

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACTORES QUE AFECTAN AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EL ROL DE MANEJADOR DE CASO AL MOMENTO DE EDUCAR AL
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FALLO CARDÍACO
CONGESTIVO, VIA TELEFÓNICA

Carlos X. Méndez Jiménez

Mentora

Dra. Luisa E. Mestre Castro

Mayo 2017

DEDICATORIA

Todo esto no hubiera sido posible sin el amparo incondicional de mi madre. A ti, Judith Jiménez Alameda, dedico este sueño que siempre consulté contigo y nunca dudaste que tenía la capacidad para alcanzarlo. Eres una mujer de luz que no me trajo al mundo, pero que ha sido el norte que ha guiado mis sueños.

Gracias por entender mis ausencias durante los pasados dos años, y por estar siempre al tanto de cómo iba mi proceso. A ti, dedico este trabajo. Como gratitud por todo lo que has construido en mí durante los pasados años. Las palabras nunca me alcanzarán para agradecerte, madre mía. Te Amo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de tesis realizado en la Universidad Metropolitana de Bayamón es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, trabajaron varias personas. Cada una de ellas hacía lo propio; unas corregían y otras ofrecían apoyo por medio de palabras de aliento. Indudablemente, este trabajo me ha permitido valorar aún más las personas que forman parte de mi vida profesional y privada.

En primer lugar, agradezco a mi compañero de vida, mi cómplice: Luis Omar. Gracias por tu paciencia para conmigo. Durante los pasados dos años hubo momentos en los que me sentí frustrado. Sin embargo, siempre fuiste esa base que sostuvo este sueño. Te debo gran parte de lo que soy. Gracias por tu sinceridad, amor y apoyo incondicional.

A mi mentora, la Dra. Luisa Mestre, por creer en mí y hacer suya esta investigación. Gracias por su valiosa dirección y el apoyo para seguir en este arduo camino; que mientras se estudia y se trabaja resulta ser más difícil. Mi más amplio agradecimiento para con usted.

A mi compañera de estudios, Liznel Erazo por servir de guía durante los primeros meses de esta experiencia académica. Me hiciste creer en mis capacidades.

Por último, y no menos importante, a mi padre Carmelo. Espero que estés tan orgulloso como lo estoy yo mientras escribo estas palabras.

A ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.

ABSTRACTO

Las enfermedades crónicas lideran las estadísticas de mortalidad en Puerto Rico. El Fallo Cardíaco Congestivo (CHF) es la condición de mayor prevalencia y con alta demanda de atención. Los profesionales de enfermería, como manejadores de casos, son responsables de completar los planes de cuidados individualizados y sirven de apoyo durante el tratamiento. La literatura destaca la utilidad de llamadas telefónicas para educar a pacientes, realizarles 'triage' adecuado y brindar servicio apropiado.

El propósito del estudio fue determinar qué factores afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de CHF vía telefónica. Los objetivos fueron: 1) Identificar los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de CHF; 2) Reconocer barreras que se presentan al educar pacientes con diagnóstico de CHF vía telefónica. Con el estudio se espera llenar el vacío empírico sobre dificultades que se presentan al Manejador de Casos al educar a pacientes vía telefónica, en Puerto Rico.

El estudio fue cuantitativo-descriptivo y tuvo como base teórica al modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Se administró un cuestionario, diseño del investigador, con datos sociodemográficos y 36 premisas con escala Likert de 5 puntos. El cuestionario reflejó consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.872).

Factores que Afectan al Profesional de Enfermería...

Treinta (30) profesionales de enfermería, que son manejadores de casos, participaron del estudio. Mayormente eran féminas, tenían entre 25 a 35 años de edad y 10 años o menos ejerciendo dicho rol. Los factores principales que se identificaron como dificultades para educar al paciente con CHF fueron: conocimientos y destrezas del paciente, manejo de la salud y estilos de vida. Reconocieron como barreras el ruido en el hogar, la respuesta a las llamadas según programadas y la interrupción de la llamada por el paciente una vez sabe que es el manejador de casos. El estudio incluye recomendaciones dirigidas a programas de manejo de casos, preparación en este rol, educación al paciente e investigaciones futuras en la práctica de enfermería en su rol de manejador de casos.

Palabras claves: Manejador de Caso, Profesional de Enfermería, Educación al Paciente vía telefónica, CHF.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Tabla de contenido	vii
Lista de tablas	x
Lista de figuras.....	xi
Capítulo I. Introducción	1
Introducción	1
Antecedentes del problema	1
Planteamiento del problema.....	5
Justificación del problema de investigación	8
Marco conceptual y aplicación	11
Pregunta de investigación	13
Objetivos de investigación.....	13
Definiciones de conceptos relacionados con el estudio	13
Definiciones operacionales de las variables	14
Resumen.....	15
Capítulo II. Revisión de literatura.....	16
Introducción	16
Literatura relacionada con el tema de estudio.....	16
Estudios de investigación relacionados con las variables.....	17
Resumen.....	24

Capítulo III. Metodología	26
Introducción	26
Diseño	26
Variables del estudio.....	27
Población y muestra.....	27
Criterio de inclusión y exclusión	27
Instrumento	28
Procedimiento para colección de datos.....	31
Análisis estadístico.....	32
Protección de los derechos humanos	33
Resumen.....	34
Capítulo IV. Hallazgos.....	35
Introducción	35
Presentación de datos sociodemográficos.....	35
Presentación de los datos a base de los objetivos del estudio.....	38
Resumen de hallazgos.....	50
Capítulo V. Conclusiones	51
Introducción	51
Análisis de los hallazgos por objetivo	51
Análisis basado en el marco conceptual (teórico).....	55
Conclusiones	57
Implicaciones para la enfermería	58
Limitaciones del estudio	59
Recomendaciones	59
Referencias	65

Factores que Afectan al Profesional de Enfermería...

Apéndices	65
Apéndice A: Autorización del IRB.....	66
Apéndice B: Carta de petición a la aseguradora de salud para llevar a cabo el estudio	68
Apéndice C: Contestación de la aseguradora de salud	69
Apéndice D: Información para participar en un estudio de investigación/Hoja Informativa.....	70
Apéndice E: Cuestionario para medir los factores que afectan el rol de manejador de casos al educar a los pacientes con Fallo Congestivo Cardíaco	72
Apéndice F: Medidas de tendencia central.....	75

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1	Medidas de tendencia central de los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo 41
Tabla 2	Distribución de los manejadores de casos por factores vinculados a los conocimientos y destrezas del paciente que dificultan el rol al educar al paciente vía telefónica 43
Tabla 3	Distribución de los manejadores de casos por factores vinculados a las preferencias y disponibilidad del paciente que dificultan el rol al educar al paciente vía telefónica 44
Tabla 4	Distribución de los manejadores de casos por factores vinculados al manejo de salud y estilo de vida del paciente que dificultan el rol al educar al paciente vía telefónica 45
Tabla 5	Distribución de los manejadores de casos por factores vinculados a información y comunicación que dificultan el rol al educar al paciente vía telefónica 47
Tabla 6	Medidas de tendencia central de las barreras que se presentan en el rol de manejadores de casos al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo vía telefónica 48
Tabla 7	Distribución de los manejadores de casos por barreras que se presentan en su rol al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo vía telefónica 50

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1	Distribución de los manejadores de casos por género 37
Figura 2	Distribución de los manejadores de casos por edad 38
Figura 3	Distribución de manejadores de casos por años de experiencia en dicho rol 39

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Introducción

En la actualidad, una de las condiciones crónicas que ha venido aumentando en Puerto Rico y en los Estados Unidos es el fallo cardíaco congestivo. El tratamiento de la enfermedad suele ser muy costoso, afecta el estilo y calidad de vida de quien la padece, requiere de visitas continuas al médico primario y exige adherencia al tratamiento para el paciente poder mantenerse estable dentro de su condición. Muchos de los pacientes con diagnóstico de Fallo Cardíaco Congestivo, ante la falta de adherencia y falta de conocimiento para reconocer signos y síntomas de complicaciones, se colocan en un riesgo para su propia salud, lo cual representa un riesgo económico para los planes de salud a los cuales están acogidos. Ante esta situación, ha sido necesario el desarrollo de un grupo de Manejadores de Casos para que puedan monitorear al paciente con Fallo Cardíaco Congestivo o CHF (por sus siglas en inglés). Con ello, se busca alcanzar la meta de ofrecer tratamiento continuo y oportuno al menor costo posible, al ofrecer seguimiento a través del monitoreo telefónico de los pacientes con este diagnóstico. Ante este nuevo rol, el reto que tiene el Manejador de Caso al momento de educar al paciente con CHF es grande y es una gestión indispensable.

Antecedentes del Problema

El programa de Manejo de Casos atemperado a la profesión de enfermería comienza en la década de los 70' cuando fue implementado para reducir la fragmentación y duplicidad de servicios mejorando así la calidad y costo efectividad de los resultados clínicos. Actuando en distintos ámbitos: servicios de salud en el hogar, centros de

servicios, servicios sociales y atención especializada entre otros. Además, siendo responsables de completar los planes de cuidados individualizados, coordinar servicios con otros profesionales o colegas, y a su vez servir de apoyo al cuidado no profesional. Los profesionales de enfermería en su función como manejador de casos se perfilan como el cuidador más adecuado para la atención de salud del paciente con fallo cardiaco congestivo que por lo general requiere alta demanda de atención.

El envejecimiento poblacional y la cronicidad de las condiciones hizo que la profesión de enfermería se reinventara y diera paso a lo que hoy conocemos como manejo de casos. Los resultados han sido tan favorables que además de las instituciones hospitalarias que fueron las precursoras, también las aseguradoras cuentan con programas de manejo de casos, donde el profesional de enfermería es valorado por sus resultados positivos en la calidad y contención de costos.

Se han desarrollado múltiples investigaciones donde se ha evidenciado la efectividad de incluir programas de manejo de condiciones vía telefónica. Es una técnica de la nueva era que permite la continuidad del servicio por medio de la tecnología. Los estudios científicos de investigación en esta área indican que el uso de la telemedicina para aplicaciones tales como el control de las enfermedades crónicas o permitir a especialistas atender a los pacientes que requieren de gran atención, han dado lugar a un significativo cuidado mejorado. Para la mayoría de aplicaciones de la telemedicina, los estudios han demostrado que no hay diferencia en la capacidad del proveedor para obtener información clínica, hacer un diagnóstico preciso, y desarrollar un plan de tratamiento que produzca los mismos resultados clínicos deseados en comparación con la atención en persona cuando se usa apropiadamente (American TeleMed, 2012).

El término Manejo de Casos se define como un programa que coordina y facilita cuidados y servicios relacionados a condiciones crónicas. Su objetivo es dirigir esfuerzos para mejorar la calidad del cuidado de la salud a través de la implementación de un plan individualizado (CCMC, 2011). Es un proceso que ayuda a lograr mejores resultados de salud mediante la anticipación y vinculación de los pacientes con los servicios que coordina a la brevedad posible. Para conseguir resultados positivos, el programa de Manejo de Casos debe formar parte de una red colaborativa, utilizar tecnologías simples y tener al menos algunos componentes cara a cara de manera que pueda aplicar su criterio clínico mientras interviene a beneficio del paciente.

El programa que ha sido avalado por la *American Nurses Association* (2010) es económicamente viable y ayuda a mejorar el acceso del paciente a los servicios de salud, a la misma vez que tiene un impacto significativo a nivel de la contención de costos. Por lo que es un proceso colaborativo de evaluación, planificación, facilitación, la condición de la atención, evaluación y promoción de opciones y servicios para satisfacer una amplia necesidad de salud para los individuos y familias a través de recursos de comunicación disponibles para promover resultados rentables de calidad (CMSA, 2010).

Una de las incursiones que han realizado los manejadores de casos es el monitoreo de pacientes vía telefónica. Esta tendencia de monitorear a los pacientes por teléfono data de 1990 en Estados Unidos (Sharpe, 2000). Su uso original era solo para recordatorios de citas médicas y encuestas de satisfacción a los clientes. Actualmente su uso se ha expandido y así los roles de los profesionales de enfermería, quienes son los que comúnmente son utilizados para estos fines. De acuerdo a Mantas & Hasman (2002), un uso común de tele-enfermería también es usado por centros de llamada manejados por

organizaciones de cuidado, que brindan información y asesoramiento como el medio de regular el acceso de pacientes y disminuyen el empleo de salas de urgencias. Actualmente se ha expandido el uso de la tele-enfermería para otras actividades como la educación a los pacientes, discusión de dudas con los pacientes sobre los resultados de pruebas médicas y exámenes, y le ayuda al paciente a poner en práctica los protocolos de tratamiento médico.

Regularmente a los pacientes con condiciones crónicas, por la complejidad de su tratamiento, se le asigna un Manejador de Casos. Esto facilita el logro de las metas en otorgar calidad de vida, y controlar los signos y síntomas de la condición de manera costo-efectiva. Luego de la llegada de la Reforma de Salud, los Manejadores de Casos se han convertido en profesionales esenciales para ayudar a abaratar los costos de los servicios de salud sin dejar a un lado la calidad y la seguridad del paciente. Los pacientes que sufren de condiciones crónicas tienen, por lo regular, la característica de sufrir de exacerbaciones y múltiples hospitalizaciones. Una de las estrategias que ha ayudado a minimizar este fenómeno ha sido el monitoreo adecuado de la condición del paciente después de este haber sido dado de alta del hospital.

Esto requiere de conocimiento apropiado de parte del profesional de enfermería que ejerce el monitoreo. Debe conocer la enfermedad, cómo evoluciona, cuáles son sus etapas y las características que cobra la condición en cada una de las etapas para determinar la estabilidad versus inestabilidad. De esta manera, se puede orientar al paciente en cuanto a los pasos a seguir. Un buen estimado durante el monitoreo con un análisis del cuadro clínico previo del paciente podrían ser herramientas apropiadas para ser efectivos en el monitoreo telefónico de estos pacientes. La educación y seguimiento

mediante la vía telefónica se identifica como un método rápido, de fácil accesibilidad y a un costo razonablemente menor.

Sin embargo, en ocasiones los pacientes no desean ser educados, otros no desean modificar sus hábitos de salud, y otros no responden de manera adecuada a este tipo de monitoreo (lo prefieren presencial). No obstante, el profesional de enfermería Manejador de Caso debe, a tales efectos, poder identificar estos factores que son inherentes del proceso de llamadas telefónicas para monitorear las condiciones de los pacientes con CHF. Por eso, esta investigación identificó los factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo, vía telefónica.

Planteamiento del Problema

El problema investigado fue los factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo, vía telefónica. Es evidente que las enfermedades crónicas siguen liderando las estadísticas de mortalidad en Puerto Rico. En el año 2010, las primeras diez causas de muertes en Puerto Rico fueron similares a las observadas en los Estados Unidos. Durante ese año, las muertes por enfermedades del corazón lideraron las estadísticas. Representando el 17.7% de todas las muertes ocurridas en el año 2010 y siendo el Fallo Cardíaco Congestivo la condición de mayor prevalencia en Puerto Rico y Estados Unidos. Indudablemente, el Fallo Cardíaco Congestivo continúa siendo un problema de salud pública que debe ser abordado por los profesionales de la salud, incluyendo médicos y profesionales de enfermería que a su vez se involucren en el manejo de la misma por el tiempo que sea necesario.

La enfermedad de Fallo Cardíaco Congestivo no solo representa una carga económica, sino que también se considera una carga social para Puerto Rico. La reducción de esta carga sólo será posible a través de la integración de esfuerzos con metas y objetivos comunes, limitando así la duplicidad de esfuerzos (Departamento de Salud, 2011). Es necesario identificar posibles limitaciones que interfieran con el manejo de la condición. Según Powell and Taham (2008; citado en Standard of Practice for Case Management, 2010), algunas de esas limitaciones son: el desconocimiento del progreso de la enfermedad, incumplimiento del tratamiento farmacológico, desigualdad económica, inequidad de acceso a los servicios de salud, poco apoyo familiar, barreras del lenguaje y el seguimiento inadecuado de la condición. Estudios clínicos y registros recientes han demostrado que la mayoría de las hospitalizaciones por fallo cardíaco congestivo ocurren por desconocimiento de la condición médica e incumplimiento de la terapia farmacológica prescrita por el médico.

El objetivo primordial del manejo del paciente con falla cardíaca es la prevención y control de los factores que producen disfunción ventricular, prevenir la progresión al evitar las exacerbaciones de la condición, mantener o mejorar la calidad de vida y prolongar la vida del paciente. Por muy inalcanzable que parezca, la realidad es que las condiciones crónicas son totalmente prevenibles. He ahí la importancia de la intervención del manejador; quien debe centrarse en educar sobre la importancia de modificar estilos de vida, mejorar el cuidado de la salud actual y la detección temprana de cualquier condición que pudiera ser causada por el diagnóstico actual. De esta manera se disminuye el riesgo de tener complicaciones futuras y se eliminan los riesgos que pueden causarle la muerte al paciente. La abundancia de conocimiento que pueden adquirir los pacientes, la

atención directa y el contacto con una educación diseñada, son factores determinantes en un buen manejo que tenga el paciente de por vida (Departamento de Salud, 2011).

El uso telefónico como estrategia para el Manejo de Casos de los pacientes con CHF está siendo utilizado, aunque, no hay estudios que indiquen las dificultades que tienen los Manejadores de Casos al enfrentarse al proceso educativo de estos pacientes. Es importante que el profesional de enfermería que monitorea las condiciones de los pacientes vía telefónica sepa que debe contar con las competencias clínicas, de análisis y de comunicación apropiadas para acercarse al paciente y proveer confianza para que este proceso fluya de manera convincente. Un paciente confiado en el conocimiento que posee el Manejador de Casos y la confianza que este pueda percibir de este profesional a través de una llamada telefónica ha de ser una herramienta clave para mantener la condición de CHF controlada y proveer a través de la educación telefónica un medio para fomentar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Propósito del Estudio

El propósito del estudio fue determinar qué factores afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo vía telefónica. Los datos de este estudio evidencian de manera científica las dificultades que tienen los Manejadores de Casos al educar al paciente con CHF vía telefónica, proveyendo así recomendaciones que facilitan dicho proceso. Los resultados de este estudio proveen recomendaciones para establecer estrategias sobre cómo mejorar los servicios de monitoreo y educación de los pacientes con CHF, y con miras a impactar los programas de monitoreo telefónico existentes en las agencias aseguradoras de salud de Puerto Rico.

Justificación del Problema de Investigación

En la actualidad, el uso del teléfono como medio de comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes ha adquirido gran importancia. Así lo demuestran las estadísticas y las nuevas instituciones que introducen el programa de manejo de casos como un recurso que provea servicios y a la vez promueva la contención de costos. Esta modalidad que se originó en países como Estados Unidos y Canadá hoy día es pieza clave en aseguradoras y hospitales como un recurso para la solución a problemas de salud a la vez que promueve la contención de costos. El uso del teléfono ha sido de gran ayuda en lo que al tratamiento y seguimiento de la condición del paciente se refiere. La Sociedad de Manejo de Casos en América se dedica al apoyo y desarrollo de la práctica de gestión de casos a través de foros educativos, oportunidades de interconexión en red y la participación legislativa. Es único en su composición como una organización internacional (CMSA, 2012). La última década ha sido quizás la más importante en lo que a Manejo de Casos se refiere. Esto se debe a que las empresas que prestan servicios dirigidos a la de salud intentan disminuir el número de visitas innecesarias a los médicos, especialmente en condiciones crónicas como lo es el Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).

Es necesario desarrollar estudios para determinar las dificultades que tienen los profesionales de enfermería a cargo del monitoreo o educación del paciente con CHF y las dificultades que estos profesionales presentan al educarlos vía telefónica. Esto debido al alza de esta condición y que al parecer los intentos de disminuir la incidencia con estrategias como la telemedicina no han sido suficientes. La insuficiencia cardíaca congestiva es una enfermedad crónica progresiva presente en más de 5.7 millones de

estadounidenses y contribuye a cerca de 300,000 muertes cada año (Centros para el Control de Enfermedades, 2010). La insuficiencia cardíaca congestiva sigue siendo la causa médica más común de hospitalización en adultos mayores de 65 años, y la reducción de la tasa de ingreso hospitalario en este grupo de pacientes se ha convertido en una prioridad nacional (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2010) por lo que se está impulsando un renovado interés en el desarrollo de estrategias basadas en la evidencia para reducir las readmisiones a instituciones hospitalarias (Bhalla y Kalkut, 2010; Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) (CMS, 2012).

Ante esta situación es necesario que los Manejadores de Caso conozcan sobre esta condición y el comportamiento habitual de los pacientes que la padecen. De esta manera podrá manejar la condición del paciente adecuadamente, especialmente si hace llamadas telefónicas para monitorear o educar al paciente. En ocasiones el Manejador le indicará por medio del estimado que realice la necesidad de ir a ser evaluado en una sala de emergencia, o requerir algún manejo en el hogar sin tener que asistir a algún médico. Estudios como el realizado por Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín, & Herrera Cortés (2012) confirman la importancia del uso de la educación vía telefónica a los pacientes con CHF y lo significativo que es el superar las barreras de idioma y de capacidad del paciente para entender instrucciones y concentrarse en lo que se le indica. De aquí la importancia de realizar este estudio en Puerto Rico, para reconocer las dificultades que tienen los profesionales de enfermería Manejadores de Casos en el proceso educativo, ya que no hay evidencia empírica de la existencia de este tipo de estudios en Puerto Rico. El Manejador de Caso, al hacer uso de esta estrategia, no lleva a

cabo dicha función en un vacío, este hace el uso de guías de manejo establecidas, que permiten una mejor adherencia al tratamiento a través de la educación y promoción en salud tanto del paciente como de su familia y su entorno, y el fácil acceso a los recursos médicos por medio de la asesoría inmediata del enfermero (a) que funge como manejador de casos. Es por ello que, el análisis de los efectos de programas de manejo de casos estructurados y dirigidos específicamente a estos pacientes, permitirá dar recomendaciones ajustadas a nuestra realidad, y definir su impacto socioeconómico, especialmente por la reintegración a la vida laboral, social y familiar del enfermo, y al mejoramiento de las condiciones de su entorno. Evitará admisiones a instituciones hospitalarias, menor probabilidad de morir y mayor acceso a alternativas terapéuticas.

A pesar de las dificultades que pueda encontrar el Manejador de Casos para educar a los pacientes con CHF este no puede desanimarse. Los pacientes en ocasiones no se encuentran o no responden a las llamadas, no escuchan o no entienden lo que se les indica, sin embargo, estas dificultades no se comparan con el éxito que ha tenido este programa en los Estados Unidos (Naffe, 2012). Fue necesario el desarrollo de este estudio para precisamente poder determinar qué factores afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica. El estudio fue uno innovador que llenó el vacío existente en el conocimiento científico en la profesión de enfermería cuando un Manejador de Caso ejerce como educador; siendo esta la aportación más importante del estudio realizado.

Marco Conceptual y Aplicación

El teorizante que se utilizó en la investigación lo fue Nola Pender, quién creó un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva. Su modelo constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En esta investigación se identifican los factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones de los individuos con relación a su diagnóstico de fallo cardiaco congestivo.

Esta enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud, entendía que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo de enfermería que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Promover la vida saludable es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro (Pender, 1993).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud, que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

Metaparadigmas

- Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante la última década, la responsabilidad del profesional de enfermería es la base de cualquier plan de reforma de los ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

A través del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender se pueden identificar las conductas que son modificadas por el paciente con Fallo Cardíaco Congestivo, motivado por el deseo de lograr un bienestar tanto físico como emocional. Además, se puede observar que el modelo enfocado en la promoción de la salud es aplicable a cualquier situación de cambio de conducta para ampliar la calidad de vida, no solo de las personas que se encuentran aparentemente sanos sino también de aquellos que presentan alguna enfermedad. Así, el Manejador de Casos puede hacer uso del mismo para poder fomentar la salud y prevenir complicaciones o exacerbaciones en los pacientes con CHF por medio del monitoreo telefónico. La educación al paciente con CHF es vital

para promover su salud, tal como lo plantea Pender en su modelo. No obstante, por ser a través de una vía telefónica, pueden existir algunas barreras para su logro y es necesario identificarlas. El Modelo de Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud. Así que dicho modelo es apropiado para este estudio, ya que precisamente el rol del Manejador de Casos al monitorear y educar al paciente con CHF vía telefónica busca promover y mantener la salud y la calidad de vida de estos pacientes.

Pregunta de Investigación

La pregunta que dirigió esta investigación fue: ¿Qué factores afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de casos, al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica?

Objetivos de Investigación

- 1- Identificar los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo.
- 2- Reconocer barreras que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica.

Definiciones de Conceptos Relacionados con el Estudio

1. Fallo Cardíaco Congestivo: La insuficiencia cardíaca se denomina insuficiencia cardíaca congestiva cuando se acumulan líquidos en varias partes del cuerpo. Generalmente se desarrolla con el tiempo a medida que su corazón se debilita y no puede bombear la sangre que su cuerpo necesita (American Heart Association, 2015).

2. Rol de Manejador de Casos- Coordina y facilita cuidados y servicios relacionados a condiciones crónicas. Dirige esfuerzos para mejorar la calidad del cuidado de la salud a través de la implementación de un plan individualizado (CMSA.2009).
3. Profesional de enfermería- Personal de salud que ofrece protección, promoción y la optimización, prevención de la enfermedad, facilitador de la sanación, alivia el dolor a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana, abogado del cuidado de los pacientes, familias, grupos, comunidades y la población en general (ANA, 2016).
4. Educar- Desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales por medio de preceptos, ejercicios, ejemplos, etc. (RAE, 2016).

Definiciones Operacionales de las Variables

1. Factor: Elementos o circunstancias que contribuyen, junto con otras cosas, a producir un resultado (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox, 2007). Para efecto de este estudio son las dificultades que pueden o no presentarse ante los profesionales de enfermería cuando ejercen su rol como Manejador de Casos al educar al paciente vía telefónica. Dicha variable se midió por medio de 26 premisas que se incluyeron en un cuestionario desarrollado por el investigador. Estas premisas aluden a dificultades vinculadas al paciente en términos de sus conocimientos y destrezas, preferencias y disponibilidad, así como a su manejo de salud y estilo de vida. Otro de los factores son dificultades en cuanto al tema de información y

comunicación que se sostiene cuando el personal de enfermería que ejerce como Manejador de Casos educa al paciente con fallo cardíaco congestivo.

2. Barrera: Cosa material o inmaterial que impide la consecución de algo (Diccionario Español Oxford, 2017). Es dificultad, inconveniente, impedimento (Diccionario de Español en El País, s.f.). En este estudio se trata de los elementos que inhiben mediante dificultades e interferencias que distorsionan o impiden el uso o manejo del teléfono como vía para recibir la orientación por parte del Manejador de Casos. Esta variable se midió con 10 premisas que se incluyeron en un cuestionario desarrollado por el investigador, las cuales contenían las palabras llamadas, telefónicas, teléfono o celular en su redacción.

Resumen

Se presenta el capítulo introductorio del estudio *Factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo, vía telefónica*. En el mismo se presentó el trasfondo histórico donde se evidencia el rol del Manejador de Casos, igualmente se presenta el problema y justificación del estudio en el cual se demuestra la alta incidencia de la condición de Fallo Cardíaco Congestivo en Puerto Rico y la importancia de dar seguimiento a estos pacientes por vía telefónica. El uso del Modelo de Nola Pender ha de servir de marco teórico y su aplicabilidad es adecuada, ya que el monitoreo y la educación vía telefónica forman parte de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud fomentados por Pender. Finalmente, el capítulo culmina con la definición de la variable de estudio y de términos relacionados con el estudio.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

Introducción

Este capítulo presenta la revisión de literatura relacionada con la investigación que tiene como título: *Factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo*. Esta revisión provee un marco para entender mejor la condición de Fallo Cardíaco Congestivo, y presenta investigaciones relacionadas con el tema de estudio que sirven de base para sustentar empíricamente la investigación propuesta.

Literatura Relacionada con el Tema de Estudio

A continuación, se presenta literatura relacionada con la condición de Fallo Cardíaco Congestivo y estadísticas relacionadas con condiciones de falla cardíaca y sus distintas fases.

Fallo Cardíaco Congestivo

La falla cardíaca es un síndrome clínico definido por la presencia de síntomas o signos sugestivos de deterioro del gasto cardíaco y/o sobrecarga de volumen, tales como fatiga o disnea de esfuerzo, congestión pulmonar y edema periférico, producto de una alteración anatómica, estructural o funcional miocárdica que altera el llenado o el vaciamiento ventricular e impide satisfacer adecuadamente las demandas metabólicas del organismo. La enfermedad coronaria es la causa más frecuente de falla cardíaca, siendo el evento disparador en alrededor del 70% de los casos, la enfermedad valvular en el 10% y otro 10% es debido a cardiomiopatías. La hipertensión arterial interviene como causa,

asociada a los episodios de descompensación, y como comorbilidad (American Heart Association, 2015).

Esta enfermedad crónica se divide en cuatro fases: Fase I (leve) El paciente no presenta limitación en la actividad física. El exponerse a actividad física ordinaria no causa fatiga excesiva, palpitaciones o disnea (Dificultad para respirar). Fase II (leve) Ligera limitación de actividad física. Tolera mientras está en reposo, pero al exponerse a la actividad física comienza la fatiga, palpitaciones y disnea. Clase III (moderado) Marcada limitación de la actividad física. Cómodo en reposo, pero con mínima actividad física, presenta fatiga, palpitaciones y disnea. Clase IV (severo) No puede llevar a cabo cualquier actividad física sin molestias. Sus actividades del diario vivir requieren de total asistencia (American Heart Association, 2015).

Estudios de Investigación Relacionados con las Variables

A continuación, se presentan las investigaciones que plantean la importancia del manejo apropiado del paciente con CHF.

Ali Ahmed (2006) desarrolló una investigación con el objetivo de determinar si el tratamiento de la insuficiencia cardíaca mediante programas multidisciplinarios especializados tenía como respuesta mejores resultados. Expone cómo la terapia farmacológica para tratar la insuficiencia cardíaca aun cuando es cada vez más específica, sigue siendo un síndrome de mala evolución. Hay pruebas de que una parte significativa de los pacientes con insuficiencia cardíaca no recibe esta terapia basada en la evidencia que reduce la morbilidad y la mortalidad. Por lo que han surgido varios programas de control de la enfermedad que han propuesto y probado mejorar la calidad de la atención de la insuficiencia cardíaca. La mayoría de estos programas son multidisciplinarios que

utilizan muchos otros servicios, incluidos los farmacéuticos, dietistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y servicios de salud en el hogar del afiliado. El estudio contó con un total de 1,937 participantes con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo, demostró que el manejo de la enfermedad es rentable, y que los pacientes con insuficiencia cardíaca admitidos al programa eran menos propensos a hospitalizaciones. Sin embargo, el estudio no proporcionó ninguna asociación concluyente entre estos programas y la calidad de la atención o la mortalidad. Los autores recomiendan que los programas dirigidos al manejo de enfermedades crónicas incluyan la educación intensiva del paciente y seguimiento especializado por un equipo multidisciplinario que incluya atención médica a domicilio.

Ese mismo año, Craig A. Lehman (2006) relata en su estudio documental sobre los avances en la tecnología, atemperados a la telesalud, que estos han demostrado ser muy propicios para el manejo eficaz de la insuficiencia cardíaca congestiva y otros estados de la enfermedad, sobre todo en el ámbito ambulatorio. Con el fin de evaluar el impacto de telesalud en pacientes con fallo cardíaco congestivo, la tecnología de telesalud se introdujo en un proyecto de demostración creado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Los proyectos de demostración examinan los factores de atención de salud que fomenten el reparto de mejora de la calidad de la atención y ya se han puesto en práctica protocolos para evaluar los métodos para mejorar la calidad de la atención y reducir los gastos previstos para los beneficiarios de Medicare con enfermedades crónicas (incluyendo métodos para permitir que los beneficiarios de Medicare para dirigir su propio cuidado de la salud necesidades y servicios). Craig A. Lehman (2006) hace mención de los resultados del estudio financiado en junio de 2002 por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, se centró en los Servicios Jewish Hospital y Hogar,

Lifecare Plus (Nueva York, NY, EE.UU.), uno de los proyectos nacionales de demostración financiados por el gobierno federal de los Estados Unidos. El estudio midió el impacto del manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca a través de la tecnología de telesalud en la utilización general de la salud, las visitas al consultorio médico, sala de emergencia, y las readmisiones al hospital. Los pacientes elegibles para la investigación debían ser mayores de 65 años, tener como plan médico Medicare A y B, haber tenido al menos tres visitas al médico o una hospitalización en los 12 meses anteriores y residir en Manhattan o el Bronx, en Nueva York. Este estudio en particular incluyó a 20 pacientes con insuficiencia cardíaca, de los cuales 10 fueron en el grupo de estudio de la telesalud y 10 fueron en el grupo de control. Los resultados demostraron que los pacientes que manejan su condición de CHF a través de la tecnología de telesalud disminuyeron su utilización global de los servicios de salud en un 41%, las visitas al consultorio médico se redujeron en un 43%, visitas a urgencias en un 33% y las hospitalizaciones en un 29%. La reducción significativa de la utilización de los servicios de salud en general y las visitas al consultorio del médico demuestran que esta tecnología podría ofrecer importantes ahorros en costos y a su vez podría ofrecer a los médicos una nueva forma de prestación de servicios que pudieran mejorar la calidad de la atención.

Cuatro años más tarde, Smeulders et al. (2010), en su estudio de tipo descriptivo exploran los efectos del Programa de Autocuidado en Enfermedades Crónicas. También cómo los atributos psicosociales, el comportamiento y la calidad de vida de los pacientes con falla cardíaca congestiva se ven afectadas por una marcada limitación de la actividad física. También se discute cómo la mayoría de los programas de autocuidado para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva hacen hincapié en los aspectos médicos

de esta enfermedad crónica; sin embargo, no incorporan los aspectos psicosociales del automanejo de la condición. El programa ha sido empleado con diversos grupos de pacientes, con distintas condiciones médicas, pero su eficacia con los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva es desconocida. Por tal razón, se llevó a cabo el estudio con un total de 317 participantes que fueron escogidos aleatoriamente y cuya condición médica fue manejada por un total de doce meses. A base de los hallazgos del estudio, la aplicación del programa dirigido al automanejo de la condición en su forma actual no se recomienda entre los grupos de pacientes con CHF. Sin embargo, la eficacia del programa con los pacientes con CHF podría mejorarse mediante la adaptación del formato. Las adaptaciones que podrían considerarse son la adición de sesiones de los grupos de refuerzo o seguimientos individuales, posiblemente integrados en la atención estándar, para permitirle a los pacientes establecer nuevos objetivos para el cambio de comportamiento. Otra opción viable es el seguimiento individualizado por participante. Puede ser particularmente útil para entrenar a los pacientes a que se adhieran al cambio de comportamiento a largo plazo (por ejemplo, en el estilo de vida) y para hacer frente a sus retos personales a un nivel psicosocial. Para futuras investigaciones es necesario estudiar cómo estas mejoras afectan la eficacia a largo plazo en los pacientes con CHF. El estudio contribuyó al conocimiento con respecto al cambio de comportamiento entre los pacientes.

El estudio se comparó con un programa de automanejo cognitivo-conductual que ha demostrado eficacia en los Estados Unidos y el programa en investigación se consideró factible por ambos líderes y participantes del programa, pero con limitados efectos a corto plazo. Esto subraya el desafío de lograr un cambio de comportamiento a

largo plazo en los pacientes con CHF, en particular respecto a los resultados psicosociales más adaptativos tales como: síntomas de ansiedad y sentimientos de depresión, la esperanza y la calidad de vida. Alternativas más eficaces necesitan ser encontradas en los cuidados de enfermería que deben apoyar el comportamiento de automanejo por los pacientes con CHF, incluyendo la atención psicosocial en el manejo de la enfermedad (Smeulders et al., 2009).

Steven & Cole (2009), al realizar su estudio evaluó la viabilidad de un programa de enfermería vía telefónica donde el enfoque sea la depresión y la insuficiencia cardíaca congestiva. Participaron treinta y cinco pacientes con diagnósticos de depresión e insuficiencia cardíaca congestiva. Estos fueron admitidos al programa de atención de enfermedades crónicas de Wagner y el mismo fue implementado por un total de trece meses. Un total de veinticuatro pacientes permanecieron en el programa el tiempo suficiente para completar al menos una evaluación de seguimiento (es decir, 6 semanas o más). Los participantes se introdujeron en el programa basado en las puntuaciones de gravedad de la depresión, ya sea la versión de respuesta de voz interactiva del Hospital Anxiety and Depression Scale o Estimado Emocional del paciente (PHQ). Este estudio piloto demuestra la viabilidad y la eficacia de la intervención de un profesional de enfermería capacitado que maneja vía telefónica a la depresión y una comorbilidad médica general en una población de adultos mayores frágiles y vulnerables.

Antonicelli et al. (2010), en su estudio '*Impact of Home Patient Telemonitoring on Use of Betablockers in Congestive Heart Failure*' explora un tema constante y real. Una enfermedad que afecta típicamente a personas mayores y que se caracteriza por una alta tasa de mortalidad. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto de

televigilancia en la adherencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca a los regímenes terapéuticos prescritos por el médico, especialmente los bloqueadores betas, y para explorar si el uso de telemonitorización en el hogar reduce la mortalidad y la tasa de readmisiones al hospital. En el estudio participaron un total de 57 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca cuya condición médica fue manejada por aproximadamente 12 meses. Al culminar el año se pudo validar que hubo una diferencia significativa entre los participantes del programa de telemonitorización y los que no participaron del mismo. Por lo que el estudio mostró que un modelo de atención en el hogar incluyendo televigilancia puede constituir una valiosa ayuda en el tratamiento de los pacientes con ICC. La telemonitorización en estos pacientes se asoció con un mayor uso de los bloqueadores betas en dosis adecuadas, lo que sugiere que la estrategia es efectiva en lo que al tratamiento del paciente se refiere.

Por su parte, Smith (2013), plantea que una cuidadosa planificación del alta facilita una transición segura, oportuna al siguiente nivel de atención de pacientes hospitalizados y controla la estancia. Sin embargo, para muchos pacientes con insuficiencia cardíaca, que visitan frecuentemente una oficina médica o clínica pueden ser obstaculizados por barreras, como el transporte, el costo, o enfermedades ya existentes. Ante estas situaciones, han surgido opciones más creativas como la tecnología de telecomunicaciones para el seguimiento de cerca a los pacientes durante los primeros signos de exacerbación. En este estudio se utilizó una pregunta clínica específica, ¿Cuál es el efecto del telemonitoreo en el hogar en comparación con el cuidado usual ofrecido a los pacientes que han vuelto a ser admitidos a menos de 30 días de haber sido dados de alta?

De hecho, las revisiones sistemáticas demostraron resultados variables en términos del impacto de televigilancia en las readmisiones. Los resultados encontraron una reducción significativa en todas las causas de readmisión cuando se ofrecían los servicios de la televigilancia (Bondmass, Bolger, Castro, & Avitall, 1999; Cordisco, Benjaminovitz, Hammond, & Mancini, 1999; Scalvini et al., 2005), mientras que otros observaron una significativa reducción sólo en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (Benatar, Bondmass, Ghitelman, & Avitall, 2003). Reconociendo los beneficios potenciales que pueden realizarse a través de un mayor uso de la telemedicina, las aseguradoras de salud están desarrollando nuevos modelos de negocio que incorporan telemonitorización como un componente de los programas integrales para manejar condiciones crónicas (Coye, Haselkorn, & DeMello, 2009). A medida que la tecnología diseñada para facilitar la intervención temprana de la condición se vuelve más ampliamente disponible, a su vez se expande a otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Reese 2009).

Según Böhme (2011), en su estudio '*Telephone Counseling for Patients with Chronic Heart*,' se crearon cuatro módulos con el fin de intervenir vía telefónica en el rol de educador con el paciente diagnosticado con fallo cardíaco congestivo. Los módulos estaban basados en el conocimiento acerca del CHF y su relación con los comportamientos esenciales que influyen en la condición de CHF. Los temas de cada módulo eran variados. El primer módulo enfatizaba en la actividad física, el segundo en la nutrición, el tercero en la ingesta de líquidos, y el cuarto en la adherencia al tratamiento farmacológico. Había dos fases de asesoramiento vía telefónica; durante la primera fase, se estableció contacto con los participantes en promedio una vez cada 2 semanas hasta

que hubieran completado los cuatro módulos. En la segunda fase, se estableció contacto con los participantes después de 4-6 semanas para mejorar la sostenibilidad de la conducta. Durante la primera llamada telefónica, los consejeros y los participantes conjuntamente decidieron el orden de los módulos. Una vez implementados los objetivos de los autores, se pudo determinar que la alta prevalencia y la gravedad del fallo cardiaco congestivo presentaban serios desafíos para el bienestar de los pacientes. Es necesario presentar ideas eficaces que ayuden a contrarrestar los factores y síntomas de la enfermedad. Al ser una enfermedad progresiva, se espera que la salud del paciente se deteriore rápidamente. Los resultados del estudio reflejaron mejoras en los síntomas y el deterioro físico. Por lo tanto, los resultados son positivos y demostraron que la intervención con el paciente por un tiempo prolongado es beneficioso para la salud de los participantes. El programa, además, demostró ser aplicable y bien aceptado en la muestra de pacientes con CHF. El estudio hace un llamado a mejorar la salud subjetiva, que es de gran importancia cuando un paciente enfrenta una condición crónica.

Resumen

En este capítulo se presenta la revisión de literatura relacionada con el tema de estudio. Las investigaciones presentadas destacan la utilidad de las llamadas telefónicas para resolver problemas o para realizar un triage adecuado de las demandas y dirigir al paciente al servicio apropiado. Se ha evidenciado que las llamadas telefónicas, los profesionales de enfermería en su rol como Manejadores de Casos las utilizan para educar a los pacientes. Los pacientes con CHF son uno de los grupos a los cuales se está impactando en la actualidad y se espera con este estudio llenar el vacío empírico sobre las

dificultades que se presentan al Manejador de Casos al tratar de educar al paciente con CHF por vía telefónica.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Introducción

Este capítulo presenta la población que fue estudiada, la muestra específica, el instrumento que se utilizó para recopilar la información deseada y el diseño utilizado para presentar los datos compilados. El estudio se llevó a cabo por medio de un estudio cuantitativo. Este tipo de estudio tiene como objetivo investigar tratando de lograr la máxima objetividad e identifica leyes generales referidas a grupos de sujetos o hechos. Para ello, se utilizan instrumentos para recoger datos cuantitativos, se incluye la medición sistemática y se emplea el análisis estadístico como característica resaltante.

Diseño

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, ya que este tipo de estudio describe las características de las variables de estudio y como ocurren las mismas sin intervención del investigador, es decir, como ocurre el fenómeno de estudio en su ambiente natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2011). Los datos resultan sobre diferentes escenarios a los que se enfrenta el personal de enfermería cuando interviene con un paciente vía telefónica. Se realizó un análisis y medición de los resultados. Como mencionan Hernández, Fernández y Baptista (2011), el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para contestar una pregunta de investigación. Confía en la medición numerosa, el conteo, y frecuentemente en el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Variables del Estudio

En este estudio descriptivo se abordaron cinco variables. Tres de estas correspondían a los siguientes datos sociodemográficos: Género, Edad y Años de Experiencia como Manejadores de Casos. Las otras dos variables atendían directamente a los objetivos del estudio, siendo éstos: Factores y Barreras.

Población y Muestra

La población de este estudio estuvo conformada por profesionales de enfermería que laboran en una aseguradora de salud y que cuenta con un Programa de Manejo de Casos. La aseguradora está ubicada en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 30 profesionales de enfermería, los cuales se escogieron haciendo uso del método no aleatorio conocido como conveniencia. Este tipo de método para seleccionar a los participantes consiste en escoger solo aquellos que voluntariamente responden al llamado del investigador principal (Hernández, Fernández y Baptista, 2011).

Criterio de Inclusión y Exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión de los participantes. Para su inclusión en el estudio, los participantes cumplieron con los siguientes requisitos:

- Profesionales de enfermería que acepten participar voluntariamente en la investigación
- Profesionales de enfermería que laboran como manejadores de casos
- Profesionales de enfermería con grado académico de Bachillerato (BSN) o Maestría (MSN)

Los participantes que no cumplieron con los siguientes criterios, fueron excluidos:

- Profesionales de enfermería con grado inferior a Bachillerato
- Profesionales de enfermería que hayan participado en un estudio similar
- Profesionales de enfermería que se rehúsen a participar en la investigación

Instrumento

El instrumento en la investigación es el camino teórico, las técnicas constituyen los procedimientos concretos que el investigador utilizó para lograr información. Los métodos son globales y generales, las técnicas son específicas y tienen un carácter práctico y operativo. Las técnicas se subordinan a un método y éste a su vez es el que determina qué técnicas se van a usar (Bernal, 2006). Para este proyecto se utilizó un instrumento de recopilación de información, llamado cuestionario. El mismo fue aplicado al personal de enfermería que labora en el Programa de Manejo de Caso. El cuestionario llevó por título: *Cuestionario para medir los factores que afectan el rol de manejador de casos al educar a los pacientes con Fallo Congestivo Cardíaco*. El mismo fue desarrollado por el investigador a base de la revisión de literatura relacionada con el tema. Este está constituido de dos partes, una que recoge los datos sociodemográficos con unas 3 premisas y otra que explora los factores y las barreras que afectan el rol del Manejador de Caso al educar al paciente con CHF, en esta sección se incluyen 36 preguntas que se relacionan con el tema de investigación, en donde los participantes utilizaron una escala Likert de 5 puntos la cual describe la frecuencia en que ocurren o están presentes los factores y las barreras en la educación al paciente con CHF vía telefónica (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca). De las 36 premisas, hubo 10 que representaban la variable de las barreras que inciden en la educación del

paciente con CHF mediante la vía telefónica. Estas fueron las premisas número: 5, 6, 8, 13, 14, 15, 19, 21 35 y 36. Las restantes 26 premisas representaban a la variable de los factores que afectan la educación del paciente con fallo congestivo cardíaco. El instrumento por ser de la autoría del investigador se sometió en su versión inicial a una prueba de validación de contenido y posteriormente, se calculó su consistencia interna, lo cual se explica a continuación.

Validación del Instrumento

La validez de contenido de un cuestionario para medir una variable es un aspecto fundamental que debe considerar todo investigador. Un instrumento no válido científicamente puede resultar en un trabajo fútil y poco confiable de parte de un investigador. La investigación con instrumentos válidos asegura, si es a través de jueces expertos, que las premisas y escalas del cuestionario están construidas apropiadamente para medir la variable y minimizar la confusión del participante en el futuro estudio (Polit y Hungler, 2000). En este caso se utilizó la validación de contenido de un panel de 5 expertos, los cuales proveyeron su opinión sobre si las premisas eran esenciales o no para medir la variable, según lo establece el Método Lawshe de Validez de Contenido de Instrumentos de Medida. Lawshe señala que deben buscar la equivalencia de opiniones de los jueces y hasta llegar a modificar el cuestionario según la opinión de estos.

El cuestionario original estaba compuesto de 10 preguntas abiertas, lo que dificultaba la recogida de datos. Se le recomendó al investigador convertirlo en preguntas cerradas con una Escala Tipo Likert. Igualmente, que añadiera premisas que indicaran las problemáticas que tienen los Manejadores de Casos al educar a los pacientes, ya sea tecnológicas, de conocimiento del propio personal y de dificultades del mismo paciente.

Una vez realizado esto, el investigador les sometió el cuestionario a los cinco panelistas compuestos por 3 educadores y 2 enfermeras manejadoras de casos. El resultado de este proceso fue que el cuestionario quedó finalmente constituido por 39 premisas (incluyendo la parte sociodemográfica). Se desarrolló una escala de frecuencia Tipo Likert que iba desde Siempre hasta Nunca. Los jueces vieron bien el cambio propuesto e hicieron modificaciones menores a palabras y acentos. Una vez realizado esto, el investigador aplica la fórmula de Lawshe y el cuestionario obtuvo 0.99 de índice de validación, quedando validado el contenido del mismo de acuerdo al método utilizado. El cuestionario modificado y validado fue el que se sometió al IRB del SUAGM, según lo recomendaron los expertos que participaron del proceso antes mencionado.

Una vez se administró el cuestionario, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach que es un modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems o premisas (García-Bellido, González Such y Jornet Meliá, 2010). El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre 0 hasta su mayor valor teórico que es 1. Indican Celina y Campo (2005), que el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Añaden estos autores que, usualmente, se prefieren valores de alfa entre 0.80 y 0.90.

El cuadro que produjo el programado SPSS reveló un resultado de Alfa para el instrumento en general de 0.872, el cual se considera aceptable. Esto es, la consistencia interna de la escala utilizada fue alta. Para las 10 premisas de la variable Barreras se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.732 y para las 26 premisas de la variable

Factores fue de 0.817. Ambos coeficientes superaron 0.70, que es el parámetro mínimo que se acepta para determinar consistencia en la escala.

Procedimiento para Colección de Datos

El estudio se sometió al IRB del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM) para su aprobación. Se solicitó autorización al Director del Programa de Manejo de Caso de la Institución escogida para llevar a cabo el estudio de investigación, la cual está ubicada en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. El consentimiento del Director fue necesario para cumplir con el objetivo de estudio. Una vez obtenida la aprobación de la agencia y del IRB el investigador comenzó con el proceso de reclutamiento. El mismo se llevó a cabo en coordinación con el Director de la agencia, el cual en una reunión de personal le permitió al investigador presentar su estudio. Dicha reunión se celebró en el salón conferencia de la institución. Al presentar los estudios a los presentes el investigador enfatizó sobre el propósito, en que consiste la participación de los sujetos y sobre los criterios de inclusión e exclusión. Aquellos que desearon formar parte del estudio permanecieron en el salón conferencia, mientras que aquellos que no desearon participar abandonaron el salón sin temor a represalias. Cabe destacar que la participación fue libre y voluntaria. Los riesgos fueron mínimos, estos pudieron sentir cansancio o aburrimiento al contestar el cuestionario. Se les garantizó que aun cuando hayan comenzado el estudio estos podían abandonar el mismo sin temor a represalias por parte del investigador. Previo a comenzar la administración del cuestionario, el investigador discutió en detalle la hoja informativa y clarificó las dudas de dicho proceso. Una vez aclarada las dudas el investigador administró el cuestionario. Durante el proceso, solo el investigador y los participantes del estudio estaban en la sala conferencia

asignada donde los participantes fueron convocados. Una vez completado el cuestionario los participantes hicieron entrega del mismo al investigador en un sobre manila repartido con este propósito. Los cuestionarios contestados fueron depositados en una urna cerrada con llave. El investigador fue custodio de la urna y nadie tuvo acceso a la misma. Cuando los participantes culminaron, el investigador procedió a recoger la urna y retirarse del salón. Culminado el proceso de recogida de datos se procedió a tabular y analizar los mismos. Los datos tabulados fueron guardados en un dispositivo electrónico (memoria USB). Los cuestionarios recopilados se guardaron en un lugar privado en la residencia principal del investigador, seguro y bajo llave. Todo cuestionario está almacenado en un archivo bajo llave por un período de cinco (5) años. Los mismos están bajo la tutela del investigador principal. Los documentos impresos obtenidos durante la investigación serán triturados por el investigador con una trituradora de papel finalizado el período de cinco años. Además, los documentos (cuestionario, formularios, certificaciones, resumes, etc.) presentados en la plataforma de IRB Net para la autorización del estudio, que están almacenados en el dispositivo electrónico, serán destruidos utilizando la tecla "delete".

Análisis Estadístico

Los datos recopilados se estudiaron ligados con los requerimientos de información requeridos en los objetivos de estudio. Una vez los datos fueron procesados, se hizo el análisis adecuado para el estudio. Por tratarse de una investigación cuantitativa, se utilizó la estadística descriptiva, pues se buscaba describir datos y posteriormente calcular las medidas de tendencia central del promedio, también denominado puntuación media (M), la mediana (Mdn) y Moda (Mo). Para efectos de calcular estas medidas de

tendencia central, las 18 premisas del instrumento que estaban redactadas como dificultades o elementos adversos a la educación provista por los Manejadores de Casos se le asignó la escala donde el 5 era Siempre y 1 era Nunca. Por su parte, en las restantes 18 premisas redactadas en términos favorables a la educación, la escala se invirtió asignándole el valor 1 a Siempre y el 5 a Nunca. De esta manera, se buscó que las puntuaciones altas alcanzadas representaran un factor con mayor dificultad o una barrera principal que afectan la educación del paciente con CHF vía telefónica.

Finalmente, los resultados obtenidos de las 39 preguntas del cuestionario fueron distribuidos y documentados en forma de frecuencia (distribución absoluta) y porcentajes (distribución porcentual). Se prepararon tablas estadísticas y gráficas con esta información. La base de datos se preparó en el programado SPSS en su versión 22, mientras que los análisis estadísticos se realizaron con dicha aplicación y Excel.

Protección de los Derechos Humanos

El investigador, para cumplir con los requisitos éticos en la investigación, tomó las certificaciones de IRB, RCR e HIPAA, que permiten prepararlo para cumplir con estudios con seres humanos. El investigador garantizó a los participantes su autonomía al éstos tomar la decisión de participar en el estudio voluntariamente. También, se les garantizó tomar la decisión de formar parte del estudio de manera informada al discutir con ellos la hoja informativa y clarificar las dudas de éstos. El estudio garantizó el anonimato y la privacidad ya que el estudio ocurrió en una sala conferencia según asignada por la administración de la agencia, allí solo se encontraba el investigador y los participantes. Respecto a la información ofrecida en el cuestionario, el mismo no tuvo identificadores y se hizo de manera anónima para proteger la identidad de los

participantes. El estudio fue de riesgo mínimo, consistió en completar un cuestionario. Los participantes no recibieron compensación ni regalos por participar en el estudio y completar el cuestionario, ya que es completamente voluntario. Una vez fueron completados los cuestionarios por los participantes, estos fueron colocados en un sobre manila (sellado) y posteriormente entregados al investigador. El investigador principal fue custodio de los mismos. El investigador hizo uso de los cuestionarios para el análisis estadístico de su estudio. Una vez concluyó el estudio, fueron custodiados por el investigador, y éste los guardó en su residencia principal en un armario con llave, en el cual solo el investigador tiene acceso. Allí permanecerán por espacio de cinco años y, una vez cumplidos los cinco años se procederá a destruir los cuestionarios haciendo uso de una trituradora de papel, dando así por terminado el ciclo del estudio propuesto.

Resumen

Se presentó en este capítulo la metodología que fue utilizada en el estudio. Se enfatizó la manera en que se garantizaron los derechos de cada participante y cómo se llevó a cabo el estudio. Además, se presentó la manera en que se analizaron los datos recopilados. El estudio cumplió con todas las regulaciones y las guías de investigaciones empíricas según lo exponen Hernández, Fernández y Baptista (2011).

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

Introducción

Este estudio tuvo como propósito determinar qué factores afectan al profesional de enfermería en el rol de Manejadores de Casos al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica. En el presente capítulo se exponen los resultados del estudio, subdividiéndolos en datos sociodemográficos y por los dos objetivos del estudio que fueron:

- 1- Identificar los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo.
- 2- Reconocer barreras que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica.

La presentación de los hallazgos se acompaña con formatos tabulares y gráficos, destacando primordialmente estadísticas descriptivas de distribución absoluta y porcentual, así como la medida de tendencia central del promedio. La última sección del capítulo incluye un resumen de los hallazgos del estudio.

Presentación de Datos Sociodemográficos

En el instrumento del estudio se incluyeron tres preguntas que hacían referencia a datos sociodemográficos del personal de enfermería que ejerce como Manejadores de Casos. Se auscultó acerca del género, la edad y los años de experiencia como Manejadores de Casos de los 30 profesionales de enfermería que contestaron el cuestionario. En primer lugar, como se aprecia en la Figura 1, el 93.3% de los

profesionales de enfermería encuestados pertenecían al género femenino. El 6.7% eran profesionales de género masculino.

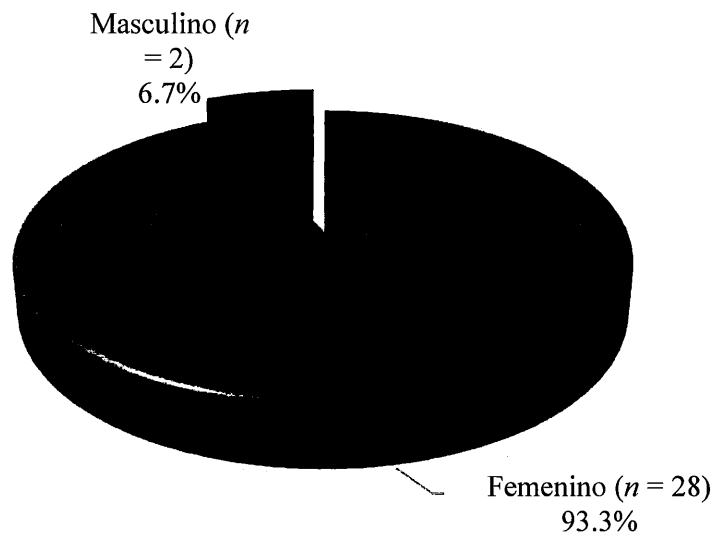


Figura 1. Distribución de los manejadores de casos por género

En cuanto a la edad, se observa en la Figura 2 que 12 de los 30 Manejadores de Casos encuestados contaban con 25 a 35 años, estos representan al 40%. Por su parte, ocho encuestados señalaron que tenían de 46 a 55 años de edad. Este grupo representa al 26.7% de la muestra. Un porcentaje prácticamente similar de 23.3% expresaron tener de 36 a 45 años ($n = 7$). El grupo de edad mayor, con 56 a 65 años, estaba compuesto por tres profesionales y representaba 10%.

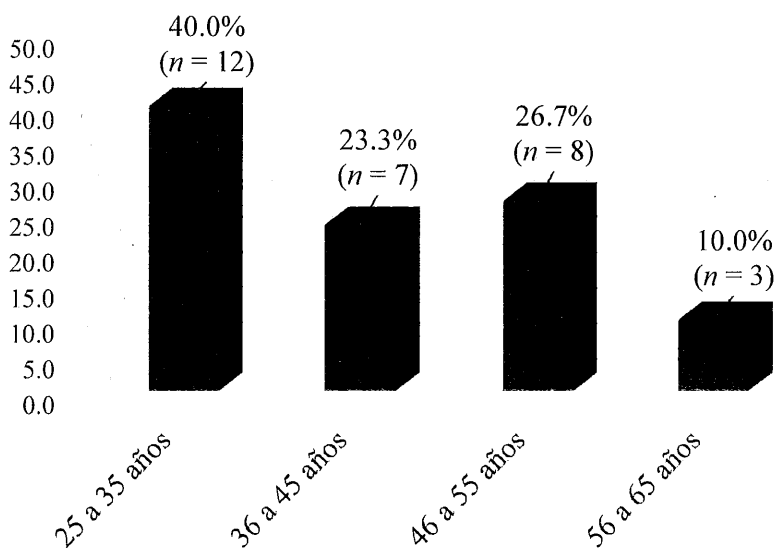


Figura 2. Distribución de los manejadores de casos por edad

Como tercera variable sociodemográfica se examinó el dato de los años de experiencia como Manejadores de Casos (Figura 3). El 66.7% de los profesionales encuestados indicó que contaban con 1 a 10 años de experiencia en dicho rol. Estos eran 20 de los 30 Manejadores de Casos que contestaron el cuestionario. Por otro lado, siete encuestados (23.3%) señalaron que llevaban 11 años o más ejerciendo como Manejadores de Casos, mientras que tres encuestados (10%) tenían menos de un año en el ejercicio de dicho rol profesional.

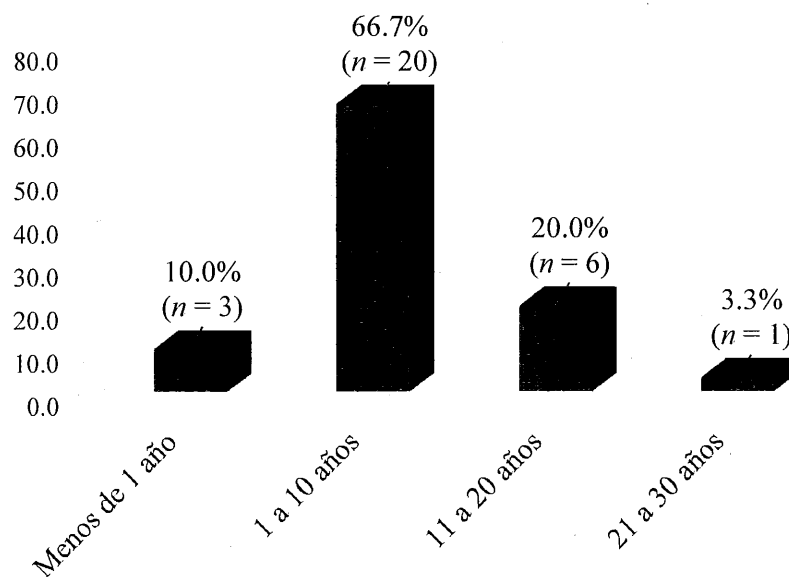


Figura 3. Distribución de manejadores de casos por años de experiencia en dicho rol

Presentación de los Datos a Base de los Objetivos del Estudio

Además de los datos sociodemográficos, el cuestionario contenía 36 premisas directamente vinculadas con los dos objetivos y las variables principales de este estudio. En el Objetivo 1 se abordó la variable de los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo. Por otra parte, en el Objetivo 2 se abordó la variable de las barreras que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardíaco congestivo vía telefónica. A continuación, se describen los hallazgos que se obtuvieron al efectuar los análisis de los datos que se recopilaron y su presentación en tablas estadísticas. Como parte de los resultados se incluyen detalles de las medidas de tendencia central por cada una de las premisas del cuestionario. En esta sección se detallan los resultados a base de cada objetivo del estudio.

Objetivo 1: Identificar los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo.

Las 26 premisas vinculadas a los factores que dificultan la educación al paciente con CHF se clasificaron en cuatro temas. Estos fueron: conocimientos y destrezas, preferencias y disponibilidad, manejo de salud y estilo de vida, e información y comunicación. Para responder a este objetivo de estudio se calcularon las medidas de tendencia central, en las cuales a mayor el valor, más representa un factor que dificulta la educación al paciente con CHF.

Los resultados de los datos revelaron que los factores o dificultades principales estaban vinculados con conocimientos y destrezas del paciente, al igual con su manejo de la salud y estilo de vida. Se destacó entre las dificultades una de las premisas que alude al tema de información y comunicación. En la Tabla 1, se enumeran específicamente las 10 premisas con los promedios, o puntuaciones medias (*M*), más altas y que, por ende, son los factores que primordialmente dificultan la educación antes descrita, según la opinión de los profesionales de enfermería que ejercen como Manejadores de Casos y que fueron participantes del estudio.

Las dificultades hacían referencia a: la repetición de la información; el hecho que sea un familiar quien responda; la falta de conocimiento del paciente sobre los efectos del tratamiento, la identificación de síntomas y el manejo de su condición. Además, apuntaron a dificultades relacionadas con que pacientes no necesariamente realizan actividades físicas, ni llevan su dieta, experimentan problemas para dormir o descansar y no han hecho modificaciones a sus estilos de vida. Las puntuaciones medias (*M*) de estas premisas fluctuaban entre 2.77 a 3.90.

Tabla 1

Medidas de Tendencia Central de los Factores que Dificultan la Educación al Paciente con Diagnóstico de Fallo Cardíaco Congestivo

Tema	Premisa	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Conocimientos y destrezas del paciente	4. Al paciente hay que repetirle la información con frecuencia para que logre captar la idea de lo que se le dice.	3.90	4.00	2	5
Información y comunicación	22. El familiar es el que responde por el paciente.	3.43	3.50	1	5
Manejo de salud y estilo de vida	26. El paciente realiza actividades físicas como parte de su tratamiento.	3.43	3.00	2	4
Conocimientos y destrezas del paciente	30. El paciente conoce sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.	3.40	4.00	2	4
Manejo de salud y estilo de vida	24. El paciente tiene compromiso con su dieta.	3.37	3.00	2	5
Conocimientos y destrezas del paciente	17. El paciente identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).	2.97	3.00	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	28. El paciente presenta problemas para dormir por dificultad respiratoria a pesar de los ejercicios explicados por teléfono.	2.97	3.00	2	4
Conocimientos y destrezas del paciente	3. El paciente no presenta dudas sobre el manejo de su condición.	2.80	3.00	1	5
Manejo de salud y estilo de vida	27. El paciente descansa lo suficiente para su edad.	2.77	3.00	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	32. El paciente ha modificado estilos de vida.	2.77	3.00	2	4

Nota. Los datos en la tabla se extrajeron del Apéndice F que se incluye al final de este documento.

Para profundizar en estos resultados, se efectuó un análisis por cada uno de los temas que se identificaron como los factores presentes en las premisas del cuestionario. Las distribuciones absolutas y porcentuales de los encuestados por las nueve premisas que reseñan a los factores vinculados con los conocimientos y destrezas del paciente que dificultan el rol de los Manejadores de Casos, se resumen en la Tabla 2. En ésta se observa que el 53.3% de los Manejadores de Casos informó que *casi siempre* hay que repetirle la información al paciente para que logre captar la idea de lo que se le dice. Además, igual porcentaje (53.3%) indicó que el paciente *casi nunca* conoce sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.

En contraste, la mayor parte de los encuestados señaló que el paciente puede definir o describir su estado de salud durante la llamada (50.0%) y pueden identificar fácilmente un grado de mejoría o de empeoramiento de su condición de CHF (43.3%). Por lo tanto, estas no son dificultades que afecten la educación del paciente.

En las restantes premisas bajo este tema de los conocimientos y destrezas del paciente, los porcentajes más altos de los encuestados se ubicó en la respuesta *Algunas veces*. El 73.3% de los Manejadores de Casos opinó que el paciente *algunas veces* comprende las instrucciones dadas en su totalidad. Dos premisas reunieron 53.3% de la muestra cada una. En estas, los encuestados respondieron que *algunas veces* el paciente escucha adecuadamente e identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición.

Tabla 2

Distribución de los Manejadores de Casos por Factores Vinculados a los Conocimientos y Destrezas del Paciente que Dificultan el Rol al Educar al Paciente Vía Telefónica

Factor	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. El paciente escucha adecuadamente.	3	10.0	10	33.3	16	53.3	1	3.3	0	0.0
2. El paciente comprende las instrucciones dadas en su totalidad.	0	0.0	8	26.7	22	73.3	0	0.0	0	0.0
3. El paciente no presenta dudas sobre el manejo de su condición.	3	10.0	7	23.3	14	46.7	5	16.7	1	3.3
4. Al paciente hay que repetirle la información con frecuencia para que logre captar la idea de lo que se le dice.	6	20.0	16	53.3	7	23.3	1	3.3	0	0.0
12. Paciente está claro del rol del Manejador de Casos.	3	10.0	11	36.7	12	40.0	4	13.3	0	0.0
17. El paciente identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).	1	3.3	6	20.0	16	53.3	7	23.3	0	0.0
18. El paciente puede identificar un grado de mejoría o de empeoramiento de su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), fácilmente.	2	6.7	13	43.3	11	36.7	4	13.3	0	0.0
25. El paciente puede definir o describir su estado de salud actual durante la llamada.	2	6.7	15	50.0	9	30.0	4	13.3	0	0.0
30. El paciente conoce sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.	0	0.0	4	13.3	10	33.3	16	53.3	0	0.0

Cuatro de las 26 premisas que se identifican con la variable de los factores que dificultan la educación a los pacientes con diagnóstico de CHF tratan el tema de las preferencias y disponibilidad del paciente. La Tabla 3 presenta que el 60% de los Manejadores de Casos encuestados indicaron que el paciente *algunas veces* refiere no tener tiempo para la educación y hay que reducir alguno de los temas a discutir. Por su parte, el 53.3% manifestó que el paciente *algunas veces* prefiere que el médico de cabecera sea el que lo eduque. En contraposición, la mayoría de los encuestados resaltó que *nunca* o *casi nunca* el paciente tiene creencias en contra de su tratamiento médico y tampoco prefiere ir personalmente al plan médico a recibir educación.

Tabla 3

Distribución de los Manejadores de Casos por Factores Vinculados a las Preferencias y Disponibilidad del Paciente que Dificultan el Rol al Educar al Paciente Vía Telefónica

Factor	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>
7. El paciente prefiere ir personalmente al plan médico a recibir educación.	0	0.0	0	0.0	6	20.0	10	33.3	14	46.7
9. El paciente refiere no tener tiempo para la educación y hay que reducir alguno de los temas a discutir.	0	0.0	2	6.7	18	60.0	10	33.3	0	0.0
10. Paciente tiene creencias en contra de su tratamiento médico y acude a dichas creencias.	0	0.0	0	0.0	5	16.7	17	56.7	8	26.7
34. El paciente prefiere que el médico de cabecera sea el que lo eduque.	0	0.0	2	6.7	16	53.3	11	36.7	1	3.3

En lo concerniente a los factores vinculados con el tema del manejo de salud y estilos de vida del paciente, las nueve premisas se resumen en la Tabla 4. Todas las premisas registraron los porcentajes más altos en la respuesta *Algunas veces*, con excepción de una.

Tabla 4

Distribución de los Manejadores de Casos por Factores Vinculados al Manejo de Salud y Estilo de Vida del Paciente que Dificultan el Rol al Educar al Paciente Vía Telefónica

Factor	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
11. Paciente prefiere auto medicarse que tomar medicamentos recetados.	0	0.0	2	6.7	10	33.3	13	43.3	5	16.7
24. El paciente tiene compromiso con su dieta.	0	0.0	2	6.7	16	53.3	11	36.7	1	3.3
26. El paciente realiza actividades físicas como parte de su tratamiento.	0	0.0	1	3.3	15	50.0	14	46.7	0	0.0
27. El paciente descansa lo suficiente para su edad.	1	3.3	9	30.0	16	53.3	4	13.3	0	0.0
28. El paciente presenta problemas para dormir por dificultad respiratoria a pesar de los ejercicios explicados por teléfono.	0	0.0	5	16.7	19	63.3	6	20.0	0	0.0
29. El paciente tiene adherencia al tratamiento.	0	0.0	13	43.3	14	46.7	3	10.0	0	0.0
31. El paciente ha ganado peso desde que comenzó en el Programa de Manejo de Casos.	0	0.0	0	0.0	17	56.7	13	43.3	0	0.0
32. El paciente ha modificado estilos de vida.	0	0.0	11	36.7	15	50.0	4	13.3	0	0.0
33. Existe apoyo familiar que a su vez se involucra con el tratamiento del paciente.	2	6.7	12	40.0	14	46.7	2	6.7	0	0.0

De la tabla anterior se desprende que el 43.3% de los encuestados expresó que el paciente *casi nunca* prefiere auto medicarse que tomar medicamentos recetados. Por lo tanto, la auto medicación no aparenta ser un factor que dificulte su rol de educar a los pacientes con CHF vía telefónica. Por su parte, la mayoría de los encuestados señaló que *algunas veces* el paciente con CHF: presenta problemas para dormir por dificultades respiratorias (63.3%) y ha ganado peso (56.7%). También, señalaron que *algunas veces* el paciente tiene compromiso con su dieta (53.3%), descansa (53.3%), realiza actividades físicas (50%) o modifica estilos de vida (50%).

Entre los factores se encuentran cuatro premisas que hacen referencia al tema de la información y comunicación. En la Tabla 5 se sintetizan las distribuciones absolutas y porcentuales por cada una de estas premisas. Despunta que el 46.7% señaló que *casi siempre* un familiar es el que responde por el paciente. El 43.3% indicó que *algunas veces* como Manejador de Casos puede validar la información expresada por el paciente. Las respuestas provistas por los encuestados apuntaban a que el 73.3% *siempre* cree conocer adecuadamente la condición de CHF y para el 53.3% *casi nunca* se le dificulta entender bien lo que el paciente desea decirle sobre su condición. Por lo tanto, lo expuesto en estas dos premisas no lucen como dificultades para ejercer la educación al paciente con diagnóstico de CHF.

Tabla 5

Distribución de los Manejadores de Casos por Factores Vinculados a Información y Comunicación que Dificultan el Rol al Educar al Paciente Vía Telefónica

Factor	Siempre		Casi Siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
16. Creo que como Manejador de Casos conozco adecuadamente la condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).	22	73.3	7	23.3	1	3.3	0	0.0	0	0.0
20. El personal de enfermería no entiende bien lo que el paciente desea decirle sobre su condición.	0	0.0	1	3.3	4	13.3	16	53.3	9	30.0
22. El familiar es el que responde por el paciente.	1	3.3	14	46.7	13	43.3	1	3.3	1	3.3
23. El Manejador de Casos puede validar la información expresada por el paciente.	5	16.7	11	36.7	13	43.3	1	3.3	0	0.0

Objetivo 2: Reconocer barreras que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo vía telefónica.

Diez premisas aluden a barreras que se presentan ante los profesionales de enfermería en su rol de Manejadores de Casos al educar al paciente con diagnóstico de CHF vía telefónica. Para responder a este objetivo de estudio, en primer lugar, se calcularon las medidas de tendencia central, en las cuales a mayor el valor, más representa una barrera que se presenta en el proceso de educación a estos pacientes vía telefónica. Luego, se analizaron las distribuciones absolutas y porcentuales por cada respuesta a la frecuencia con la cual se les presentan dichas barreras.

Los resultados en la Tabla 6 revelan que las premisas con las puntuaciones medias más altas y que, por ende, son las barreras principales recaen en que: hay mucho ruido en el hogar y el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice ($M = 2.73$); y en lo que respecta a que el paciente responda las llamadas telefónicas, según fueron programadas ($M = 2.67$).

Tabla 6

Medidas de Tendencia Central de las Barreras que se Presentan en el Rol de Manejadores de Casos al Educar al Paciente con Diagnóstico de Fallo Cardíaco Congestivo Via Telefónica

Premisa	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
14. Hay mucho ruido en el hogar y el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice.	2.73	3.00	2	4
21. El paciente responde las llamadas telefónicas, según fueron programadas.	2.67	3.00	1	4
13. El paciente refiere no tener tiempo para escuchar a nadie por teléfono y escucha en los primeros minutos, luego se hace el desentendido o interrumpe la llamada.	2.50	2.50	1	4
5. El paciente se torna suspicaz con las llamadas y piensan que es un fraude o que le han de cobrar más en el plan médico.	2.47	2.00	1	4
6. El paciente interrumpe la llamada telefónica una vez sabe que es la manejadora de casos de su plan médico.	2.40	2.50	1	3
8. El paciente rehúsa ser educado por teléfono.	2.40	2.00	2	3
35. El paciente no posee teléfono propio, depende de familiares o amigos.	2.40	2.00	1	4
19. El personal de enfermería no escucha bien al paciente por las interferencias telefónicas.	2.33	2.00	1	3
36. El paciente no entiende el manejo de su celular.	2.27	2.00	1	4
15. Creo que como Manejador de Casos poseo las destrezas, técnicas y estrategias para educar vía telefónica.	1.43	1.00	1	3

Las distribuciones que corresponden a las premisas que aluden a las barreras se presentan en la Tabla 7. El 53.3% de los Manejadores de Casos indicó que *algunas veces* hay mucho ruido en el hogar y el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice. El 50% de los encuestados opinó que *algunas veces* el paciente interrumpe la llamada telefónica una vez sabe que es la manejadora de casos de su plan médico. Se observó, también, que el 43.3% de los profesionales encuestados informó que *algunas veces* el paciente responde las llamadas telefónicas, según fueron programadas. Un porcentaje similar (40%) expresó que *algunas veces* el paciente no entiende el manejo de su celular.

Despuntó que el 46.7% de los Manejadores de Casos informó que *algunas veces* el paciente refiere no tener tiempo para escuchar a nadie por teléfono y escucha en los primeros minutos, luego se hace el desentendido o interrumpe la llamada. Con respecto a esta premisa, un porcentaje igual (46.7%) optó por indicar que *casi nunca* se presenta esta barrera.

Por otro lado, la mayor parte de los Manejadores de Casos encuestados manifestó que *casi nunca* el paciente rehúsa ser educado por teléfono (60%), carece de teléfono propio (46.7%), ni se torna suspicaz con las llamadas y piensan que es un fraude o que le han de cobrar más en el plan médico (40%). En la opinión de los Manejadores de Casos, *casi nunca* se presenta la barrera de que el personal de enfermería no escucha bien al paciente por las interferencias telefónicas (53.3%). Por último, el 60% de los profesionales de enfermería que ejercen como Manejadores de Casos en el Programa bajo estudio autoevaluaron que *siempre* poseen las destrezas, técnicas y estrategias para educar vía telefónica.

Tabla 7

Distribución de los Manejadores de Casos por Barreras que se Presentan en su Rol al Educar al Paciente con Diagnóstico de Fallo Cardíaco Congestivo Vía Telefónica

Barrera	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5. El paciente se torna suspicaz con las llamadas y piensan que es un fraude o que le han de cobrar más en el plan médico.	0	0.0	4	13.3	10	33.3	12	40.0	4	13.3
6. El paciente interrumpe la llamada telefónica una vez sabe que es la manejadora de casos de su plan médico.	0	0.0	0	0.0	15	50.0	12	40.0	3	10.0
8. El paciente rehúsa ser educado por teléfono.	0	0.0	0	0.0	12	40.0	18	60.0	0	0.0
13. El paciente refiere no tener tiempo para escuchar a nadie por teléfono y escucha en los primeros minutos, luego se hace el desentendido o interrumpe la llamada.	0	0.0	1	3.3	14	46.7	14	46.7	1	3.3
14. Hay mucho ruido en el hogar y el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice.	0	0.0	3	10.0	16	53.3	11	36.7	0	0.0
15. Creo que como Manejador de Casos poseo las destrezas, técnicas y estrategias para educar vía telefónica.	18	60.0	11	36.7	1	3.3	0	0.0	0	0.0
19. El personal de enfermería no escucha bien al paciente por las interferencias telefónicas.	0	0.0	0	0.0	12	40.0	16	53.3	2	6.7
21. El paciente responde las llamadas telefónicas, según fueron programadas.	1	3.3	12	40.0	13	43.3	4	13.3	0	0.0
35. El paciente no posee teléfono propio, depende de familiares o amigos.	0	0.0	2	6.7	11	36.7	14	46.7	3	10.0
36. El paciente no entiende el manejo de su celular.	0	0.0	1	3.3	12	40.0	11	36.7	6	20.0

Resumen de Hallazgos

La mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en un Programa de Manejo de Casos y que contestaron el cuestionario eran del género femenino. Solo dos participantes eran del género masculino. La mayor parte de los Manejadores de Casos encuestados contaba con 25 a 35 años de edad y, en su mayoría, tenía de 1 a 10 años ejerciendo dicho rol profesional.

En el estudio se identificaron varios **factores** que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo. Las dificultades principales están vinculados a los conocimientos y destrezas del paciente, así como a su manejo de la salud y estilo de vida. Los factores que dificultaban educar a pacientes con el diagnóstico de CHF vía telefónico tenían que ver con la necesidad de repetir la información hasta que se dé la captación de la idea, el hecho de que un familiar responda por el paciente y que la persona diagnosticada le falte conocimiento en cuanto a los efectos secundarios del tratamiento a la condición de CHF, sus síntomas y manejo de la misma. También se identificaron como factores que pueden incidir en la educación del paciente con CHF vía telefónica a dificultades que tienen que ver con sus actividades físicas, dieta, problemas para dormir, descanso y modificaciones a sus estilos de vida.

En el estudio se reconocieron como **barreras** que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de CHF vía telefónica a la frecuencia de mucho ruido en el hogar que conlleva a que el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice; y aquella vinculada a que el paciente responda las llamadas telefónicas, según fueron programadas. Otra barrera que surgía con alguna frecuencia fue que el paciente interrumpe la llamada telefónica una vez sabe que es la manejadora de casos de su plan médico.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Introducción

Al completarse la recopilación de los datos de 30 profesionales de enfermería que laboran como manejadores de casos y la presentación de los resultados, en este capítulo se expone el análisis de los hallazgos al considerar los dos objetivos del estudio.

También, se incluye el análisis partiendo del marco teórico-conceptual en el cual se basó la investigación. Se exponen las conclusiones que emergieron y que permitieron elaborar las implicaciones para la enfermería. Las otras secciones de este capítulo final se utilizan para especificar las limitaciones del estudio y las recomendaciones.

Análisis de los Hallazgos por Objetivo

Se cumplió con la participación por conveniencia y de manera voluntaria de 30 profesionales de enfermería que laboran en funciones de manejadores casos. En términos de los **datos sociodemográficos**, se contó con profesionales de ambos géneros, siendo mayoría las féminas. Se trataba de una muestra mayormente joven y con relativamente poco o moderado tiempo como manejadores de casos. Así lo refleja la representación de profesionales por intervalos de edad que iban desde 25 hasta 65 años, siendo la mayor parte de 25 a 35 años. La mayoría señaló que contaba con 10 años o menos de experiencia como manejadores de casos. Se procede a continuación con el análisis que se realizó por cada objetivo del estudio.

Bajo el **primer objetivo de estudio**, se identificaron como factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo a: la falta de conocimientos y destrezas del paciente, la forma en que maneja su salud y los estilos que

siguen en su vida. Los profesionales de enfermería indicaron que los pacientes pueden definir o describir su estado de salud durante la llamada e identificar grado de mejoría o de empeoramiento de su condición de CHF; sin embargo, generalmente carecen de conocimientos acerca de los efectos del tratamiento, los síntomas que conlleva su condición y cómo manejarla. Estos son factores que directamente dificultan controlar los signos y síntomas de la condición de manera costo-efectiva, como es uno de los intereses del programa de manejos de caso.

Además, este hallazgo aporta al planteamiento de Powell y Taham (2008; citado en Standard of Practice for Case Management, 2010), quienes identifican al desconocimiento del progreso de la enfermedad e incumplimiento del tratamiento farmacológico como limitaciones que interfieren con el manejo de condiciones, como es el CHF. A partir de las respuestas provistas en el cuestionario, se entiende que ganar conocimiento es fundamental en la ruta de acción con estos pacientes. Esto confirma la declaración del Departamento de Salud (2011), cuando indica que la abundancia de conocimiento, la atención directa y el contacto con una educación diseñada son factores determinantes en un buen manejo que tenga el paciente de por vida.

Hubo factores que apuntaban a la necesidad de repetir la información con frecuencia al paciente para que logre captar la idea de lo que se le dice. Unido a esto, los encuestados reflejaron una posición neutral, al ubicarse en la respuesta *Algunas veces*, en cuanto a que el paciente comprende las instrucciones impartidas, escucha adecuadamente e identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición. Este hallazgo avala el argumento de Rodríguez-Gázquez et al. (2012), en cuanto a lo

significativo que es superar barreras de capacidad del paciente para entender instrucciones y concentrarse en lo que se le indica.

Los profesionales encuestados indicaron que el paciente con diagnóstico de CHF refiere no tener tiempo para la atender la llamada del manejador de casos y hay que reducir los temas a discutir. Esto en cierta medida contradice el hallazgo del estudio de Böhme (2011), el cual indicó que la consejería telefónica a los pacientes con CHF demostró ser aplicable y bien aceptado. Otro factor señalado por los profesionales de enfermería que fungen como manejadores de caso es el hecho que fuera un familiar y no el propio paciente quien responda. Así que el manejo de casos debe contemplarse como un proceso colaborativo que también debe expandirse a la familia como entorno inmediato del paciente y, en muchos casos, sus cuidadores principales. Como indica CMSA (2010), debe procurarse satisfacer una amplia necesidad de salud para los individuos y familias a través de recursos de comunicación para promover resultados de calidad.

Otros hallazgos que requieren de mayor reflexión y estudio fueron que los profesionales de enfermería entienden que el paciente tiene *algunas veces* preferencia a que el médico de cabecera sea quien lo eduque y que *nunca* o *casi nunca* prefiere ir personalmente al plan médico a recibir educación. Este tema de las preferencias fue abordado por Nola Pender, según cita Gonzalo (2011), quien establece que la demanda final del comportamiento también está influenciada por las preferencias y esto puede descarrilar la intención de las acciones de promoción de la salud.

Una de las dificultades más preocupantes resultó en su perspectiva de que los pacientes no necesariamente realizan actividades físicas, dieta, descanso, sueño o

modificaciones a tenor con su condición y la atención que requiere la misma. Existe convergencia entre éste y los hallazgos del estudio descriptivo de Smeulders et. al (2010), quienes establecen que atributos psicosociales, el comportamiento y la calidad de vida de los pacientes con CHF se ven afectados por la limitación de la actividad física. Por consiguiente, aporta datos confirmatorios de que alternativas más eficaces se deben encontrar en los cuidados de enfermería para apoyar el automanejo por los pacientes con CHF, como exponen Smeulders et al. (2010). Sobre todo, cuando un porcentaje notable de los profesionales de la enfermería encuestados señaló que *algunas veces* como Manejador de casos puede validar la información expresada por el paciente.

En cuanto al **segundo objetivo de estudio**, los profesionales de enfermería reconocieron que las barreras que se presentan al educar al paciente con diagnóstico de CHF vía telefónica fueron: mucho ruido en el hogar por lo que el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice y lograr que el paciente responda las llamadas telefónicas según fueron programadas. Generalmente, los encuestados contestaron que *algunas veces* los pacientes interrumpen la llamada telefónica, ya sea porque se trata del personal de manejo de casos de su plan médico o por alegadamente no tener tiempo, haciéndose los desentendidos. Las barreras de no entender el manejo del celular o no poseer uno propio pueden ser posibles explicaciones a las interrupciones y a la falta de preferencia por este método de educación. Además, como establece Pender (citada por Aristizábal Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011), las preferencias personales ejercen un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir, generar o modificar la conducta promotora de la salud, acción dirigida a una salud positiva, con bienestar, cumplimiento personal y una vida productiva.

Bajo ambos objetivos de estudio se plantearon premisas donde el personal de enfermería evaluó su rol como manejadores de casos. Estos indicaron que creen conocer adecuadamente la condición de CHF, similarmente que poseen destrezas, técnicas y estrategias para educar vía telefónica. Por otro lado, señalaron que *casi nunca* se les dificulta escuchar o entender a los pacientes. Se posicionan, por lo tanto, en capacidad y dominio para adelantar el objetivo de un programa de manejo de caso, que es dirigir esfuerzos para mejorar la calidad del cuidado de la salud a través de la implementación de un plan individualizado (CCMC, 2011). Desde su perspectiva, cuentan con competencias clínicas, de análisis y de comunicación para abordar y comprender al paciente con diagnóstico de CHF vía telefónica.

Análisis Basado en el Marco Conceptual (Teórico)

El modelo conceptual de conducta para la salud preventiva de Nola Pender fue fundamental para esta investigación. Se trata de un modelo de promoción de la salud, en el cual se postula que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. El planteamiento de Pender en torno a que promover la vida saludable es primordial antes que los cuidados, se ve algo trastocado en este estudio en el cual los estilos de vida no parecían ser los más propicios para pacientes con CHF y se refirió en algunos casos interrupciones y no preferencia por recibir la información de educación y prevención vía telefónica. Esto lleva a establecer que la promoción de la vida saludable debe ser más enfática y consistente. Por lo tanto, lejos de abandonar la vía telefónica como técnica o herramienta de educación, debe fortalecerse como medio accesible, cómodo, no intimidante para recibir la información que los pacientes necesitan y que les ayudaría en la continuidad de sus planes individualizados de atención a su condición.

Este modelo de Nola Pender considera que el estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en su salud. Propone determinantes en la promoción de la salud y los estilos de vida, clasificándolos en factores cognitivos-perceptuales y entendidos como son concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Estos factores les lleva a conductas o comportamientos determinados mediante la toma de decisiones con respecto a su estado de salud. Cónsono con esto, los profesionales de enfermería encuestados manifestaron de falta de conocimientos, habilidades sensoriales, destrezas tecnológicas y compromiso con estilos de vida saludables como factores que dificultan la educación al paciente con CHF. Otras dificultades mencionadas fueron las interrupciones, falta de tiempo y preferencias de los pacientes, lo cual sugiere que entre estos hay quienes no necesariamente anticipan o tienen beneficios percibidos de la llamada telefónica del manejador de casos. El alto control que tienen las preferencias y estas percepciones de los pacientes se convierten en barreras a la acción. Los factores que establecieron los profesionales de enfermería encuestados pudieran sugerir un débil o moderado compromiso por parte del paciente con el compromiso al plan de acción trazado, elemento que Pender destaca en su modelo. De esta manera, el estudio se inclina a coincidir con la exposición de Pender acerca que cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables como son las influencias interpersonales en el entorno familiar. Concerniente al personal de enfermería, Pender expresó las responsabilidades de estos profesionales como la base de cualquier plan de reforma de los ciudadanos siendo el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. En otras palabras, el

profesional de enfermería, incluidos aquel que es manejador de casos, tiene un deber importante con la calidad de vida de los pacientes y debe acudir a su preparación formal, así como a las nuevas innovaciones que surgen para ejecutar su gestión y práctica.

Conclusiones

Varias conclusiones se derivaron de los resultados del estudio, como se detalla a continuación, éstas fueron que:

- Los factores y las barreras que identificaron los profesionales de enfermería que laboran como manejadores de casos fueron múltiples y tratan aspectos de dominio de información sobre el diagnóstico del CHF, habilidades sensoriales, características personales o familiares y de manipulación de equipo telefónico de los pacientes con esta condición.
- Desde la opinión de los manejadores de casos, existe falta de conocimiento en los pacientes con diagnóstico de CHF en cuanto a los efectos secundarios, los síntomas y el manejo de su condición.
- Se identificó que limitaciones en la capacidad de escuchar, captación de ideas, habilidades para auto informar, el factor tiempo dispuesto a dedicar a la llamada y la preferencia de los pacientes por otros medios de educación, algunas veces ir al médico, son dificultades que se confrontan en la educación del paciente con CHF vía telefónica.
- Las respuestas de los profesionales de enfermería apuntan a que los pacientes con diagnóstico CHF tienden a manifestar cierto apego al modelo tradicional médico-paciente como mecanismo para la consulta, atención y educación en salud.

- La auto medicación no surgió como un factor que dificulte la educación a los pacientes con CHF vía telefónica por parte del manejador de caso educar.
- El factor de no preferencia por la educación vía telefónica y la barrera que representa la falta de manejo del celular surgieron como dificultades para el proceso educativo por parte de los manejadores de casos a los pacientes de CHF vía telefónica.
- Los profesionales de la enfermería no se ven como elementos que dificultan el proceso de educación. En su rol de manejadores de casos, estos profesionales se autoevaluaron con conocimiento adecuado de la condición de CHF y con el manejo del teléfono como vía de educación. De igual forma, manifestaron que entienden bien lo que el paciente desea decirles sobre su condición y les escucha bien en la llamada telefónica.

Implicaciones para la Enfermería

La identificación de los factores que dificultan la educación al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo y de las barreras que impiden que la comunicación y transmisión de información sugieren implicaciones para los profesionales de enfermería. El estudio develó que aún hay mucha tarea por avanzar en la práctica de la enfermería con respecto a facilitar y alcanzar una mayor acogida del sistema de manejo de casos en el proceso preventivo y de atención por vía telefónica. Los resultados apuntan al reto de promover una mejor gerencia y planificación del manejo de casos reconociendo la costo-efectividad de los servicios, las funciones de este personal y las distintas realidades de los pacientes a atender. La enfermería representa un trabajo complicado, con alto grado de responsabilidad, que consume mucho tiempo y puede

llevar al agotamiento. Por lo tanto, la atención no presencial puede dificultar más el ejercicio de la profesión como manejador de casos que interviene con el paciente vía telefónica. Poseer conocimientos técnicos, humanos y emocionales, capacidad para la comunicación y otras habilidades asociadas con las tecnologías de la información y comunicación son esenciales para esta profesión. En resumen, los resultados del estudio tienen implicaciones importantes en lo concerniente a la adquisición de conocimientos, destrezas y actitudes que son necesarias para un mejor aprovechamiento de la telefonía, así como de otros medios tecnológicos de comunicación, en el cuidado y atención de pacientes.

Limitaciones del Estudio

Este estudio tuvo las siguientes limitaciones primordiales:

- El cuestionario contenía al menos cuatro premisas dirigidas a una autoevaluación del manejador de caso, lo cual pudiera haber redundado en que los profesionales de enfermería encuestados optaran por una respuesta a favor de su gestión, aunque no fuera necesariamente afín con la realidad.
- El tamaño de la muestra constituye otra limitación, pues no posibilita generalizar los resultados obtenidos.
- El periodo de tiempo limitado para la recopilación de los datos influyó en la determinación del tamaño muestral.

Recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones que surgieron del análisis del propósito de estudio y resultados obtenidos.

- En las instituciones de educación superior, desde la formación de los estudiantes de bachillerato en el campo de la enfermería, se recomienda que se incluya dentro del currículo contenidos que señalen las barreras y dificultades que se pueden confrontar en el proceso de educación a pacientes. Un curso dirigido a la gestión de manejo de casos será una alternativa que permitirá a los profesionales de la salud en formación familiarizarse con el tema del manejo de caso.
- La opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a los estilos de vida, modificaciones y creencias de los pacientes requiere del fortalecimiento de un enfoque multidisciplinario y multidimensional en la atención que proveen los manejadores de casos. Una intervención “cara a cara” permitiría que el manejador de caso utilice distintas estrategias de enseñanza, con el propósito de lograr mayor adherencia del paciente con su diagnóstico.
- Se hace fundamental duplicar los esfuerzos de educación a los pacientes con respecto a la utilidad que representa la vía telefónica en términos de prevención y cuidado individualizado que llega hasta sus hogares, sin que esto implique costos de transportación o incomodidades de traslado fuera del hogar.
- El médico debe tener un rol fundamental en apoyar la educación a pacientes sobre la importancia de los manejadores de casos.
- La promoción de la utilidad y efectividad de los programas de manejo de casos vía telefónica debe incrementarse mediante los distintos medios de comunicación: escrita, televisiva y radial. Hacer ampliamente disponible la

información y gerencia del manejo de salud mediante esta técnica puede aumentar la disponibilidad de los pacientes a su uso. La implantación de esta recomendación cobra más pertinencia en sociedades como la puertorriqueña, que cada día está más envejecida.

- Esta investigación puede replicarse con una muestra representativa de los programas de manejo de casos dentro de las distintas aseguradoras de salud en Puerto Rico.
- Un estudio cuantitativo con los pacientes puede aportar información valiosa sobre la condición y el uso de la telefonía como mecanismo de atención y educación en salud. Es importante que en este tipo de estudio se contemple la variable de la gravedad del CHF para determinar posibles diferencias en los factores y las barreras que identifiquen. Los posibles hallazgos de un estudio como este pudieran implicar modificaciones en el diseño de los protocolos de comunicación y servicio a pacientes de acuerdo con la gravedad de su caso.
- Una investigación cualitativa, con los instrumentos de protocolos de entrevista a manejadores de casos, pacientes y/o cuidadores pudiera ayudar a que surjan nuevos ejes de análisis con implicaciones importantes para los programas de manejo de casos.

Referencias

- Ali Ahmed, M. M. (2006). Quality and Outcomes of Heart Failure Care in Older Adults: Role of Multidisciplinary Disease-Management Programs. *American Geriatrics Society*, 1590-1593.
- Anderson, B. (2010). The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *Br J Nurs*, 19(17), 1085-1090.
- Antonicelli, I. M. (2010). Impact of Home Patient Telemonitoring on Use of Betablockers in Congestive Heart Failure. *Drugs Aging*, 801-805.
- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., y Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16-23.
- Böhme, C. G. (2011). Telephone Counseling for Patients with Chronic Heart. *International Society of Behavioral Medicine*, 288, 297.
- Case Management Society of America, CMSA. (2009). *Mission and Vision*. Recuperado de <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/OurMissionVision/tabid/226/Default.aspx>
- Celina Oviedo, H., y Campo Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572 – 580. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Craig A. Lehmann, N. M. (2006). Impact of Telehealth on Healthcare Utilization by Congestive Heart Failure Patients. *Dis Manage Healthcare Outcomes*, 163,169.
- Diccionario Español El País (s.f.). España: Ediciones El País, S. L. Producto de Santillana. Recuperado de <http://servicios.elpais.com/diccionarios/castellano/barrera>
- Diccionario Español Oxford (2017). Oxford University Press. Recuperado de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/barrera>
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox (2007). España: Larousse Editorial, S.L.

- Edelman, C. L. (2014). *Health Promotion Throughout the Life Span, 8e*. California.
- Flanagan, J. (2009). Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. *AORN J*, 90(1), 41-51.
- García-Bellido, R., González Such, J., y Jornet Meliá, J. M. (2010). *Spss: Análisis de fiabilidad - Alfa de Cronbach*. España: Universitat de València. Material elaborado en el marco de la Convocatoria de Innovación de 2010 del Vicerectorat de Convergència Europea i Qualitat de la Universitat de València. Recuperado de http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- Gonzalo, A. (2011). Nola Pender: The Health Promotion Model. *Theoretical Foundations of Nursing*. Recuperado de <http://nursingtheories.weebly.com/nola-pender.html>
- Interamericana, M. H. (2007). *Enfermería Atención Primaria, 4ta edición*. Madrid.
- Mantas, J., & Hasman, A. (2002). *Textbook in Health Informatics: A Nursing Perspective*. NY: IOS Press.
- Plan de Acción de Enfermedades Crónicas 2014-2020. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/>
- Rodríguez-Gázquez, M. A., Arredondo-Holguín, E., & Herrera-Cortés, R. (2012). Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2), 296-306.
- Sharpe, C. C. (2000). *Telenursing: Nursing Practice in Cyberspace*. NY: Mosby.
- Smeulders, E. S., van Haastregt, J. C., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N. H., Janssen-Boyne, J. J., Gorgels, A. P., Stoffers, H. E., Lodewijks-van der Bolt, C. L., van Eijk, J. T., & Kempen, G. I. (2010). Nurses-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 1489-1499.
- Smith, A. C. (2013). Effect of Telemonitoring on Re-Admission in Patients with Congestive Heart Failure. *MEDSURG Nursing*, 39-46.
- Standards of Practice for Case Management. Recuperado de <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>

Steven, A., & Cole, N. C. (2009). Double -disease Management or One Care Manager for Two Chronic Conditions: Pilot Feasibility Study of Nurse Telephonic Disease Management for Despresision and Congestive Heart Failure. *Disease Management, 266-277.*

APÉNDICES

Apéndice A

Autorización del IRB



SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MÉNDEZ
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos y Cumplimiento
Oficina de Cumplimiento

Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)

Fecha	: 19 de abril de 2017
Investigador principal	: Carlos Méndez Jiménez, BSN
Título protocolo	: FACTORES QUE AFECTAN AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ROL DE MANEJADOR DE CASO AL MOMENTO DE EDUCAR AL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FALLO CARDÍACO CONGESTIVO, VÍA TELEFÓNICA.
Mentor	: Luisa Mestre Castro, PhD
Número de protocolo	: 01-598-17
Tipo de solicitud	: Protocolo inicial
Institución, Escuela	: Universidad Metropolitana, Bayamón Escuela de Ciencias de la Salud Programa de Maestría
Tipo de revisión	: Excenta
Acción tomada	: Aprobada
Fecha de revisión	: 19 de abril de 2017

Certificamos que el estudio/investigación de referencia fue recibido, revisado y aprobado en la Oficina de Cumplimiento por la *Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)*. El mismo fue evaluado y cumple con los criterios establecidos bajo 45 CFR 46.101(b)(1-6) para ser clasificado como Excento con un periodo de vigencia de 19 de abril de 2017 al 18 de abril de 2018.

Favor de tener presente lo siguiente:

- La Hoja/Carta Informativa es un documento que asegura que los sujetos o participantes entienden su participación en el estudio, además de ser un seguro de protección para los mismos. De acuerdo con las Regulaciones Federales se requiere que los participantes reciban copia de la hoja/carta informativa antes de contestar el cuestionario.
- De realizarse algún cambio en los documentos anejados con este estudio deben ser sometidos nuevamente al IRB para su debida revisión y aprobación, utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cambios/ Enmiendas".

Carlos Méndez Jiménez, BSN
01-598-17
19 de abril de 2017

- Todo evento adverso o no esperado debe ser informado al IRB utilizando la forma de IRB de Solicitud de Eventos Adversos y Problemas Inesperados.
- Todos los documentos relacionados con la investigación deben ser guardados hasta un término de cinco (5) años. Pasado este término los mismos deben ser eliminados/ triturados, no quemados.
- De no realizar su investigación en el término aprobado deberá someter una solicitud de "Revisión Continua" llenando la forma IRB para "Renovar un Protocolo ya Aprobado" antes de vencerse el mismo.
- Al finalizar su investigación debe someter una solicitud de cierre utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cierre de Protocolo Aprobado por el IRB".

De necesitar alguna información adicional, aclarar dudas, notificar algún evento adverso o no anticipado favor de comunicarse con su Oficial de Cumplimiento Institucional en: Universidad Metropolitana la Srta. Carmen Crespo al (787)766-1717 ext. 6366; Universidad del Turabo la Prof. Josefina Melgar al (787)743-7979 ext. 4126; y en la Universidad del Este la Sra. Natalia Torres al (787) 257-7373 Ext. 2279; Administración Central la Sra. Wanda Vázquez Solá (787) 751-0178 ext. 7195 o puede escribir a:

Sistema Universitario Ana G. Méndez
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Oficina de Cumplimiento
P.O. Box 21345
San Juan, PR 00928-1345
Tel. 787 751-0178 Exts. 7195-7197; Fax 787 751-9517

Apéndice B

Carta de petición a la aseguradora de salud para llevar a cabo el estudio de investigación.



Universidad Metropolitana
Escuela de Ciencias de la Salud
Programa Graduado en Enfermería

Tel. 787 288-1100
Ext. 8360, 8253
Fax 787 288-1136

P. O. Box 278
Bayamón, PR 00960-0278

www.suagm.edu/umet

11 de noviembre de 2016

Tatiana Vélez
Directora Manejo de Cuidado
Medical Card System (MCS)
San Juan, Puerto Rico

Estimada Tatiana:

Actualmente curso estudios en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, de la de la Universidad Metropolitana. Como requisito de la asignatura Enfermería 656 –debo realizar un proyecto de investigación. Por tal razón, solicito autorización para realizar el estudio en la Unidad de Manejo de Caso que usted representa y dirige. El título de mi estudio es el siguiente:

**FACTORES QUE AFECTAN AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
ROL DE MANEJADOR DE CASO AL MOMENTO DE EDUCAR AL
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FALLO CARDÍACO CONGESTIVO, VIA
TELEFÓNICA.**

Una vez reciba su autorización, y reciba la aprobación del Comité de Derechos Institucionales y de Privacidad iniciaré el estudio. Estoy en la mejor disposición para una vez finalizado el estudio, compartir los hallazgos y someter un informe escrito a la institución, de la que también soy parte.

Agradezco la atención prestada a esta solicitud.

Atentamente,

Carlos Méndez Jiménez

Estudiante de Maestría en Enfermería

Apéndice C
 Contestación de la aseguradora de salud



MCS Healthcare Holdings, LLC.
 MCS Plaza
 255 Ponce de León Ave. Suite 203
 Hato Rey, Puerto Rico 00918

P.O. Box 9024200
 San Juan, P.R. 00902-4200
 787.758.2500

21 de marzo de 2017

Sr. Carlos Méndez Jiménez
 Especialista de Manejo de Cuidado
 Departamento de Asuntos Clínicos

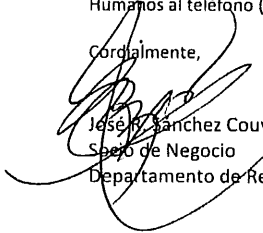
Estimado señor Méndez Jiménez:

Para la fecha del 10 de marzo de 2017, recibí en el Departamento de Recursos Humanos la carta de solicitud de autorización para realizar el estudio titulado, Factores que Afectan al Profesional de Enfermería en el Rol de Manejador de Caso al Momento de Educar al Paciente con Diagnóstico de Fallo Cardíaco Congestivo, Vía Telefónica.

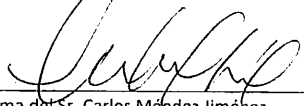
Por este medio le autorizamos a realizar el estudio en vías de que pueda completar la tesis de su Maestría de Especialista Clínico con concentración en Manejo de Cuidado.

De tener alguna duda o pregunta puede comunicarse con el que suscribe al Departamento de Recursos Humanos al teléfono (787) 758-2500 a la ext. 2608.

Cordialmente,


 José R. Sánchez Couvertier
 Jefe de Negocio
 Departamento de Recursos Humanos

Recibido por:


 Firma del Sr. Carlos Méndez Jiménez


 Fecha

Apéndice D

Hoja Informativa



**Sistema Universitario Ana G. Méndez
Universidad Metropolitana
Centro Universitario Bayamón
Escuela de Ciencias de la Salud**

**Información para participar en un estudio/investigación
Hoja Informativa**

Factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo, vía telefónica.

Descripción del estudio/investigación y tu participación en el mismo

Carlos Méndez Jiménez, lo está invitando a participar en un estudio de investigación. El Investigador Principal Carlos Méndez Jiménez, y la Dra. Luisa Mestre *MENTORA*, es una profesora del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). El propósito de esta investigación es determinar cuáles son los factores que afectan al profesional de enfermería en el rol de manejador de caso al momento de educar al paciente con diagnóstico de fallo cardiaco congestivo, vía telefónica.

Su participación en esta investigación consistirá en contestar un cuestionario breve.

A usted le tomará aproximadamente 10 minutos participar en esta investigación

Riesgos e Incomodidad

La investigación conlleva riesgo mínimo; el/la participante puede experimentar en menor grado algunos de los siguientes: cansancio, aburrimiento o dejadez. Sin embargo, puede detenerse en cualquier momento o dejar de contestar cualquier pregunta que no quiera contestar.

Posibles Beneficios



**Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-598-17

Approval Date April 19, 2017

Expiration Date April 18, 2018

Los participantes de esta investigación no obtendrán beneficios directos. No obstante el beneficio personal de formar parte de la investigación será reflexionar sobre su conocimiento científico y como profesional de enfermería.

Protección de la Privacidad y Confidencialidad

Toda información relacionada con su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. El cuestionario se llena de manera completamente anónima y no tiene que incluir su nombre. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los datos recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave. Todos los cuestionarios recopilados serán almacenados en la residencia principal del investigador por un periodo de cinco (5) años. Los cuestionarios estarán bajo la tutela del investigador principal Carlos Méndez Jiménez. El método de disposición de los cuestionarios será a través de una trituradora de papeles.

Decisión sobre su participación en este estudio

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

Información contacto

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte a Carlos Méndez Jiménez Investigador Principal, al correo electrónico cmendez69@email.suagm.edu o al teléfono 787-454-2959 o puede contactar a la mentora, Dra. Luisa Mestre, al correo electrónico lumestre@suagm.edu al teléfono 787-327-3860. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o compliance@suagm.edu.

Una copia de esta carta informativa le será entregada.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-598-17
Approval Date April 19, 2017
Expiration Date April 18, 2018

Apéndice E

Cuestionario para medir los factores que afectan el rol de manejador de casos al educar a los pacientes con Fallo Congestivo Cardíaco.

Página 1 de 3

Cuestionario para medir los factores que afectan el rol de manejador de casos al educar a los pacientes con Fallo Congestivo Cardíaco

Autor: Carlos Méndez (2016)

Parte 1. Datos sociodemográficos

Instrucciones: Favor de leer detenidamente cada premisa y marcar con una (X) según su opinión.

1. Género
 - Femenino
 - Masculino
2. Edad
 - Menor de 25 años
 - 25 a 35 años
 - 36 a 45 años
 - 46 a 55 años
 - 56 a 65 años
3. Años de experiencia como Manejador de Casos
 - Menos de 1 año
 - 1 a 10 años
 - 11 a 20 años
 - 21 a 30 años
 - Más de 30 años



**Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-598-17Approval Date April 19, 2017Expiration Date April 18, 2018**Parte 2. Factores que afectan la educación del paciente con Fallo Congestivo Cardíaco (CHF) vía telefónica.**

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes premisas, haciendo una marca de cotejo que indique la frecuencia con la cual se le presentan las barreras que se nombran a continuación, cuando intenta educar a un paciente con Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).

Tipos de Dificultades para educar al paciente	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. El paciente escucha adecuadamente.					
2. El paciente comprende las instrucciones dadas en su totalidad.					
3. El paciente no presenta dudas sobre el manejo de su condición.					
4. Al paciente hay que repetirle la información con frecuencia para que logre captar la idea de lo que se le dice.					
5. El paciente se torna suspicaz con las llamadas y piensan que es un fraude o que le han de cobrar más en el plan médico.					
6. El paciente interrumpe la llamada telefónica una vez sabe que es la manejadora de casos de su plan médico.					

Tipos de Dificultades para educar al paciente	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7. El paciente prefiere ir personalmente al plan médico a recibir educación.					
8. El paciente rehúsa ser educado por teléfono.					
9. El paciente refiere no tener tiempo para la educación y hay que reducir alguno de los temas a discutir.					
10. Paciente tiene creencias en contra de su tratamiento médico y acude a dichas creencias.					
11. Paciente prefiere auto medicarse que tomar medicamentos recetados.					
12. Paciente está claro del rol del Manejador de Casos.					
13. El paciente refiere no tener tiempo para escuchar a nadie por teléfono y escucha en los primeros minutos, luego se hace el desentendido o interrumpe la llamada.					
14. Hay mucho ruido en el hogar y el paciente en ocasiones no entiende lo que se le dice.					
15. Creo que como Manejador de Casos poseo las destrezas, técnicas y estrategias para educar vía telefónica.					
16. Creo que como Manejador de Casos conozco adecuadamente la condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).					
17. El paciente identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).					
18. El paciente puede identificar un grado de mejoría o de empeoramiento de su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), fácilmente.					
19. El personal de enfermería no escucha bien al paciente por las interferencias telefónicas.					
20. El personal de enfermería no entiende bien lo que el paciente desea decirle sobre su condición.					



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-598-17
Approval Date April 19, 2017
Expiration Date April 18, 2018

Tipos de Dificultades para educar al paciente	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
21. El paciente responde las llamadas telefónicas, según fueron programadas.					
22. El familiar es el que responde por el paciente.					
23. El Manejador de Casos puede validar la información expresada por el paciente.					
24. El paciente tiene compromiso con su dieta.					
25. El paciente puede definir o describir su estado de salud actual durante la llamada.					
26. El paciente realiza actividades físicas como parte de su tratamiento.					
27. El paciente descansa lo suficiente para su edad.					
28. El paciente presenta problemas para dormir por dificultad respiratoria a pesar de los ejercicios explicados por teléfono.					
29. El paciente tiene adherencia al tratamiento.					
30. El paciente conoce sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.					
31. El paciente ha ganado peso desde que comenzó en el Programa de Manejo de Casos.					
32. El paciente ha modificado estilos de vida.					
33. Existe apoyo familiar que a su vez se involucra con el tratamiento del paciente.					
34. El paciente prefiere que el médico de cabecera sea el que lo eduque.					
35. El paciente no posee teléfono propio, depende de familiares o amigos.					
36. El paciente no entiende el manejo de su celular.					

¡Gracias por su participación!



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-598-17
Approval Date April 19, 2017
Expiration Date April 18, 2018

Apéndice F

Medidas de tendencia central de factores que dificultan la educación al paciente con CHF

Tema	Premisa	Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Conocimientos y destrezas del paciente	4. Al paciente hay que repetirle la información con frecuencia para que logre captar la idea de lo que se le dice.	3.90	4.00	4	2	5
Información y comunicación	22. El familiar es el que responde por el paciente.	3.43	3.50	4	1	5
Manejo de salud y estilo de vida	26. El paciente realiza actividades físicas como parte de su tratamiento.	3.43	3.00	3	2	4
Conocimientos y destrezas del paciente	30. El paciente conoce sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.	3.40	4.00	4	2	4
Manejo de salud y estilo de vida	24. El paciente tiene compromiso con su dieta.	3.37	3.00	3	2	5
Conocimientos y destrezas del paciente	17. El paciente identifica apropiadamente los signos y síntomas relacionados con su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).	2.97	3.00	3	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	28. El paciente presenta problemas para dormir por dificultad respiratoria a pesar de los ejercicios explicados por teléfono.	2.97	3.00	3	2	4

(continúa)

Apéndice F. *Medidas de Tendencia Central de Factores* (Continuación)

Tema	Premisa	Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Conocimientos y destrezas del paciente	3. El paciente no presenta dudas sobre el manejo de su condición.	2.80	3.00	3	1	5
Manejo de salud y estilo de vida	27. El paciente descansa lo suficiente para su edad.	2.77	3.00	3	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	32. El paciente ha modificado estilos de vida.	2.77	3.00	3	2	4
Conocimientos y destrezas del paciente	2. El paciente comprende las instrucciones dadas en su totalidad.	2.73	3.00	3	2	3
Preferencias y disponibilidad del paciente	9. El paciente refiere no tener tiempo para la educación y hay que reducir alguno de los temas a discutir.	2.73	3.00	3	2	4
Manejo de salud y estilo de vida	29. El paciente tiene adherencia al tratamiento.	2.67	3.00	3	2	4
Preferencias y disponibilidad del paciente	34. El paciente prefiere que el médico de cabecera sea el que lo eduque.	2.63	3.00	3	1	4
Conocimientos y destrezas del paciente	12. Paciente está claro del rol del Manejador de Casos.	2.57	3.00	3	1	4
Conocimientos y destrezas del paciente	18. El paciente puede identificar un grado de mejoría o de empeoramiento de su condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), fácilmente.	2.57	2.50	2	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	31. El paciente ha ganado peso desde que comenzó en el Programa de Manejo de Casos.	2.57	3.00	3	2	3

(continúa)

Apéndice F. *Medidas de Tendencia Central de Factores (Continuación)*

Tema	Premisa	Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Manejo de salud y estilo de vida	33. Existe apoyo familiar que a su vez se involucra con el tratamiento del paciente.	2.53	3.00	3	1	4
Conocimientos y destrezas del paciente	1. El paciente escucha adecuadamente.	2.50	3.00	3	1	4
Conocimientos y destrezas del paciente	25. El paciente puede definir o describir su estado de salud actual durante la llamada.	2.50	2.00	2	1	4
Información y comunicación	23. El Manejador de Casos puede validar la información expresada por el paciente.	2.33	2.00	3	1	4
Manejo de salud y estilo de vida	11. Paciente prefiere auto medicarse que tomar medicamentos recetados.	2.30	2.00	2	1	4
Información y comunicación	20. El personal de enfermería no entiende bien lo que el paciente desea decirle sobre su condición.	1.90	2.00	2	1	4
Preferencias y disponibilidad del paciente	10. Paciente tiene creencias en contra de su tratamiento médico y acude a dichas creencias.	1.90	2.00	2	1	3
Preferencias y disponibilidad del paciente	7. El paciente prefiere ir personalmente al plan médico a recibir educación.	1.73	2.00	1	1	3
Información y comunicación	16. Creo que como Manejador de Casos conozco adecuadamente la condición de Fallo Cardíaco Congestivo (CHF).	1.30	1.00	1	1	3