

Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: Un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados

Yésica Yolanda Rangel Flores¹,
María Magdalena Hernández Flores²,
Minerva García Rangel³

Resumen

Objetivo: evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa, enmarcado en la teoría del déficit de autocuidado, dirigido a cuidadores de pacientes politraumatizados en un hospital de San Luis Potosí, México. **Metodología:** estudio de intervención, longitudinal, comparativo; se hizo muestreo probabilístico de tipo sistemático con asignación aleatoria de la intervención. Las variables de estudio fueron: el nivel de conocimiento de los cuidadores y la evolución del politraumatizado. A los cuidadores del grupo de estudio se les aplicó un programa de intervención educativa a lo largo de cinco sesiones, y el grupo control recibió la educación convencional que ofrece el personal de salud durante el periodo de internamiento de su paciente politraumatizado. A ambos grupos se les realizaron mediciones de nivel de conocimiento antes y después de la intervención, así como una valoración completa de enfermería pre y post intervención, con el fin de identificar la aparición de complicaciones características del síndrome de desuso. Los datos se analizaron utilizando medidas de estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** hay evidencia estadística de la efectividad del programa educativo, ya que no sólo mejoró el nivel de conocimientos de los cuidadores sino que los pacientes politraumatizados del grupo de estudio presentaron menor incidencia de complicaciones secundarias a la inmovilidad prolongada. **Conclusión:** El programa de intervención resultó efectivo, al favorecer tanto el nivel de conocimiento de los cuidadores como la evolución y prevención de complicaciones en el paciente politraumatizado.

Palabras clave: traumatismo múltiple; estudios de intervención; investigación en educación de enfermería; modelos educacionales.

Teaching the caregiver the art of caring: an educational care program with multiple trauma patient caregivers

Abstract

Objective: to evaluate the effectiveness of an educational intervention program framed in self-care deficit theory addressed to multiple trauma patients' caregivers at a hospital in San Luis Potosi in Mexico.

1 Licenciada en Enfermería, Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Correo electrónico: yrangelmaestria@hotmail.com

2 Licenciada en Enfermería, Maestra en Educación y Gestión Pedagógica. Profesora investigadora de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Correo electrónico: magdahf@enfermeria.uaslp.mx

3 Licenciada en Enfermería, Maestra en Salud Pública. Coordinadora de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Correo electrónico: minerva.garcia@uaslp.mx

Subvenciones: artículo producto de investigación apoyada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, realizado de Diciembre de 2003 a Mayo del 2004.

Fecha de recibido: 21 de enero de 2009.
Fecha de aprobado: 26 de febrero de 2010.

Methodology: interventional longitudinal comparative study; Probabilistic systematic sampling was done with randomized assignation of the intervention. The study variables were: Caregivers level of knowledge and the multiple trauma patient evolution. An educational intervention program was applied to the caregivers throughout five sessions; the control group received conventional education by the health staff during their multiple trauma patient hospitalization. Knowledge level measurements were applied before and after the intervention to both groups, as well as a complete nursing assessment pre and post intervention aiming to identify disuse syndrome characteristic complications. The data was analyzed using descriptive statistics and inferential measures. **Results:** There is statistical evidence of the educational program effectiveness. As it not only improved the caregivers level of knowledge but the multiple trauma patients of the group had a lower incidence of complications secondary to prolonged immobility. **Conclusion:** the intervention program resulted effective favoring the caregiver's level of knowledge as well as the evolution and prevention of complications in the multiple trauma patient.

Key words: multiple trauma; intervention studies; nursing education research; models, educational.

Ensinar a quem cuida a arte de cuidar: um programa educativo com cuidadores de pacientes poli-traumatizados

▣ **Resumo** ▣

Objetivo: avaliar a efetividade de um programa de intervenção educativa, emoldurado na teoria do déficit de auto-cuidado, dirigido a cuidadores de pacientes poli-traumatizados num hospital de San Luis Potosí, México. **Metodologia:** estudo de intervenção, longitudinal, comparativo; fez-se amostragem probabilística de tipo sistemático com atribuição aleatória da intervenção. As variáveis de estudo foram: o nível de conhecimento dos cuidadores e a evolução do poli-traumatizado. AOS cuidadores do grupo de estudo se lhes aplicou um programa de intervenção educativa ao longo de cinco sessões e o grupo controle recebeu a educação convencional pelo pessoal de saúde durante o período de internamento de seu poli-traumatizado. Os ambos grupos se lhes realizaram medições de nível de conhecimento antes e depois da intervenção, bem como uma valoração completa de enfermagem pré e pós intervenção com o fim de identificar aparição de complicações características da síndrome de desuso. Os dados se analisaram utilizando medidas de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** há evidência estatística da efetividade do programa educativo, já que não só melhorou o nível de conhecimento dos cuidadores senão que os pacientes poli-traumatizados do grupo de estudo apresentaram menor incidência de complicações secundárias à imobilidade prolongada. **Conclusão:** o programa de intervenção resultou efetivo ao favorecer tanto o nível de conhecimento dos cuidadores como a evolução e prevenção de complicações no paciente poli-traumatizado.

Palavras chaves: traumatismo múltiplo; estudos de intervenção; pesquisa em educação de enfermagem; modelos educacionais.

Introducción

Según datos de la OMS,¹ se estima que en la actualidad la incidencia del politraumatismo en el mundo varía entre 150 y 315 por 100 000 habitantes, y representa un problema de salud importante tanto en países de primer mundo como en los subdesarrollados, ya que implica amplios gastos del presupuesto nacional en salud, así

como la incapacidad total o parcial de la población productiva, lo que afecta, en consecuencia, la economía mundial y deteriora la calidad de vida del individuo. Las lesiones accidentales e intencionales representan en la actualidad uno de los problemas emergentes más importantes en México, y se sitúan en el tercer lugar como cau-

sa de mortalidad, por encima de enfermedades de índole crónico-degenerativa,² agravada por la incidencia de complicaciones secundarias al politraumatismo, como son las úlceras por decúbito, las neumonías ortostáticas, los estados de atonía y espasticidad muscular, los desequilibrios hidroelectrolíticos, la desnutrición y las infecciones de las vías urinarias, entre otros no menos importantes.^{3,4} Algunos autores han evidenciado en estudios de investigación que el ejercicio de cuidado humano resulta sumamente complejo para quien se asume como cuidador, resultado de la interacción de factores cognitivos (desconocimiento de necesidades, requerimientos especiales, procedimientos técnicos), psicoemocionales (expectativas sobre la evolución del paciente, temor, miedo, duelo anticipado, ansiedad), y socioculturales (pobreza, marginación, analfabetismo, dificultad para acceder a los recursos) involucrados.^{5,6}

La educación para la salud que ofrece el personal de enfermería no puede mantenerse ajena a la evolución de los modelos pedagógicos de la educación. Fue así como se buscó implementar un programa de intervención educativa que impactara no sólo en la adquisición de conocimientos teórico conceptuales, sino también en el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudes de servicio y cuidado humano. Se propuso, pues, un programa de intervención enmarcado en el desarrollo de competencias, que consideran relevante no sólo el saber qué (teórico-conceptual), sino también el saber cómo (habilidades procedimentales), y el querer hacer (actitud de cuidado), aspectos que se evaluarían por medio del desarrollo de la agencia de cuidado dependiente.⁷

Orem, dentro de su teoría del déficit de autocuidado, conceptualiza la agencia de cuidado dependiente como aquella que surge por la necesidad de cuidar de otros y a la cual nosotros con frecuencia denominamos “cuidador”, quien puede tener distintos niveles de desarrollo: sin desarrollar, en vías de desarrollo, desarrollada pero no estabilizada, desarrollada y estabilizada, y desarrollada pero en decadencia. También con-

sidera que debe reconocerse la existencia de una agencia de cuidado dependiente, cualquiera que sea su grado de desarrollo, y la enfermera debe trabajar en el sentido de fortalecerla.⁸

En México, pese a que el personal de enfermería está capacitado para a su vez capacitar a la familia como agencia de cuidado del paciente, son muy pocos los lugares donde se llevan a cabo estas funciones. Esto obedece a diversos factores, como son la carga de trabajo, la falta de tiempo por parte del personal, la relación numérica enfermera paciente, la falta de motivación por parte de la enfermera para efectuar tales funciones, o la falta de motivación de las familias por integrarse a los cuidados.

El objetivo del estudio fue medir la efectividad de un programa educativo diseñado e implementado por las investigadoras, a partir del cual pudo evaluarse la efectividad de la intervención en función de las competencias desarrolladas en el cuidador: las cognitivas, evaluadas a partir de la ganancia de puntos en los cuestionarios de conocimiento, y las procedimentales y actitudinales, valorando de manera directa la evolución/prevenición de complicaciones del politraumatizado, competencias que, de no haberse desarrollado, redundarían tanto en una mala evolución de este paciente como en la aparición de complicaciones características del síndrome de desuso.

La investigación se planteó desde un inicio bajo la perspectiva de proponer a las instituciones del tercer nivel de atención la implementación de programas de capacitación a cuidadores de los pacientes politraumatizados. Programas basados en el diálogo, que tomen en cuenta la perspectiva del que ejercerá el cuidado, cuyos temas centrales sean el individuo politraumatizado y el cuidador, y donde se reconozcan y respeten los valores y creencias del cuidador, para fomentar el sentido de responsabilidad, no como exigencia ni juicio valorativo, sino mediante métodos participativos de educación y comunicación entre enfermera y cuidadores. Se centraría así la educación, principalmente, en capacitar, más que al paciente, a la

familia, para que dé una respuesta eficaz al cambio que se operará en la dinámica familiar por la presencia de un individuo que “dependerá” de sus cuidadores, y que de esta manera pueda equilibrar estas demandas con las capacidades del propio sistema familiar.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención, comparativo, con muestreo probabilístico con asignación aleatoria no pareada mediante números aleatorios. La población de estudio estuvo constituida por 30 pacientes politraumatizados, hospitalizados en los servicios de cirugía del Hospital Central Doctor Ignacio Morones Prieto, de la ciudad de San Luís Potosí, México, diagnosticados con politraumatismo en el periodo de Diciembre de 2003 a Mayo del 2004, y sus cuidadores. La muestra fue seleccionada por conveniencia, dado el reducido universo del que podía disponerse en dicho periodo de tiempo, asignando de manera aleatoria 15 pacientes para el grupo de estudio y 15 para el grupo control.

Se incluyeron pacientes politraumatizados, que mediante la aplicación del instrumento para calcular las capacidades de autocuidado, se identificaron con agencia de cuidado totalmente dependiente, y que una vez que egresaran del hospital serían cuidados por algún familiar o amigo. Se excluyeron pacientes identificados con agencia de cuidado, parcialmente dependientes o con capacidad para el autocuidado, o que fueran a ser cuidados a su egreso por un sistema diferente al de familiares o amigos (agencia de enfermería o institución formal). Se incluyeron cuidadores cuyas edades oscilaran entre 18 y 60 años.

Para determinar los pacientes con agencia de cuidado totalmente dependiente se utilizó el instrumento “Escala de capacidades de autocuidado”, creado por Rosalina Díaz et al., de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Guanajuato, el cual tiene un alfa de Cronbach de 0,7086,

para medir las capacidades de autocuidado y determinar así el grado de dependencia de cuidado del politraumatizado.

El presente estudio se apejó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su título segundo, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, que en su capítulo I contempla que por tratarse de un estudio de riesgo mínimo (Art.17) y experimental debe prevverse la asignación aleatoria imparcial (Art.15). Como indica en el capítulo V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito, pero sólo el del cuidador, por tratarse de incapaces (sic), según artículo 36 del capítulo III.

Las hipótesis propuestas para el estudio fueron: 1) Los cuidadores del grupo de estudio tendrán una ganancia de 30 puntos o más que los cuidadores del grupo control, los primeros a partir de la intervención educativa y los segundos a partir de la enseñanza convencional del personal de salud. 2) Los politraumatizados del grupo de estudio presentarán menos complicaciones características del síndrome de desuso que los del grupo control.

Una vez establecida la muestra, en ambos grupos se aplicó la encuesta “Nivel de conocimiento del cuidador sobre las necesidades de cuidado del politraumatizado” a los cuidadores, con el fin de conocer el nivel de conocimiento inicial, para la comparación con la evaluación posterior a la intervención. Se realizó también la “Valoración de los ocho requisitos universales” (Orem, 1992) al paciente politraumatizado, con el fin de identificar si existía uno o más datos característicos de síndrome de desuso y considerarlos para las revaloraciones subsecuentes.⁸

Una vez realizada la evaluación preliminar, y sólo en el grupo de estudio, se procedió a la implementación del programa creado *ex profeso* por las autoras y llamado “Capacitando a la agencia de cuidado del politraumatizado desde la perspectiva de Orem”, conformado por tres módulos temáticos: “Reflexionando sobre sentimientos y emociones que implica el ser cuidador”, “Com-

prendiendo el politraumatismo”, y “Satisfaciendo los ocho requisitos universales”. Este programa se impartió a lo largo de cinco sesiones teórico-prácticas, individualizadas, personalizadas y adecuadas a las necesidades de aprendizaje de cada uno de los cuidadores, que tuvieron lugar durante una semana con una duración aproximada de dos horas cada una.

El primer modulo tenía como objetivo que el cuidador expresara sus sentimientos, temores y ansiedades en relación con el ejercicio de cuidador, así como discutir las creencias y mitos en torno a dicho tema. La finalidad del segundo módulo era brindar información general sobre el diagnóstico de su paciente (politraumatismo), sus necesidades, requerimientos y manejo médico. El ultimo módulo, el más amplio de los tres, incluía los cuidados específicos que debían satisfacerse en el politraumatizado, agrupados a partir de los ocho requisitos universales de Orem, a saber: 1) *Aire*: fisioterapia pulmonar domiciliaria (humidificación, drenaje postural, palmopercusión y vibración, ejercicios respiratorios y de tos), aspiración de secreciones, manejo de traqueostomía, prevención de bronco aspiración y asfixia. 2) *Agua*: necesidades de hidratación, manejo de vías para la hidratación (sonda orogástrica, sonda nasogástrica), valoración del estado de hidratación. 3) *Alimentos*: requerimientos nutricionales, manejo de vías para la alimentación (sonda nasogástrica, gastrostomía, vía oral). 4) *Eliminación y excretas*: prevención de estreñimiento (dieta, hidratación, ejercicios pasivos y activos, masaje abdominal, estimulación del reflejo gástrico). 5) *Prevención de infección de vías urinarias* (hidratación, consumo de vitamina C), manejo de dispositivos de eliminación intestinal (enemas) y vesical (sondeo permanente e intermitente). 6) *Reposo-actividad física*: ejercicios activos y pasivos, prevención de pie péndulo, prevención de úlceras por decúbito y neumonía hipostática. 7) *Prevención de peligros para la vida*: prevención general de síndrome de desuso. 8) *Soledad e interacción social*: importancia de la socialización para el politraumatizado, estimulación cognitiva y social, reinserción el medio social y productivo.

El programa educativo se construyó fundamentalmente a partir de dos ejes importantes: el disciplinar, representado por la teoría del déficit de autocuidado, de Dorotea Orem, y el pedagógico, que se manejó a partir del constructivismo enmarcado en el modelo de competencias.⁸⁻¹⁰ A partir del primero de los ejes se educó al cuidador en el propósito de apoyar y ayudar al politraumatizado en la satisfacción de las necesidades que no pudiera satisfacer por sí solo, pero al mismo tiempo, con el propósito de que potenciara sus capacidades para volver a ser funcional por sí mismo, bajo el postulado de que, aun con limitaciones, puede adaptarse para volver a ser responsable en la medida de lo posible en el cuidado de sí mismo.

A partir del segundo, se manejó un programa centrado en las necesidades de los cuidadores. En un proceso dialéctico se resolvieron sus dudas e inquietudes, y sobre todo, se les ayudó a construir conocimiento y a desarrollar habilidades a partir de la premisa de que se trataba de una persona con potencialidades para ello, y a partir también de una historia de vida y un breviarío de experiencias que le podían resultar de utilidad para su formación o confirmación como agente de cuidado dependiente.

A los treinta días del egreso hospitalario se acudió al domicilio del paciente politraumatizado, tanto del grupo de estudio como del grupo control, con el fin de aplicar nuevamente a los cuidadores (pero posterior a la intervención en el grupo de estudio) la encuesta “Nivel de conocimiento del cuidador sobre las necesidades de cuidado del politraumatizado”. De igual manera se hizo la “Valoración al paciente politraumatizado de los ocho requisitos universales”, con el fin de identificar si se daban uno o más datos característicos de síndrome de desuso, que no deberían haberse presentado si la enseñanza hubiera sido efectiva.

Los grados de desarrollo de la agencia de cuidado dependiente, para fines de la presente investigación, se operacionalizaron de acuerdo con la clasificación de los grados de desarrollo de la agencia, según Orem. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de desarrollo de la agencia de cuidado dependiente⁸

Nivel de Desarrollo	Características
Desarrollada y estabilizada	Cuando el paciente no presenta ningún dato característico de síndrome de desuso.
Desarrollada pero no estabilizada	Cuando se ha mantenido durante una medición sin datos característicos de síndrome de desuso, pero en una segunda medición sí presenta uno o dos datos característicos de este síndrome, de los clasificados como de bajo riesgo (estreñimiento, IVU, atonía muscular).
En vías de desarrollo	Cuando el paciente presenta uno o dos datos característicos del síndrome de desuso, pero estos se clasifican como de bajo riesgo (estreñimiento, IVU, atonía muscular), además de que el cuidador muestra interés en continuar capacitándose.
Desarrollado pero en decadencia	Cuando no se identifica durante la primera medición ningún dato característico de síndrome de desuso, pero en la segunda sí presenta uno o más datos característicos, de alto o bajo riesgo, acompañados de apatía por parte del cuidador por fortalecerse como agencia.
Ausente	Cuando el paciente presenta más de dos datos característicos del síndrome de desuso, o al menos uno de los datos característicos de los clasificados como de alto riesgo (trombosis venosa, úlceras por decúbito, neumonía por estasis, anquilosis articular, desnutrición, deshidratación).

Para la base de datos, la tabulación y el análisis descriptivo de los mismos se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0. Para la comprobación de hipótesis, la prueba paramétrica de t de Student en grupos independientes para establecer la comparación entre el grupo de estudio y el grupo de control, y pareada para identificar la significancia del nivel de conocimiento en el pre y el postest.

Resultados

Con el fin de contextualizar el estudio con mayor profundidad se describirán las características sociodemográficas de la población de estudio. En la tabla 2 se puede observar que la incidencia de politraumatismos fue mayor en la población masculina en ambos grupos (80.0% en el grupo de estudio y 66.0% en el grupo control), el grupo de edad que predominó en los pacientes politraumatizados del grupo de estudio fue de 48 a 58 años (33.3%), mientras en el grupo control fue de 37 a 47 años (26.6%). Entre los cuidadores predominó el sexo femenino (93.3% en el grupo de estudio y 86.6% en el grupo control). La edad más frecuente entre los cuidadores del grupo de

estudio fue de 45 a 49 años (33.3%); y para el grupo control, de 30 a 34 años (46.6%). El parentesco de los cuidadores con el politraumatizado que predominó tuvo fue el de cónyuge (53.3% en el grupo de estudio y 46.6% en el grupo control), el nivel educativo de los cuidadores más frecuente en ambos grupos fue el de primaria incompleta (45.0% en el grupo de estudio y 40.0% en el grupo control); y la ocupación principal de los cuidadores fue la de empleado, con 53.3% en el grupo de estudio y 40% en el grupo control.

Nivel de conocimiento. Aunque en el pretest de la medición de conocimiento de los cuidadores, el grupo estudio tuvo menor calificación promedio que el grupo control (4.0 versus 4.7), después de la intervención educativa se encontró una situación diferente, pues el grupo de estudio ganó más de 40 puntos en relación al pretest, mientras el grupo control se mantuvo casi igual que en un inicio. En la Tabla 2 se puede apreciar que la diferencia pretest – postest en el grupo de estudio fue estadísticamente significativa, mientras que para el grupo control no lo fue. Lo anterior apoyaría la hipótesis de trabajo según la cual la enseñanza de enfermería influye en la capacidad del agente de cuidado del politraumatizado.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes y sus cuidadores, según grupo de estudio

	Grupo de estudio (n=15)	Grupo control (n=15)
Características del politraumatizado		
Sexo		
Masculino	80.0%	66.0%
Femenino	20.0%	34.0%
Distribución por edad		
20-24	0.0%	6.7%
25-29	20.0%	20.0%
30-34	20.0%	46.7%
35-39	0.0%	0.0%
40-44	13.4%	6.7%
45-49	33.0%	6.7%
50-54	13.4%	6.7%
55-59	0.0%	6.7%
Características del cuidador		
Sexo		
Masculino	6.7%	13.4%
Femenino	93.3%	86.6%
Distribución por edad		
20-24	0.0%	6.6%
25-29	20.0%	20.0%
30-34	20.0%	46.6%
35-39	0.0%	6.6%
40-44	13.4%	0.0%
45-49	33.3%	6.6%
50-54	13.3%	6.6%
55-59	0.0%	6.6%
Parentesco		
Esposo (a)	53.3%	46.6%
Padre o madre	33.3%	20.0%
Hijo (a)	13.3%	33.3%
Nivel educativo		
Analfabeta	13.3%	26.6%
Primaria incompleta	53.3%	40.0%
Primaria completa	13.4%	20.0%
Secundaria	20.0%	13.4%
Ocupación		
Obrero	6.7%	0.0%
Empleado	53.4%	40.0%
Comerciante	13.3%	26.5%
Ama de casa	26.5%	33.4%

Tabla 2. Prueba t para grupos independientes

Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Posttest	Diferencia de medias	t	p
Estudio	40.3 (15.9)	81.0 (14.0)	-40.74	-13.80	<0.001
Control	47.3 (17.0)	48.1 (18.2)	-0.74	-0.19	0.848

Evolución y prevención de complicaciones. Antes de la implementación del programa educativo se identificó que el nivel de desarrollo de la agencia de cuidado dependiente que predominó, tanto en el grupo de estudio como en el de control, fue en vías de desarrollo, con un 54,5% y 45,4% respectivamente. Estos cuidadores o agencias de

cuidado dependiente se caracterizaban porque sus pacientes politraumatizados presentaban uno o dos datos característicos del síndrome de desuso, clasificados como de bajo riesgo (estreñimiento, infección de vías urinarias, atonía muscular), además de que mostraban interés en continuar su capacitación (Tabla 3).

Tabla 3. Desarrollo de la agencia de cuidado dependiente antes de la intervención educativa

Desarrollo de la agencia de cuidado dependiente	Grupo de estudio		Grupo de Control		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Desarrollada y estabilizada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Desarrollada pero no estabilizada	0	0.0	2	26.6	2	6.6
En vías de desarrollo	9	60.0	8	53.4	17	56.7
Desarrollada pero en decadencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ausente	6	40.0	5	33.3	11	36.7
Total	15	100.0	15	100.0	30	100.0

Después de la intervención educativa, el grupo de estudio mostró agencias de cuidado dependiente en vías de desarrollo con un 60.0%,

contra un grupo control donde predominaron con un 53.4% las agencias en vías de desarrollo. (Tabla 4).

Tabla 4. Desarrollo de la agencia de cuidado dependiente después de la intervención educativa

Desarrollo de la agencia de cuidado dependiente	Grupo de estudio		Grupo de Control		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Desarrollada y estabilizada	6	40.0	2	13.3	8	26.6
Desarrollada pero no estabilizada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
En vías de desarrollo	9	60.0	4	26.6	13	43.3
Desarrollada pero en decadencia	0	0.0	5	33.3	5	16.6
Ausente	0	0.0	4	26.6	4	13.3
Total	15	100.0	15	100.0	30	100.0

Discusión

Se identificó que la mayor proporción de cuidadores está representada por población de sexo femenino, en lo que este estudio coincide con otros donde se afirma que en la cultura latina es común atribuir el papel de cuidadora a la mujer, por las representaciones sociales atribuidas al sexo.^{11,12} El promedio de edad en los cuidadores resultó, con mucho, menor a los reportados por otros autores.¹¹⁻¹³ Dicha situación se atribuye a que la mayor parte de los cuidadores eran cónyuges, y a que, dada la caracterización socioeconómica, la unión marital se presenta a edades más tempranas. El que la mayor parte de los cuidadores estuviese representado por cónyuges en ambos grupos, difiere de lo encontrado en la mayor parte de los estudios con cuidadores,¹⁴⁻¹⁶ donde se ha hallado que habitualmente los que asumen este papel son los hijos. Esta circunstancia se explica fácilmente porque la mayor parte de los estudios con cuidadores se han realizado con población anciana, y en nuestro caso se trató de población joven.

Los resultados del presente estudio son similares a los de otros y confirman la relevancia que tiene la educación de enfermería en la capacitación de cuidadores, no sólo por la ganancia en conocimiento, sino también por la comprensión que se obtiene sobre el papel de cuidador y por la modificación de actitudes para ejercer el cuidado dependiente.¹⁷ También está acorde con aquellos que afirman que la mayoría de los cuidadores que reciben educación para ejercer el cuidado de su paciente desarrollan habilidades en el desempeño de las actividades de cuidado diario del mismo;¹⁸ sin embargo, resultan contrarios a los reportados por Niño y Jordán en 2007, que no encontraron asociación significativa entre la intervención educativa de enfermería y el nivel de conocimiento del agente de cuidado dependiente, y a la de Venegas, en 2006, quien tampoco encontró en su estudio relación entre el conocimiento que poseen los cuidadores principales del enfermo y la funcionalidad del mismo.^{19,20}

Como conclusión puede decirse que el programa de intervención resultó efectivo al favorecer tanto el nivel de conocimiento de los cuidadores como la evolución y prevención de complicaciones en el politraumatizado.

Se sugiere a los hospitales que brindan el cuidado a este tipo de pacientes, la implementación de programas de capacitación a cuidadores, lo que puede traer los siguientes beneficios: a) disminución en el índice de complicaciones secundarias a las secuelas del politraumatismo, lo cual tendría efectos sobre el costo de la atención, y sobre todo en la calidad de vida de los usuarios; b) reducción de la demanda de atención en hospitalización por complicaciones del politraumatismo, lo que ayudaría a una mejor optimización de los recursos institucionales; c) a largo plazo, se puede tener un menor índice de incapacidades permanentes, resultado de rehabilitaciones no eficaces; y d) disminución del promedio de días de incapacidad temporal.

Referencias

1. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e informática. Información estadística del sector salud y la seguridad social. México: Instituto Nacional de Geografía, Estadística e informática; 2000. p. 14-16.
2. López Antuñano S. Morbimortalidad en México. Salud Pública Méx. 1998;40(3):281-292.
3. Medina Arteles E, Rodríguez Rodríguez M, Acosta Suarez G. El estándar de cuidados de alto riesgo de síndrome de desuso. Rev Cubana Enferm. 1997; 13(1):54-59.
4. Brown JB. User, carer and professional experiences of care in motor neurone disease. Prim Health Care Res Dev. 2003; 4:207-217.
5. Mercado F. El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria. Relaciones. 1998; 19(74):135-178.
6. Mercado F. Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996. p. 66-75.

7. De Miguel Díaz M. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el EEES. Madrid: Ministerio de educación; 2000. p. 197.
8. Denyes, M, Orem D, SozWiss G. Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q*. 2001; 14(1):40-48.
9. Lopez Frías B. Técnicas alternativas para la evaluación. Evaluación del aprendizaje, alternativas y nuevos desarrollos. México: Editorial Trillas; 2000.
10. Jonassen D. El diseño de entornos constructivistas de aprendizaje. En: Reigeluth C. Diseño de la instrucción. Teoría y modelos. Madrid: Aula XXI Santillana; 2000.
11. Ríos Arias C, Velásquez Serna Y. Incluir a la familia en el cuidado: una meta de Enfermería. *Educare* [Internet]. 2004 [acceso 2009 Ene 2];21(14). Disponible en: <http://enfermería21.com/educare/educare14/aprendiendo/aprendiendo.html>.
12. Andrade Cepeda RMG, Pérez Barcena I, Méndez Blanco L. Perfil de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores Hospitalizados. *Desarrollo Científ Enferm* [Internet]. 2005 [acceso 2009 Ene 3];13(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/13/13-301.php>.
13. Landeros Pérez ME, Padilla Aguirre AM. Relación del apoyo educativo en el autocuidado del cuidador principal del paciente con enfermedad crónica. *Desarrollo Científ Enferm* [internet]. 2008 [acceso 2009 Ene 3];16(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/16/16-109.php>.
14. Nello B. Principles of palliative care and pain control. *ABC of paliative care* 1997. *BMJ*. 1997;315:801-804.
15. Castellote Varona FJ. Trascendencia sociofamiliar de la demencia. Abordaje desde atención primaria. *Salud Rural*. 1998; 1:91-8.
16. Lara Pérez L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silveira Hernández P. Síndrome del “cuidador” en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm*. 2001;17(2):107-11.
17. Villacañas Novillo E, Sobrino Sobrino I, Galindo Vinagre R, Arnal Selfa R, Regato Pajares P, Cantero García P. Intervención educativa dirigida a cuidadores y familiares de personas ancianas. *Rev Metas*. 1998;1(5):44-48.
18. Bañobre González A, Vázquez Rivera J, Outeiriño Novoa S, Rodríguez González M, González Pascual M, Graña Álvarez J, et al. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2005 Jun [acceso 2009 Ene 4];8(2):156-165. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200006&lng=es.
19. Niño García AM, Jordán Jinés ML. Apoyo educativo en rehabilitación física al agente de cuidado dependiente del paciente con hemiplejía. *Desarrollo Científ Enferm* [Internet]. 2007 [acceso 2009 Ene 3];15(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15/15-395.php>.
20. Venegas BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan* 2006 Oct;6(6):137-147.