



UNIVERSIDAD
DE GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Efecto del cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado

Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta

L.E.O. Elizabeth Santuario Navarrete

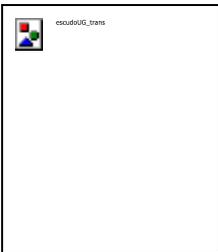
Director de tesis

M.C.M. María de Lourdes García Campos

Co- Director de tesis

Dr. Vicente Beltrán Campos

Celaya, Gto. México, Febrero 2016



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Maestría en Ciencias de Enfermería

**“Efecto del cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador
primario del paciente hospitalizado”**

Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta

L.E.O. Elizabeth Santuario Navarrete

Dirigido por

M.C.M. María de Lourdes García Campos

Co-Dirigido por

Dr. Vicente Beltrán Campos

SINODALES

Dra. Ma. Lourdes Jordán Jinez

Presidente

Dra. Ma. Gloria Calixto Olalde

Secretaria

Dr. Vicente Beltrán Campos

Vocal

Celaya, Gto. México, Febrero 2016

DEDICATORIAS

A mis padres Gerardo y Ma. Luisa, mis más grandes pilares por todo su amor y cariño, por ser un ejemplo y mi mayor inspiración, por darme la fortaleza y su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A mi esposo Manuel, por el amor que me demuestra en cada instante, su paciencia y comprensión, por caminar de la mano junto a mí, por apoyarme en grandes decisiones, nuevas metas y ser mi aliento en los momentos más difíciles de esta trayectoria. A mi hija Ximena a quien ahora es mi mundo y en quien espero ser un ejemplo para ella.

A mis hermanos Julio César y Gerardo, por creer en mí, por sus palabras motivadoras, por su amor y cada instante de su compañía, que me dan fortaleza y felicidad.

A mi familia quien está siempre a mi lado, en especial a mi tía Natalia por motivarme durante la realización de mi maestría y trabajo de investigación.

A mi amiga y compañera Mayra del Carmen Ortega por su gran amistad, compañía y por ser un impulso para mi trayectoria académica.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora por su valioso trabajo como profesora, su soporte otorgado en todo momento, por compartir sus conocimientos y experiencia en investigación pero principalmente porque me impulso a seguir adelante cuando más lo necesite:
M.C.M. María de Lourdes García Campos

A mis maestros de Maestría, quienes cultivaron en nosotros conocimiento y sabiduría, en especial al Dr. Vicente Beltrán Campos y al Dr. Nicolás Padilla por el tiempo brindado durante esta fase académica.

A mi maestra M.C.E. Lidia Martínez González por su valiosa aportación en el trabajo de tesis y por recibirnos con los brazos abiertos en su institución, durante la estancia de investigación.

A los cuidadores primarios y sus pacientes por su apoyo para efectuar esta investigación.

A CONACYT por haberme otorgado una beca para cursar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

Atentamente

L.E.O. Elizabeth Santuario Navarrete

RESUMEN

El estilo de vida de las personas ha cambiado drásticamente, esto afecta su salud y calidad de vida, por lo que se deberían implementar estrategias terapéuticas innovadoras, tales como el Reiki, que impacten en el cuidado de los pacientes y sus familias, mejorando su estado de salud. **Objetivo:** Determinar el efecto del cuidado de enfermería, mediante la terapia Reiki, en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, pre-experimental con pre-prueba y post prueba. Se captaron 20 cuidadores primarios en las unidades de hospitalización, del Hospital General de Celaya, Gto., México. Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 validado en población mexicana. Se analizaron los datos con rangos Wilcoxon. **Resultados:** Los cuidadores primarios tenían 39.30 ± 12.54 años, 8.10 ± 4.77 años estudiados; 100% eran mujeres, 75% se dedicaban al hogar, 65% estaban casadas. Respecto a la salud percibida en general se encontró $z=-2.91$, observándose diferencias estadísticamente significativas posterior a la intervención con terapia Reiki ($p=0.004$), es decir, sintieron mejoría en su estado de salud. **Discusión:** Los sujetos de estudio mostraron mejoría en la dimensión "dolor corporal", esto acorde con Coakley, y en sus relaciones sociales, hecho referido por Marcus, además mencionaron lograr sensaciones de paz, felicidad y calma, bienestar consigo mismos, haber dejado de llorar por sensaciones de culpa y por sentirse solos en el proceso de enfermedad y hospitalización de su familiar. **Conclusión:** El cuidado de enfermería, mediante la aplicación de la terapia Reiki, mejoró la salud percibida de los cuidadores primarios.

Palabras Clave: Cuidador primario, salud percibida, terapia Reiki.

ABSTRACT

People's life style has changed drastically, so this has affected their health and quality of life. For this reason, it is important to implement innovative therapeutic strategies, such as Reiky therapy, that can have an impact on the patients' care and their families, improving the state of health of the person who looks after the hospitalized patient. **Objective:** To determine the effect of the infirmity care, by means of Reiky therapy, in the perceived health of the primary person who is looking after the hospitalized patient. **Material and Methods:** Pre-experimental quantitative study, with pre-proof and post-proof. We worked with 20 primary persons who were looking after their patients, in the hospital facilities of the General Hospital in Celaya, Gto., México. We utilized the health questionnaire SF-36 validated in the Mexican population. We analyzed the data with Wilcolxon ranges. **Results:** The primary persons who were looking after their patients were 39.30 ± 12.54 years old, and had studied 8.10 ± 4.77 years; 100% were women, 75% were housewives and 65% were married. With respect to their perceived health, in general, we found $z=-2.91$, observing significant differences statistically after the intervention with Reiki therapy ($p=0.004$), that is, they felt better and their state of health improved. **Discussion:** The individuals of this study showed an improvement in their "corporal pains" according with Coakley, and in their social relationships, a fact referred by Marcus, and they also mentioned that they had sensations of peace, happiness and calm, a well-being with themselves, they had stopped crying because of guilt sensations and for feeling alone in the process of their patients' illness and hospitalization. **Conclusion:** The infirmity care, by means of using the Reiki therapy, improved the perceived health of the primary persons who were looking after the patients.

Key Words: Primary person who looks after the patient; perceived health; Reiki therapy.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. MARCO CONCEPTUAL	11
4.1 Salud Percibida	11
4.2 Cuidador Primario	16
4.3 Reiki en la salud percibida del cuidador primario	21
V. HIPOTESIS	23
VI. OBJETIVOS	24
VII. METODOLOGÍA	25
7.1 Tipo de estudio	25
7.2 Diseño metodológico	25
7.3 Limites de tiempo y espacio	25
7.4 Universo	25
7.5 Muestra	25
7.6 Variables	26
7.7 Instrumento	26
7.8 Procedimientos	27
7.9 Recursos humanos, materiales y financieros	29
7.10 Difusión	30
7.11 Consideraciones éticas y legales	30
VIII. RESULTADOS	32
IX. DISCUSIÓN	37
X. CONCLUSIONES	41
XI. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	42
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
XIII. BIBLIOGRAFÍA	49
XIV. APENDICES	50

Apéndice 1. Cronograma de actividades	51
Apéndice 2. Tabla de aleatorización	53
Apéndice 3. Variables socio demográficas	54
Apéndice 4. Variable de estudio	55
Apéndice 5. Oficio de autorización al Hospital General Celaya	56
Apéndice 6. Consentimiento informado	57
Apéndice 7. Presupuesto	59
XV. ANEXOS	60
Anexo No. 1. Cuestionario SF-36	61
Anexo No. 2. Oficio de aprobación por Comité de Investigación	65
Anexo No. 3. Oficio de aprobación por Comité de Bioética	66
Anexo No. 4. Oficio de autorización (Hospital General Celaya)	67
Anexo No. 5. Técnica de Reiki	68

I. INTRODUCCION

Con la presente investigación se pretendió mejorar la salud percibida del cuidador primario de pacientes hospitalizados en medicina interna y oncopediatria, mediante la aplicación de la terapia Reiki, como un cuidado de enfermería.

Por lo tanto se describe lo que se refiere a salud percibida, la cual fue variable de estudio, en una población de cuidadores primarios de pacientes hospitalizados, también se hace referencia a la situación de salud de pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas y la intervención de enfermería (mediante la terapia Reiki) para mejorar la salud percibida del cuidador primario.

Las enfermedades crónicas son una de las principales causas de muerte en el mundo. Los pacientes con este tipo de enfermedades generalmente requieren apoyo total o parcial de otra persona para realizar sus actividades cotidianas¹. La persona responsable de proporcionar este apoyo es denominado cuidador primario, quien es un elemento fundamental para el paciente, ya que realiza actividades de supervisor, proporciona un cuidado activo, es un importante participante en la toma de decisiones, identifica necesidades del paciente, verifica el desarrollo de acciones, es un elemento indispensable en la esfera motivacional y emocional del paciente. ¹

Sin embargo, el cuidador primario también requiere de cuidados cuando pasa tiempo prolongado cuidando a su paciente, pues es un hecho irrefutable que la mayoría de las veces descuida su propia salud para brindar apoyo a la persona que se encuentra hospitalizada. Tiene alteraciones en su vida en diversos aspectos desde lo social, económico, emocional hasta lo físico y psicológico por lo que se dejan de preocupar por su auto-cuidado, y esto trae como consecuencia que también puedan presentar la etiqueta diagnóstica "cansancio del rol del cuidador" y hasta llegue a enfermar.

Por lo anterior es importante que el profesional de enfermería se preocupe no solo por mejorar la salud del paciente sino también por prevenir que el cuidador se deteriore, en la literatura se hace referencia a que si mejora la actitud del cuidador se puede mejorar la percepción de su propia salud, lo que podría traer como consecuencia que también se eleve su calidad de vida durante la estancia hospitalaria de su paciente.²

La presente investigación está conformada por catorce apartados en el primero se mencionará sobre el importante aumento de la población en los hospitales, debido a enfermedades crónico degenerativas que podrían haberse evitado con un programa de promoción de la salud, al perder la salud requieren cuidados especializados que solo pueden ser proporcionados en la instituciones de segundo y tercer nivel de atención lo cual incrementa la necesidad de recursos humanos y económicos. El segundo apartado hace referencia a la problemática que se ha observado en el Hospital General de Celaya, respecto a las alteraciones que presenta el cuidador primario durante la estancia hospitalaria de su familiar o paciente. El tercero menciona conceptos generales sobre la salud percibida, es decir la percepción del individuo sobre su propia salud, la cual guarda una estrecha relación con el uso de los servicios de salud y el proceso salud enfermedad, así como los conceptos generales de la terapia Reiki y el cuidador primario de los pacientes en hospitalización.

En el cuarto apartado se formula la suposición de que el cuidado de enfermería mediante la terapia Reiki, mejora la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado. En el quinto se enuncian los objetivos del estudio que estuvieron dirigidos a medir el efecto que tuvo el cuidado de enfermería, proporcionado mediante la terapia Reiki, en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado. En el sexto, la metodología, fue un estudio cuantitativo, correlacional, aplicado, pre-experimental pre-prueba y post prueba, para la recolección de datos se empleó el cuestionario SF-36 que mide el estado de salud según la percepción de la persona, también integrado por los aspectos

éticos y legales que guiaron la presente investigación basados en el Reglamento de la Ley General de Salud para investigación con seres humanos y los principios de la Declaración de Helsinki.

El séptimo y octavo están conformados por los resultados obtenidos en esta investigación así como la discusión de los mismos. En el noveno apartado se mencionan las conclusiones a las que se llegaron a partir de los resultados.

En el apartado once y doce se enlistan las fuentes citadas y consultadas por el responsable de la investigación. El trece y catorce están conformados por los apéndices y anexos, respectivamente, que fueron utilizados para llevar a cabo el presente proyecto de investigación.

II. JUSTIFICACION

Actualmente la demanda de asistencia en los hospitales ha incrementado, debido a diversos factores, tales como la mayor esperanza de vida o el aumento de las enfermedades crónicas.³ Según la Organización Mundial de la Salud corresponde al 63% de las muertes en el mundo.⁴ Generalmente los pacientes con enfermedades crónicas y en estado crítico requieren de un internamiento en el área de hospitalización hasta mejorar sus condiciones de vida.

El área de hospitalización se caracteriza por alto consumo de recursos humanos y económicos, lo cual depende de la duración de la estancia en el hospital debido a la patología que se sufre, el estado crítico del paciente, entre otros, lo que implica un requerimiento asistencial mayor por parte del profesional de enfermería y de sus cuidadores primarios, que comúnmente están representados por su familia.

A lo largo del tiempo la familia ha desempeñado una función determinante en el proceso salud-enfermedad en la gran mayoría de las personas, ya que desarrolla actividades esenciales para el desarrollo y crecimiento del individuo.⁵

Es de reconocerse que la familia y en especial los cuidadores primarios informales, representan una red de apoyo, sumamente importante tanto para el paciente como para el profesional de enfermería, para el paciente le ayudan en su recuperación física, emocional y psicológica durante su estancia hospitalaria y para el profesional de enfermería le apoyan en proporcionan cuidados básicos al paciente.

Sin embargo cuando la estancia del paciente es muy prolongada debido a múltiples factores, el cuidador primario puede sufrir alteraciones físicas, psicológicas y sociales, así como la presencia de la etiqueta diagnóstica de enfermería "Cansancio del rol del cuidador" de la North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), esta etiqueta diagnóstica en el ámbito de

enfermería es definida como la “Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas”, e inclusive su propio cuidado.⁶

La presencia de esta etiqueta diagnóstica según la NANDA puede presentarse debido a múltiples factores tales como el estado de salud del receptor de los cuidados, estado de salud del cuidador, relaciones cuidador-receptor de los cuidados, actividades del cuidador, procesos familiares y los recursos socioeconómicos.⁶ Todos estos factores relacionados pueden afectar significativamente la *salud percibida de los cuidadores primarios*, objeto de estudio de esta investigación.

Existen estudios donde se describen algunas de las alteraciones mencionadas anteriormente.

Por ejemplo en una investigación realizada en población española, cuyo objetivo principal fue conocer cómo percibe su estado de salud el cuidador primario en familiares de personas dependientes, donde utilizaron el cuestionario de salud percibida SF-36 y la escala de Zarit, se encontró que los cuidadores auto-perciben su estado físico y mental alterado.⁷

Otro estudio que se realizó con cuidadores principales de pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) de Celaya, Gto. México, refiere que el rol del cuidador respecto a proporcionar cuidados fue bueno (81%), presentaron cansancio 69% de los cuidadores y estuvieron en riesgo de desarrollarlo 31% de ellos. Se concluyó que existe necesidad de implementar intervenciones de enfermería y multidisciplinarias que favorezcan el bienestar de los cuidadores, sobre todo aquellas que fomenten el bienestar emocional y el manejo de sentimientos negativos.²

Por lo que es importante implementar intervenciones de enfermería que ayuden al bienestar del cuidador primario informal de pacientes hospitalizados, sobre todo

aquellos que tiene estancias prolongadas por enfermedades crónicas, las complicaciones de éstas o que se encuentran en estado crítico. Para comenzar a implementar dichas intervenciones es importante identificar cómo el cuidador primario del paciente críticamente enfermo y con enfermedades crónicas, percibe su propia salud, debido a que las alteraciones físicas, psicológicas y emocionales que le acontecen durante la estancia hospitalaria de su familiar, alteran su percepción de la salud y en consecuencia su calidad de vida.

Y como se sabe la salud percibida guarda una estrecha relación con la mortalidad, el uso de servicios de salud, la enfermedad y estilos de vida saludables.⁸ Por lo anterior es que diversos investigadores han desarrollado instrumentos que la midan.

Uno de ellos es el cuestionario de salud percibida SF-36, el cual fue creado para medir el estado de salud, e incluso ha sido utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud, comparar enfermedades, detectar los beneficios de tratamientos médicos.⁹

Una investigación realizada en una comunidad de Vasca, aplicó el cuestionario SF-36 en pacientes usuarios de metadona, donde obtuvieron como resultado que el estado de salud de los sujetos de estudio era peor en los que comenzaban su tratamiento que en los que llevaban más tiempo en el programa de mantenimiento con metadona. Así mismo concluyeron que el cuestionario SF-36 tiene una alta fiabilidad en la medición del estado de salud y para discriminar pacientes en estadios diferentes de tratamiento.¹⁰

Como respuesta a la situación de los cuidadores primarios, anteriormente mencionada, respecto a procurar su salud y calidad de vida, se hace necesario que el profesional de enfermería diseñe intervenciones dirigidas a prevenir ese cansancio físico que puede convertirse después en cansancio emocional y demás alteraciones, dentro de estas intervenciones pueden implementarse terapias tanto

complementarias como alternativas, lo importante es que el cuidador se perciba bien de salud y se refleje esa percepción en su estado de ánimo y estado de salud, cuando se encuentra cuidando de otros.

En la actualidad las terapias complementarias y alternativas han pasado a formar parte del cuidado integral que brinda el profesional de enfermería. Dentro de estas terapias se encuentra la terapia Reiki, que ayuda a disminuir el dolor, la ansiedad y produce confort.¹¹ Por ejemplo, en un estudio realizado con pacientes que padecían diabetes tipo 2 se evidenció que la terapia Reiki influyó positivamente en el control de glucosa y colesterol.¹² En otra literatura se menciona que una sesión de terapia Reiki tiene efectos positivos para mejorar de manera inmediata la respuesta de IgA y disminuir las cifras de presión arterial diastólica en enfermeras con síndrome de Burnout.¹³

La relevancia práctica de esta investigación fue evidenciada mediante la demostración de que el profesional de enfermería, puede aplicar la terapia Reiki como parte de su cuidado a las personas que cuidan de sus pacientes, con el cual complementará su cuidado holístico, contribuyendo al bienestar biopsicosocial del cuidador primario e indirectamente contribuyendo al bienestar del paciente.

En la presente investigación se consideró factible y viable, el tiempo y recursos físicos ya que se contó con la autorización de los directivos del Hospital General de Celaya, lugar donde se desarrolló la investigación, con lo cual se garantizó el acceso a las unidades de medicina interna y oncología pediátrica de dicho nosocomio (unidades donde se encuentran los pacientes con enfermedades crónicas y que pasan estancias hospitalarias prolongadas),³ y donde se captaron a los cuidadores primarios de los pacientes hospitalizados, quienes fueron sujetos de este estudio, a quienes se garantizó que no se comprometería su salud física, emocional ni psicológica, ya que solo se les realizó la terapia Reiki que se considera una terapia complementaria inocua que puede recibir cualquier persona y no produce efectos indeseables.

Con este estudio se pretendió incrementar el acervo de conocimientos del cuerpo académico “Procesos Biopsicosociales del Desarrollo (PROBIODES)” y a la línea de investigación de metabolismo celular y psiconeuroendocrinología.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los diferentes servicios que atienden a pacientes críticamente enfermos y con enfermedades crónicas del Hospital General de Celaya (HGC), quienes tienen estancias hospitalarias muy prolongadas (desde la experiencia profesional se estableció que estancia hospitalaria prolongada, es aquella que dura más de una semana), se ha observado que los cuidadores primarios de dichos pacientes presentan la etiqueta diagnóstica de la NANDA denominada “Cansancio del rol del cuidador”. Según registros del HGC, del 100% de los cuidadores (n = 400 en dos meses), aproximadamente el 80% de estos cuidadores, que se encuentran en los servicios de medicina interna y oncopediatria, presentan alteraciones físicas de salud, psicológicas y emocionales que afectan su calidad de vida, independientemente de si son cuidadores de pacientes pediátricos o adultos.

El profesional de enfermería es el responsable de proporcionar cuidados holísticos a la persona, familia y comunidad, por lo que es directamente responsable de implementar y planificar intervenciones que incluyan a la familia del paciente, y debe procurarse que éstas intervenciones sean inocuas y benéficas para todo tipo de cuidadores.

Con la presente investigación se pretendió beneficiar a los sujetos de estudio (cuidadores primarios), debido a que fue a ellos a quien se les brindó la terapia complementaria mediante Reiki y con este, mejorar su salud física, emocional y psicológica.

Se benefició a los pacientes ya que el cuidador primario es el responsable de la toma de decisiones en el tratamiento del paciente, brinda soporte emocional y motivacional, proporciona cuidados físicos e higiénicos al paciente, y si se siente bien de salud estará en la posibilidad de proporcionar de manera óptima los cuidados que requiera el paciente.

Así mismo se beneficiaran los profesionales de la disciplina de enfermería, ya que obtendrán conocimientos y habilidades que le permitan brindar un cuidado integral a la persona y sus cuidadores, pero sobre todo se pretende concientizarlos de la importancia de la salud del cuidador, ya que generalmente, estos cuidadores representan una red de apoyo sumamente importante para los sistemas de salud. Además el cuidado de enfermería engloba al sujeto, su familia y su comunidad.

Por lo anteriormente mencionado se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el efecto del cuidado de enfermería, mediante la terapia Reiki, en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado?

IV. MARCO CONCEPTUAL

El presente apartado consta de 3 secciones: 1) Salud Percibida, 2) El cuidador primario y 3) Influencia del Reiki en la Salud percibida de los cuidadores primarios.

4.1 Salud percibida

La calidad de vida es la percepción propia del individuo respecto a sus necesidades; es decir es el sistema de valores y perspectivas que cambian de individuo a individuo, o de lugar a lugar y representan la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien.¹⁴

La calidad de vida ha tratado de explicarse desde diferentes perspectivas para lograr su entendimiento en el área de la salud, según un grupo de investigadores está fraccionada en seis dimensiones las cuales son: física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, religión y creencias personales.¹⁵

Sin embargo este modelo va más de la mano con la calidad de vida en general, por lo que diversos investigadores han tratado de fundamentar y buscar modelos explicativos de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), uno de ellos la divide en dos paradigmas el clínico y el paradigma de las ciencias sociales. Dicho modelo incluye variables biológicas, fisiológicas, estado de síntomas, estado funcional, *percepción de la salud* y la calidad de vida en general.¹⁵

Entonces la percepción de la salud o salud percibida juega un papel muy importante dentro de la CVRS y la salud, debido a que la salud como concepto incluye algunos componentes los cuales son: el relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica, la adaptación del individuo en su esfera biopsicosocial y el subjetivo que incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud.¹⁶ Entonces, la salud percibida o percepción de la salud es una medida

subjetiva de la propia salud del individuo, de las prioridades y percepciones internas.¹⁷

Por lo cual si el individuo crea una percepción positiva sobre su estado de salud en general, este individuo probablemente este ejerciendo actitudes y aptitudes positivas para su bienestar, sin embargo si esta percepción es negativa lo más probable es que el individuo tenga tendencias negativas de autocuidado. Por lo anterior es que la salud percibida mantiene una relación muy fuerte con el uso de los servicios de salud, la mortalidad, la salud y enfermedad, estilos de vida saludable y la prevención.⁸

Medición de la salud percibida

Existen diversos instrumentos para evaluar la percepción de la salud, uno de ellos es el cuestionario de Salud Percibida SF-36, escala que mide el estado de salud que cada individuo percibe de sí mismo.⁹

El cuestionario de salud SF-36 está integrado por ítems que valoran tanto el estado positivo y el estado negativo de salud, dividido en las siguientes dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y existe un ítem que especifica la transición de la salud en el último año.⁹

En el instrumento SF-36 la interpretación de los resultados puede ser positiva y negativa. Las dimensiones que se miden en el instrumento, según Zuñiga MA, son:

Función física: compuesta por diez preguntas, un bajo puntaje en sus resultados significa incapacidad para desarrollar todas las tareas y actividades físicas. Un alto puntaje, significa que no tiene ningún obstáculo para realizar sus actividades físicas).

Rol físico: está compuesto por cuatro preguntas, un bajo puntaje es interpretado como que el individuo tiene dificultades con el trabajo u otras actividades cotidianas como resultado de su salud física. Y un alto puntaje habla de que no existen ningún tipo de dificultades para la realización de estas actividades).

Dolor corporal: esta dimensión está compuesta por dos items, el cual en un puntaje bajo significan que presentan un dolor muy fuerte y el puntaje alto es la ausencia de dolor).

Salud general: conformado por cinco preguntas donde los resultados con bajos puntajes significan que la persona considera su salud como mala y tiene la creencia que posiblemente se puede ser peor. Los puntajes altos indican que la persona percibe su salud como excelente).

Vitalidad: dimensión integrada por cuatro preguntas, donde un puntaje bajo en los resultados significa “cansancio y agotamiento en todo el cuerpo”, y por el contrario los puntajes altos significa que la persona se encuentra cargada de energía).

Función social: compuesta por dos preguntas, donde un puntaje bajo entre ellas indican que la persona se percibe cansada y agotada, en lo que respecta a puntajes altos la persona esta entusiasta y con mucha energía).

Rol emocional: esta dimensión está conformada por tres preguntas, y la interpretación en sus resultados son; puntajes bajos: dificultades en el área de trabajo u actividades cotidianas a consecuencia de problemas emocionales, puntaje alto: La persona no presenta dificultades cotidianas por problemas emocionales).

Salud Mental: compuesta por cinco preguntas, que indican en sus resultados según el puntaje bajo: la persona se percibe nerviosa y deprimida la mayor parte del tiempo, puntaje alto: el individuo presenta una sensación de tranquilidad, felicidad y paz).

Transición de la salud notificada: esta dimensión se evalúa en una pregunta, un puntaje bajo indica que el individuo cree que su salud es mejor ahora que un año atrás y un puntaje alto significa que la persona considera que su salud es mejor ahora).

Todas estas dimensiones que integran el cuestionario SF-36¹⁸ han dado resultados confiables en diversas investigaciones como por ejemplo, una investigación realizada en un Hospital General en México, evaluó la CVRS en pacientes con artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y en población geriátrica, sus resultados indicaron que los pacientes con insuficiencia renal terminal presentaban también tuvieron hallazgos en el grupo de artritis reumatoide que fue el grupo que se vio más afectado en la dimensión de la salud en general y dolor. Así mismo pudieron detectar que casi la mitad de los sujetos presento depresión.¹⁹

Otro estudio realizado en el estado de México en pacientes con dolor neuropático, utilizó el cuestionario SF-36 en conjunto con la escala del dolor neuropático, obtuvo resultados de que el tratamiento con gabapentina en conjunto con las vitaminas B1 y B12, reduce este tipo de dolor y mejora la calidad de vida.²⁰

Como fue mencionado anteriormente, en un comienzo el cuestionario SF-36 fue diseñado con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas desde su percepción, sin embargo diversos estudios lo han utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con salud.^{7,8,14,15}

En la actualidad los estilos de vida de las personas han cambiado drásticamente con lo que se ve afectada la salud y la calidad de vida, sin embargo existen terapias alternativas que favorecen el estado de salud de los individuos, a continuación se mencionan algunas.

Terapias para recuperar la salud

En la actualidad los estilos de vida de las personas han cambiado drásticamente con lo que se ve afectada la salud y la calidad de vida, por lo que ha surgido la necesidad de implementar nuevas estrategias terapéuticas que impacten en el cuidado de nuestros pacientes y sus familiares que favorezcan su estado de salud.

Dentro de estas terapias se encuentra la práctica de medicina complementaria y alternativa como la herbolaria, acupuntura, terapias manuales, ejercicios y terapias espirituales.²¹ Así, como aquellas que se asocian a la manipulación de energía, utilizando los campos electromagnéticos (terapia magnética y terapia de luz) y las que son basadas en campos energéticos, entre las que se encuentra la terapia Reiki, también conocida como la terapéutica de toque.²² Esta terapia ha sido empleada ampliamente en el campo de enfermería con el fin de promover o recuperar la salud del paciente que presenta enfermedades crónico degenerativas tales como diabetes mellitus.²³

La palabra Reiki, proviene de la palabra japonesa Rei (energía universal) y ki (la energía de la vida que está presente en todos los seres vivos), fue desarrollada por el maestro japonés Dr. Mikao Usui a principios de 1900.²⁴

El Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) describe el Reiki como terapia táctil, la cual es basada en la energía; implica la dirección de la energía mediante el empleo de las manos del practicante, reequilibrando su flujo natural y mejorando la capacidad del cuerpo para sanar; por lo que el objetivo es mejorar la salud y el bienestar, y puede conseguirse proporcionando la relajación y el alivio del estrés.²⁵

Actualmente se ha empleado en la práctica de enfermería, no solo como parte de las terapias alternativas en pacientes; sino además para proporcionar una experiencia significativa cuidado holístico a los estudiantes de enfermería, preparándolos en el desempeño y aplicación de la terapéutica con la finalidad de ofrecer su atención dentro de una clínica comunitaria de enfermería y participando en la evaluación de la eficacia de la modalidad terapéutica.²⁶

Un estudio realizado en pacientes que reciben quimioterapia como tratamiento para cáncer de cuello uterino, mostró que las pacientes que recibieron la terapia de toque (Reiki), mantuvieron un efecto positivo en la respuesta inmune y la

depresión en los receptores táctiles en comparación con los pacientes que recibieron la relajación o la atención estándar.²⁷

Específicamente, los receptores táctiles mostraron una disminución mínima en la citotoxicidad de células asesinas naturales (natural killer) en el transcurso de tratamiento, mientras que la citotoxicidad de los pacientes que reciben terapia de relajación y la atención estándar disminuyó bruscamente durante la radiación.²⁷

También mostraron mejoría en el estado de ánimo deprimido en comparación con la terapia de relajación y los cuidados estándar. Estos hallazgos sugieren que la integración adecuada de modalidades complementarias como la terapia de toque (Reiki), en la atención oncológica puede mejorar el impacto de la atención convencional.²⁷

Otro ensayo clínico donde se evaluó el impacto de la aplicación por 20 min de la terapia Reiki sobre los signos vitales de pacientes previos a una cirugía coronaria de bypass, mostró que no hubo una diferencia significativa entre la tasa media de pulso antes y después de la intervención en ambos grupos ($p < 0,001$). Los resultados también mostraron que no había una diferencia significativa entre el número medio de respiración antes y después de la intervención en ambos grupos ($p < 0.001$).²⁸

Por lo que teniendo en cuenta los efectos de la terapia de toque terapéutico se puede dilucidar como una intervención segura y eficaz, esta técnica se puede utilizar como una técnica simple, barata y aplicable en todos los centros de cuidado de la salud para ayudar a estos pacientes.²⁸

4.2 Cuidador Primario

El cuidador primario informal es aquella persona que mantiene contacto directo y frecuente con el paciente, verifica el desarrollo de sus actividades, conoce todo sobre el paciente, además de proveer los recursos necesarios para su sustento.²⁹ Es decir es la persona que asume toda la responsabilidad del paciente.

Los cuidadores primarios son un elemento angular para el desarrollo del tratamiento del paciente durante su estancia hospitalaria, son aquellos que proporcionan cuidados informales, son una fuente de información secundaria muy valiosa del paciente (información sobre los hábitos, estilos de vida, enfermedad, tratamiento, etc.), lo cual colabora en la toma de decisiones en los tratamientos médicos e intervenciones de enfermería.

Características principales de los cuidadores primarios

Una de las principales características encontradas en diversos estudios es que el cuidador primario generalmente son mujeres, de las cuales la gran mayoría tienen una pareja y un porcentaje muy bajo de ellos están separados o viudos. La pareja funge en su mayoría como cuidador primario, los hijos y otros familiares realizan esta función en un menor porcentaje.³⁰ Es decir los vínculos que existen entre el paciente y el cuidador primario son meramente de afecto o están dados por una estrecha relación con la persona enferma.

De la misma manera existen estudios que describen el perfil social y económico de estos cuidadores, en su mayoría mujeres amas de casa, con hijos, que tuvieron poco acceso a la educación, no tienen ayuda de otras personas o familiares para realizar el cuidado del paciente y no tienen soporte económico.³¹

Alteraciones físicas, psicológicas, sociales y económicas que afectan el bienestar del cuidador primario

Es evidente que los cuidadores primarios tienen una alteración en su calidad de vida, ya que por prestar atención y cuidado a sus familiares enfermos descuidan su salud, lo mismo sucede con el personal sanitario quien plantea actividades e intervenciones limitadas al paciente.

Lamentablemente las instituciones de salud y la sociedad, centran su atención generalmente sólo al paciente, dejando a un lado a los cuidadores. En ocasiones quien presta atención y mantiene contacto con estos familiares es la enfermera encargada del cuidado del paciente y que funge como un medio para desahogarse de sus problemas y sentimientos.³²

Este descuido generalmente causa alteraciones en las diferentes esferas de su vida tanto físicas, psicológicas, sociales y económicas. Dentro de las alteraciones físicas que ellos detectan son en su mayoría tensión muscular en cabeza, hombros, espalda seguida por el cansancio, temblor en las manos y decremento en el deseo sexual.³¹

Tal parece que estas alteraciones son producto del estrés generado por la patología y estado de salud de su paciente hospitalizado, falta de descanso, omisión de alimentos, pocos espacios recreativos que le permitan el bienestar físico, entre otros. Además se presentan alteraciones en el orden psicológico como depresión, tristeza, irritabilidad y enojo, preocupación, miedo y ansiedad, problemas de memoria y llanto.³¹ Muchas de las alteraciones anteriormente mencionadas parecerían ser consecuencia de la falta de una red de apoyo que le permitan realizar actividades que conlleven el tener un paciente en hospitalización así como el brindar soporte motivacional y emocional.

Aunado a estas alteraciones se le suman los problemas de carácter social y económico, ya que dejan de realizar sus actividades familiares, sociales, recreativas, de trabajo y un gran porcentaje de estos cuidadores no reciben ningún tipo de apoyo económico.³¹ Toda esta serie de factores generan un descuido y falta de auto cuidado, por lo que frecuentemente estos cuidadores pueden presentar el diagnóstico de enfermería denominado “cansancio del rol del cuidador”.²

Cansancio del Rol del Cuidador

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), tiene como etiqueta diagnóstica de enfermería el Cansancio del rol de cuidador, la cual es definida como: “La dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas”.⁶

Entre las principales características definitorias establecidas por la NANDA se enuncian las siguientes:

Actividades del cuidador: “Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos, inquietud por la habilidad futura del cuidador para proporcionar los cuidados, por la salud futura del receptor de los cuidados, por la posible institucionalización del receptor de los cuidados, dificultad para completar las tareas requeridas, cambio disfuncional en las actividades del cuidador, preocupación por los cuidados habituales”.⁶

Estado de salud del cuidador: “Físico (enfermedades cardiovasculares, diabetes, fatiga, trastornos gastrointestinales, cefaleas, hipertensión, erupciones, cambios ponderales), emocional (ira, alteración del patrón del sueño, frustración, impaciencia, labilidad emocional creciente, nerviosismo creciente, afrontamiento ineficaz, falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales, expresa sentirse deprimido, privación del sueño, somatización y estrés.) y socioeconómico (cambios en las actividades de tiempo libre, baja productividad laboral, rechaza promociones profesionales, se retira de la vida social, expresa dificultad para ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados, expresa pena por el cambios de relación con el receptor de los cuidados, expresa incertidumbre por el cambio de relación con el receptor de los cuidados)”.⁶

Procesos familiares: “Expresa preocupación por los miembros de la familia y conflicto familiar”.⁶

Estas características definitorias se relacionan con los siguientes factores:

Estado de salud del receptor de los cuidados: “adicción, codependencia, problemas cognitivos, dependencia, cronicidad de la enfermedad, gravedad de la enfermedad, necesidad de cuidados crecientes, salud inestable del receptor de los cuidados, problemas de comportamiento, problemas psicológicos, abuso de sustancias e imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad”.⁶

Estado de salud del cuidador: “codependencia, problemas cognitivos, incapacidad para satisfacer las expectativas propias, incapacidad para satisfacer las expectativas ajenas, patrones de afrontamiento marginales, problemas físicos, problemas psicológicos, abuso de sustancias, expectativas poco realistas sobre sí mismo”.⁶

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados: “Antecedentes de las malas relaciones, el estado mental del anciano inhibe la conversación, presencia de abusos, presencia de violencia, el receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas sobre el cuidador”.⁶

Actividades del cuidador: “Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, cantidad de actividades, complejidad de las actividades, alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de los cuidados, cambio continuo de actividades, imposibilidad de predecir la situación de cuidados y brindar los cuidados durante años”.⁶

Procesos familiares: “Antecedentes de disfunción familiar y de afrontamiento familiar marginal”.⁶

Recursos: “El desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, conocimientos deficientes sobre los recursos comunitarios, dificultad para acceder a la asistencia formal y al apoyo formal, fortaleza emocional, recursos

comunitarios inadecuados, equipo inadecuado para proporcionar cuidados, asistencia informal inadecuada, apoyo informal inadecuado, entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados, medios de transporte inadecuados, inexperiencias en la provisión de cuidados, recursos económicos insuficientes, falta de tiempo, falta de intimidad del cuidador, falta de soporte y energía física”.⁶

Socioeconómicos: “Alienación de los demás, conflicto en el desempeño de roles, actividades recreativas insuficientes y aislamiento de otros”.⁶

De los factores relacionados que anteriormente fueron mencionados se puede destacar, que esta etiqueta diagnóstica de enfermería es muy frecuente ya que la gran mayoría de los cuidadores primarios que tienen a sus pacientes en hospitalización, sufren una separación de sus actividades y su vida cotidiana, tienen pérdidas económicas, físicas y sufren de alteraciones emocionales etc.

Esto es debido principalmente por el desgaste emocional y psicológico que implica la pérdida de salud de su familiar o persona afectiva que se encuentra en hospitalización, seguido por el aislamiento social y la carga física de actividades complementarias para atender las necesidades de su paciente, dejando aislado su auto- cuidado y su salud.

4.3 Reiki en la Salud percibida del cuidador primario

En base al texto anterior, se puede concluir que los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados, tienen una alteración en su esfera biopsicosocial, lo cual puede alterar la percepción de su salud y posiblemente tener alteraciones en su calidad de vida, disminuyendo su auto cuidado, haciéndolos propensos a enfermedades tanto físicas como psicológicas.

Por lo que es indispensable que el personal sanitario fomente e incluya actividades e intervenciones enfocadas al bienestar del cuidador primario sin

descuidar su salud percibida, ya que esta nos dará datos importantes para conocer más a fondo las alteraciones que presenta el cuidador desde su percepción.

Estas intervenciones y actividades pueden hacer uso de las terapias complementarias y alternativas, uno de las propuestas es brindar la terapia Reiki, como ya mencionó anteriormente, esta terapia hace uso de los campos energéticos que existen en el cuerpo y fomenta el bienestar tanto físico como psicológico del ser humano.

V. HIPOTESIS

El cuidado de enfermería, mediante la aplicación de terapia Reiki, mejora la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado.

VI. OBJETIVOS

General

Determinar el efecto del cuidado de enfermería, mediante la terapia Reiki, en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado.

Específicos

- Describir el perfil socio demográfico de los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados.
- Evaluar la salud percibida en los cuidadores primarios previamente a la intervención de enfermería mediante la aplicación de terapia Reiki.
- Aplicar una intervención de enfermería mediante la aplicación de terapia Reiki a cuidadores primarios.
- Comparar los efectos antes y después de la intervención de enfermería mediante la aplicación de terapia Reiki
- Medir el efecto de la intervención de enfermería (Reiki), en la salud percibida.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

De enfoque cuantitativo,³³ correlacional,³³ aplicado.³³

7.2 Diseño metodológico

Pre-experimental pre-prueba y post prueba.³⁴

7.3 Límites de tiempo y espacio

Se captaron a los sujetos de estudio en las unidades de hospitalización: oncología pediátrica y medicina interna del Hospital General de Celaya, Gto. México. La recolecta de los datos se realizó durante el periodo enero – mayo del año 2015. (Ver apéndice no. 1)

7.4 Universo

Estuvo conformado por el 100% de cuidadores primarios, que se encontraban en las unidades de hospitalización: medicina interna y oncología pediátrica (Según la hoja de control diario: 415 cuidadores en 2 meses)

7.5 Muestra

Cálculo del tamaño de muestra

Esperando que al inicio el 20% de cuidadores primarios tuviera una buena percepción de la salud y esperando un 80% al final el tamaño mínimo de muestra fue de 16 cuidadores primarios, con el 95% de precisión y el 90% de poder. (Epidat 3.1, 2005, Junta de Galicia y OPS)

Muestreo

Fue probabilístico, aleatorio simple. (Apéndice No. 2)

Criterios de elegibilidad

a) De inclusión

- Cuidadores primarios mayores de 18 años que tuvieron a sus pacientes en el área de hospitalización (medicina interna y oncología pediátrica) con mínimo una semana de que su paciente estuvo hospitalizado y que aceptaron firmar el consentimiento informado.

b) De no inclusión

- Cuidadores que alternaban su estancia con otros cuidadores.

c) Eliminación.

- Cuidadores primarios que decidieron abandonar el estudio voluntariamente.
- Cuidadores que no cumplieron con el 80% de las sesiones de terapia Reiki.

7.6 Variables

a) Variables socio demográficas: Edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, diagnóstico médico. (Apéndice no. 3)

b) Variables de estudio: Salud percibida. (Apéndice no. 4)

c) Intervención o cuidado de enfermería: Reiki

7.7 Instrumento

Se utilizó el cuestionario de salud percibida SF-36 (Anexo No.1)

- El cuestionario de salud percibida SF-36 está compuesto por 8 dimensiones del estado de salud: 1) función física, 2) función social, 3) limitaciones del rol, 4) problemas emocionales, 5) salud mental, 6) vitalidad, 7) dolor y 8) percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.¹⁸
- En cuanto a la interpretación de los resultados obtenidos mediante este instrumento, se hace uso de una escala que va de 0-100 (0 indica peor salud y 100 mejor salud).¹⁸

- El perfil de las ocho dimensiones se construye con el resultado promedio de la sumatoria de las preguntas correspondientes.¹⁸
- Respecto al tiempo para contestar el cuestionario SF-36 es de aproximadamente 8 a 12 minutos y es auto –aplicado.¹⁸
- Consistencia interna (α de Cronbach): “Función física 0.84, rol físico 0.70, dolor corporal 0.80, salud general 0.73, vitalidad 0.83, función social 0.76, rol emocional 0.56 y salud mental 0.83.” Respecto al tiempo para contestar el cuestionario SF-36 es de aproximadamente 8 a 12 minutos y es auto – aplicado.¹⁸

7.8 Procedimientos

- Aprobación del protocolo:** El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y el de Bioética del Campus Celaya-Salvatierra para su retroalimentación y/o aprobación. (Anexo No.2 y No.3).
- Autorización:** Una vez aprobado, se presentó ante las autoridades del Hospital General Celaya (director, jefe de enseñanza y comité de investigación) para su autorización. (Apéndice 5 y Anexo No.4).
- Consentimiento informado:** Cuando se dio inicio a la recolección de datos, en el área de: medicina interna y oncología pediátrica, se identificaron los cuidadores primarios que cumplieron con los criterios de inclusión, se les informó en qué consistía, sus beneficios y riesgos (como se mencionó es una intervención que no pone en riesgo el bienestar y seguridad de las personas), a los cuidadores primarios que aceptaron participar en el estudio, se les dio a firmar una hoja de consentimiento informado. (Apéndice 6).
- Recolección de los datos.** Se integraron los datos obtenidos mediante el cuestionario de salud SF-36, asignándole calificación a cada una de las dimensiones que fueron evaluadas en las salud percibida de los cuidadores

primarios antes y después de aplicar la terapia Reiki, posteriormente se compararon las calificaciones obtenidas al finalizar las sesiones de Reiki.

- e) **Cuidado de enfermería en la salud percibida de los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados: Terapia Reiki.** (Anexo No.5) Se brindó una sesión de terapia Reiki cada tercer día a los cuidadores primarios durante una semana (de lunes a viernes), el tiempo de duración de las sesiones fue de aproximadamente de 40 a 60 minutos. Se pretendió modificar la salud percibida de los cuidadores primarios en 3 sesiones debido a que los investigadores Karagozoglu y Díaz-Rodríguez han encontrado en sus estudios, que con sólo una sesión de la terapia Reiki hay modificaciones en el estado físico y mental del paciente.^{35,36}

La terapia Reiki fue proporcionada por el autor principal de esta investigación y una colaboradora, quienes se encuentran capacitados en terapia Reiki.

Para poder brindar la terapia Reiki se solicitó al área de enseñanza del Hospital General de Celaya, un aula dentro de dicho nosocomio para garantizar la efectividad de la terapia, debido a que se necesita concentración un espacio sin ruido. Dicha aula fue acondicionada en cada sesión por el autor principal con los siguientes recursos materiales: tapete largo (para mantener al paciente en una posición cómoda) y mesa de masaje, toalla o almohada (que permita una buena postura para la cabeza), equipo reproductor de sonido (no indispensable, sin embargo se ambientó el recinto con música de Reiki la cual fomenta la relajación y una mejor concentración).

Se proporcionó la terapia Reiki durante los horarios de visita (sesiones matutinas de 10:30 – 11:30 y vespertinas de 16:00 – 18:00 horas), para evitar interrupción en las acciones/actividades del profesional de enfermería, se acordó con el cuidador primario los horarios más adecuados según su situación, para que no hubiera actividades importantes que lo involucraran o

bien que la visita pudiera quedarse con el paciente mientras el sujeto de estudio (cuidador primario) acudía a su sesión de terapia Reiki.

f) **Análisis estadístico**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, para efectuar estadística descriptiva e inferencial. Las variables categóricas (socio demográficas y de distribución de los participantes) se analizaron con frecuencia y porcentajes y las variables numéricas con medidas de tendencia central y de dispersión.

Las calificaciones que se obtuvieron en los diferentes momentos de las mediciones (antes y después de las sesiones de terapia Reiki) fueron analizadas y comparadas a través de estadísticos no paramétricos: Prueba de rangos Wilcoxon.

Para observar diferencias estadísticamente significativas se estableció un nivel de significancia $p < 0.05$.

7.9 Recursos humanos, Materiales, Financieros.

Humanos

Responsables de la investigación: L.E.O. Santuario Navarrete Elizabeth

Tutor de tesis: M.C.M María de Lourdes García Campos

Co- Tutor de tesis: Dr. Vicente Beltrán Campos

Asesor estadístico: Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Colaborador: L.E.O. Mayra del Carmen Ortega Jiménez

Recursos materiales y financieros

La investigación tuvo un costo total de 81,700.00 pesos mexicanos y fue autofinanciada por la responsable de la investigación. (Apéndice 7).

7.10 Difusión

El presente trabajo fue presentado en el V Congreso Universitario de Enfermería “Desafíos en la formación y el ejercicio en enfermería”, de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en el año 2015.

Fue enviado y aceptado para su presentación en modalidad cartel al FORO I+E, II Reunión internacional de investigación y Educación superior, la cual tuvo lugar en Granada, España en el año 2015.

7.11 Consideraciones éticas y legales

Esta investigación fue revisada, retroalimentada y aprobada por el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya- Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, según lo establecido en la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud” que en su título quinto “capítulo único, artículo 98 “En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, deberá ser sometido a un comité de investigación”.³⁷

Fue guiada por los lineamientos del reglamento de la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud” que en su título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, capítulo I “Disposiciones comunes” en el artículo 13 señala que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.”³⁷.

En el artículo 16 se menciona que “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.”³⁷

Según lo descrito en el título segundo, de los aspectos éticos en la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 17, se consideró esta investigación con riesgo mínimo ya que, que no se causó daños psicológicos y físicos al paciente.³⁷

En el Título sexto, de la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud, Artículo 113 señala que: “La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del responsable de su área de adscripción”.³⁷

Como base para la investigación en seres humanos, se consultó la “Declaración de Helsinki” 2013, que en sus principios generales menciona que “En la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.”³⁸

VIII. RESULTADOS

Se estudió un total de 20 cuidadores primarios, de pacientes hospitalizados, en las unidades de medicina interna y onco-pediatría, por ser una muestra pequeña y por no contar con una distribución normal se analizó la información con Rangos de Wilcoxon. A continuación se presentan los resultados encontrados, primeramente las variables socio-demográficas y después las variables de estudio.

a) Variables socio-demográficas de los cuidadores primarios:

Edad promedio fue de 39.30 ± 12.54 años, el 100% eran de sexo femenino, el 75% se dedicaban a labores del hogar, con un promedio de años estudiados de 8.10 ± 4.77 , el 20% eran empleadas y el 5% comerciantes; estaban casadas 65%, en unión libre 20%, solteras 10% y viudas 5%.

Enfermedades que tenían los cuidadores primarios: 20% estaban diagnosticados con hipertensión arterial (HTA), 5% de diabetes e HTA y 5% otras enfermedades.

Para medir el efecto de la terapia Reiki en el estado de salud percibida del cuidador primario, se realizó la prueba de suma de rangos señalados de Wilcoxon, donde se estableció el valor de $p < 0.05$, para ser considerado estadísticamente significativo, observándose esta condición en la mayoría de las dimensiones de la salud percibida, excepto en el rol físico, salud general, y vitalidad. (Ver tabla No.8.1).

Según el significado de los resultados para la dimensión de la función física, previo a la intervención con Reiki, algunos de los cuidadores primarios referían verse limitados en ciertas actividades a causa del cansancio físico que presentaban, como subir escaleras y caminar. Posterior a la terapia Reiki los cuidadores primarios pudieron realizar todo tipo de actividades físicas, sin verse limitados por su salud física.

En la dimensión de dolor corporal previo a la intervención, los cuidadores primarios referían tener dolor en alguna parte del cuerpo, el cual les limitó un poco para realizar sus actividades habituales e incluso se pudo observar la limitación física de algunos cuidadores a causa de dolor y posteriormente a la terapia los

cuidadores primarios refirieron una disminución del dolor a tal punto que este no fue un obstáculo para realizar sus actividades y trabajo habitual.

Tabla 8.1 Dimensiones del estado de salud percibida, de cuidadores primarios, del Hospital General de Celaya, Gto. 2015.

	Variable	Rango	Mediana	PC	
Pre-Intervención	Función física	10 - 100	85	25	65
				50	85
				75	98.75
Post-Intervención	Función física	10 - 100	95	25	70
				50	95
				75	100
			Z= 2.0	p=0.046	
Pre-Intervención	Rol físico	0 - 100	50	25	0
				50	50
				75	93.75
Post-Intervención	Rol físico	0 – 100	100	25	25
				50	100
				75	100
			Z= -1.44	p= 0.15	
Pre-Intervención	Dolor corporal	0 – 100	58.75	25	43.125
				50	58.75
				75	69.375
Post-Intervención	Dolor corporal	22.5 – 100	90	25	77.5
				50	90
				75	100
			Z=-3.00	p=0.0027	
Pre-Intervención	Salud general	6.25 - 87.5	50.625	25	38.125
				50	50.625
				75	64.062
Post-Intervención	Salud general	25 – 75	55	25	45
				50	55
				75	60
			Z=-0.50	p= 0.61	
Pre-Intervención	Vitalidad	6.25 – 87.5	50.625	25	38.125
				50	50.625
				75	64.062
Post-Intervención	Vitalidad	28 – 81.25	57.5	25	45.625
				50	57.5
				75	66.562
			Z= -1.25	p= 0.21	
Pre-Intervención	Función Social	0 – 100	43.75	25	25
				50	43.75

				75	71.875
Post-Intervención	Función Social	25 – 100	62.5	25	50
				50	62.5
				75	75
			Z= -2.19	p= 0.003	
Pre-Intervención	Rol emocional	0 - 100	0	25	0
				50	0
				75	33.33
Post-Intervención	Rol emocional	0 - 100	83.33	25	0
				50	83.33
				75	100
			Z= -2.78	p= 0.005	
Pre-Intervención	Salud mental	0 – 83	47.5	25	34.5
				50	47.5
				75	54.75
Post-Intervención	Salud mental	24 – 79	58	25	54
				50	58
				75	66.75
			Z=-3.34	p=0.0008	

Fuente: Cuestionario SF-36 de la Salud Percibida

En la dimensión de salud mental los cuidadores primarios refirieron en sus cuestionarios, la sensación de algunas veces sentirse tan bajos de moral que nada podía ayudarles, así como sentimientos de nerviosismo y tristeza, posteriormente a la terapia estos sentimientos disminuyeron considerablemente y según el significado de los resultados del cuestionario SF-36, los cuidadores alcanzaron sensaciones de paz, felicidad y calma, algunos cuidadores primarios refirieron bienestar consigo mismo y mencionaron haber dejado de llorar por sensaciones de culpa y por sentirse solos en el proceso de enfermedad y hospitalización de su familiar.

Función social, en esta dimensión previamente a la terapia Reiki, los cuidadores refirieron siempre haber tenido problemas para establecer actividades sociales a causa de su salud física y problemas emocionales, posteriormente a la terapia la mayoría de los cuidadores refirió tener algunas veces este tipo de dificultad, e incluso profesionales de enfermería que se encontraban en la unidades de medicina interna y oncopediatria comentaron haber visto cambios considerables

de los cuidadores con el personal y con otros cuidadores, tales como mayor optimismo, empatía y mejoría en las relaciones sociales entre los cuidadores primarios que participaron en la presente investigación.

Antes de implementar la terapia Reiki, en la dimensión de rol emocional, los cuidadores primarios estudiados, plasmaron en el cuestionario de salud percibida, tener afectadas sus actividades diarias a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso; después de la terapia algunos cuidadores refirieron de forma verbal, la disminución y desaparición de esos sentimientos de tristeza, depresión y realizaron comentarios favorables hechos por otros familiares que acudían a la hora de visita, donde les mencionaban que se veían más animados y con un semblante distinto al de tristeza.

En la dimensión de rol físico no se observaron cambios estadísticamente significativos, sin embargo, los cuidadores primarios describieron haber sentido algunas dificultades en sus actividades diarias a causa de su salud, agregaron verbalmente que el hecho de estar con sus familiares en la unidad de hospitalización fue lo que principalmente les limitó hacer sus trabajos, tareas y actividades, ya que el cansancio físico era precisamente producto del cuidado que proporcionaban a sus familiares hospitalizados.

En la dimensión de vitalidad los cuidadores primarios plasmaron en sus cuestionarios antes y después de la terapia Reiki, sentirse solo algunas veces con energía, agotados y cansados durante la estancia de hospitalización, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo algunos cuidadores hicieron comentarios fuera del cuestionario, refiriendo disminución del cansancio y haberse mostrado más reactivos en algunas actividades con sus pacientes, tales como; haberse sentido menos somnolientos durante el día y sentían más energía durante la movilización de sus pacientes.

Según el significado de los resultados para la dimensión de salud general, los cuidadores primarios evaluaron su salud como mala y tenían la creencia de que posiblemente esta sería peor, por ejemplo una de las preguntas que se les realizó fue: ¿usted diría que su salud es.....?, en esta, la mayoría de los cuidadores

consideraban su salud como *regular*, así mismo respondían *no saber* si se encontraban sanos.

Se analizó la salud percibida en general (o total) y se obtuvo una $Z= 27$ y $p=0.001$, lo cual indica que si hubo diferencias significativas entre los resultados del antes contra el después, de haber realizado la terapia con Reiki, por lo cual se aceptó la hipótesis alterna: el cuidado de enfermería, mediante la aplicación de terapia Reiki, mejora la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado.

IX. DISCUSIÓN

Respecto a algunas de las características socio demográficas de los cuidadores primarios, que se encontraron en este estudio, concuerdan con las referidas en otras literaturas publicadas, refiriéndose a que la mayoría de estos cuidadores están representados por mujeres.^{29,40,41} Algunos autores se han dado a la tarea de estudiar la trascendencia de estas características de los cuidadores primarios en México, encontrando que la sociedad mexicana y su cultura fomenta el rol de cuidador en las mujeres desde muy temprana edad, con lo cual, la mujer se asume como principal proveedora del cuidado durante todas las fases de su vida, como madre, hija o esposa.^{42,43}

En México los constructos socioculturales de las mujeres están enfocados al cuidado y la atención del hogar, en diversas regiones del país esta actividad forma parte de estos constructos, ya que está definida como actividad principal de la mujer en donde desarrolla actividades como aseo doméstico, cuidado de los hijos y adultos que se encuentran viviendo en casa, además está determinado por ser un trabajo no remunerado.^{42,43} La mayoría de las cuidadoras que participaron en el presente estudio tuvieron como ocupación principal ser ama de casa.

No se puede descartar en la actualidad el hecho de que en muchas regiones de México algunos de los constructos socioculturales se han ido modificando de acuerdo a las necesidades de cada familia y comunidad, donde la mujer tiene la necesidad de trabajar, estudiar entre otras actividades, que le demandan salir de casa, sin embargo a pesar de las diversas actividades que tenga, la mujer sigue siendo la principal responsable del cuidado del hogar y la familia.

Por lo anterior, a la mujer se le ha atribuido la función de desempeñar el rol de cuidador principal, en quienes recae toda la responsabilidad de otros individuos, esto ha conllevado a que exista falta de interés en su propia salud (autocuidado).⁴⁴ Hoy en día existen terapias holísticas que ayudan a todo aquel

individuo que busca satisfacer la necesidad de un equilibrio físico, mental y espiritual, y una de ellas, es la terapia Reiki. La terapia Reiki ha pasado a formar parte de los cuidados de enfermería en diversos países del mundo, y esto es debido a que se han comprobado sus beneficios.⁴⁵

En este estudio se observaron cambios estadísticamente significativos posteriores a la intervención con terapia Reiki. En la dimensión función física, tuvo significancia estadística, lo que coincide con otra literatura, donde se ha demostrado su efectividad sobre la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el cortisol salival, la disminución de los efectos fisiológicos ocasionados por el estrés y fomenta la relajación.^{45,46}

La disminución del dolor corporal como otro beneficio que aporta la terapia de Reiki, es uno de los temas más discutidos y estudiados, ya que al igual que en este estudio de investigación diversos autores han encontrado efectos positivos en las personas a quienes se les brinda terapia.⁴⁵ Con el impacto que tiene la terapia Reiki en la disminución del nivel del dolor de las personas receptoras, se puede beneficiar positivamente a los cuidadores primarios, ya que esta dimensión es una de las más afectadas en ellos.⁴⁷

Existen otros beneficios de esta terapia que han sido poco estudiados, motivo por el cual existe poca evidencia sobre la efectividad de la terapia Reiki y su efecto en las relaciones sociales, sin embargo al igual que en este estudio se encontró evidencia de que la terapia disminuye el aislamiento social (dimensión función social).⁴⁸ Sería interesante realizar otras investigaciones sobre la efectividad de la terapia Reiki en las relaciones sociales, con el propósito de generar más sustento científico en esta dimensión.

En la presente investigación también se encontraron cambios significativos en la dimensión de rol emocional, que al igual que otros estudios demostró que la terapia mejora el estado emocional de las personas que reciben Reiki.^{49,50} La implementación de estas terapias favorece significativamente la esfera emocional

de los cuidadores, debido a que la inestabilidad emocional aqueja más a esta población, en especial en las unidades de hospitalización.

En la dimensión de salud mental, se observaron cambios favorables en los cuidadores primarios, ésta fue estadísticamente significativa, y al igual que lo referido en la literatura, hubo beneficios en la salud mental de quienes recibieron la terapia Reiki, estos resultados coinciden con lo descrito por Hart LK y col., la terapia Reiki mejora el estado de ánimo deprimido de los pacientes.^{27,45,49,51}

Richeson y col. plasman en sus resultados cualitativos, algunas frases de los receptores de la terapia Reiki donde proyectan este bienestar mental, dentro de las cuales mencionan; sentir paz en su mente, sensaciones de relajación, tranquilidad interior e incluso nombran la hora de la terapia como la mejor hora del día.⁵²

En cuanto a las otras tres dimensiones (rol físico, salud general y vitalidad) donde no se encontró diferencia estadísticamente significativa, sería importante realizar estudios particulares de cada una de estas dimensiones para probar la efectividad de la terapia Reiki sobre cada una de ellas. Lo anterior debido a que existe en la literatura evidencia de efectos positivos sobre la disminución de la ansiedad, fatiga y la mejora en la calidad del sueño con lo cual se podría generar un aumento de la energía mejorando la vitalidad, así como la percepción de una mejor salud y bienestar físico para la realización de actividades posteriormente a la terapia con Reiki.^{45,49,53,54}

Durante el desarrollo de la intervención e interacción con los cuidadores de los pacientes, los participantes refirieron diversos aspectos y cambios positivos a beneficio de su salud física, psicológica y emocional, posterior a cada sesión de la terapia con Reiki, por lo que sería muy enriquecedor seguir investigando en este ámbito holístico otros tipos de variables que pudieran favorecer al individuo, no solo en su salud percibida sino en la percepción de todo su entorno.

Y aunque no fue objeto de estudio de esta investigación, los cuidadores expresaron tener la necesidad de contar con espacios de descanso, capillas o lugares donde pudieran despejar un poco su mente y olvidarse del cansancio físico, emocional y espiritual por el que atravesaban.

Con lo descrito a lo largo de este trabajo de investigación, según lo referido por el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) y la diversidad de trabajos científicos que se han hecho con esta terapia energética, (terapia Reiki) de llega a la conclusión de que ésta mejora la salud y bienestar de los individuos, por lo que sería muy enriquecedor que formara parte de los cuidados de enfermería dirigidos a los cuidadores primarios en las unidades de hospitalización, con el fin de mejorar su salud percibida, salud física, emocional y psicológica.

Es importante concientizar a las instituciones, autoridades y profesionales de la salud, respecto a lo trascendente que es el rol del cuidador primario durante el proceso salud-enfermedad de sus pacientes, en especial, en las unidades de hospitalización, con el propósito de gestionar espacios y actividades que estén dirigidas a promover la salud física, emocional, psicológica y social del cuidador primario.

X. CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general de esta investigación se demostró que la intervención de enfermería con la terapia Reiki mejoró la salud percibida de los cuidadores primarios del paciente hospitalizado, aunado a que no implica gastos adicionales a la institución y proporciona múltiples beneficios a las personas receptoras.

Del presente trabajo de investigación se identificó mediante la aplicación del cuestionario de salud percibida SF-36, que los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados tienen una mala percepción de su estado de salud, por lo que podemos concluir que la hospitalización de algún familiar o persona afectiva podría condicionar el buen estado de salud del cuidador primario, como ya se mencionó en el desarrollo de este trabajo, la percepción de la salud juega un papel importante en el uso de servicios de salud, así como en las actitudes y aptitudes positivas del propio cuidado de cada individuo. Por lo anterior es necesario establecer e implementar estrategias, intervenciones y actividades por parte del profesional de enfermería que apoyen a los cuidadores primarios, una de ellas es mediante terapias complementarias como la terapia Reiki, la cual mostró, en esta investigación, efectos positivos en los cuidadores primarios que participaron.

La intervención del profesional de enfermería juega un papel importante para el desarrollo de actividades enfocadas al cuidador, debido a que estos profesionales son quienes pasan la mayor parte del tiempo con los familiares de los pacientes, lo cual facilita la identificación de alteraciones emocionales, físicas, espirituales y psicológicas por las cuales atraviesa el cuidador primario. Por lo anterior sería muy importante que el profesional de enfermería gestionara espacios y creara proyectos propios de intervenciones y actividades de enfermería, enfocadas a proporcionar cuidados a los cuidadores primarios de pacientes, que se encuentren en las unidades de hospitalización.

XI. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

En este trabajo de investigación se identificó que el hospital no contaba con espacios recreativos para los cuidadores, tales como capillas, áreas verdes o bien espacios donde se les facilitarán su descanso o relajación. Justamente esta situación representó un obstáculo para llevar a cabo la terapia, sin embargo se acondicionó una de las áreas de enseñanza del hospital para que fuera posible su aplicación.

En dicha área de enseñanza, el personal que laboraba allí, mencionó la necesidad de que también los trabajadores de salud recibieran terapias de relajación, debido a que el clima laboral en los hospitales, por su propia naturaleza provoca estrés, fatiga emocional y física, y sería importante realizar una investigación no solo con los derechohabientes, sino también con los trabajadores de la institución, con el fin de mejorar su salud y calidad de vida.

Por lo anteriormente mencionado se sugiere que los directivos de enfermería gestionen espacios que fomenten la salud tanto del personal que labora en la institución como de los usuarios de los diversos servicios. Y que se diseñen estrategias de promoción de la salud holística, es decir en las áreas mental, física, psicológica, emocional y social.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Achury DM, Castaño H, Gómez LA, Guevara MN. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. Bogotá (Colombia). 2011;13(1):27-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>
2. Huitzache ME, Padilla AM. Apoyo Educativo de Enfermería al Cuidador Principal del Paciente con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2009;17(6).
3. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Félix-Muñoz G, Gutiérrez Pablo. Tiempo de estancia en Medicina Interna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49(5):527-531.
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas. [Consultado en 2014, noviembre 7] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UzEI0-4fg3gJ:www.who.int/topics/chronic_diseases/es/+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
5. Rodríguez R, Lazcano G. *Práctica de geriatría*. 2ª edición. Editorial McGraw-Hill/Interamericana. 2007
6. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. Editorial Elsevier;2012-2014.
7. Fernández P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Auto-percepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23(3):388-393. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>
8. Delgado A, Saletti-Cuesta L, López-Fernández L, Toro-Cárdenas S. Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gac Sanit*. 2013;27(6):508–515.
9. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Milanda G, Quintana J, Santed R, Valderas J, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El

- Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135 -150.
10. Iraurgi I, Póo M, Márkez I. Valoración del índice de Salud Percibida SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de Referencia para la Comunidad Autónoma de Vasca. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78(5):609-621.
 11. Olson K, Hanson J, Michaud M. A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(5):990-997.
 12. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Tuz-Poot F. Efecto del Reiki como cuidado de enfermería en el control metabólico de diabéticos tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2010;18(2):75-80.
 13. Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Catarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. Una sesión de reiki en enfermeras diagnosticadas con síndrome de Burnout tiene efectos beneficiosos sobre la concentración de IgA salival y la presión arterial. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(5):[8 pantallas].
 14. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. *salud Publica Mex.* 2002;44:349-361.
 15. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010;138:358-365.
 16. Sánchez V. ¿Es la percepción de la salud, un buen indicador del estado de salud real?. *El Bloc de Fisioterapia de la FUB.* 2012. [consultado en 2014, octubre 24 (18:00 horas)] Disponible en: <http://blocs.fub.edu/fisioterapiafub/2012/12/05/es-la-percepcion-de-la-salud-un-buen-indicador-del-estado-de-salud-real/>.
 17. Bombak A. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. *Front Public Health.* 2013;1:15.
 18. Zúñiga M. Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados

- preliminares en México. Revista de salud pública de México. 1999;19(2):110 -118.
19. Ambriz Y, Menor R, Campos-González I, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia en un Hospital General en México. Reumatol Clin. 2014;11(2):68-72.
 20. Sánchez V, González C, Aguilar A, Torres A, Gutiérrez R. Tratamiento del dolor neuropático con gabapentina en combinación con vitaminas B₁ y B₁₂. Estudio observacional prospectivo. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2012;20(2):67-73.
 21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS para la medicina tradicional. 2002-2005.
 22. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. National Center for Complementary and Alternative Medicine. CAM basics ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?. [Consultado en 2014, octubre 27]. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>
 23. Aguilar MJ, García PA, González E, Pérez MC, Padilla CA. A nursing educational intervention helped by One Touch UltraSmart improves monitoring and glycated haemoglobin levels in type I diabetic children. J Clin Nurs. 2012;21(7-8):1024-32.
 24. Whelan KM, Wishnia GS. Reiki therapy: the benefits to a nurse/Reiki practitioner. Holis Nurs Pract. 2003;17(4):209–17.
 25. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Reiki: an introduction. 2009. [Consultado el 7 de noviembre de 2014 (10:00 hrs)] Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/reiki/introduction.htm>
 26. Bremner MN, Bennett DN, Chambers D. Integrating Reiki and community-engaged scholarship: an interdisciplinary educational innovation. J Nurs Educ. 2014;53(9):541-3.

27. Hart LK, Freel MI, Haylock PJ, Lutgendorf SK. The use of healing touch in integrative oncology. *Clin J Oncol Nurs*. 2011;15(5):519-25. doi: 10.1188/11.CJON.519-525.
28. Zare Z, Shahsavari H, Moeini M. Effects of therapeutic touch on the vital signs of patients before coronary artery bypass graft surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010;15(1):37-42.
29. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Invest Clin*. 2012;64(3):240-246.
30. Turró-Garriga O, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Turon Estrada A, Pericot-Nierga I, Lozano-Gallego M. Valor económico anual de la asistencia informal en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2010;51(4):201-07.
31. Islas N, Ramos B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2006;19(4):266-271.
32. Andreu L, Gruart P, Sánchez-Salido L. Visión de enfermería de las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas en tratamiento con diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007;10(1):47-52.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
34. Polit F, Hungler P. Investigación Científica en Ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
35. Karagozoglu S, Kahve E. Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Appl Nurs Res*. 2013;26(4):210-217.
36. Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Catarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. Una sesión de reiki en enfermeras diagnosticadas con síndrome de Burnout tiene efectos beneficiosos sobre la concentración de IgA salival y la presión arterial. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(5):[8 pantallas].

37. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Publicada el 7 de Febrero de 1984. [Consultado 4 de Noviembre de 2014 (22:00 horas)]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
38. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza Brasil. Octubre 2013. [Consultado 4 Noviembre de 2014 (22:30 horas)] Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
39. Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay. [No data] [Consultado el 5 de noviembre de 2014 (22:00 horas)]. Disponible en http://cursodereiki.com/manuales/manual_reiki_1.pdf
40. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(1):29-41.
41. Bohórquez BV, Castañeda PB, Trigos SL, Orozco VL, Camargo FF. Eficacia de la investigación enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador, *Revista Cubana de Enfermería*. 2011;27(3):210-219.
42. Mendez-Luck C, Kennedy DP, Wallace SP. Concepts of burden in giving care to older relatives: A study of female caregivers in a Mexico City neighborhood. *J Cross Cult Gerontol*. 2008; 23(3):265–282.
43. Mendez-Luck C, Kennedy DP, Wallace SP. Guardians of Health: The Dimensions of Elder Caregiving among Women in a Mexico City Neighborhood. *Soc Sci Med*. 2009;68(2):228–234.
44. Delicado UM, García FM, López MB, Martínez MP. Cuidadoras informales: una perspectiva de género. [Consultado en 2015, junio 04] Disponible en: https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm
45. Coakley AB, Barron AM. Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing*. 2012;28(1):55-63.

46. Miles P. Center for Spirituality and Healing. What does the research say about reiki?. University of Minnesota. [Consultado en 2015, marzo 01] Acceso en: <http://www.takingcharge.csh.umn.edu/explore-healing-practices/reiki/what-does-research-say-about-reiki>
47. Velázquez Y, Espín AM. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(1):3-17
48. Marcus DA, Blazek-O'Neill B, Kopar JL. Symptomatic Improvement Reported After Receiving Reiki at a Cancer Infusion Center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(2):216-7.
49. Fleisher KA, Mackenzie ER, Frankel ES, Seluzicki C, Casarett D, Mao J. Integrative Reiki for Cancer Patients: A Program Evaluation. *Integr Cancer Ther*. 2014;13(1):62-7.
50. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA, DeCristofaro. Webster A, Doherty-Gilman AM, Rosenthal DS, Benson H. Effects of Complementay Therapies on Clinical Outcomes in Patients Being Treated With Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Cancer*. 2011;117(1):96-102.
51. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *Complement Altern Med*. 2011;11:11:26.
52. Richeson NE, Spross AJ, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Res Gerontol Nurs*. 2010;3(3):187-199.
53. Demir M, Can G, Celek E. Effect of reiki of symptom managemen in oncology. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(8):4931-4933.
54. Birocco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N. The Effects of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Patients Attending a Day Oncology and Infusion Services Unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(4):290-4

XIII. BIBLIOGRAFIA

Pineda E, Canales F. Metodología de Investigación Manual para el desarrollo del personal de Salud. México. OPS. 2005.

XIV. APENDICES

Apéndice 1. Cronograma de Actividades.



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
 CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
 DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

Cronograma de Actividades

Actividades	2014					2015										2016					
	Mes	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Investigación bibliográfica	X																				
Elección del tema de investigación	X																				
Elaboración de justificación		X																			
Planteamiento del problema		X																			
Planteamiento de hipótesis y objetivos		X																			
Elaboración del marco teórico conceptual			X																		
Revisión por Comité Académico de la Maestría (CAMCE)			X																		
Diseño metodológico			X																		
Búsqueda y selección de instrumento.			X																		

Presentación de protocolo ante Cuerpo Académico (CA)			x																
Aprobación del protocolo por el Comité de investigación de la DCSI del CCS de la UG				x	x	x													
Aprobación del protocolo por el Comité de Bioética.						x													
Recolección de los datos							x	x	x										
Análisis de los datos										x	x	x							
Elaboración de informe final.											x	x							
Difusión de la investigación.													x			x			
Elaboración del primer borrador de la tesis.													x	x	x	x	x		
Revisión de la tesis por los sinodales																	x	x	
Elaboración de la tesis final																		x	
Socialización de los resultados en foros de investigación.																x			
Examen recepcional y obtención del grado académico																			x

Apéndice 2. Tabla de Aleatorización



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
 CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
 DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA.

[1] Muestreo simple aleatorio
 Tamaño poblacional: 415
 Tamaño de muestra: 20
 Número de los sujetos seleccionados

6	20	36	44	51	67	105
164	175	186	192	232	241	245
281	319	363	372	379	407	

Apéndice 3. Variables Sociodemográficas



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
 CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
 DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Variable	Tipo	Concepto	Indicador	Nivel de medición
Edad	Numérica Discreta	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	1.-Años cumplidos	Media Desviación estándar ($\xi \pm D.E.$)
Género	Categórica Nominal	Significados psicológicos y sociales que implican hecho de ser biológicamente hombre o mujer, el término se utiliza a menudo con el sentido de estructura biológica o sexo.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia Porcentaje (f y %)
Número de años estudiados	Numérica discreta	Número de años que curso o cursa en la escuela, el individuo durante su vida. (Sin tomar en cuenta el preescolar)	1. Número de años estudiados.	$\xi \pm D.E.$
Estado Civil	Categórica Nominal	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión Libre 4.- Viudo 5.- Divorciado	f y %
Ocupación	Categórica Nominal	Grado en el que un individuo se expone a en ciertas actividades empleadas.	1.- Ama de casa 2.- Profesionista 3.-Empleado 4.-Obrero 5.-Jubilado 6.-Agricultor 7.-Ganadero 8.-Comerciante 9.-Estudiante 10.-Desempleado	f y %
Diagnostico medico	Categórica Nominal	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.	1.-Ninguno. 2.-Hipertensión Arterial. 3.-Diabetes. 4.-Otros	f y %

Apéndice 4. Variable de estudio



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Salud Percibida

Definición Conceptual.	Definición Operacional.	Dimensiones	Indicadores
Medida subjetiva de la propia salud del individuo, de las prioridades y percepciones internas. ¹⁷	Percepción del cuidador primario sobre su propia salud. Engloba la esfera biopsicosocial del individuo, la cual tiene una estrecha relación con el autocuidado, uso de los servicios de salud, alimentación, sueño –descanso, ingresos económicos, apoyo social, etc.	1) función física. 2) función social 3) limitaciones del rol 4) Problemas emocionales 5) Salud mental 6) Vitalidad 7) Dolor 8) Percepción de la salud general.	- Mal estado de salud: menor o igual a 50 puntos - Buen estado de salud: Mayor a 50 puntos

Apéndice 5. Solicitud de autorización al Hospital General de Celaya

Celaya, Gto. a 26 de Febrero del 2015

Dr. Luis Manuel Valdez Martínez
Director de Hospital General de Celaya
Por ausencia de Jefe de enseñanza.

PRESENTE:

Por medio de este conducto, aprovecho la ocasión para saludarle y a su vez solicitar a usted me autorice realizar en este nosocomio, el proyecto de investigación titulado **“Efecto del Cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado”**, el cual tiene como objetivo principal, determinar el efecto del cuidado de enfermería mediante la terapia Reiki en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo correlacional, con diseño metodológico pre-experimental pre-prueba y post prueba, se considera esta investigación con riesgo mínimo ya que, que no se causaran daños psicológicos y físicos al paciente.

Este estudio está a cargo de la L.E.O Elizabeth Santuario Navarrete, estudiante de 5° cuatrimestre de la Maestría en Ciencias de Enfermería y enfermera de este nosocomio.

Sin más por el momento, y en espera de su amable respuesta, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

Atentamente



L.E.O. Elizabeth Santuario Navarrete

C.c.p.- Responsable de la investigación



Apéndice 6. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Folio: _____ Celaya, Gto. ___ de _____ de _____

Yo _____ al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en una investigación sobre el **“Efecto del Cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado”**

Que tiene por objetivo principal determinar el efecto del cuidado de enfermería mediante Reiki, en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado.

Se me informó que dicha intervención brindara Reiki, que consiste en pasar las manos de quien brindara reiki, sobre los puntos de energía que posee mi cuerpo, como un masaje pero sin establecer contacto conmigo, o de ser necesario el mínimo de contacto de sus manos conmigo. Todo lo anterior con el fin de mejorar mi percepción de salud.

El responsable de la investigación se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, también me ha garantizado que no se me identificara, en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el estudio.

Se me ha notificado que es del todo voluntario y que aun después de iniciado el estudio, puedo rehusarme a continuar participando, en cualquier momento. Mi participación en este estudio será sin remuneración alguna.

Por lo anterior, firmo el presente documento, por libre decisión, consciente e informada.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Firma

L.E.O Elizabeth Santuario Navarrete
Firma del responsable de la investigación.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 4611503061 con el Dr. Nicolas Padilla Raygoza, con localización en Av. In. Javier Barrios Sierra no. 201 Esq. Av. Baja California, CP 38110, Ejido de Santa María del Refugio, Celaya, Gto. México.

Apéndice 7. Presupuesto



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA.

PRESUPUESTO

MATERIALES	COSTO Pesos Mexicanos
Computadora	10,000
Fotocopias	1,000
Impresora	1,300
Lápices y lapiceros	100
Memoria de almacenamiento USB	200
Libros y material impreso	4,000
Servicios de Internet	9,600
Tapetes para reiki	2,000
Toallas o almohadas	2,000
Equipo reproductor de sonido	3,000
Hojas tamaño carta	500
Viáticos	20,000
Paquete estadístico e instalación	15,000
Gastos de publicación.	5,000
Gastos de difusión	3,000
Gastos de titulación	5,000
TOTAL	81,700

XV. ANEXOS

Anexo No. 1. Cuestionario SF-36 (Autorizado para usarse en México)



Cuestionario de Salud SF-36

2. ¿Cómo se elabora?

1. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.
2. Si es autoadministrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.

3. Formato

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

Questionario de Salud SF-36



LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

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

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CALIDAD

Cuestionario de Salud SF-36

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez
6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

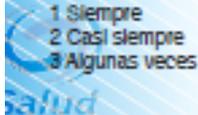
- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa



Cuestionario de Salud SF-36



Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

4. Ejemplo

No aplica.

5. Para mayor información/consulta

http://64.233.179.104/search?q=cache:1IKlonesTwiJ:epi.m.insal.cl/cd/vida/doc/Doc7gyensenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang_es

<http://www.lmim.es/qv/esp.htm#>

<http://www.seh-leiha.org/cucadevl.htm#TIPOS>

<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

<http://www.sf-36.org/>

<http://www.seh-leiha.org/cucadevl.htm>

Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc).1995;104:771-6.

<http://www.chime.ucla.edu/measurement/sf-36%20spain.pdf>

Anexo No. 2. Oficio de aprobación por Comité de Investigación



UNIVERSIDAD
DE GUANAJUATO

Elizabeth Santuario Navarrete
Estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: **"Efecto del Cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado"**, y resolvió que su protocolo está **APROBADO**. Asignadole el siguiente registro: **CIDSC-2161502**.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"La Verdad Os Hará Libres"
Celaya, Gto., 06 de Enero del 2015.



CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS

Mtra. Ana María Padilla Aguirre
Presidenta del Comité de Investigación

CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201 Esq. Av. Baja California, Ejido de Santa María del Refugio,
Celaya, Gto.
C.P. 38140
52 01 (461) 598 5922 Ext. 1627 y 1628; Fax. 1645.
www.ccelaya-dcsi.ugto.mx

Anexo No.3. Oficio de aprobación por Comité de Bioética



UNIVERSIDAD
DE GUANAJUATO
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Comité de Bioética

"Universidad de Guanajuato: 20 años de autonomía universitaria,
Fortaleza Institucional y desarrollo permanente"

Elizabeth Santuario Navarrete
Estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
PRESENTE

Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado "*Efecto del cuidado de enfermería en la salud percibida del cuidador primario del paciente hospitalizado*" y dictaminó que su protocolo está **APROBADO**, asignándole el siguiente registro: **CBDCSI-94150225**

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"La Verdad Os Hará Libres"
Celaya, Gto., 25 febrero 2015



CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS

MIE Ana María Padilla Aguirre
Presidente del Comité de Bioética

c.c.p Archivo del Comité de Bioética

Av. Ing. Javier Barrios Sierra 201 esquina Av. Baja California, CP38110 Ejido de Santamaría del Refugio,
Celaya, Gto., México
Teléfono (461)5985922 Ext. 1627 y 1628 Fax 1645
www.celayasalvatierra.ugto.mx

Anexo No. 4. Oficio de autorización (Hospital General Celaya)



Secretaría
de Salud

M E M O R A N D O

Comunicación Interna

Núm. de oficio: 07-15

Celaya, Gto. 20 de marzo 2015

ASUNTO: Protocolo de investigación

L.E.O. Elizabeth Santuario Navarrete
PRESENTE

Sirva este medio para informar a usted que tras revisión por el Comité Científico y de Investigación de este Hospital General de Celaya, no existe inconveniente para la realización del protocolo de investigación de título: EFECTO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA SALUD PERCIBIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO, quedando registrado de manera satisfactoria con el folio 119 de fecha 20 de marzo 2015

Sin más por el momento, quedo de usted.

Dr. Felipe de Jesús Estrada Patiño
Encargado del despacho de Enseñanza y Capacitación



Anexo No.5. Técnica de Reiki



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA.

Tratamiento de reiki a otros.

Para comenzar con la técnica de reiki es importante mantener a la persona que le brindara reiki lo más cómoda que se pueda, se puede emplear música, incluso existen discos de reiki que favorecen la relajación y concentración.³⁹

Preparación del paciente:

La persona que recibirá reiki debe estar informado que le dará reiki, la duración de la terapia (cada posición dura aproximadamente 3 minutos) y en qué consiste.³⁹

Zona delantera:

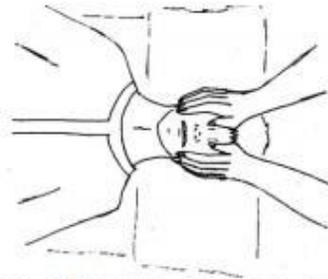


1ª Manos en la parte superior de la nuca.



2ª Manos por encima de las orejas. No cubrir las orejas, puede molestar al paciente.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



3ª Manos sobre los ojos, las puntas de los dedos descansan sobre las mejillas.



4ª Las manos en la parte delantera de la garganta. Las manos quedan apoyadas sobre las clavículas.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



5ª Las manos sobre el corazón



6ª Manos paralelas al lado izquierdo del vientre

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



7ª manos paralelas al lado derecho del vientre



8ª Manos en el intestino en la línea de la cintura.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



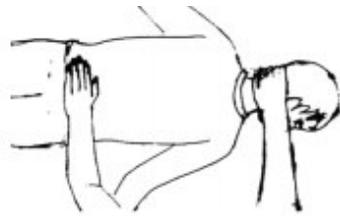
9ª Manos en posición de V por encima de los ovarios en mujeres y en el hombre encima del muslo a los lados de los genitales.



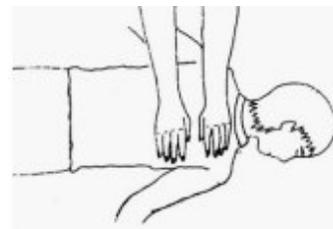
10ª **Piernas:** en la zona de los muslos un minuto en cada muslo. Una mano en cada rodilla y tobillo durante 2 o 3 minutos.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.

Zona de la espalda



11ª Mano izquierda debajo de la nuca e izquierda en la base de la columna (sacro)

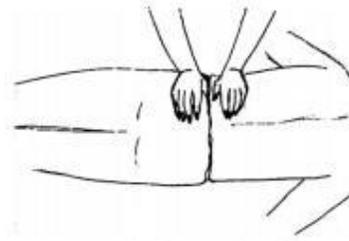


12ª Manos paralelas al lado derecho del corazón.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.

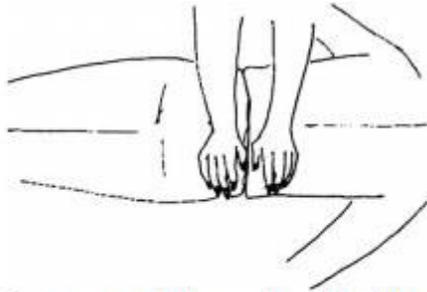


13ª Manos paralelas al lado izquierdo del corazón.



14ª Manos paralelas sobre la cintura al lado izquierdo

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



15ª Manos paralelas sobre la cintura al lado derecho.



16ª Manos sobre las rodillas y tobillos durante dos o tres minutos.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.



17ª Se crea un circuito energético desde la mano derecha, pasando por el cuerpo del paciente en sentido contrario al de las agujas del reloj.

Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Manual de la Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.

Para cerrar la sesión: “1) peinar el aura del paciente tres veces, 2) cuando terminan todas las posiciones de las manos se cierra sesión diciendo: cierro sesión y agradezco la energía recibida, 3) Indicar al paciente que se ha terminado y 4) ofrecer agua al paciente para ayudarle a depurar”.³⁹