

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“REFLEXIÓN EN TORNO A UNA PRÁCTICA DE SERVICIO SOCIAL
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS (INER) DESDE EL CAMPO PROFESIONAL DE
LA PROMOCION DE LA SALUD”.**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

José Christian Rodríguez Hernández

DIRECTOR DEL TRABAJO RECEPCIONAL

MTRO. JAVIER GUTIÉRREZ MARMOLEJO

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÌNDICE

Introducción.....	3
Justificación.....	6
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	10
Metodología.....	24
Actividades realizadas durante el servicio.....	28
social, prácticas profesionales y en el departamento de Rehabilitación Pulmonar	
Resultados de las actividades como promotor.....	31
de la salud y propuesta de trabajo	
Propuesta de trabajo para los prestadores.....	34
de servicio social de promoción de la salud a realizar en el INER	
Propuesta a la licenciatura de promoción de la salud.....	37
Resultados del programa de rehabilitación pulmonar.....	39

Gráficas que muestran el progreso de los pacientes.....	44
de acuerdo al programa de rehabilitación pulmonar	
Resultados de las pruebas de función respiratoria aplicadas.....	49
a tres pacientes	
Conclusión.....	51
Reflexión como promotor de la salud.....	56
Anexo I.....	59
Anexo II.....	61
Anexo III.....	66
Referencias.....	67

INTRODUCCION

El presente trabajo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) del 01 de febrero del 2013 al 31 de julio del 2014 en los departamentos de Fisiología Respiratoria y Rehabilitación Pulmonar; durante la realización de servicio social y prácticas profesionales.

El INER es un Instituto dependiente del gobierno federal que pertenece al tercer nivel de atención y es el centro de referencia a nivel nacional para atender cualquier anomalía que tenga que ver con el sistema respiratorio. Es el único hospital en Latinoamérica en contar con este tipo de atención especializada e infraestructura, es por ello que muchos médicos y alumnos llegan a capacitarse al INER para poder recabar información necesaria para aplicarla en su país de origen. El INER cuenta con servicios de Neumología, Oncología, Otorrinolaringología, etc. así como clínicas especializadas en temas respiratorios como la clínica del tabaquismo, clínica para dejar de fumar, clínica de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), clínica del sueño, unidad de investigación y cuenta también con el CIENI (Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas) donde se da atención a personas con VIH.

La llegada al INER fue para realizar servicio social en el “Programa Nacional de Servicio Social de Carreras Afines” de la Secretaría de Salud. El primer día que llegué y después de entregar los documentos correspondientes fui presentado al departamento de Investigación y Ciencias Sociales en Salud donde me hicieron una entrevista con el fin de conocer el perfil académico y las posibles actividades a desempeñar. Es así como llego al departamento de Fisiología Respiratoria y quedo impresionado por la infraestructura y los equipos tan sofisticados que se encontraban ahí, nunca había estado en un laboratorio donde se trabajara con gran número de enfermos y además estuviera repleto de profesionales de bata blanca.

Pasaron los días y poco a poco se fue ganando confianza en el terreno, tanto en el conocimiento de los estudios de función pulmonar como en el trato y la manera de

dirigirse a las personas. Tiempo después tuve la inquietud de realizar el proyecto de titulación en el Instituto; sin embargo sentía que me hacía falta aprender más para seguir adquiriendo práctica y así desempeñar un mejor papel en el Instituto, por esto llego al departamento de Rehabilitación Pulmonar después de hablar con la supervisora del servicio social y exponer lo que llamaba la atención en este trabajo fue intervenir en los departamentos de Fisiología y Rehabilitación.

En Rehabilitación se dio seguimiento a los pacientes de acuerdo al plan de tratamiento que va desde la enseñanza de utilización de músculos respiratorios para tener un mejor control sobre la respiración hasta el acondicionamiento físico y pruebas de caminata de seis minutos para ver la evolución de las personas en cuanto a tolerancia al ejercicio y mejora de calidad de vida derivada de la realización actividades cotidianas con mayor independencia.

Las actividades realizadas en Rehabilitación se describen en la parte práctica de este material donde se da a conocer el proceso de Rehabilitación Pulmonar de cinco pacientes que acuden al servicio, tres de ellos con diagnóstico de enfermedad intersticial (fibrosis pulmonar, alveolitis alérgica extrínseca y vasculitis), y los dos restantes con diagnóstico de eventración diafragmática. Con esto se pretende hacer una reflexión desde el campo profesional de la Promoción de la Salud que involucra las actividades del servicio social y prácticas profesionales, así como una propuesta de trabajo a los estudiantes de Promoción de la Salud que van a realizar servicio social en el INER.

Durante el proceso de rehabilitación y acondicionamiento físico se siguieron los protocolos establecidos en el instituto y guías internacionales, ejemplo de ello es la aplicación del cuestionario de calidad de vida "San George" aplicado a cada uno de los ingresados al programa con el fin de tener conocimiento del deterioro de la calidad de vida a causa de la enfermedad.

También, se realizó un instrumento de investigación para ser aplicado como entrevista abierta, elaborado con la ayuda del director de este trabajo, enfocado a las vivencias de la persona en el instituto, proceso salud-enfermedad y calidad de

vida; dicho instrumento fue aprobado por la jefe de servicio del departamento de Rehabilitación Pulmonar y por el director del presente trabajo para su aplicación. Los audios y los resúmenes de las entrevistas se encuentran en la parte de anexos.

Así mismo, se muestran los resultados del programa de rehabilitación y el impacto clínico en las cinco personas estudiadas.

Una parte importante mencionar es que gracias a la estancia en el INER se identificaron las debilidades de la licenciatura, mismas que se observan a partir del recorrido como estudiante de Promoción de la Salud de la UACM, estas se describen a la propuesta a la licenciatura de Promoción de la Salud del presente trabajo. Es claro que hoy en día muchos estudiantes de la licenciatura no saben en dónde van a trabajar en un futuro, ya que la licenciatura es relativamente nueva y la gente no tiene mucho conocimiento de las actividades de los Promotores de la Salud, incluso el mismo estudiante; es por ello que se elaboró este trabajo y se sugieren algunas actividades que los estudiantes pueden llevar a cabo en el mundo médico y que pueden aplicar en los diferentes contextos donde desempeñen sus labores.

También, se llevó a la práctica algunos temas vistos en clase que fueron clave para la obtención de información, por ejemplo la metodología cualitativa; así mismo se aplicaron métodos estadísticos para el análisis de resultados que sirvieron para dar cuenta de los beneficios del programa de rehabilitación.

JUSTIFICACION

Como parte de la licenciatura en Promoción de la Salud y alumno de la UACM es importante que se tenga una idea clara de la inserción de la licenciatura en el mundo laboral; en innumerables ocasiones ha surgido la duda ¿En dónde se va a trabajar cuando se salga de la carrera? ¿Allá afuera tendrán conocimiento de qué es Promoción de la Salud? Durante el transcurso de la carrera ese tipo de preguntas eran comunes sin que hubiera una respuesta clara. Es por ello que se considera al servicio social como una ventana hacia el desarrollo de las capacidades del estudiante de Promoción de la Salud, ya que hasta el momento es lo más parecido al mundo laboral.

Esta vez se muestra un ejemplo de inserción de la licenciatura en el mundo médico, ya que fue en este ambiente donde se desarrollaron las actividades de servicio social y prácticas profesionales. De manera que este material puede ser de gran ayuda al alumno para formar una idea más clara sobre las posibilidades de trabajo en el futuro y tendrá conocimiento de los temas y habilidades que debe desarrollar si en sus planes está trabajar en alguna institución de salud.

El Promotor de la Salud es parte de un pensamiento que va más allá de la enfermedad, toma en cuenta los determinantes de la salud y otros aspectos para identificar aquellas situaciones que están afectando la salud de las personas. En algunas ocasiones el mundo de la medicina tiende a desviar los aspectos que impactan la vida de las personas sin tomar en cuenta lo que hay detrás de ellas y que están afectando la salud, por ejemplo cuestiones económicas, de vida y trabajo, de acceso a las necesidades básicas, entendimiento de indicaciones, etc, es justo este pensamiento lo que va a complementar el trabajo de los profesionales de la salud, siendo parte de un equipo multidisciplinario, es por ello que como Promotores se debe estar alerta de estas situaciones para fortalecer el apego a los tratamientos, identificación e intervención a situaciones ajenas a la medicina que estén afectando la estabilidad emocional de las personas, etc.

A lo largo de la licenciatura no se pudo ver la intervención de la Promoción de la Salud fuera de la universidad. La mayoría de las prácticas y actividades se

desarrollaron en un ambiente escolar sin que hubiera evidencia de la licenciatura fuera de este territorio. Fue hasta el servicio social donde se dio cuenta de las debilidades de la licenciatura, sobre todo en temas de prácticas fuera de los salones de clase con el fin de tener mayor contacto con la gente y saber cómo dirigirse cuando soliciten los servicios del Promotor de la Salud; por consiguiente se hacen algunas sugerencias al final del documento que se enfocan al replanteamiento de la licenciatura con el fin de que el alumno se sienta seguro de salir al mundo laboral y no tenga miedo de mezclarse entre los demás profesionales de la salud.

Por último es del interés de este trabajo que los Promotores de la Salud tengan la inquietud de proponer cosas nuevas y tengan las ganas de aprender cuando realicen su servicio social. Muestra de ello es la elaboración del instrumento de entrevista abierta que tuvo la participación del Promotor de la Salud con la finalidad de conocer la experiencia de la gente respecto a la trayectoria de su enfermedad en el instituto, de esta manera se tuvo conocimiento de la dirección de enfoque de esfuerzos para que la gente siguiera asistiendo al programa de rehabilitación y pudiera reincorporarse a sus actividades de la vida diaria.

De manera que la realización de este trabajo es importante porque da evidencia de las actividades que puede desarrollar el Promotor de la Salud en las instituciones de salubridad, además puede ser leído fácilmente por los estudiantes de la licenciatura para que reafirmen los conceptos vistos en clase y den cuenta de los rubros en los que hay que poner mayor empeño para ser una persona competente en el medio laboral.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar una reflexión desde el campo profesional de la Promoción de la Salud sobre el servicio social y las prácticas profesionales realizadas en el Departamento de Fisiología Respiratoria y Rehabilitación Pulmonar (2013-2014) del Instituto Nacional del Enfermedades Respiratorias.

Objetivos específicos

1. Acompañar el proceso terapéutico de los cinco pacientes a través de la Rehabilitación Pulmonar que incorpora el INER: aplicación del cuestionario San George, monitoreo de actividades de acondicionamiento físico, fuerza muscular y pruebas de función respiratoria.
2. Diseñar un instrumento de investigación para su aplicación como entrevista abierta que permita conocer las experiencias de los cinco pacientes en el Instituto relacionadas a su enfermedad.
3. Apoyar en el tratamiento de la enfermedad de los cinco pacientes en educación respiratoria y entrenamiento de músculos respiratorios.
4. Asistir a cursos impartidos en el INER para el mejoramiento de la formación como profesional de la salud, así como cursos y clases de los departamentos de Fisiología Respiratoria y Rehabilitación Pulmonar.
5. Realizar una propuesta de trabajo para prestadores de servicio social de la licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM a llevarse a cabo en el INER.

6. Realizar una propuesta hacia el fortalecimiento de la licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM a partir de la experiencia del servicio social en el INER.

MARCO TEORICO

A lo largo de la licenciatura se evidencia que la Promoción de la Salud es una disciplina muy amplia cuya definición se centra en la mirada más allá de temas médicos. La Promoción de la Salud ha sido tema de varias conferencias internacionales que centran sus intereses en el reconocimiento e importancia de esta rama de la Salud Pública, dichas conferencias se han llevado a cabo en distintas ciudades del mundo; la conferencia que ha sido base para el conocimiento de los objetivos y líneas de acción de Promoción de la Salud es la Carta de Ottawa realizada en Canadá donde se da la siguiente definición:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblo los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo y grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (OMS, 1986).

Lo que llama la atención de dicha definición es que toma en cuenta la salud como un recurso, es decir, una capacidad que se relaciona con lo individual y colectivo involucrando al gobierno y distintas instituciones con el fin de asegurar la estabilidad y el desarrollo de las capacidades humanas en un ambiente favorable.

Así mismo en Ottawa 1986, se dice que la justicia social y la equidad son requisitos para la salud y la mediación y la defensa son los procesos para conseguirla, de ahí se definen las líneas de acción que se han aprendido durante los cursos de la licenciatura:

- 1.- La elaboración de políticas saludables.
- 2.- La creación de ambientes favorables.
- 3.- El refuerzo de la acción comunitaria.
- 4.- El desarrollo de las aptitudes personales.

5.- La reorientación de los servicios de salud.

Estas cinco líneas de acción fueron clave para el entendimiento de la definición de Promoción de la Salud y su aplicación.

Después de Ottawa se llevaron a cabo otras conferencias donde se reiteraba la importancia del avance en Promoción de la Salud y se proponían acciones con el fin de impactar favorablemente en la calidad de vida de las personas que vivían en determinado contexto; ejemplo de ello es la conferencia de Adelaida Australia que se centró en el tema de las políticas saludables, caracterizadas por un interés explícito en la salud y equidad en las áreas de la política. Se destacó que el objetivo de estas políticas era crear ambientes de apoyo que faciliten a las personas vivir una vida saludable con el fin de tomar decisiones adecuadas relacionadas a salud.

Un punto importante de la conferencia de Adelaida es que al igual que en Ottawa se proponen áreas de acción pero ahora relacionadas a políticas saludables, centrandose sus intereses entorno a:

- 1.- Apoyo a la mujer.
- 2.- Mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria.
- 3.- Reducción del consumo de tabaco y alcohol
- 4.- Creación de ambientes de apoyo (Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1988).

La siguiente conferencia se llevó a cabo en Sundsvall, Suecia, esta conferencia centró sus intereses en los entornos o ambientes que van a determinar las condiciones de salud de las personas y comunidades. Subraya la importancia de tres dimensiones:

Social; La forma en la que las normas o costumbres afectan la salud.

Política; Que los gobiernos garanticen la participación democrática en la toma de decisiones.

Económica; La redistribución de los recursos para alcanzar la salud para todos y el desarrollo sostenible.

Así mismo se identificaron aquellas estrategias de salud pública para la creación de entornos de apoyo en el ámbito comunitario como el fortalecimiento de la abogacía mediante la acción comunitaria con el fin de que las personas asuman el control de su salud, crear alianzas para la salud y entornos de apoyo mediando los intereses sociales con el fin de garantizar el acceso equitativo a dichos entornos. De igual manera en Sundsvall (1991) se reiteró el hecho de que los temas de salud, ambiente y desarrollo son inseparables (Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud, 1991).

Al año siguiente se llevó a cabo otra conferencia en Santa Fè de Bogotá Colombia que contó con la participación de los países de América Latina donde se aseveró que el desafío de la Promoción de la Salud en estos países era la transformación de las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y propósitos sociales de bienestar para todos, trabajando en la solidaridad y equidad social (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1992).

En 1997 se realizó la conferencia de Yakarta, Indonesia que incluyó al sector privado en los temas de Promoción de la Salud. Se abordaron temas de importancia como el empoderamiento de la mujer, el respeto a los derechos humanos y la equidad; así mismo se tocaron temas de determinantes de la salud. Como por ejemplo, la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza. Como en conferencias pasadas, se definieron acciones para la Promoción de la Salud:

- 1.- Promover la responsabilidad social para la salud.
- 2.- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- 3.- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.

4.- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.

5.- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1997).

La siguiente conferencia se llevó a cabo en el año 2000 en la Ciudad de México que centró sus bases en las prioridades mencionadas en la conferencia de Yakarta.

En esta conferencia se comprometió a los países a situar la salud en la agenda política y a poner en marcha planes de acción para promover la salud en los pueblos; así mismo surgieron temas de importancia como por ejemplo: hacer énfasis en los factores determinantes de la salud, puesta en marcha de la Promoción de la Salud para tratar temas de inequidades en salud, el fundamento científico de la Promoción de la Salud, entre otros (Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2000).

Por último en el año 2005 se realizó la siguiente conferencia de Promoción de la Salud en Bangkok Tailandia donde se ratifican las líneas de acción propuestas en la carta de Ottawa y se propusieron compromisos para el éxito de la Promoción de la Salud:

1.- La Promoción de la Salud, como un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.

2.- Su objetivo fundamental son las comunidades y la sociedad civil.

3.- Un requisito de las adecuadas prácticas empresariales.

También se destaca la importancia de las asociaciones y alianzas para conseguir juntar a las personas en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones (Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, 2005).

Como se puede ver la Promoción de Salud es un tema mundial que va a ubicar sus resultados en el trabajo conjunto de los profesionales de la salud y en las

alianzas o estrategias que éstos formen con otros grupos con el fin brindar mejores servicios.

Gracias a las conferencias realizadas se puede decir que la Promoción de la Salud ha sufrido un proceso evolutivo, no sólo disciplinario sino también social sobre el concepto de salud, se pasa a un idea que toma en cuenta la responsabilidad del individuo sobre su salud, es decir del autocuidado, de ahí se expande la idea de una responsabilidad que tiene que ver con el medio social o comunitario.

La Promoción de la Salud puede tener distintas miradas dependiendo del contexto en que se aplique y como mencionó (Chapela, 2015), la Promoción de la Salud está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, se encuentran conceptos y discusiones coloreadas por los discursos del mercado donde la Promoción de la Salud se reduce a un instrumento técnico dejando a un lado las discusiones necesarias para el desarrollo de la Promoción de la Salud.

Dicho lo anterior, se proponen dos formas para visualizar la Promoción de la Salud, una emancipadora y la otra empoderante. La Promoción de la Salud emancipatoria difiere de la empoderante, ya que la primera considera como condición primaria para la salud a la emancipación de los sujetos mientras que la empoderante considera prioritario el alivio de la enfermedad en donde el empoderamiento es utilizado como un instrumento para prevenir la enfermedad (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Enfoques de la Promoción de la Salud empoderante y emancipatoria.

	EMPODERANTE	EMANCIPATORIA
LA ENFERMEDAD	Es el enfoque	Es uno de tantos resultados
PRIORIDAD META	La enfermedad Que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos contruidos y seleccionados por expertos	La integridad de los sujetos Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento
MEDIOS	Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto. Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas	Reflexión sobre los problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos. Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas. Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas

(Tomado de Chapela, 2015).

La Promoción de la Salud empoderante define una forma ética para que los sujetos valoren sus propios deseos en relación a los ofrecidos por las personas que aplican la Promoción de la Salud. La Promoción de la Salud emancipatoria considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independiente al de los expertos.

Cuadro 2. Se describen algunas acciones de Promoción de la Salud con sustento científico acorde a los principios de la carta de Ottawa

CARACTERÍSTICA	ESTILOS DE VIDA	EMPODERANTE	EMANCIPADORA
Quién interpreta	Agencias de gobierno nacionales o internacionales	Grupos o personas “expertas” fuera del sitio de práctica	Grupos o personas dentro del sitio de práctica, expertas en la realidad de ese sitio
Intención principal	Mejorar la calidad y esperanza de vida de individuos y grupos en la población	Que las personas y los grupos sociales se apropien del saber de los expertos y a partir de ahí modifiquen sus prácticas relativas a la salud y la enfermedad	Apropiación del conocimiento local y experto, reflexión, diagnóstico, planificación y práctica del cambio de acuerdo con decisiones locales
Conocimiento principal utilizado	Organizado, seleccionado y clasificado por paneles de expertos. Contenido médico, de la atención primaria y epidemiológico	Seleccionado por expertos asesores y presentado de manera adecuada a cada contexto local. Contenidos de la pedagogía crítica y la atención primaria	Local y experto identificado por agentes locales y/o con ayuda de asesores promotores de la salud. Contenidos de la educación crítica, las ciencias sociales y los necesarios para entender los problemas identificados
Dirigida a qué grupos de población	En el discurso a la población. En la práctica a grupos sociales por encima del límite de pobreza	Principalmente a grupos marginales y por arriba del límite de pobreza	Principalmente a grupos marginales y por arriba del límite de pobreza y a grupos auto-organizados para el trabajo auto- gestivo

Práctica	Frecuentemente discursiva, individual. Preventiva y de cambio de hábitos, alianza entre instituciones y consumidores	Utilización de técnicas pedagógicas para la transmisión de información. Reciente énfasis en “alfabetización” en salud. Alianza entre instituciones y grupos de la población	Dialógica, reflexiva, de investigación- planificación acción. Alianzas con grupos con problemática común y con intención de cambio
-----------------	--	---	--

(Tomado de Chapela, 2008).

Con ello se observa que la Promoción de la Salud en una práctica de Salud Pública intrínseca al cambio de organización y políticas sociales, la práctica de ésta rama está relacionada con la búsqueda de esos cambios.

Además la Promoción de la Salud tiene otras definiciones y abordajes que podrían ayudar a complementar el trabajo de los profesionales de la salud según González *et al.* (2010).

La Promoción de la Salud es una estrategia sanitaria relativamente reciente; el término fue incorporado al discurso de la medicina y la salud pública a mediados del siglo XX. La conceptualización original como nivel de prevención más general e inespecífico y su vinculación con la orientación para elegir estilos de vida saludables, han generado diversas interpretaciones y prácticas de la Promoción de la Salud, en ocasiones confusas. Se ocupa de la creación, por el Estado y la sociedad, de oportunidades para que las personas y los grupos puedan tomar decisiones saludables, se ocupa también de fortalecer y ampliar las capacidades y competencias de las personas individuales y colectivas, que les permitan a cada uno, ejercer el control sobre su propio proceso vital humano y vivir dignamente, con la mayor longevidad y calidad posibles. Es un movimiento que exige responsabilidad social en la generación de políticas y entornos saludables a través de empoderamiento y la participación social, para la construcción de una cultura

de la salud, está fundamentada en los principios y valores que dieron origen en su momento a la estrategia de atención primaria a la salud (APS).

La Promoción de la Salud y la APS son pilares actuales para la garantía del derecho a la salud de la población.

Castro (2010) se plantea que existen varias formas de entender la Promoción de la Salud, una de ellas se centra en que las personas adquieran un estilo de vida saludable. Se afirma que el estilo de vida sano es una mercancía más, sujeta a libre juego del mercado, es decir un conjunto de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado. Conlleva asimismo disfrutar del poder de la compra; así quien desee implementar este estilo de vida es invitado a comprar publicaciones de autocuidado, autoayuda o atención médica.

Limitar la Promoción de la Salud a este enfoque mercantilizado conduce a las desigualdades sociales y las epidemias de enfermedades crónicas ya están tomando cuenta en varios países, incluido México, con formas como la obesidad en la pobreza o la mayor incidencia de diabetes, hipertensión, infartos y cáncer entre las clases pobres.

Así pues, desde la perspectiva de la Federación Internacional de la Diabetes (2007) la Promoción de la Salud de enfoque social-sanitario debe conducir a generar una nueva cultura en salud que incluya el surgimiento de las nuevas condiciones de vida socialmente creadas, por ejemplo: Educación en una alimentación saludable y ejercicio, regular los alimentos con contenidos calóricos y grasos excesivos, limitar la publicidad de alimentos chatarra, exigiendo brindar información nutrimental de los productos, incluir la enseñanza de nutrición en carreras para formar profesionales de la salud, promover facilidades comunitarias para la realización de ejercicio (construcción de albercas, deportivos, infraestructura urbana que facilite caminar, zonas libres de autos, etc.) y apoyar al transporte en bicicleta (González, 2010).

De manera que con definiciones y enfoques como los anteriores se ve que la Promoción de la Salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, es parte de

un todo relacionado a Salud Pública que busca la igualdad entre la población en el tema del libre acceso a los servicios de salud con el fin de alcanzar mejor calidad de vida.

Por otra parte es importante conocer las enfermedades con las que se está trabajando para saber la dirección de la intervención del Promotor de la Salud. Las enfermedades respiratorias que se abordaron ven alterados los mecanismos de intercambio gaseoso y por lo tanto la capacidad de mantener al cuerpo con las condiciones adecuadas de oxigenación para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Tres de las personas estudiadas (px1, px2 y px3) padecen un tipo de EPID (Enfermedad Intersticial Difusa del Pulmón) en este caso se trabajó con fibrosis pulmonar idiopática, alveolitis alérgica extrínseca y vasculitis.

Las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) constituyen un grupo muy heterogéneo de afecciones que tienen manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales comunes, en las cuales las principales alteraciones anatomopatológicas afectan a estructuras alveolo intersticiales, es decir, afectan al epitelio, las paredes alveolares, al endotelio capilar y al tejido conjuntivo (perilinfático y perivascular) (Rodríguez, 2014).

Se pudo constatar que las enfermedades intersticiales se caracterizan por el deterioro de la calidad de vida de manera muy rápida y presentan un índice de mortalidad elevado. Cabe mencionar que las EPID no tienen cura, el deterioro pulmonar es constante. Sin embargo este tipo de enfermedades pueden tratarse con medicamento a base de broncodilatadores, esteroides y en muchos casos de la administración de oxígeno suplementario, es por ello que la mejor opción para el grupo de personas que cursan con este tipo de patologías es la Rehabilitación Pulmonar, para lograr que la persona se mantenga en buenas condiciones físicas para llevar a cabo sus actividades de manera independiente y de esta forma la enfermedad no termine por deteriorar las demás partes del cuerpo.

Las dos personas restantes (px4 y px5) tienen el diagnóstico de eventración diafragmática (ED), ésta enfermedad se debe a la posición anormalmente alta del músculo diafragmático con movilidad paradójica, disminuida o nula y cuya consecuencia final es alteración respiratoria de grado variable. La ED se clasifica según su origen en Congénita y Adquirida. Cada variedad representa una entidad clínica diferente, con características particulares. La mayoría de los casos de ED requiere corrección quirúrgica.

La Eventración Diafragmática es un enfermedad en la que el principal músculo respiratorio que es el diafragma se encuentra anatómicamente fuera de proporciones provocando que los pulmones no se puedan expandir completamente por lo tanto el cuerpo trabaja con bajas concentraciones de oxígeno por la mala captación (Rodríguez, 2014).

Una vez que se tiene conocimiento de la enfermedad es importante saber cómo se lleva a cabo un programa de Rehabilitación Pulmonar para acompañar el proceso terapéutico de cada paciente.

En un programa de Rehabilitación Pulmonar es necesario evaluar el impacto de la enfermedad sistémica en la calidad de vida e independencia del individuo. Algunas de estas evaluaciones pueden predecir sobrevida, en este caso se aplicó el cuestionario San George. El cuestionario San George está diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas en el estado de salud y el bienestar, percibido por los pacientes respiratorios (EPOC y asma). Al ser además un cuestionario sensible, refleja también los cambios en la actividad de la enfermedad. Consta de 50 ítems divididos en tres escalas: síntomas, actividad e impacto. Los ítems de la escala de síntomas se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios. Los ítems de la escala de actividad valoran la limitación de las actividades debidas a la disnea. En la escala de impacto se valoran las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. Los ítems están formulados de dos formas diferentes, en forma de

pregunta con 5 opciones de respuesta, de las que sólo se puede elegir una, y en forma de frase con dos opciones, sí/no. El recorrido de todas ellas es desde 0 (sin alteración de la calidad de vida) hasta 100 (máxima alteración de la calidad de vida). También puede ser aplicado en diferentes contextos donde se quiera evaluar el impacto de la calidad de vida a causa de la enfermedad respiratoria (Hernández, 2008).

Para evaluar la tolerancia al ejercicio se pueden realizar tres pruebas: la caminata de 6 minutos al aire ambiente y con O₂ suplementario si se requiere, la caminata de “shuttle”, que es una prueba estandarizada de ejercicio máximo y la prueba de ejercicio cardiopulmonar que también es una prueba de ejercicio máximo, es decir hasta que la persona ya no pueda seguir con la prueba por falta de aire, fatiga muscular u otras circunstancias, en esta ocasión se aplicó la caminata de 6 minutos.

La caminata de 6 minutos es una prueba submaxima sencilla y económica. Debe realizarse en una distancia de 50 ò 60 metros en una superficie recta y plana, es apta para personas de edad avanzada o con limitaciones severas. Refleja la capacidad de realizar las actividades diarias, predictora de morbilidad y mortalidad.

El paciente camina con un oxímetro de pulso que refleja el porcentaje de la saturación de oxígeno en reposo y en ejercicio, lo que permite conocer la necesidad de oxígeno suplementario y prescribirlo cuando la saturación está por debajo del 88%.

Por ejemplo, un paciente que camina 250 m durante los 6 minutos de la prueba y su predicho es de 585 m, se puede decir que está casi al 50% de su ideal, o sea está discapacitado, y si después de un programa de Rehabilitación Pulmonar camina 300 m se puede deducir que no tuvo una mejoría clínica estadísticamente significativa. Sin embargo esa pequeña mejoría en los metros caminados va a impactar favorablemente en la calidad de vida del sujeto, y es probable que sea

capaz de hacer más cosas o tener mayor actividad apesar del daño producido por la enfermedad pulmonar.

Durante las sesiones de entrenamiento se debe utilizar la escala de borg, ésta es una escala numérica del 0 al 10 que sirve para que el paciente identifique con un número su sensación de falta de aire o fatiga muscular. 0 quiere decir nada, 0.5 apenas se nota, 1 muy ligero, 2 ligero, 3 moderado, 4 algo intensa, 5 intensa, 6 y 7 muy intensa, 8 y 9 demasiado intensa y 10 máxima; primero se debe preguntar por la falta de aire y esperar a que el paciente responda o señale y después se debe preguntar por la fatiga muscular que será resultado del ejercicio que se esté realizando, por ejemplo si se está haciendo ejercicio en el ergómetro de brazos y se le pregunta al paciente por su falta de aire y fatiga muscular y responde 0 para falta de aire y 3 para fatiga muscular, el registro en la hoja de evaluación se debe poner 0/4 y con esto el médico o la personas que esté evaluado sabe que el paciente no tuvo falta de aire pero si tuvo fatiga muscular y la identificó en algo intensa (Portilla, 2008).

Seguido a esto se debe realizar el programa de acondicionamiento físico que va a depender del plan de tratamiento que el médico haya señalado. El procedimiento de acondicionamiento físico que se siguió en este manuscrito se describe en la metodología.

Tres de los cinco pacientes estudiados tuvieron la oportunidad de hacer pruebas de función respiratoria en el laboratorio de Fisiología Respiratoria (px1, px2 y px3), de los dos restantes no se tuvo registro de que hayan asistido a hacer pruebas de función respiratoria, las pruebas de las que se tuvo registro fueron espirometria con broncodilatador, difusión pulmonar de monóxido de carbono, caminata de seis minutos y pletismografía.

Las pruebas de función respiratoria (PFR) tienen aplicación clínica rutinaria en la práctica de la neumología. Son de utilidad en el diagnóstico de enfermedades respiratorias, permiten evaluar la respuesta a tratamientos, así como vigilar la

progresión funcional y tienen, además, utilidad en la valoración del riesgo perioperatorio y en el pronóstico de diversas enfermedades.

La espirometría es la prueba más accesible y reproducible para evaluar la mecánica de la respiración. Mide la cantidad de aire que un sujeto es capaz de desplazar (inhalar o exhalar) de manera forzada en función del tiempo, lo que depende del calibre de los bronquios, de las propiedades elásticas del tórax y de los pulmones, así como de la integridad de los músculos respiratorios.

La pletismografía corporal es considerada como el estándar de referencia para la medición absoluta de los volúmenes pulmonares ya que mide el volumen total de gas intratorácico; es decir, mide el volumen de aire en el tórax esté o no en contacto con la vía aérea. Estas condiciones incluyen: 1) medición de *gas atrapado* o *atrapamiento aéreo*, 2) establecer el diagnóstico de alteración restrictiva, 3) caracterización del patrón de alteración funcional, 4) establecer el diagnóstico de alteración mixta (obstructiva y restrictiva), 5) en la valoración de riesgo quirúrgico, 6) evaluación de incapacidad laboral y 7) cuantificación del espacio aéreo no ventilado.

La difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) es una prueba de intercambio gaseoso que permite evaluar el proceso de transferencia de oxígeno, desde el gas alveolar hasta su unión con la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos (Torre-Bouscoulet, 2011).

METODOLOGIA

Se diseñó un instrumento para ser aplicado como entrevista abierta con la finalidad de conocer las experiencias de las personas estudiadas en el proceso de rehabilitación.

La finalidad de poner en práctica este material es para que los estudiantes de Promoción de la Salud tengan interés de acercarse a los pacientes y explorar su relación con la enfermedad, su relación familiar, social y económica, así como la relación que el enfermo establece con su enfermedad y su persona que en algún momento puede impactar en la relación con la familia y amigos. Esto ayudará a generar un panorama más claro que cruce las fronteras del tratamiento médico, teniendo un enfoque más completo que facilite el contacto humano.

En este sentido es conveniente implementar alguna estrategia metodológica que permita recuperar las experiencias de las personas; en este caso el estudiante se podría apoyar en la observación participante pero antes se debe tener en claro qué es metodología.

Como metodología se entiende el modo en que se enfocan los problemas y se buscan las respuestas, depende del investigador y el enfoque de su trabajo el tipo de metodología a usar, para este fin es conveniente apoyarse en la cualitativa, cuyo sentido se refiere a la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable y el estudio de las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan (Taylor y Bogdan, 1994).

En la observación participante guiada por la entrevista se sigue el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Con ello el estudiante de Promoción de la Salud tendrá un acercamiento fuera del salón de clases a los métodos de investigación para dar validez a su intervención.

Es importante que quede claro el concepto de observación participante. Taylor y Bodgan (1994) dicen que en este sentido la observación participante es empleada

para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.

Como Promotores de la Salud se sabe que la recolección de datos que generen información es de vital importancia y para ello se debe propiciar un ambiente confortable donde las personas se sientan cómodas y tengan la confianza de compartir su conocimiento.

Taylor y Bogdan (1994) sugieren algunos puntos para la recolección de información que le serán útiles al estudiante de Promoción de la Salud a la hora de poner en práctica sus habilidades:

- No ser molesto en su vestido y acciones.
- Volverse familiar con el escenario antes de empezar a recoger los datos
- Ser honesto al explicar a los participantes lo que él/ella están haciendo

Dewalt y Dewalt (2002) también hace algunas recomendaciones:

- Observar activamente, atendiendo a los detalles que uno quiere recordar después.
- Escuchar atentamente las conversaciones tanto verbales como expresiones no verbales y gestos como sea posible

Una vez mencionado lo anterior el Promotor de la Salud tendrá mayores herramientas para dirigirse a las personas de una manera cordial dándole validez a la información que está obteniendo.

Es importante que se realicen este tipo instrumentos de investigación, ya que como Promotores de la Salud se ponen en práctica algunas acciones que tienen que ver con el contacto sujeto-sujeto, es decir, no perder de vista el aspecto humano de la vida social. Si se estudia de esta manera a las personas se llega a conocerlas mejor y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.

El documento de preguntas abiertas cuenta con cuatro apartados que dieron la pauta para la recolección de información, el primero de ellos es *“La percepción del paciente sobre su enfermedad”* esto es con el fin de saber la opinión de la gente sobre su estado de salud, la manera en cómo se percibe y la atención que ha recibido antes y durante su estancia en el Instituto. El apartado de *“Percepción del paciente sobre las limitaciones de la enfermedad”*, va en el sentido de saber la forma en la que la enfermedad ha afectado las actividades de la vida diaria y las cosas que han cambiado en el entorno familiar y social. El apartado *“Percepción del paciente sobre la relación de la enfermedad en lo subjetivo y lo social”*, hace referencia a la opinión de la gente sobre su persona y la manera en la que su economía se ha visto afectada por los medicamentos e idas a consultas, así como la forma en la que esta situación ha impactado sobre las relaciones con amigos. Por último se encuentra el apartado de *“Percepción del paciente sobre su trayectoria en el INER”*, es importante que como profesionales de la salud se tenga conocimiento de la opinión de la gente sobre el servicio que se le está brindando a manera de retroalimentación.

Cabe señalar que se realizó entrevista únicamente a tres de los cinco pacientes, ya que los tiempos de citas médicas y programación para cirugía no permitió que se realizaran las dos restantes. El documento en su forma original se encuentra en la parte de anexos.

Por otra parte se acompañó a los pacientes en el proceso de rehabilitación durante las sesiones de acondicionamiento físico para ver el progreso o deterioro de la enfermedad.

A los cinco pacientes se les realizó caminata de seis minutos antes del programa de acondicionamiento (pre), después se llevaron a cabo sesiones durante una semana de reeducación que incluyeron la enseñanza para que aprendieran a respirar de la forma adecuada utilizando los músculos respiratorios. Seguido a esto se realizó el entrenamiento por grupos musculares: 30 minutos de brazos con la ayuda del ergómetro de brazos, 30 minutos de bicicleta estática, 30 minutos de caminadora según el plan de tratamiento de cada paciente. La duración fue de 12

semanas o 36 sesiones, de dos a tres veces por semana. En los casos prequirúrgico (eventración diafragmática) fueron 12 sesiones de entrenamiento.

El entrenamiento se realizó con cargas y a intervalos, esto es, el paciente que se va a entrenar a 30 watts aplicados al aparato de ejercicio inicia con 5 minutos de calentamiento sin carga, continua de 2 a 5 minutos con carga de 30 watts, luego de 2 a 5 minutos con 15 watts, y así sucesivamente hasta terminar con 5 minutos de enfriamiento sin carga. A cada paciente se le administraron cargas y se le prescribieron tiempos de acuerdo a su grado de discapacidad y severidad de la enfermedad.

Un parámetro para el entrenamiento es el grado de disnea (sensación de falta de aire) y de fatiga muscular que se midió con la escala de Borg, además se midió la saturación de oxígeno durante el entrenamiento con la ayuda de un oxímetro de pulso, monitorizando cuidadosamente a los pacientes evaluando el incremento en la resistencia dada en cada aparato de ejercicio y la necesidad de oxígeno suplementario para mantener saturaciones arriba del 90% durante el entrenamiento.

Al finalizar el programa de acondicionamiento físico se repitió la prueba de caminata de seis minutos para evaluar el progreso de la persona respecto a los metros caminados.

El presente trabajo responde a un estudio de casos de octubre del 2013 a abril del 2014 con una muestra de cinco pacientes que solicitaron el programa de Rehabilitación Pulmonar por prescripción del médico tratante. La población elegible fueron pacientes que ameritaron el programa de Rehabilitación Pulmonar, con el diagnóstico prequirúrgico o enfermedad intersticial, mayores de 18 años y hemodinámicamente estables para iniciar el programa.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Wilcoxon (prueba de signos con rangos de Wilcoxon para datos pareados) con tendencia no paramétrica. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $*p < 0.05$. Se utilizó el programa STATA SE v.12 (STATA Corporation, College station, TX, 2011).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL, PRÁCTICAS PROFESIONALES Y EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

El estudio se llevó a cabo en el departamento de Rehabilitación Pulmonar del INER y en el departamento de Fisiología Respiratoria donde se realizaron pruebas de función respiratoria (PFR) de seguimiento a tres de los cinco pacientes después de haber concluido el programa de rehabilitación.

La parte de la recuperación de la salud de los pacientes o la estabilización de ella forma parte de un equipo multidisciplinario que involucra el trabajo de diversas áreas de la Neumología e implica conocimientos de alta especialidad que deben ser estudiados y practicados a detalle. Por ejemplo, las actividades del laboratorio de Fisiología Respiratoria donde se hizo el servicio social incluyen la realización de pruebas de función respiratoria (PFR) con el fin de evaluar la mecánica respiratoria, el intercambio de gases en los pulmones y el ejercicio.

Las pruebas que se aprendieron a realizar durante servicio social fueron las siguientes:

- Espirometría simple
- Espirometría con broncodilatador
- Espirometría lenta
- Medición de volúmenes pulmonares por Pletismografía
- Medición de presiones inspiratoria y espiratoria máximas (PIMAX y PEMAX)
- Difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO)
- Gasometría arterial en reposo
- Oximetría de pulso en reposo
- Prueba de reto bronquial con ejercicio
- Prueba de ejercicio para valorar desaturación de oxígeno
- Titulación de oxígeno suplementario en reposo y ejercicio con gasometría
- Oscilometría de Impulso
- Caminata de 6 minutos
- Fracción espirada de óxido nítrico (FENO)
- Medición de masa molar de CO₂ por pletismografía ultrasónica (UPG)
- Prueba de ejercicio cardiopulmonar

Si en algún momento el estudiante de Promoción de la Salud decide hacer su servicio social en el INER dentro del laboratorio de Fisiología Respiratoria debe

aprender a hacer todas las pruebas antes mencionadas, puesto que tendrá mayor conocimiento de la forma en la que funciona el sistema respiratorio y la forma de comportarse en las distintas enfermedades, también se tendrá mayor claridad del enfoque de su qué hacer si en algún momento decide realizar su trabajo de titulación en esta área.

Así mismo, se asistió a las clases impartidas los lunes, martes, jueves y viernes por los médicos adscritos y rotantes de Fisiología Respiratoria donde se hacía revisión de artículo referente a temas actuales de Neumología, Epidemiología, Bioestadística y PFR.

Se participó en los siguientes cursos, obteniendo constancia de cada uno de ellos:

- Inteligencia Emocional.
- Actualización en Tuberculosis.
- Primeros auxilios en quemaduras
- Reanimación cardiopulmonar
- Patología pulmonar
- XV Curso de Rehabilitación Pulmonar Integral
- X Curso de Promotores en Prevención del Tabaquismo
- Participación en proyectos de Oximetría trabajando en conjunto con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
- Certificación por 4 años para hacer estudios de Espirometria, abalado por el National Institute for Occupational Safety and Health de los Estados Unidos (NIOSH) con sede en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Este Instituto es el encargado de certificar al personal de salud en la realización de estudios de espirometria.

Dentro de las prácticas profesionales en el departamento de Rehabilitación Pulmonar, se participó en el tratamiento de la enfermedad con tres pacientes que acudieron al programa, esto con el fin de conocer la manera de trabajar con los pacientes de Rehabilitación Pulmonar para posteriormente ocuparse de los pacientes del proyecto de titulación. Se realizaron las siguientes actividades.

- Educación (Permitir al paciente a conocer su enfermedad mediante cursos impartidos por el personal de Rehabilitación Pulmonar)
- Apoyo psicosocial (técnicas de relajación) realizando respiraciones pausadas mientras se llevan a cabo las actividades de la vida diaria
- Entrenamiento de músculos respiratorio mediante el patrón respiratorio (inhalar, exhalar usando el diafragma y músculos abdominales)
- Entrenamiento de miembros torácicos (BRAZOS) en pacientes neumòpatas con la ayuda de ligas con el fin de fortalecer el músculo para posteriormente pasar al programa de acondicionamiento físico.
- Entrenamiento de miembros pélvicos (piernas) mediante el ejercicio las bicicletas de ejercicio del gimnasio de Rehabilitación Pulmonar.
- Caminata de 6 minutos.
- Evaluación de la función respiratoria en pacientes con alteraciones musculo esqueléticas con la ayuda de la prueba PIMAX Y PEMAX

Se asistió a los cursos que se realizan periódicamente de “educación para pacientes” que se llevan a cabo en las instalaciones departamento de Rehabilitación Pulmonar con los pacientes y sus familiares para que conozcan su enfermedad, se aclaren dudas, aprendan sobre lo que está pasando en su cuerpo con la enfermedad, conocimiento de cómo se usar los medicamentos que se les prescriben y cómo están actuando fisiológicamente en su cuerpo, etc.

Al igual que en Fisiología Respiratoria, el estudiante de Promoción de la Salud debe conocer la gama de actividades y ejercicios que se realizan con los pacientes de Rehabilitación Pulmonar con el fin de ampliar su panorama como profesional de la salud y establecer la dirección de su intervención, es importante notar que aunque las personas compartan la misma enfermedad, ésta no va a actuar de la misma manera en el organismo, por eso es importante saber cómo se comporta la enfermedad en el paciente para que no se deteriore más su salud o se le lastime cuando se quiera intervenir.

RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES COMO PROMOTOR DE LA SALUD Y PROPUESTA DE TRABAJO

En el INER el estudiante de Promoción de la Salud se enfrenta a un ambiente estricto y sistematizado donde no hay cabida para los errores y se debe tener la habilidad para la toma de decisiones.

Hace falta práctica fuera de las aulas de clase, es decir mayor contacto con la población para quitar el miedo y la inseguridad para brindar apoyo y conocimiento a las personas que lo requieran. Es importante capacitar al Promotor de la Salud en toma de signos vitales y manejo de conceptos clave en el vocabulario médico por ejemplo, frecuencia cardíaca o saturación de oxígeno. Esto parecería no tener gran relevancia en el campo de la Promoción de la Salud, sin embargo, la escuela y la misma Secretaria de Salud ofrecen hacer servicio social en institutos, clínicas u hospitales. Debido a esto se debe tener conocimiento básico de lo anteriormente mencionado. Es cierto que en algunas materias se ofrecen prácticas relacionadas a estos temas pero fueron insuficientes, se debe tener claridad de las cosas y en dos o tres clases de una hora y media donde la escasez de material es cotidiano, no se pueden concretar los conocimientos que requiere el Promotor de la Salud para expresarlos en el medio laboral.

Al mundo laboral no se puede llegar sabiendo todo, es por ello que en la universidad el aprender, comprender, analizar, etc., es relevante con el fin de llegar a proponer cosas nuevas o alternativas al medio donde se desarrolle el Profesional de la Salud.

Como Promotor de la Salud se debe tener la inquietud de evaluar constantemente las acciones que se estén realizando o el programa que se esté implementando, esto dará conocimiento de las cosas que se estén haciendo bien o aquellas que hay que modificar. En este caso se debe evaluar la efectividad del proceso de Rehabilitación Pulmonar.

Según Pineault (1991) "La evaluación es un proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas con el fin de realizar un juicio sobre los diferentes

componentes del programa, tanto el estudio de su concepción, como de su ejecución”

Según Stufflebeam (1971) “La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado.”

Ahora se evaluará el programa de Rehabilitación Pulmonar conforme a las preguntas que propone Rossi (1999), mismas que serán respondidas desde la experiencia en el INER como Promotor de la Salud.

1. Sobre la necesidad de los servicios: ¿Hay necesidad de este programa?

-Desde la experiencia como Promotor de la Salud, hay necesidad del programa de Rehabilitación Pulmonar desde el momento que se habla de enfermedad que ocasione deterioro de la calidad de vida e impedimento de la realización de actividades de la vida diaria

2.- Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: ¿Se está implementando el programa de manera adecuada?

- El programa de Rehabilitación Pulmonar se implementa de manera adecuada, es sistematizado y se sabe el tipo de tratamiento que hay que seguir con cada enfermedad. Ahora faltaría incluir las actividades de los estudiantes de Promoción de la Salud, ya que sería un buen ejercicio de acercamiento a la población donde se desarrollaría la capacidad de proponer cosas nuevas como la entrevista aplicada en el presente trabajo para conocer la experiencia de la gente en las instituciones de salud y en el INER. Con la llegada de más estudiantes de la licenciatura su pueden proponer otras cosas que impacten favorablemente en la salud de la gente siempre y cuando el estudiante tenga las ganas de intervenir en este ámbito.

3.- Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo-efectivo?

- Hablando de temas económicos el programa de Rehabilitación Pulmonar es flexible en cuanto al cobro por sesiones de acondicionamiento, ya que el área de trabajo social hace un estudio socio económico donde a la gente se le da una clasificación y dependiendo de ésta es el monto a pagar por los estudios en el Instituto.

Gracias a la estancia en Rehabilitación Pulmonar el estudiante de Promoción de la Salud puede darse cuenta que el pago de los estudios es sólo una parte del gasto que hace la gente para su recuperación, el gasto económico va desde la transportación a las sesiones de acondicionamiento, citas clínicas en otras áreas, medicamentos y comida, es por ello que como Promotor de la Salud se debe indagar sobre las condiciones socioeconómicas de las personas, chequeo de expedientes e investigar sobre la enfermedad, todo esto con el fin de beneficiar al paciente brindándole una mejor calidad de servicio a partir de personal altamente calificado.

En este contexto la metodología cualitativa debe ser la base de trabajo del Promotor de la Salud, teniendo un acercamiento más profundo hacia la gente, explicando y documentando los procesos para la elaboración de hipótesis acerca del impacto de la enfermedad.

PROPUESTA DE TRABAJO PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL DE PROMOCION DE LA SALUD A REALIZARSE EN EL INER.

Al llegar al departamento de Rehabilitación Pulmonar, el estudiante de Promoción de la Salud se va a encontrar con un medio desconocido, ya que las acciones que se realizan allí son de alta especialidad con pacientes muy específicos. No todo lo que se realiza en Rehabilitación Pulmonar tiene que ver con el mundo cien por ciento médico, también se involucran otras disciplinas como la Psicología y la Terapia Ocupacional que centran su trabajo en el pensamiento de la gente, la calidad de vida y su reincorporación a las actividades de la vida diaria. Es precisamente en estas dos disciplinas donde hay cabida para la Promoción de la Salud, al trabajar con aspectos que van más allá de la enfermedad o de lo puramente biológico.

El Promotor de la Salud debe trabajar con la acción social, es decir, el proceso por el cual, los grupos o personas se implican en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida diaria, la cultura, etc., dirigiéndose a modificar el entorno social.

En la Rehabilitación Pulmonar se pueden identificar varios tipos de personas, cada una de ellas con alguna patología específica o con la misma, pero con diferente plan de tratamiento. Es claro que antes de cualquier abordaje, el promotor debe investigar sobre las enfermedades que ahí se presentan con el fin de fundamentar su intervención.

La propuesta va enfocada a trabajar sobre cierto tipo de pacientes que el promotor desee y de acuerdo a sus intereses. Cada una de estas personas va a contar con un plan de tratamiento en relación a las recomendaciones médicas, estas pueden incluir actividades en el gimnasio del departamento o incluso en la casa. El trabajo del estudiante debe centrarse en el perfecto entendimiento de la gente para realizar los ejercicios ya que algunos son de complejidad y pueden ser poco entendibles por la terminología que manejan.

Cada semana el Promotor de la Salud se debe reunir con su grupo seleccionado y hablar sobre las dificultades que se tuvieron al realizar las acciones programadas, es decir, ejercicios de respiración, acondicionamiento o actividades programadas en casa. Así mismo, se debe hablar sobre la experiencia y sentir de la gente en el proceso de rehabilitación, el estudiante debe fungir como mediador dejando que la gente exprese sus ideas y a partir de ellas emprender el plan para mejorar la salud y seguir las recomendaciones médicas al pie de la letra.

Es claro que algunas recomendaciones no se puedan seguir tal y como el médico sugiere sobre todo cuando se le indica a la gente un plan de ejercicios en casa, ya que en muchas ocasiones el médico recomienda la utilización de materiales de apoyo como ligas, compresas, mancuernas, pelotas de terapia, etc., que podrían resultar costosas. Sin embargo, como Promotores de la Salud se debe ver la manera en cómo se pueden sustituir estos elementos por cosas que tal vez se podrían tener en casa, por ejemplo, si el médico recomienda ejercicios con mancuernas de 1 kg y estas resultan de costo elevado para la persona, se podrían reemplazar por una bolsa de arroz o frijoles que igualmente pesen 1 kg y así realizar los ejercicios.

Por otra parte la gente puede tener dificultad para comprender las posturas para realizar sus ejercicios de respiración y en ocasiones no es suficiente la explicación del médico o del terapeuta, esto se debe a la alta demanda del servicio de Rehabilitación en el hospital, que provoca que en ocasiones sea imposible la atención personalizada; hay ocasiones que resulta escaso el personal para atender detenidamente a cada individuo. Los Promotores pueden ayudar a agilizar las acciones apoyando al terapeuta en la explicación y realización de los ejercicios terapéuticos. Para la realización de los ejercicios en casa se pueden diseñar folletos o trípticos con imágenes y explicación clara de cada uno de los ejercicios de respiración que la persona va a realizar, esto ayudara a la gente a resolver sus dudas.

Otra actividad que puede estar a cargo de los Promotores de la Salud es la realización de un video en donde se expliquen cada una de las técnicas de

Rehabilitación Pulmonar, es decir, ejercicios de educación respiratoria, posturas y beneficios de los ejercicios de acondicionamiento físico como ergómetro de brazos, bicicleta, banda sin fin, etc y recomendaciones que los pacientes puedan llevar a cabo en casa, enfocadas a técnicas de ahorro de energía, como realizar su patrón respiratorio cuando estén haciendo sus quehaceres, por ejemplo lavando trastes, ropa o incluso barriendo los pisos.

El Promotor de la Salud puede ser el enlace entre el médico-terapeuta y el paciente con el fin de mejorar su calidad de vida.

Al involucrarse en estas actividades se estarán abordando temas que son fundamentales en la Promoción de la Salud, uno de ellos es la comunicación para crear vínculos comunes entre las personas.

La comunicación en la Promoción de la Salud es una poderosa herramienta para el empoderamiento de la gente y la orientación de la acción colectiva dirigida a transformar los determinantes sociales de la salud; es por ello que son importantes las reuniones con el grupo seleccionado con el fin de buscar alternativas para trabajar sobre el mejoramiento de la salud de la gente, comunicando y educando como procesos sociales complementarios.

De esta manera se pondrán al alcance de la población, las herramientas y los medios para construir la información de acuerdo a sus propias creencias y necesidades, incrementando el grado de involucramiento y apropiación de dicha información.

Así, las personas serían sujetos activos que protagonizarán la creación de la información y el empleo de ella para modificar su realidad (Werner, 2010).

Es por ello que se hace énfasis en el trabajo grupal, ya que la Promoción de la Salud requiere de la participación de la gente para acceder y utilizar la información para fomentar mecanismos de participación colectiva.

PROPUESTA A LA LICENCIATURA EN PROMOCION DE LA SALUD.

El objetivo del plan de estudios de la licenciatura es muy claro *“formar profesionales en promoción y educación para la salud con una perspectiva interdisciplinaria, que sean capaces de identificar, diseñar y desarrollar modelos que los hagan participar en las acciones del sector salud, social y educativos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población en general, a través de acciones que conlleven a elevar el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores y conductas en relación con la salud a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y de la sociedad en general”*(UACM, 2015).

La idea es clara y prometedora, sin embargo, a lo largo de la licenciatura el estudiante se enfrenta con grandes trabas como el desconocimiento de la misma licenciatura y la falta de compromiso por parte de los alumnos a continuar estudiando Promoción de la Salud. Algunos alumnos acuden solo por cubrir un lugar mientras son aceptados en otras Universidades y su falta de compromiso se ve reflejado en la ausencia en las aulas, los salones de clase se encuentran llenos a principio de semestre y periodos de certificación, aunque muchos alumnos trabajan y desempeñan otras funciones a parte de acudir a la universidad.

En el ciclo superior, hay escasas de experiencia del alumno fuera del aula de clases, ya que sólo en una materia (Epidemiología) se tuvo la oportunidad de hacer trabajo de tipo comunitario y tener acercamiento con la población fuera de la infraestructura escolar, cabe señalar que dicho acercamiento se daba una vez a la semana o cada quince días, cosa insuficiente.

Se debería hacer un replanteamiento de la licenciatura en cuanto a buscar la manera en la que el alumno pueda tener mayor contacto con la población en temas de salud, a través de prácticas de campo o visitas a instituciones donde en un futuro se pueda laborar. Esto es importante, ya que como se sabe los Promotores de la Salud trabajan estrechamente con la población y es insuficiente quedarse solo con la teoría.

Es desafortunado que como profesionales de la salud se vaya a experimentar cien por ciento las actividades del sector salud al servicio social, esté debería ser un terreno de reafirmación de la práctica del promotor dando seguimiento a lo que se ha visto en la universidad y no llegar con la incertidumbre de qué se va a hacer. De manera que el replanteamiento de acercar al estudiante de Promoción de la Salud a la población requiere inmediata solución.

Por otra parte, si la licenciatura propone realizar servicio social en hospitales o instituciones casi en su totalidad médicas, debe ser prudente que dentro de las actividades del semestre o prácticas de las distintas materias biológicas se dé un espacio a la impartición de cursos de primeros auxilios, medir la presión sanguínea, reglas y protocolos a seguir en caso de emergencias dentro de los hospitales, interpretación de señalamientos, etc; ya que las urgencias se pueden presentar en cualquier momento cuando se está trabajando en este tipo instituciones y como profesionales de la salud se debe saber cómo actuar ante cualquier eventualidad y no quedarse con la mirada atónita sin saber qué hacer.

Muchos de los estudiantes de la UACM no ven con buenos ojos el ciclo de integración, lo consideran como un filtro, por lo cual es prudente hacer un sondeo para saber la opinión generalizada de los alumnos respecto a este ciclo con el fin de reemplazar las tres materias que se imparten por actividades y cursos antes mencionados. Sería una buena alternativa para el escaso conocimiento del Promotor de la Salud en temas médicos, mismos que se pueden extrapolar a la vida diaria. Así mismo, en este periodo se podría buscar la manera de acercar a los estudiantes de Promoción de la Salud a las instituciones de salubridad para que a lo largo de la carrera tengan claro los conceptos manejados y relacionarlos con campo laboral.

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR

PX 1

El paciente 1 de sexo masculino de 69 años de edad procedente del D.F. que acude a la consulta externa del departamento de Rehabilitación Pulmonar del INER con los diagnósticos de secuelas de tuberculosis pulmonar, fibrosis pulmonar idiopática, enfisema pulmonar y artritis reumatoide.

Tratamiento de rehabilitación pulmonar.

Se inició el tratamiento con caminata de 6 minutos (pre-acondicionamiento), reeducación diafragmática y costobasal, fortalecimiento de miembros torácicos y pélvicos inferiores con ligas, programa de acondicionamiento físico de 36 sesiones y caminata de 6 minutos (post-acondicionamiento). Acondicionamiento físico con biciergómetro y ergómetro de brazos con oxígeno suplementario a 4 L / min.

Se inició el programa de acondicionamiento físico con ergómetro de brazos con una velocidad 60 rpm, carga a 0 y con un tiempo de 10 minutos en su primera sesión, manifestando un Borg de 2/2; con saturación de O₂ 97 %, frecuencia cardíaca 65 latidos por minuto (lpm).

Se evoluciona a la sesión número 18 manejando saturación global de O₂ del 88 %, frecuencia cardíaca 73 lpm, TA 90/60 mm Hg, se realizó 30 minutos de ergómetro de brazos con carga máxima de 10 w, 61 rpm y Borg de 1/1 y con 4 L de oxígeno suplementario durante su acondicionamiento.

En la sesión número 26 el paciente se reincorporó después de un mes por presentar infección de vías aéreas inferiores.

En la misma sesión se suspendió acondicionamiento al minuto 18 por desaturación de oxígeno de 78 % con 4 L de oxígeno suplementario; se continúa sin carga en las siguientes sesiones manifestando mayor intolerancia al ejercicio, con frecuencia cardíaca promedio 74 lpm, rpm promedio 61, saturación de oxígeno promedio 91 % con 4 L de oxígeno suplementario y Borg 1/1.

A la sesión número 36 se completa el programa de acondicionamiento físico con saturación de O₂ 90 % con 4 L de oxígeno suplementario, frecuencia cardiaca 75 lpm, 63 rpm sin carga y Borg 1/1.

PX 2.

El paciente 2 de sexo masculino de 32 años de edad acude al departamento de Rehabilitación Pulmonar del INER canalizado de Neumología con el diagnóstico de AAE (Alveolitis Alérgica Extrínseca). Se inicia tratamiento mediante caminata de 6 minutos (pre), reeducación diafragmática y costobasal, acondicionamiento físico de 36 sesiones, utilizando biciergometro, ergómetro de brazos y banda sin fin y caminata de 6 minutos (post)

Durante el acondicionamiento físico se vio una evolución satisfactoria en las 36 sesiones; evidenciando saturación de O₂ 94 % con oxígeno suplementario a 2 L / min, frecuencia cardiaca 76 lpm, rpm 52-68, carga de 5, 10, 15, 20 y 25 watts, Borg 1/1, TA de 110/60.

PX3

El paciente 3 de sexo femenino de 66 años de edad, acude a la consulta externa del departamento de Rehabilitación Pulmonar con el diagnóstico de Vasculitis con plan de tratamiento de 36 sesiones de acondicionamiento físico en gimnasio terapéutico, valorando con oxígeno suplementario a 4 L / min.

Plan de tratamiento

Realización de caminata de 6 minutos (pre), reeducación diafragmática y costobasal, fortalecimiento de miembros pélvicos y torácicos con ligas incrementando resistencia, programa de acondicionamiento físico de 36 sesiones y caminata de 6 minutos (post)

Durante las 36 sesiones de acondicionamiento físico se observó lo siguiente:

Ergómetro de miembros inferiores iniciando con 10 min, manteniendo las rpm entre 50-60 sin carga, se aumentaron 5 min de ejercicio por semana hasta completar 30 minutos; así mismo se incrementaron 5 watts.

Ergómetro de brazos inicia 10 minutos a 60 rpm sin carga. Se incrementó 5 min por semana hasta completar 30 min. Posteriormente se aumentó 5 watts. Durante todas estas sesiones se observó mejoría respecto a la saturación de oxígeno (97%), frecuencia cardíaca 109 lpm, tensión arterial 120/60 mm Hg, manifestando disnea 0 fatiga 1 de acuerdo a la escala de Borg. Se observó un cambio significativo hacia la mejoría en su aporte de oxígeno, disminuyendo de 4 L / min a 1.5L / min. Se continuó con fortalecimiento de miembros inferiores y pélvicos en casa mediante ligas.

Después de 36 sesiones se revaloró por el servicio de Neumología clínica y Rehabilitación Pulmonar mediante caminata de 6 minutos.

PX 4

El paciente 4 de sexo femenino de 64 años de edad pre-operatorio, acude al departamento de Rehabilitación Pulmonar con diagnóstico de Eventración Diafragmática.

Se inició plan de tratamiento con caminata de 6 minutos (pre), reeducación diafragmática y costobasal para comenzar las 12 sesiones de acondicionamiento físico, y terminó con caminata de 6 minutos (post).

Se inició con ergómetro de brazos y biciergómetro sin carga, rpm 60, saturación de oxígeno 94 %, tensión arterial 120/70 mm Hg, disnea 0 y fatiga 0 de acuerdo a la escala de Borg, completando 15 minutos en cada aparato.

A la sesión número 7 se incrementó el tiempo de ejercicio a 25 minutos por etapa con los siguientes resultados: rpm promedio 57, saturación de oxígeno 95 %,

tensión arterial 128/80 mm Hg, refiriendo 0 para disnea y 0 para fatiga según la escala de Borg.

A partir de la sesión número 9 se completaron 30 minutos de ejercicio por etapa y se incrementó 10 watts de carga de los 5 a los 25 minutos y se observó lo siguiente: rpm 55, saturación de oxígeno 94 %, tensión arterial 115/80 mm Hg, refiriendo 1 para disnea y 1 para fatiga según la escala de Borg.

Para la última sesión igualmente se completaron 30 minutos de ejercicio por etapa; sin embargo se incrementó la carga a 15 watts de los 5 a los 25 minutos y se observó lo siguiente: rpm 56, saturación de oxígeno 94 %, tensión arterial 110/70 mm Hg y 0 para disnea y 0 para fatiga según la escala de Borg.

Cabe señalar que las sesiones de acondicionamiento físico se realizaron sin oxígeno suplementario, ya que la saturación de la paciente es normal a pesar del ejercicio.

PX 5

El paciente 5 de sexo femenino de 52 años de edad pre-operatorio, acude al departamento de Rehabilitación Pulmonar con diagnóstico de Eventración Diafragmática.

Se inició plan de tratamiento con caminata de 6 minutos (pre) reeducación diafragmática y costobasal para comenzar las 12 sesiones de acondicionamiento físico, y caminata de 6 minutos (post).

Se inició con ergómetro de brazos y biciergómetro sin carga hasta completar 15 minutos de ejercicio, manteniendo las rpm en 59, saturación de oxígeno 93 %, tensión arterial 120/80 mm Hg y 0 en disnea y fatiga de acuerdo a la escala de Borg.

En la sesión número 5 se continuó sin carga, pero se incrementó a 25 minutos de ejercicio por etapa; las rpm se mantienen en 60, saturación de oxígeno 93 %, tensión arterial 120/80 mm Hg y 0 en disnea y fatiga de acuerdo a la escala de Borg.

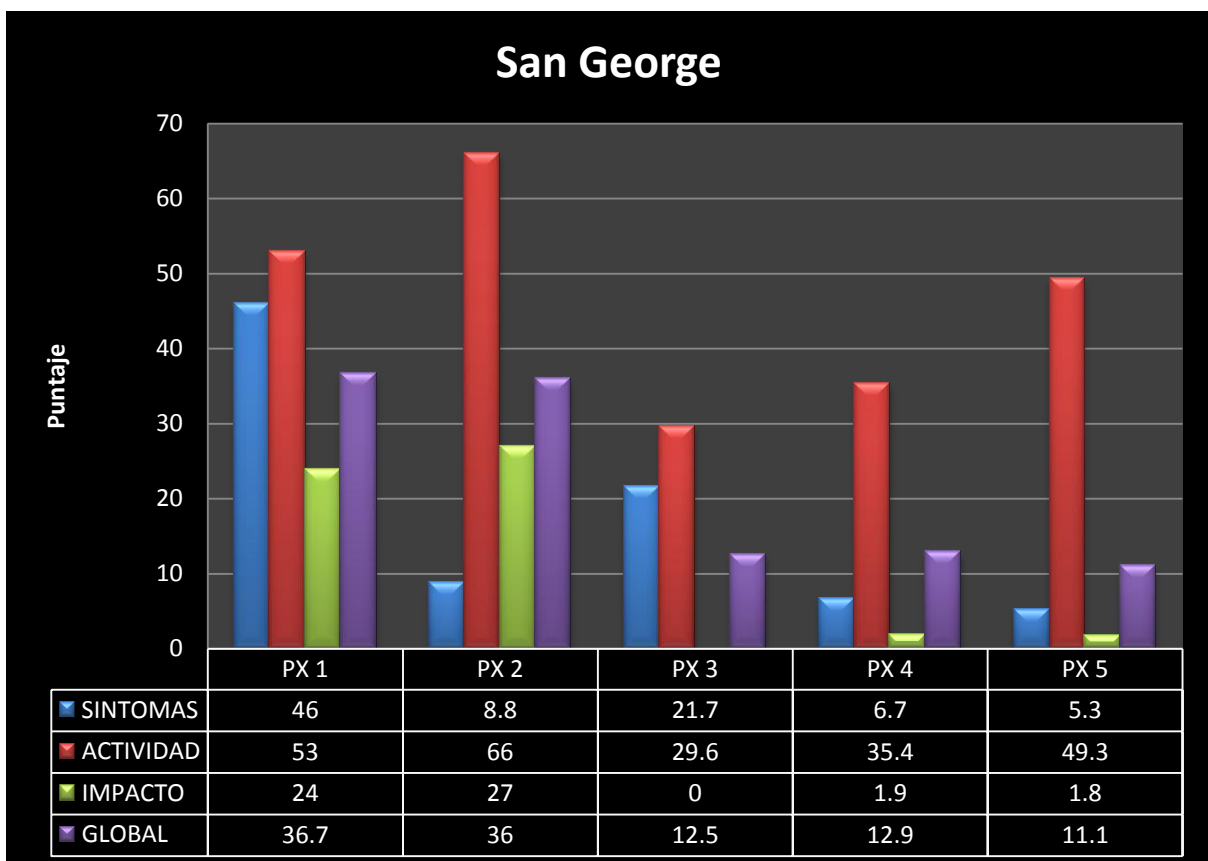
tensión arterial 125/70 mm Hg con 0 en disnea y fatiga de acuerdo a la escala de Borg.

Para las sesiones posteriores se completaron los 30 minutos de ejercicio por etapa. De la sesión número 7 a la 9 se incrementó la carga de trabajo a 10 watts reportando los siguientes datos: rpm 58, saturación de oxígeno 93 %, tensión arterial 120/70 mm Hg, refiriendo 0 en disnea y fatiga de acuerdo a la escala de Borg.

De la sesión 10 a la 12 se incrementó la carga de trabajo a 15 watts y se observó lo siguiente: rpm 60, saturación de oxígeno 93 %, tensión arterial 110/70 mm Hg, refiriendo 0 en disnea y fatiga de acuerdo a la escala de Borg.

GRÀFICAS QUE MUESTRAN EL PROGRESO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR

Como se dijo anteriormente el cuestionario de calidad de vida San George se califica del 0 al 100 donde tener un mayor puntaje refleja peor calidad de vida. Se observa que los cinco pacientes identifican la “actividad” como la variable que tuvo mayor impacto, es decir, la enfermedad los ha orillado a no poder realizar actividades que antes si podían hacer. Precisamente por eso se les canalizó al programa de Rehabilitación Pulmonar, para ejercitar su cuerpo y tener mayor tolerancia al ejercicio, con el fin de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con mayor independencia.



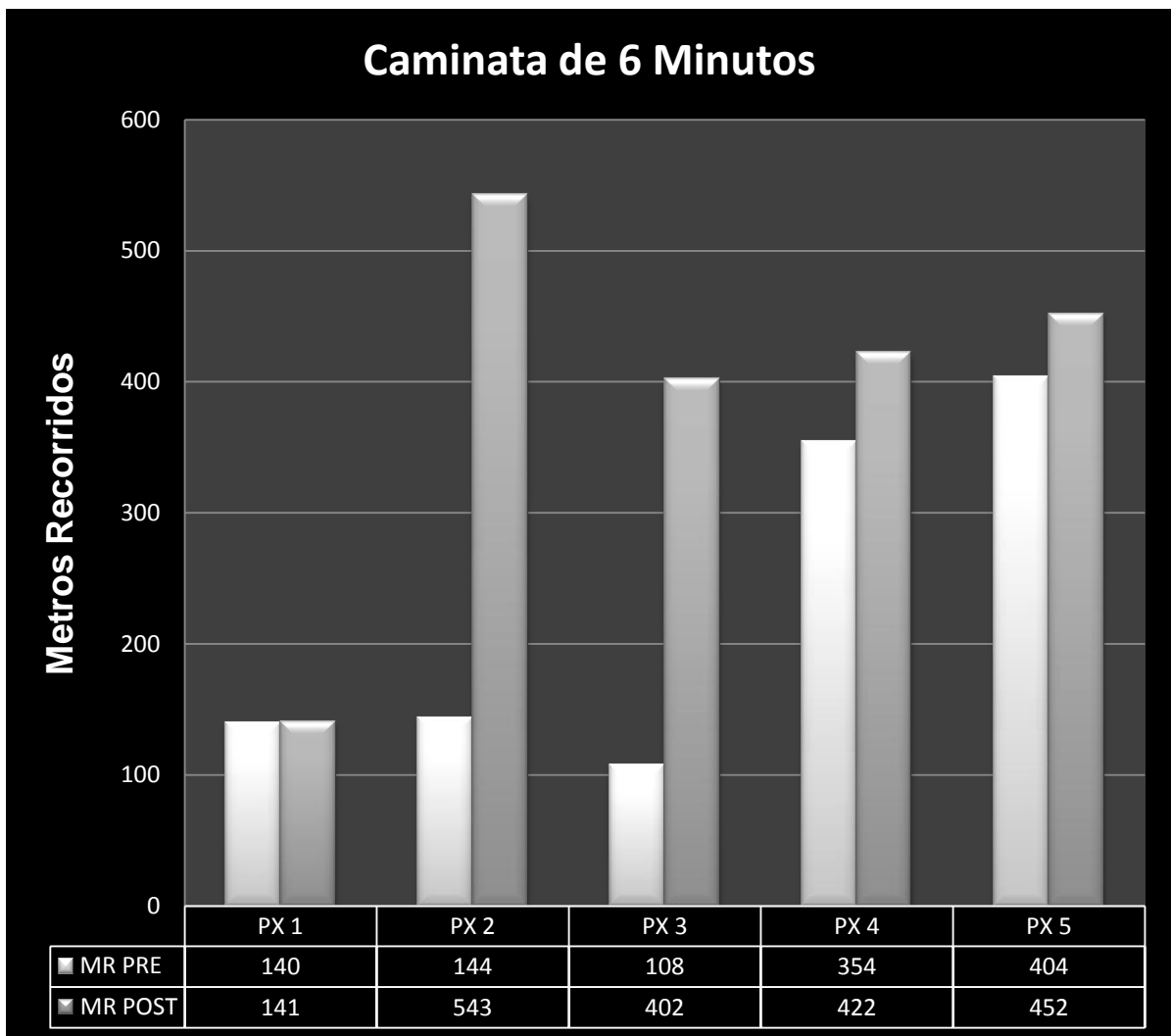
Gráfica 1. Resultados del cuestionario San George

Una vez que los cinco pacientes concluyeron el programa de Rehabilitación Pulmonar se observó que la caminata de seis minutos (C6M) es la prueba que presentó un cambio estadísticamente significativo, se muestra que los pacientes caminaron más metros al término de programa de acondicionamiento físico, esto habla de mayor tolerancia al ejercicio y mayor independencia a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Las demás variables no muestran cambios estadísticamente significativos, sin embargo, esto no quiere decir que los pacientes hayan fracasado en el programa sino que el estado físico se mantiene sin que haya deterioro del estado de salud o riesgo de exacerbación (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Resultados del programa de Rehabilitación Pulmonar de cinco pacientes que asistieron al programa de acondicionamiento (octubre del 2013 a abril del 2014).

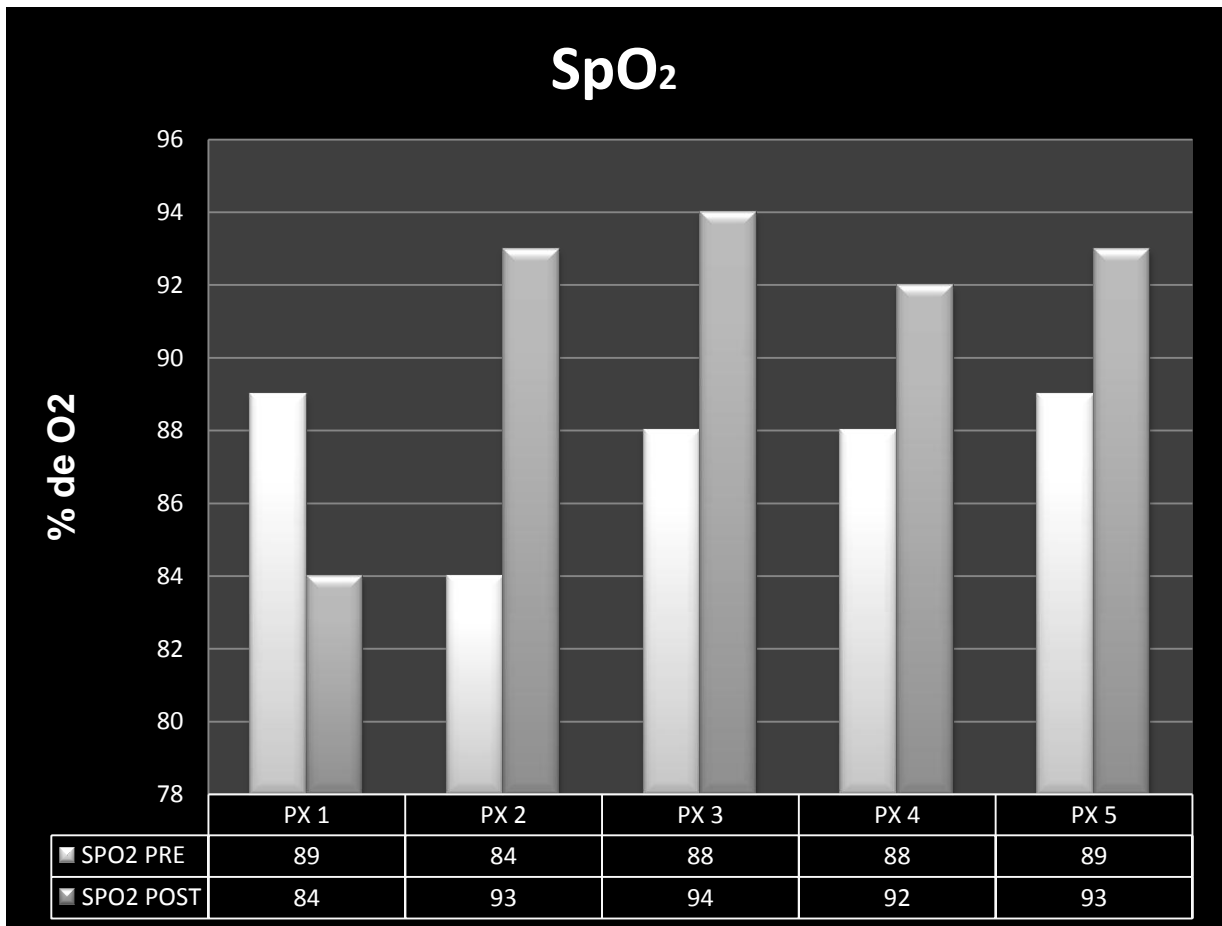
VARIABLE	pre- acondicionamiento mediana (p25, p75)	Post- acondicionamiento mediana (p25, p75)	T	valor p
Caminata de 6 minutos	144(140,354)	422(402, 452)	-2.023*	0.043
Saturación parcial de oxígeno (SpO ₂)	88(88, 89)	93 (92,93)	-1.22 NS	0.22
Frecuencia respiratoria	22(22, 26)	22(18,22)	1.9 NS	0.057
Frecuencia cardiaca (lpm)	83(79, 84)	85(77, 86)	0.27 NS	0.79

*p<0.05



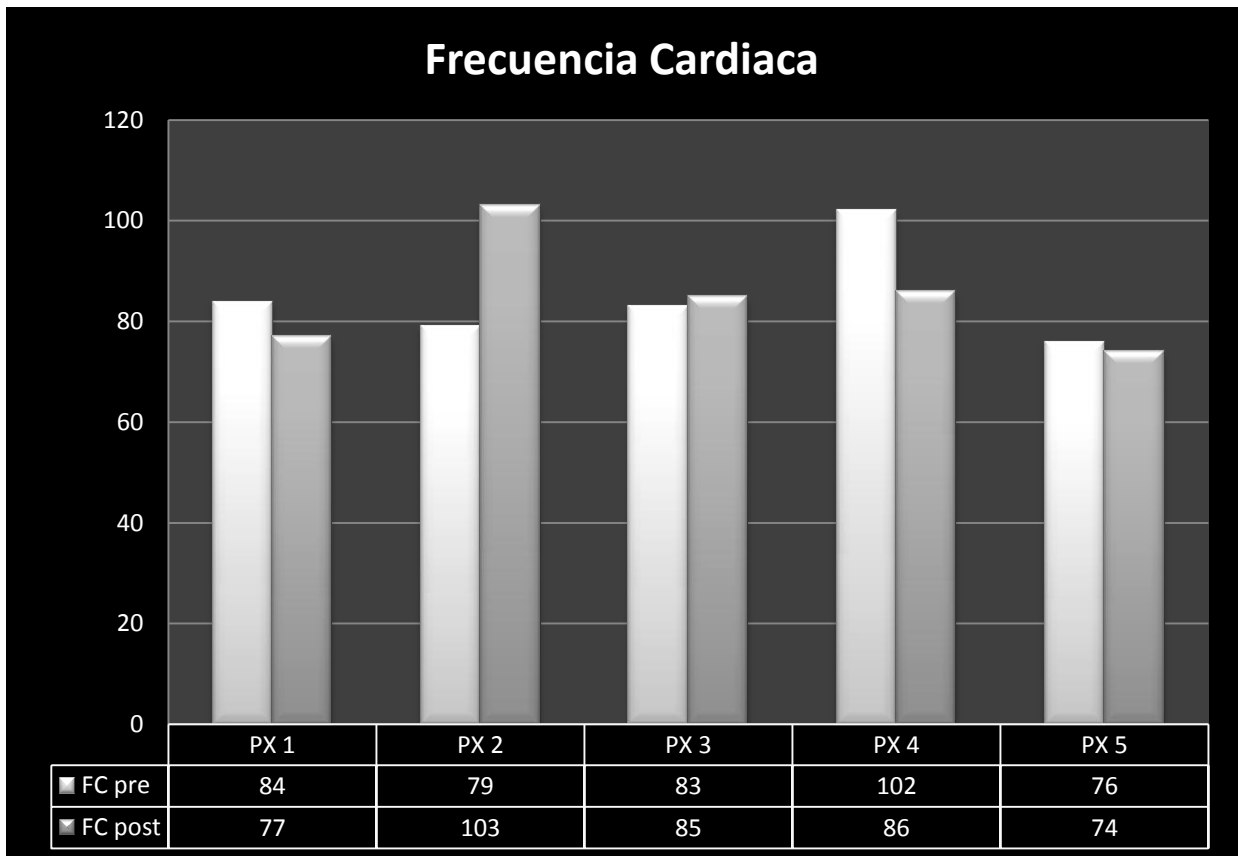
Gráfica 2. Total de metros recorridos en la caminata de seis minutos antes del ingreso al programa de acondicionamiento y después de haber concluido.

Se observa que los cinco pacientes caminaron más metros en la caminata de seis minutos post acondicionamiento, mostrando una significancia estadística.



Gráfica 3. Porcentaje de saturación de oxígeno antes de ingresar al programa de Rehabilitación Pulmonar y después de haber concluido.

El porcentaje de oxigenación en sangre no mostró resultados estadísticamente significativos. Sin embargo hubo mejoría en la tolerancia al ejercicio de los cinco pacientes, lo que favoreció a que alcanzaran niveles normales de oxigenación al final del programa.



Gráfica 4. Frecuencia cardíaca registrada antes del ingreso al programa y después de haber concluido.

La frecuencia cardíaca (lpm) no mostró resultados estadísticamente significativos al final del programa de rehabilitación. Sin embargo, los pacientes lograron mayor condición física al final del programa provocando que el corazón no se esfuerce demasiado para mantener los niveles de oxigenación adecuados cuando se lleven a cabo las actividades de la vida diaria.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIA APLICADAS A TRES PACIENTES.

A continuación se describen los resultados de las pruebas de función respiratoria (PFR) de tres pacientes, mismas que se realizaron en el laboratorio de Fisiología Respiratoria del INER. Cabe señalar que se describen pocas pruebas, ya que no se encontró registro de más visitas.

- *PX1*

El 28 de mayo del 2014 el paciente acudió al laboratorio de fisiología respiratoria para realizar espirometria simple, difusión pulmonar de monóxido de carbono y caminata de 6 minutos. Los resultados fueron los siguientes:

-Espirometria con obstrucción moderada.

-DLCO con disminución grave

-Caminata de 6 minutos con un recorrido de 465m, desaturacion significativa en ejercicio pese a la administración de oxigeno suplementario.

Cabe señalar que las PFR fueron realizadas después de haber completado el programa de acondicionamiento físico en el departamento de rehabilitación pulmonar.

- *PX2*

El 4 de abril del 2014 el paciente acudió al laboratorio de fisiología respiratoria a realizar espirometria con broncodilatador y difusión pulmonar de monóxido de carbono. Los resultados fueron los siguientes:

-Espirometria sugestiva de restricción moderada sin respuesta al boncodilatador, quedando con patrón sugerente de restricción.

-DLCO con disminución leve

Las pruebas anteriores fueron realizadas después de haber concluido el programa de acondicionamiento físico en el departamento de rehabilitación pulmonar.

- *PX3*

Se tiene registro de pletismografía y difusión pulmonar de monóxido de carbono el 23 de enero del 2014. Los resultados fueron los siguientes.

-Pletismografía normal

-DLCO con disminución leve (69%)

El 16 de abril del 2014 acudió al laboratorio para la realización de espirometria con broncodilatador y difusión pulmonar de monóxido de carbono. El resultado fue el siguiente:

-Espirometria normal sin respuesta significativa a broncodilatador

-DLCO en disminución leve

Estas pruebas fueron realizadas cuando el paciente todavía seguía en el programa de rehabilitación y después de haber concluido.

CONCLUSION

A manera de conclusión se puede decir que la realización del servicio social y prácticas profesionales en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias fue de gran ayuda en el fortalecimiento de conocimientos y aprendizajes como profesional de la salud, se reafirmaron conceptos vistos en clase y se obtuvo experiencia en el medio laboral.

Como Promotor de la Salud se debe poner énfasis en las condiciones individuales y colectivas, abriendo una brecha en la posibilidad de mejorar la percepción de la persona sobre su entorno, esto es, dejar a un lado la idea que una persona enferma vive despojada de la sociedad. Si bien la enfermedad limita realizar con normalidad las actividades de la vida diaria, es claro que la persona con la atención médica y social adecuada puede convivir con esa limitación y percibirse como un ser razonablemente feliz, integrado a un mundo laboral, familiar o social, con la perspectiva de desarrollo personal y con las metas necesarias en el incremento de sus capacidades.

Al momento de adentrarse al mundo laboral se debe tener claro que la salud es un derecho así como la información también lo es; es responsabilidad del promotor trabajar sobre el desarrollo comunitario y enfocar sus esfuerzos hacia el completo entendimiento de las personas respecto a los procedimientos que se pretendan hacer, despojarse de la soberbia de ser universitarios o profesional de la salud y dar entrada al contacto humano donde se considera la sabiduría de la gente, ya que como decía el fallecido director general de la OMS el Dr. Hiroshi Nakajima “*La salud es un producto de la acción social y no sólo un resultado de los cuidados médicos*”

El Promotor de la Salud se enfrenta a una realidad laboral hostil y más cuando se trata de un medio clínico debido al desconocimiento de la licenciatura y la terminología que ahí se maneja; sin embargo todo tiene solución siempre y cuando se tengan las ganas de defender la licenciatura a partir del trabajo constante, y en la búsqueda de adherencia con las demás disciplinas.

Asimismo se debe incorporar la percepción del sujeto, ya que a partir de esta se tendrá una evaluación de los resultados en salud, se debe trabajar siempre por la mejora de calidad de vida sin importar la dificultad que esto signifique.

La realización de este trabajo fue un acercamiento del Promotor de la Salud al campo médico, tal vez no quede claro en un principio pero si se sigue esta línea de intervención, seguramente en un futuro no muy lejano surgirán más trabajos en esta área y se podrá visualizar más claro la intervención de la Promoción de la Salud.

Se da cuenta que la distribución desigual de los recursos y el acceso a la educación se refleja en el mejoramiento de salud de la gente que se estudió, las condiciones de vida marcan la estabilidad de la gente y las hace percibir las cosas de diferente manera. La salud se enfrasca en un mundo de mercancía donde el que tiene para pagar su enfermedad tiene mayor progreso. Como Promotores de la Salud se debe poner mayor atención y hacer una intervención más detallada cuando se presenten estos casos, por ejemplo, proponer mediadas de autocuidado, adecuación de la infraestructura en casa para evitar accidentes e incluso llevar el programa de Rehabilitación Pulmonar a los hogares en los que la gente no pueda asistir a los hospitales, esto impactaría favorablemente en la comodidad y satisfacción de la gente.

En el caso de las entrevistas, se obtuvieron buenos resultados, ya que la acción de compartir experiencias de vida es un acto muy humano y habla del compromiso que como equipo multidisciplinario se debe tener en los diferentes contextos, ser empáticos con la gente y no hacer juicios tajantes; dicho en otras palabras significa sentarse con la gente, escucharla y saber que piensa para dar mejor solución a las problemáticas.

Por otra parte se observó que ningún paciente mostró deterioro de salud después del programa de Rehabilitación Pulmonar, todos tuvieron mejoría en mayor o menor proporción o simplemente se mantuvieron sin que hubiera más deterioro de salud.

Cabe mencionar que algunos pacientes tuvieron complicaciones de salud durante el programa lo que prolongó el tiempo de término; sin embargo después de su recuperación retomaron el programa con las especificaciones adecuadas.

Se lograron los objetivos que marcan las guías de Rehabilitación Pulmonar, puesto que los pacientes mejoraron su capacidad de ejercicio, redujeron la percepción de disnea, se notó mejoría en la salud y en específico se redujo la cantidad de litros de oxígeno suplementario administrado y hubo reducción de la ansiedad y depresión.

En este proceso de Rehabilitación-Promoción intervienen diferentes procesos que hacen ver las características del ser humano como ser libre y autónomo de decidir qué hacer con su enfermedad y por lo tanto con su cuerpo: ser *sapiens*, *faber*, *ludens*, erótico y político, es decir, el razonamiento, la imaginación, motivación, trabajo y toma de decisiones que involucra al sujeto individual y colectivo, dicho en otras palabras, el compromiso que la persona se va a forjar para alcanzar un estado de bienestar biopsicosocial a pesar de verse limitado por la enfermedad, así mismo el compromiso de la familia hacia el individuo es de suma importancia para darle motivación y de esta manera se cumpla con los objetivos planteados en un principio.

Es un poder desear, pensar, decir y hacer, atribuible a cada sujeto individual y también al sujeto colectivo. El pensar, el decir y el hacer se traduce en procesos de cambio en donde lo que hoy está o es, se puede entender desde el mirar al pasado inmediato. A partir de lo que está o es, el sujeto puede desear e identificar maneras de delimitar, contrastar con “lo posible” para así hacer reales esos deseos, es decir, puede imaginar futuros viables.

Desde estos dos puntos, lo que está y lo posible, entonces definirá acciones en el presente que le permitan pasar del querer al hacer.

El nivel de salud de un individuo o de un grupo pudiera entonces ubicarse por la capacidad de ejercerse, desarrollarse y permanecer como humano en sus dos naturalezas (capacidad de dignidad humana) y la Promoción de la Salud como un

planteamiento que desde lo biológico, lo político y lo pedagógico identifica y lleva a cabo prácticas encaminadas a favorecer la elevación de esos niveles de salud (Chapela, 2014).

Retomando el tema de la dignidad, se nota relación con la Rehabilitación cuando se reconoce y se respeta a la otra persona.

“El uso impreciso del término "dignidad", sin una clara definición, se atribuye al individuo como valor innato y desvinculado de sus referencias culturales, culmina en su sustitución por un concepto más claro y operacional: el de "autonomía", enfrenta la cuestión conceptual de la dignidad humana como construcción relacional que se obtiene mediante el reconocimiento del otro. De esta manera, este término, más amplio y móvil históricamente que el concepto principialista de autonomía, incorpora en su definición y operacionalización las diversidades individuales, sociales y culturales” (Pyrrho, 2009).

La autonomía se relaciona con la dignidad porque es una definición del ser humano, de un ser que tiene derechos y tan libre es de ejercer sus derechos como para decidir involucrarse a un programa de Rehabilitación o no.

Dicho lo anterior vale la pena decir que la dignidad es proporcional al derecho de decisión del individuo cuando se expresa y se reconoce.

La Promoción de la Salud es un campo muy diverso con ideas diferentes sobre la visión de los problemas que se pretenden abordar y la causa de éstos. Las diferentes maneras de hacer Promoción de la Salud pueden derivarse de la manera en la que el profesional entiende la salud.

Ante todo, la Promoción de la Salud es un conjunto de prácticas diversas en las que se aplican saberes para resolver problemas. Cabe señalar que la Promoción de la Salud se apoya en diferentes disciplinas que ayudan a identificar y entender los problemas; algunas de estas disciplinas son la Epidemiología, Sociología, Antropología, Etnología o la Medicina. Así mismo se utilizan varias técnicas como la pedagogía, mercadotecnia, comunicación, administración, psicología, etc. Con

esto se da cuenta que la Promoción de la Salud es un campo de aplicación de conocimientos de varias disciplinas con la finalidad de resolver y dar seguimiento a las distintas problemáticas.

Los determinantes de la salud juegan un papel importante en el éxito de los programas que involucren Promoción de la Salud, estos deben ser abordados a partir de las políticas y acciones para la salud, es decir, esto es un trabajo en equipo que debe incluir al gobierno, instituciones, escuelas y principalmente a los Promotores de la Salud que deben enfocarse en evidencia clara, la mayoría de la gente identifica los efectos positivos y negativos de los determinantes de salud, pero en ocasiones solo queda en eso y no se hace mucho por intervenir en ellos, es decir, el concepto se queda en el aula de clases.

“Reconocer el impacto en la salud de las condiciones y políticas económicas y sociales podría tener grandes repercusiones en la manera como la sociedad toma decisiones sobre el desarrollo, y podría cuestionar los valores y los principios sobre los que se construyen las instituciones y se mide el progreso” (Wilkinson y Marmot 2003).

Con lo anterior se recalca el hecho que como sociedad y gobierno se deben identificar los factores que determinan la salud de las poblaciones y de esta manera tener evidencia clara para que los gobiernos destinen más recursos al sector salud; así pues se tendrían mejores condiciones de infraestructura en las instituciones y se podría brindar servicio de mayor calidad donde el principal beneficiado será la población.

REFLEXIÓN COMO PROMOTOR DE LA SALUD

Gracias a la realización de este documento y la relación que guarda con Rehabilitación Pulmonar, se dio cuenta que el grupo de edad más demandante del servicio son los viejos, esto me ha causado inquietud en cuanto al aporte que la Promoción de la Salud pueda tener con este grupo de edad, puesto que fue el grupo de edad estudiado en este trabajo

Algunas enfermedades respiratorias empiezan a manifestarse a partir de los 40 a los 50 años de edad como es el caso de las enfermedades intersticiales abordadas; si bien es cierto que la población de la tercera edad está viviendo cada vez más años, las condiciones de salud en las que llegan a esa edad no siempre son las optimas.

Se logró identificar que este sector vive con una serie de problemas sociales como el abandono, la soledad, la dependencia física y económica derivada del abandono del trabajo que en muchas ocasiones es resultado de las limitaciones que causa la enfermedad.

Otro factor que influye en su inestabilidad es la alimentación y el ejercicio físico, como se sabe, biológicamente el cuerpo se va alentando, las funciones motoras ya no son tan rápidas como en la juventud, la masticación y deglución de los alimentos sólidos es más lenta, lo que conduce a que las personas prefieran alimentos de menor consistencia provocando un desequilibrio en la alimentación; situándose en un rol familiar al adulto mayor en ocasiones es el último de la mesa en terminar sus alimentos, orillándolo a que se le empiece a servir a parte de los demás miembros de la familia, en resumen poco a poco se le va excluyendo, derivando en los contextos antes mencionados de soledad.

En temas de ejercicio físico son escasos los lugares para brindar atención profesional a este grupo de edad, lo que provoca falta de interés de las personas por el ejercicio que en un futuro conducirá a la inmovilidad. Un aspecto identificado es que algunos familiares de las personas que acuden a rehabilitación no los dejan hacer muchas cosas en el seno familiar precisamente por ahorrarles

esfuerzo, esto es un gran error, ya que precisamente el punto es realizar actividad física y evitar el deterioro muscular.

Los Promotores de la Salud deben estar alertas en todo momento y en este contexto deben hacer uso de sus conocimientos y habilidades para ayudar a las personas a recobrar la calidad de vida que les ha sido arrebatada por la enfermedad, el trabajo con la familia es tan importante como hacerlo con el enfermo, ya que la familia es la principal fuente de ayuda, compañía y cuidado de este grupo de edad. Las personas que se sienten cobijados por su familia suelen tener buenos resultados al momento de la conservación de las capacidades físicas.

En este sentido visualizo la labor del Promotor de la Salud en tres de las cinco líneas de acción propuestas en la carta de Ottawa.

1.- Desarrollo de políticas saludables: Acceso del adulto mayor a bienes y servicios de calidad en los que se involucren atención médica, alimentaria, abogar por su recreación y que las condiciones de vivienda no sean un factor para el desequilibrio de su salud.

2.- Creación de entornos favorables: Trabajar para la construcción y recuperación de espacios de recreación dignos y adecuados para el adulto mayor, mejora en el transporte público con el fin de elevar la calidad de vida.

3.- Desarrollo de aptitudes personales: Trabajar sobre la comunicación social en salud, fomentando las ganas de vivir del adulto mayor y luchar por el mantenimiento de la calidad de vida.

Finalmente me gustaría agregar que como futuros Licenciados en Promoción de la Salud se debe tener la actitud de servicio, de beneficio del otro a partir del conocimiento propio, es cierto que hace falta práctica en el medio; sin embargo esto no debe ser factor para tirar la toalla, sino que a partir de situaciones como esta se luche por la inserción al medio laboral, se deben aprovechar las clases y las lecturas, ya que servirán para tener una visión más crítica y humanística del

contexto vivido, se sabe que esto tiene que ver con el desarrollo y consolidación de procesos sociales que no culminan en periodos cortos, el desarrollo de la Promoción de la Salud tiene que ver con enfoques multidisciplinarios para ver resultados efectivos.

Se debe trabajar en equipo para sacar adelante la carrera y la universidad, tengan siempre presente que de esta profesión vivirán sus familias y las familias de futuras generaciones, amen la licenciatura y agradezcan a la universidad por dejar adentrarse en el mundo de la Promoción de la Salud.

ANEXO I. DOCUMENTO DE INVESTIGACION APLICADO COMO PREGUNTAS ABIERTAS

Percepción del paciente sobre su enfermedad.

- 1.- ¿A lo largo de su vida ha padecido enfermedades de importancia que hayan afectado las actividades de su vida cotidiana. Narre cómo se han presentado y que atención les ha dado.
- 2.- ¿Cuál fue el motivo por el que acudió al INER?
- 3.- ¿Antes de llegar al INER, recibió atención médica en otra institución de salud; de ser así, de qué manera fue?
- 4.- Desde su punto de vista. ¿Cuáles son las causas principales que lo orillaron a venir al INER?

Percepción del paciente sobre las limitaciones de la enfermedad.

- 5.- ¿La enfermedad que actualmente padece ha afectado en sus actividades laborales, de qué manera?
- 6.- A partir de la enfermedad. ¿En qué aspectos a cambiado su relación familiar y de pareja (si tiene)?
- 7.- ¿Usted ha sufrido algún tipo de discriminación debido a su enfermedad. Narre cómo fue?

Percepción del paciente sobre la relación de la enfermedad con lo subjetivo y lo social

- 8.- ¿Qué opinión tiene de sí mismo a partir de que le diagnosticaron su enfermedad?

9.- ¿De qué manera se han visto afectados sus recursos económicos a partir de la enfermedad?

10.- ¿De qué manera se han visto afectadas sus relaciones con amigos o conocidos a partir de la enfermedad?

Percepción del paciente sobre su trayectoria en el INER

11.- ¿Se siente satisfecho con la atención (médica-administrativa) que ha recibido en el INER. Narre su experiencia

12.- ¿Está dispuesto a seguir constantemente y con disciplina el programa de rehabilitación pulmonar? ¿Por qué?

ANEXO II. RESUMEN DE ENTREVISTAS.

Se le realizó entrevista a tres de los cinco paciente estudiados, a los dos restantes no se les realizó por falta de tiempo debido a citas programadas.

PACIENTE 1.

La entrevista se llevó a cabo en un cubículo del departamento de Rehabilitación Pulmonar, el señor me comentó que vive en las inmediaciones del Estado de México. De inmediato se abordó el tema de la enfermedad y se indagó lo siguiente: estuvo internado en el IMSS por diagnóstico de Neumonía donde permaneció un total de seis meses. Tiempo después vuelve a tener complicaciones de salud, regresa al IMSS y le comentan que el problema es debido a Tuberculosis, seguido a esto le comentan que el mejor sitio para atender su problema es el INER y es así como llega al instituto. En el INER lo estabilizan y es canalizado al centro de salud de su localidad para continuar su recuperación con los medicamentos proporcionados.

Me cometa que el trato en el IMSS fue malo, no se sentía cómodo con el abordaje que le dieron a la enfermedad, en contraste, se siente muy satisfecho con el trato y el cuidado que le han brindado en el INER. Debido al problema de Tuberculosis se le hizo un expediente en el INER para darle seguimiento al caso, es en esta institución donde le dicen que por cuestiones de enfermedades anteriores su diagnóstico es Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Una vez que el INER se ocupa del caso, los médicos y demás personal se ha preocupado porque el señor sepa cómo usar sus medicamentos y el fin de uso, cosa que el IMSS nunca hizo.

El señor es mecánico automotriz de profesión; sin embargo ya no puede ejercer esa profesión debido a problemas de salud y a que los automóviles de la actualidad son más complicados de arreglar, solo hace actividades básicas de mecánica de vez en cuando.

La enfermedad ha fortalecido la relación con su familia, sobre todo con sus hijos, ya que ellos están al pendiente del proceso y son quienes solventan sus gastos por completo. Comenta que la afectación es con su esposa, ya que la actividad sexual se ha visto determinada por la enfermedad.

Gracias a que la familia sabe de las complicaciones de la enfermedad, el señor se encuentra optimista y está dispuesto a llevar a cabo su rehabilitación como recomiendan los profesionales de la salud. Su esposa lo apoya y es precisamente ella la que dice a sus hijos que deben apoyar a su papá, ya que él estuvo al pendiente de ellos en todo momento y ahora es tiempo de mostrarle su gratitud.

Por otra parte comenta que la enfermedad ha afectado mucho su economía, debido al alto costo de los medicamentos (broncodilatadores, esteroides y oxígeno suplementario), en específico el oxígeno suplementario es el medicamento que más ha afectado su economía, ya que el costo de recarga del tanque es elevado, es por ello que adquirió un concentrador de oxígeno para casa para no gastar tanto en las recargas del tanque; sin embargo el mantenimiento del concentrador también implica costos elevados. Por esta razón el señor se siente apenado con sus hijos por los grandes gastos que hacen para proporcionarle sus medicamentos e incluso para transportarlo al INER para sus estudios, es por ello que los horarios de acondicionamiento fueron programados de tal manera que hubiera alguien en casa que pudiera acompañarlo.

Así mismo me comenta que se siente muy a gusto con el trato que se le ha dado en el departamento de Rehabilitación Pulmonar, se muestra agradecido, ya que ha mejorado la percepción sobre sí mismo y se siente útil, en ocasiones va por sus nietos a la escuela y ayuda con actividades básicas en casa, es decir vuelve a ser una persona más independiente.

PACIENTE 2.

La entrevista se realizó en un cubículo del departamento de Rehabilitación Pulmonar.

La señora vive en el Distrito Federal y me comenta que durante los años anteriores de vida no había padecido enfermedades de importancia. Los problemas surgieron un 24 de diciembre del 2012 cuando le dolían las articulaciones y ya no podía respirar. Previo a este suceso presentaba dolores en el pecho que la hacían ir al médico particular, el dolor desaparecía con el medicamento recetado; pero el 24 de diciembre esta situación se volvió intolerable y su familia decidió llevarla a urgencias del INER.

La señora pasó momentos complicados ya que estuvo en una situación de salud muy complicada, cuando se logró estabilizarla pasó al área de pabellones para su monitoreo y recuperación. Después de la serie de estudios que se le practicaron se encontró que tenía un problema de Vasculitis, situación que fue manejada por el médico tratante invitándola a participar en un protocolo de investigación de dicha patología, es por ello que es ingresada al programa de acondicionamiento físico.

Según la información proporcionada, la señora si ha visto afectadas sus actividades de la vida diaria, debido al uso de oxígeno suplementario en cuestiones de transporte y de quehaceres de casa; sin embargo la relación familiar se ha fortalecido principalmente con sus hijos, ya que ellos son los que están al pendiente de su salud y son quienes solventan sus gastos por completo, ya que su esposo la abandonó años atrás.

Una de las cosas que le mortifica a la señora es el hecho de usar oxígeno suplementario, no solo por la incomodidad que significa andar transportando un concentrador consigo, sino por los costos elevados de la compra. Respecto al tema de la economía, si se ha visto afectada por la enfermedad, ya que el uso de medicamentos como broncodilatadores, esteroides y oxígeno suplementario significan un gasto elevado semanalmente. Me comenta que tal solo de la

hospitalización en el instituto, sus hijos tuvieron que pagar en aproximado de 80 mil pesos.

Por otra parte se encuentra muy satisfecha con el trato que ha recibido en el INER y ha notado gran mejoría a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria a partir del ingreso al programa de acondicionamiento físico, la percepción sobre si misma ha mejorado y se siente muy dispuesta a continuar con el proceso de rehabilitación.

PACIENTE 5.

La entrevista se realizo en un cubículo del departamento de Rehabilitación Pulmonar.

La señora es una paciente procedente del estado de San Luis Potosí pero actualmente vive en el Distrito Federal.

A lo largo de su vida no ha padecido enfermedades de importancia hasta que fue diagnosticada con Eventración Diafragmática, antes de ello acudió al centro de salud de su localidad por dolores de pecho y sensación de falta de aire, ahí le dijeron que tenía una hernia y que era necesario la canalización al INER, puesto que ahí no se contaba con la infraestructura necesaria; en el instituto se llega a la conclusión que es necesario operarla, pero antes habría que mandarla a Rehabilitación Pulmonar al programa de acondicionamiento físico para que llegara en optimas condiciones al proceso quirúrgico, por tal motivo la señora se deprime y se siente sin ánimos de continuar luchando; sin embargo encuentra apoyo en una vecina que es médico quien le brinda apoyo moral y gracias a ello logra recuperar las ganas de seguir adelante a pesar de las complicaciones y el riesgo que significa una operación.

La enfermedad si había afectado sus actividades de la vida diaria ya que la falta de aire y el cansancio no dejaban que continuara con sus labores. Esto se agravaba a la hora de ir a trabajar, cabe mencionar que la señora vive con una

sobrino y sostiene sus gastos con la venta de dulces y otros comestibles afuera de una primaria, me comenta que no tiene contacto con su familia ni mucho menos con su esposo, ya que la dejó después de haber vivido 10 años juntos en el D.F.

Una parte importante de mencionar es que el trabajo le ha dado fuerzas para continuar luchando con la enfermedad, ya que aprecia el cariño que le muestran los niños y en ocasiones llega a soñarlos cuando están en periodo vacacional.

En lo que respecta a la parte económica cabe mencionar que se ha visto muy afectada, ya que el traslado desde su casa hasta el instituto es costoso y además debe pagar por las sesiones de acondicionamiento, ella menciona que se le hace pesado hacer dicho gasto, ya que solventa sus gastos únicamente con la venta de dulces y hay ocasiones que no concilia el sueño por estar pensando en las cuestiones económicas.

Por último la señora se siente a gusto con el trato y la atención que ha recibido de parte del personal del INER desde el médico tratante hasta el personal del departamento de Rehabilitación. Gracias a que ha acudido periódicamente a las sesiones de acondicionamiento ha podido llevar a cabo sus actividades de la vida diaria de manera más fluida, ya no se cansa tanto según comenta. Así mismo se encuentra optimista en el proceso de Rehabilitación y pretende llegar en las mejores condiciones al proceso quirúrgico.

ANEXO III. Glosario de términos

Ergómetro: En este contexto vamos a relacionar al ergómetro con un equipo de gimnasio adecuado para hacer ejercicio en pacientes neumòpatas, puede ser de brazos o piernas.

Saturación de oxígeno: Cantidad de oxígeno que transportan la sangre en un momento concreto. La saturación debe tener límite inferior de 90%.

TA: Tensión Arterial

W: Carga medida en watts

Rpm: Revoluciones por minuto. Velocidad con la que el paciente hace ejercicio en el ergómetro.

Borg: Escala de Borg para medir sensación de falta de aire y fatiga muscular, el paciente le da una calificación del 0 al 10 donde 0 es nada y 10 es máximo

L/min: Litros de oxígeno suplementario administrados por minuto

mm Hg: Medida de presión aplicable en la tensión arterial (milímetros de mercurio)

lpm: Latidos por minuto

REFERENCIAS.

1. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado (2005). Tailandia. (En línea) disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf (Accesado el 13 de marzo del 2015).
2. Castro A. Cap. 12: Promoción de la Salud. *En: Rafael GG, Laura MA, Juan Manuel CA (editores). La salud pública y el trabajo en comunidad.* UNAM, McGraw Hill, México, 2010
3. Conferencia Internacional de Promocion de la Salud (1997). “Declaracion de Yakarta sobre la Promocion de la Salud en el siglo XXI”, julio 21-25, Yakarta, Republica de Indonesia, (En línea) disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf (Accesado el 13 de marzo del 2015)
4. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1988) “Políticas Publicas para la Salud DECLARACION DE LA CONFERENCIA. Recomendaciones de Adelaide.” (En línea) disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf (Accesado el 13 de marzo del 2015)
5. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1992). Santa Fè de Bogotá Colombia, (En línea) disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/promocion-bogota.pdf> (Accesado el 13 de marzo del 2015)
6. Chapela. M del C y E. Jarillo. “*Promoción de la salud, siete tesis del debate*” (En línea) <http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC
S&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=283007&indexSearch=ID](http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=283007&indexSearch=ID)

(Accesado el 29 de Noviembre del 2014)

7. Chapela. M del C. (2008) “*Promoción de la Salud para la disminución de riesgos y el cuidado de enfermedades crónicas de las viejas y los viejos*” en Mendoza, Mexico, UNAM.
8. Chapela. M del C. “*Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*”. Accesado el 15 de marzo del 2015.
http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf
9. Diabetes Atlas, 3th ed. International Diabetes Federation, 2007
10. Declaracion de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud (1991). 9-15 de junio de 1991 Sundsvall, Suecia. (En línea) disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf (Accesado el 13 de marzo del 20115)
11. Dewalt, Kathleen M. y Dewalt Billie R. (2002) *Participant observation: a guide for field workes*. Walnut Creey CA: Alta mira press
12. González, G. R.; Moreno, A. L.; Castro, A. J. (Coordinadores). 2010. *La salud pública y el trabajo en comunidad*. Ed. McGraw-Hill. D. F., México.
13. González G. Rafael, Ponencia en el Congreso Académico de la Facultad de Medicina de la UNAM en la Mesa Redonda, “Síndrome metabólico; su dimensión biológica y social” Oct, 2006.

14. Hernández, T. González, D. (2008) “*Calidad de vida aplicada a la Neumología*”, accesado el 05 de abril del 2015. Disponible en <http://www.neumosur.net/files/EB04-08%20calidad%20vida.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. (1986). “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” en *La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud* (En línea), disponible en http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es (Accesado el 25 de abril del 2014)
16. Pineault, RD. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Masson, Barcelona, 1991
17. Portilla, F. y G. Constanza, (2008) *Manual de medicina de rehabilitación: calidad de vida mas allá de la enfermedad*, 2ª ed, El Manual Moderno, Bogotá, Colombia. 880p
18. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (2000). “Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad”, Ciudad de México 5 de junio. (En línea) disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf (Accesado el 13 de marzo del 2015)
19. Rodríguez, J.A., et al. “Enfermedades Intersticiales Difusas del Pulmón. Fibrosis Pulmonar Idiopática” (En línea), disponible en <http://www.neumosur.net/files/EB04-34%20FPI.pdf> (Accesado el 12 de noviembre de 2014).

20. Rossi, PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: a systematic approach*. Sage publications. Boston, 1999
21. Stufflebeam, DL. *Educational evaluation and decision making*. Peacock. Itaca, Illinois, 1971
22. Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994) "*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*", 1ª edición 1987, 2ª reimpression 1994, Barcelona, España, 301p.
23. Torre- Bouscoulet, L, et al. 2011. "*Pruebas de función respiratoria, ¿cuál y a quién?*", en *Neumol Cir Torax* Vol 70 – num. 2:99-115, abril-junio 2011
24. UACM. (2015) accesado el 06 de abril del 2015, disponible en <http://www.uacm.edu.mx/uacm/es-es/colegios/colegiodecienciasyhumanidades/licenciaturascchy/promoci%C3%B3ndelasalud.aspx#79371093-plan-de-estudios>
25. Werner D, Bower, B. *Aprendiendo a promover la salud*. Fundacion Hesperian. 2ª. Edicion, 2ª. Reimpression. Palo Alto, California, 2010.