así como tratamiento y complicaciones. Se encontraron medias más altas de necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario en pacientes de sexo masculino, adultos jóvenes y con mayor nivel educativo. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al estado civil y la situación laboral.

El cuidado en el hogar de los pacientes con EC se encontró con niveles bajo y medio; sin embargo, las dimensiones se ubicaron en un nivel alto, a excepción de las dimensiones unicidad y anticipación. No se encontró relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y el cuidado en el hogar. Lo que refleja la importancia de seguir resolviendo los cuestionamientos de los pacientes sobre el cuidado de su patología y buscar otras formas de asegurar que se realiza el cuidado en el hogar con indicadores más objetivos, que permitan observar cómo llevan el cuidado realmente en casa y así poder brindar indicaciones precisas que mejoren el manejo de la enfermedad.

Limitaciones

Una de las limitaciones del estudio se atribuye a la dificultad para contactar a algunos pacientes por llamada telefónica en la aplicación del instrumento de cuidado en el hogar. Así mismo, en cuatro de cada 10 pacientes, se tuvieron que efectuar tres llamadas telefónicas, debido a que no respondían en el día y horario acordado.

Recomendaciones para la investigación

Realizar estudios que permitan conocer la relación entre las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar en esta población, ya que en México no se encuentran estudios que relacionen ambas variables.

Realizar estudios de intervención que permitan conocer el efecto que tiene el seguimiento telefónico, en el fortalecimiento del cuidado de la enfermedad en el hogar, que responda a las necesidades de aprendizaje que se generen en el paciente.

Desarrollar estudios de intervención que permitan fortalecer la información que se brinda a los pacientes con EC, así como las competencias de enfermería respecto a la forma de otorgar educación al egreso hospitalario.

Recomendaciones para la práctica

Se recomienda realizar planes de egreso hospitalario estandarizados para esta población de estudio, abarcando las necesidades de aprendizaje, a fin de disminuir las dudas del paciente en el hogar y favorecer un mejor autocuidado.

Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia que tiene su rol como educador en los pacientes con EC, y supervisar que brinden la educación ya que estas patologías son las de mayor prevalencia en la población, con el fin de disminuir las complicaciones y los reingresos hospitalarios.

Se recomienda realizar seguimiento telefónico a los pacientes con EC, después de su egreso hospitalario, que ayude a responder los cuestionamientos que puedan presentarse en el hogar, además, corroborar con ello que el paciente vaya evolucionando favorablemente. Así mismo, se recomienda que se cuente con personal responsable encargado de llevar este registro.

Referencias

- Aldana, E., Barrera, S., Rodríguez, K., Gómez, O., & Carrillo, G. (2016). Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, *19*(3), 265-273.
<https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000300009>
- Alkubati, S., Al-Zaru, I., Khater, W., & Ammouri, A. (2012). Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(7), 930–938. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04177.x>
- Aragón-Alegría, D., Muñoz, S., Prado, Y., Ramírez, L., Hurtado, D., Meneses, C., & Candela, M. (2020). Evaluación del plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán. *Revista Médica Risaralda*, *26*(1), 61-67.
<http://dx.doi.org/10.22517/25395203.20951>
- Araya-Orozco, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, *25*(4), 65-71.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007&lng=en&tlng=es.
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., Mckibbon, A., Nagle, L., Pringle, D., Ross, E., & Shamian J. (1990). The patient learning needs scale: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, *15*(10), 1181-1187. [http:// 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01711.x](http://10.1111/j.1365-2648.1990.tb01711.x)
- Bull, M., & Robert, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal Advance Nursing*, *35*, 571-581. [http:// doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01873.x](http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01873.x)
- Carrillo, G., Barreto, R., Arboleda, L., Guitierrez, O., Melo, B., & Ortiz, V. (2015). Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, *63*(4), 668-675.
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50322>

- Carrillo, G., & González, L. (2017). Intervención telefónica y competencia para cuidar personas con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Salud*, 15(1), 98-109.
<http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1225>
- Carrillo, G., Sánchez, B., Gómez, O., Carreño, S., & Chaparro, D. (2017). Metodología de implementación del “plan de egreso hospitalario” para personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Médica*, 25(2), 55-62.
<https://www.redalyc.org/pdf/910/91054722005.pdf>
- Carrillo, G., Sánchez, B., & Vargas, E. (2016). Desarrollo y pruebas psicométricas del instrumento “Cuidar”-versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Revista Universitaria Industrial Santander Salud*, 48(2), 222-231.
<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>
- Catal, E., & Dicle, A. (2008). A validity and reliability study of the patient learning needs scale in Turkey. *Deuhyo Ed.*, 1(1), 19-32.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Consejo de Salubridad General (CSG). (2018). *Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales 2018*.
http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
- Cordero, A., Lekuona, I., Galve, E., & Mazón, P. (2018). Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 12-23.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.10.030>
- Deniz, S., Gezer, D., Erden S., & Arslan, S. (2017). Assessment of learning needs in patients hospitalized in the general surgery clinic. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 764-770.

- Dulock, H.L., & Holzemer, W.L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quartely*, 4(2), 83-87.
<http://doi.org/10.1177/089431849100400209>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2018). ENSANUT, Resultados Nacionales. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales?fbclid=IwAR1q6tXNV9fV57SJ2wKqho-mXRfzcPs62EHi6QeoNCWMnzrcBcjqTUvwRnk>
- Escolar-Pujolar, A., Córdoba, J., Goicolea, I., Rodríguez, G., Santos, V., Mayoral, E., & Aguilar, M. (2018). El efecto del estado civil sobre las desigualdades sociales y de género en la mortalidad por diabetes mellitus en Andalucía. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65(1), 21-29. <http://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.10.006>
- Glucu, A., & Kursun, S. (2017). Discharge education needs of general surgery patients. *Anatolian Journal of Nursing and Health Science*, 10, 107-113.
- Güven, B., İbrahimoglu, O., & Elbuken, B. (2020). Learning needs of patient and their caregivers after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(3), 283-287. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.012>
- Hernández, R., Moreno Monsiváis, M., Cheverría, S., Landeros, M., & Interrial Guzmán, M. (2017). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería*, 26(3), 142-146.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (29 de octubre de 2020). Características de las defunciones registradas en México durante 2019. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (27 de enero de 2021). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

- Jayakody, A., Bryant, J., Carey, M., Hobden, B., Dodd, N., & Sanson-Fisher, R. (2016). Effectiveness of interventions utilising telephone follow up in reducing hospital readmission within 30 days for individuals with chronic disease: a systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 3-9. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1650-9>
- Joint Commission International (JCI). (2016). *The Joint Commission Journal on quality and patient safety*. https://www.jcrinc.com/the-joint-commissionjournal-on-quality-and-patientsafety/?_ga=2.85409625.1172745660.1548274615-78487638.1548274615
- Lopes, M., Pinto, M., Barbosa, M., Vancini, C., & Assayag, R. (2019). Orientación del alta y seguimiento telefónico en la adhesión terapéutica de la insuficiencia cardíaca: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, *27*, 1-9. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2484-3159>
- McBain, H., Shipley, M., & Newman, S. (2015). The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, *15*, 1-10.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. *Nursing theories and nursing practice*, 361-380.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, *23*(1), 12-28.
- Melo, B., Vargas, Y., Carrillo, G., & Alarcon, D. (2017). Efecto del programa plan de egreso en la díada persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enfermería Clínica*, *28*(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.006>

- Moreno, M., Interrial, M., Vázquez, L., & López, J. (2020). Necesidades de información al alta hospitalaria en pacientes con enfermedad crónica. *Revista Políticas Sociales Sectoriales*, 7(7), 1205-1220.
- Ong, S., Fong, P., Seah, J., Elangovan, L., & Wang, W. (2017). Learning Needs of Hospitalized Patients with Heart Failure in Singapore: A Descriptive Correlational Study. *The Journal of Nursing Research*, 0(0), 1-10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (13 de abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Polat, S., Celik, S., Ayyildiz, H., & Kasali, K. (2014). Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(6), 1253-1258. <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.306.5711>
- Polit, D. E. & Beck, Ch. T. (2018). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Nine Edition.* Wolters Kluwer.
- Quinan, P. (2007). Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. *Cannt Journal*, 17(3), 77-84.
- Sánchez, B. (2011). Cuidado seguro: La nueva tendencia en el cuidado de la salud. *Actual Enfermería*, 14(2), 27-32.
- Sánchez, B., Carrillo, G., & Barrera, L. (2014). El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Revista. U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 17(1), 13-23. <https://doi.org/10.31910/rudca.v17.n1.2014.936>
- Secretaría de Salud (SS). (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [DOF 02-04-2014]*, México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmi.html>

- Serra-Valdes, M., Serra, M., & Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmitibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2), 140-148.
- Silva, V. S., Quiroz, P. E., & Weiss, M. (2018). Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Índex de Enfermeria*, 23-27.
- Strabner, Hoffmann, Fornstner, Roth, Szecseny, & Wensing, (2020). Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. *Journal of QMHC*, 29(2), 67-75.
<http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000244>
- Tan, M., Özdelikara, A., & Polat, H. (2013). Determination of patient learning needs. *Journal of Florence Nigthingale*, 21(1), 1-8.
- Taskin, F., Aldemir, K., & Yildiz, E. (2019). The discharge related education needs of inpatients being treated in the internal diseases clinic and affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1658-1665.
- Tixtha, E., Alba, A., Cordoba, A., & Campos, E. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista Enfermería Neurológica*, 13(1), 12-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Yalcin, S., Arpa, Y., Cengiz, A., & Dogan, S. (2015). A comparison of nurses and patients opinions about discharge education needs. *Journal of Nursing Education and Research*, 12(3), 204-209.
- Yilmaz, M. (2017). Learning needs of adult patients surgery. *Cumhuriyet Medical Journal*, 39(1), 402-411. <https://doi.org/10.7197/cmj.v39i1.5000186627>
- Yilmaz, E., & Özcan, S. (2015). Learning needs of surgical patients. *Anatolian Journal of Nursing and Health Science*, 18(2), 1-9. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.13594>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del proyecto: Necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y cuidado en el hogar en pacientes con enfermedad crónica

Investigador responsable: Lic. Gloria Estephany Dimas Sánchez

Director de tesis: MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Introducción

Estamos interesados en identificar las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y el cuidado en el hogar que tiene el paciente con enfermedad crónica. La educación sobre el cuidado de la enfermedad crónica son las enseñanzas recibidas para el paciente durante la hospitalización, en preparación para el egreso hospitalario y sobrellevar el periodo posterior a la hospitalización. Si usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios antes de su egreso hospitalario en el momento que se encuentre disponible, así como también se le contactará ocho días después al alta hospitalaria en el horario de su preferencia para responder otro cuestionario. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio:

El presente estudio pretende identificar las necesidades de aprendizaje al egreso hospitalario y el cuidado en el hogar que tiene el participante con enfermedad crónica. Se espera que los resultados del estudio aporten información que servirá para desarrollar programas de alta hospitalaria en donde enfermería participe en la educación al paciente.

Descripción del estudio/procedimiento:

Si usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios antes de su egreso hospitalario en el momento que se encuentre disponible sin afectar el proceso de alta hospitalaria, y ocho días después a través de una llamada telefónica; se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún problema con su servicio médico.

El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es de aproximadamente de 10 minutos para cada uno.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo, si se siente incómodo o indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse y volver si así lo desea cuando se sienta cómodo para continuar, cabe mencionar que también en el momento que usted lo decida pueda retirarse y si así lo desea ya no regresar.

Beneficios:

Los resultados podrán utilizarse para mejorar el desarrollo de programas en donde enfermería participe en la orientación que se le brinda al paciente al alta hospitalaria.

Alternativas:

La alternativa con respecto a este estudio es aceptar o rechazar su participación

Costos:

No existe costo para usted al participar en el estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, la información que proporcione es confidencial, solamente el autor del estudio y usted tendrán acceso a

ella, sus respuestas no serán reveladas ya que en los cuestionarios a responder no se solicita su nombre o dirección. Si los resultados de la investigación fuesen publicados o discutidos en alguna conferencia, ninguna información podrá ser relacionada con su persona. Es importante que recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial, por lo cual ninguna autoridad del hospital tendrá acceso a la información proporcionada. La información será resguardada por el autor del estudio durante 12 meses, al término del cual se procederá a la eliminación de las encuestas.

Derecho a retractar:

Su participación es voluntaria, tiene la opción de participar o no, de ninguna manera afectará su atención médica actual o futura, si en cualquier momento decide no participar.

Dudas

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor contáctese con el responsable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el cual puede ser localizado en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, en Avenida Gonzalitos No. 1500, Colonia Mitras Centro o al teléfono 8183488943 en horario de 9:00 a 14:00 horas.

Consentimiento

Acepto voluntariamente, participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He escuchado la información que me han otorgado a cerca de este estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma del participante

Firma testigo 2

__/__/__

Firma testigo 1

Firma del investigador

_____ Fecha:

Apéndice C

Cédula de datos personales

Los siguientes datos son para caracterizar la muestra de las participantes de este estudio.

Instrucciones: A continuación, solicitaré algunos datos demográficos y usted irá señalándome las respuestas. La información solicitada se marcará con una cruz en la alternativa que corresponda.

Folio _____

1. Sexo: ___Masculino ___Femenino
2. Edad: _____(años)
3. Número de años de educación contados a partir de primero de primaria: ___(años)
4. Nivel educativo: Primaria___ Secundaria___ Preparatoria___ Licenciatura___
Maestría___
5. Situación laboral: Empleado___ Desempleado___
6. Estado civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Divorciado(a)___ Viudo(a)___
Unión libre___ Separado(a)___
7. Enfermedad(es) crónica(s) que padece: ___Hipertensión ___Diabetes Mellitus
___Enfermedades cardiovasculares ___Enfermedad Renal Crónica
8. Años de padecer la(s) enfermedad(es) crónica(s): _____(años)

Apéndice D

Escala de necesidades de aprendizaje en pacientes hospitalizados.

Instrucciones: Mencione el grado de importancia que tiene para usted aprender sobre su enfermedad.

Folio: _____

Las opciones son las siguientes:

- 1-. No importante
- 2-. Algo importante
- 3-. Ligeramente importante
- 4-. Importante
- 5-. Muy importante

Necesito aprender	No importante 1	Algo importante 2	Ligeramente importante 3	Importante 4	Muy importante 5
Medicación					
1-. Cómo funciona cada medicamento					
2-. Cuándo debo tomar cada medicamento					
3-. Por qué tomo cada uno de mis medicamentos					
4-. Cómo tomar cada medicamento					
5-. Cuándo dejo de tomar los medicamentos					
6-. Qué hacer si tengo problemas con mis medicamentos					
7-. Cuáles son los efectos secundarios de cada medicamento					
Actividades diarias					
8-. Qué actividades					

físicas puedo realizar					
9-. Cuánto tiempo puedo descansar					
10-. Cuándo puedo empezar las tareas en el hogar					
11-. Qué actividades no debo hacer (como levantar objetos pesados)					
12-. Qué debo hacer si hay un problema con la evacuación intestinal					
13-. Qué debo hacer para ahorrar energía/fuerza					
14-. Cómo debo preparar mis comidas					
15-. Cuáles son los alimentos que puedo y no puedo comer					
16-. Qué debo hacer sino duermo lo suficiente					
Comunidad y seguimiento					
17-. Qué debo hacer con mi cuidado en el hogar					
18-. Dónde puedo presentar una solicitud cuando tengo un problema de salud de emergencia en casa					
19-. Cómo llegaré a casa desde la clínica					
20-. Dónde puedo presentar una solicitud cuando tengo un problema de salud					
21-. Dónde puede obtener ayuda mi familia para hacer frente a mi enfermedad					

22-. Cómo puedo comunicarme con grupos sociales (como asociaciones de pacientes)					
23-. Dónde puedo conseguir mis medicamentos					
Sentimientos relacionados con la condición					
24-. Con quién puedo hablar sobre mis sentimientos sobre la vida/muerte					
25-. Cómo hablar con mi familia sobre mi enfermedad					
26-. Dónde puedo obtener ayuda para sobrellevar mis sentimientos acerca de mi enfermedad					
27-. Cuáles son las causas de mi enfermedad					
28-. Cómo puedo describir mis sentimientos sobre mi enfermedad					
Tratamiento y complicaciones					
29-. Cuáles son los problemas que se pueden desarrollar en casa y necesitan atención					
30-. Cuáles son los objetivos de mi tratamiento					
31-. Cuáles son los efectos secundarios que					

pueden ocurrir debido a mi tratamiento					
32-. Cuáles son los problemas que pueden surgir debido a mi enfermedad					
33-. Quién (personal de salud) seguirá mi tratamiento					
34-. Cómo puedo detectar un problema que pueda desarrollarse en casa					
35-. A quién debo llamar para obtener ayuda a domicilio					
36-. Cómo debo prevenir los problemas que puedan surgir debido a mi enfermedad y tratamiento					
37-. Qué debo hacer si tengo problemas para orinar					
Mejorar la calidad de vida					
38-. Qué debo hacer cuando aparecen los síntomas de mi enfermedad					
39-. Cuáles podrían ser los síntomas de mi enfermedad					
40-. Cómo puedo lidiar con el estrés					
41-. Cómo puedo evitar el estrés					
42-. Cómo puedo aliviar mi dolor					
43-. Qué vitaminas y					

suplementos puedo tomar					
44-. Cómo afectará esta enfermedad a mi vida					
45-. Cómo afectará esta enfermedad a mi futuro					
Cuidado de la piel					
46-. Cómo debo cuidar adecuadamente mis pies					
47-. Cómo debo cuidar la piel y/o una lesión cutánea					
48-. Cuándo puedo bañarme					
49-. Cómo prevenir el sarpullido en mi piel					
50-. Cómo puedo prevenir el dolor en la piel					

Apéndice E

Instrumento “CUIDAR” para medir la competencia de cuidado en el hogar.

Folio: _____

Instrucciones: Cada una de las siguientes declaraciones se refiere a la capacidad que tiene la persona con enfermedad crónica para ejercer la labor de cuidado en el hogar. Indicar hasta donde conoce como realizar el cuidado en el hogar, las opciones son las siguientes:

0= Nunca

1= Pocas veces

2= Con frecuencia

3= Casi siempre o siempre

Cuidado	Nunca	Pocas veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
Dimensión Conocimiento				
1-. Sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud.	0	1	2	3
2-. Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarme.	0	1	2	3
3-. Conozco los signos de alarma de mi condición de salud.	0	1	2	3
Dimensión Unicidad				
4-. Tengo confianza en mi capacidad para asumir mi cuidado en casa.	0	1	2	3
5-. Supero fácilmente sentimientos de culpa o rabia.	0	1	2	3
6-. Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado.	0	1	2	3
7-. Establezco mi propio plan de vida.	0	1	2	3
Dimensión Instrumental				
8-. Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas	0	1	2	3

por el equipo de salud (actividad, dieta, otros).				
9-. Organizo el apoyo instrumental disponible para mi cuidado (transporte, equipos, insumos, otros).	0	1	2	3
10-. Uso adecuadamente los medicamentos indicados.	0	1	2	3
Dimensión Disfrutar				
11-. Estoy satisfecho con mi condición de salud actual.	0	1	2	3
12-. Siento tener energía para responder a las necesidades de cuidado.	0	1	2	3
13-. Siento que mi situación de salud me permite desarrollar mi plan de vida.	0	1	2	3
14-. El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos o actividades personales.	0	1	2	3
Dimensión Anticipación				
15-. Preveo manejo de riesgos y de necesidades para mi cuidado.	0	1	2	3
16-. Organizo los recursos necesarios para mi cuidado.	0	1	2	3
Dimensión Relación e interacción				
17-. Logro respaldo de otras personas para apoyar mi cuidado.	0	1	2	3
18-. Mantengo tranquilidad emocional con las personas que apoyan mi cuidado.	0	1	2	3
19-. Busco comunicarme efectivamente con las personas quienes apoyan mi cuidado.	0	1	2	3
20-. Fortalezco vínculos de afecto con las personas que apoyan mi cuidado.	0	1	2	3

Resumen Autobiográfico

Lic. Gloria Estephany Dimas Sánchez

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: NECESIDADES DE APRENDIZAJE AL EGRESO HOSPITALARIO
Y CUIDADO EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
CRÓNICA

LGAC: Gestión de calidad en salud

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México el 20 de septiembre de 1995, hija de la Sra. Gloria Sánchez Valerio y el Sr. Plutarco Dimas Loera.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciada en Enfermería de la generación 2014-2017. Diplomados “Actualización de enfermería en urgencias” (2021) y “Desarrollo de habilidades docentes” (2021). Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la generación 2020-2021.

Experiencia Profesional: Instructor de práctica clínica en la Facultad de Enfermería de la UANL durante el periodo 2019-2021. Instructor de práctica clínica de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza (2019).

Asociaciones: Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería “Sigma Theta Tau Internacional”, Capítulo Tau Alpha desde Marzo 2017. Integrante de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería (AMEENF) desde enero 2018.

E-mail: gdimas1995@gmail.com