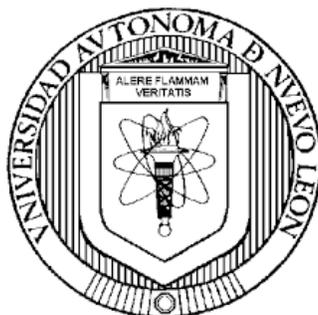


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL ALTA
HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

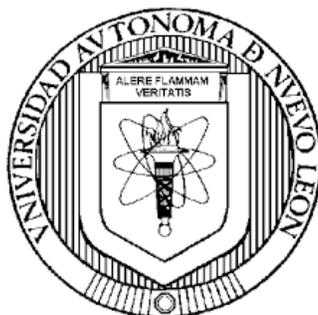
Por

LIC. CELIA CONCEPCIÓN MEZA RIVERA

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

AGOSTO, 2022

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



CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL ALTA
HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

Por

LIC. CELIA CONCEPCIÓN MEZA RIVERA

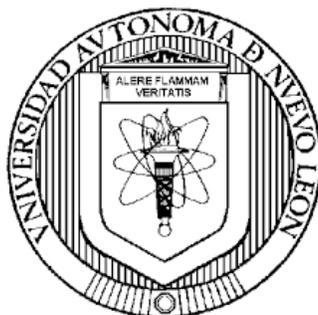
Director de Tesis

MCE. MA. GUADALUPE INTERIAL GUZMÁN

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

AGOSTO, 2022

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



CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL ALTA
HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

Por

LIC. CELIA CONCEPCIÓN MEZA RIVERA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

AGOSTO, 2022

CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL ALTA
HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

Aprobación de Tesis

MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán

Director de Tesis

MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán

Presidente

Dra. Leticia Vázquez Arreola

Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el estímulo monetario brindado para realizar los estudios del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

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

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su desempeño hacia la facultad, también por su apoyo y recomendaciones hacia este trabajo.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por la oportunidad de ser parte del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, directora de tesis por su confianza, asistencia, consejos, por su guía y compromiso hacia mi aprendizaje y formación.

A Dra. Leticia Vázquez Arreola por su orientación y recomendaciones hacia este trabajo.

A mis amigos Dulce y Víctor por su apoyo y amistad, conocimiento y enseñanza compartida.

A cada uno de los pacientes que participaron en este estudio, ¡muchas gracias!

Dedicatoria

A mis papás por su cariño, motivación y apoyo.

A mi compañero de vida y amigo Gabriel López, por acompañarme durante esta travesía, escucharme, por todo su cariño, motivación y por el conocimiento compartido.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	4
Estudios relacionados	11
Definición de términos	15
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño de estudio	17
Población, muestra y muestreo	17
Criterios de inclusión	17
Instrumentos de medición	18
Procedimiento de recolección de datos	19
Consideraciones éticas	20
Plan de análisis estadístico	22
Capítulo III	
Resultados	24
Perfil sociodemográfico de la población de estudio	24
Consistencia interna de los instrumentos	26
Calidad de la educación al alta en pacientes posquirúrgicos	26
Preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos	29
Prueba de normalidad de las variables continuas	32
Diferencias en la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria	33

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Relación entre calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria con características personales	35
Capítulo IV	
Discusión	37
Conclusiones	41
Recomendaciones para la investigación	41
Recomendaciones para la práctica	42
Referencias	43
Apéndices	48
A. Carta de consentimiento informado	49
B. Cédula de datos del paciente	52
C. Escala calidad de la educación al alta	53
D. Escala preparación para el alta hospitalaria	56

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de los pacientes posquirúrgicos	24
2. Cirugía realizada y días de estancia hospitalaria	25
3. Consistencia interna de los instrumentos	26
4. Calidad de la educación al alta global y por subescalas	27
5. Calidad de la educación al alta: contenido necesario	27
6. Calidad de la educación al alta: contenido recibido	28
7. Calidad de la educación al alta: entrega de la educación	29
8. Preparación para el alta hospitalaria global y por subescalas	30
9. Preparación para el alta hospitalaria: estado personal	30
10. Preparación para el alta hospitalaria: conocimiento	31
11. Preparación para el alta hospitalaria: afrontamiento	31
12. Preparación para el alta hospitalaria: apoyo esperado	32
13. Prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors	33
14. Prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis para calidad de la educación al alta según sexo, estado civil y nivel educativo	34
15. Prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis para preparación para el alta hospitalaria según sexo, estado civil y nivel educativo	35
16. Relación entre la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria con edad y años de escolaridad	36

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de las transiciones de Meleis (2015)	8
2. Relación de conceptos de la teoría de transiciones de Meleis (2015)	9
3. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	10

Resumen

Lic. Celia Concepción Meza Rivera
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2022

Título del estudio: CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN
PARA EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

Número de páginas: 58

Candidato para Obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Objetivo y Método del Estudio: El objetivo del estudio fue determinar la relación de la calidad de la educación con la preparación para el alta hospitalaria y con las características personales en pacientes posquirúrgicos. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La muestra se conformó por 171 pacientes posquirúrgicos de una institución pública de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó una cédula de datos y dos escalas: Calidad de la educación al alta y Preparación para el alta hospitalaria. Para dar respuesta a los objetivos se utilizó la estadística descriptiva y estadística no paramétrica como U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis, además la Correlación de Spearman.

Contribución y Conclusiones: De acuerdo con las características de la población de estudio predominó el sexo femenino con 59.1%, respecto a la edad, la media fue de 37.56 años ($DE = 12.87$). La calidad de la educación obtuvo un puntaje de 190 en una escala de 0 a 250. La preparación para el alta fue de 175 en una escala de 0 a 210. Se encontró diferencia significativa en la calidad de la educación con respecto al estado civil ($H = 19.97$; $p = .001$). En la preparación para el alta hospitalaria hubo diferencias significativas por sexo ($U = 2603$; $p = .003$), estado civil y nivel educativo ($H = 15.11$, $p = .010$; $H = 8.18$, $p = .042$, respectivamente). La edad se relacionó negativa y significativamente con la calidad de educación al alta y con la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = -.172$, $p = .025$; $r_s = -.170$, $p = .026$) lo que sugiere que a menor edad perciben mayor calidad de la educación y mayor preparación para el alta hospitalaria. Con respecto a los años de educación, se relacionó positiva y significativamente con la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = .190$; $p = .013$), lo que indica que a mayor escolaridad los pacientes perciben mayor preparación para el alta hospitalaria; sin embargo, no se relacionó con la calidad de la educación ($r_s = .093$, $p = .227$). Los hallazgos de este estudio muestran la importancia de la calidad de la educación al alta, es esencial que el paciente se sienta preparado para su egreso; asimismo, se deben de considerar las características personales de cada paciente debido a que muestran necesidades diferentes a la hora de recibir la educación.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La gestión adecuada de la calidad en servicios sanitarios contribuye en la seguridad del paciente, los sistemas de salud se preocupan por garantizarla en todos los procesos de atención, por lo cual, para lograr la calidad, los servicios sanitarios deben ser eficientes, inequívocos y centrados en los pacientes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Un proceso prioritario es el egreso hospitalario, en el cual la calidad de la educación y el aseguramiento de la preparación del paciente para su cuidado en el hogar son esenciales, ya que se ha demostrado que incrementan la seguridad y la recuperación esperada, además reducen la estancia hospitalaria y la readmisión no programada (Gonçalves et al., 2016).

La calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria se deben implementar en todos los pacientes hospitalizados; sin embargo, los posquirúrgicos son un grupo prioritario; es elemental que se sientan preparados para la transición del hospital a su hogar, porque deben afrontar la recuperación de su autonomía e integridad física posterior a la cirugía (González et al., 2017). A nivel mundial la comisión de Lancet sobre cirugía global identificó que cada año se realizan 313 millones de cirugías (Meara et al., 2015). Del 2017 al 2018 el número de cirugías incrementó en un 3.2%, predominando las cirugías generales donde destacan aquellas del aparato digestivo como colecistectomía, apendicetomía, laparotomía, reparación unilateral de hernia inguinal, entre otras (Secretaría de Salud [SSA] 2018). Por otra parte, el Sistema de Información de la Secretaría de Salud [SISS] (2020) reporta que en el año 2020 se efectuaron 916,120 cirugías a nivel nacional y que en un día típico se realizan alrededor de 10,000 cirugías; a nivel local en el estado de Nuevo León reportaron 20,808 intervenciones quirúrgicas correspondientes al mismo año.

Los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas requieren múltiples cuidados en el hogar para evitar complicaciones. Al respecto, se señala la necesidad de garantizar la calidad de la educación al alta y el aseguramiento de la preparación para el alta hospitalaria, debido a que el paciente posquirúrgico se encuentra en un estado vulnerable donde pueden aparecer complicaciones como las gastrointestinales e infecciones en el sitio quirúrgico que demandan reingresos hospitalarios; mismos que pueden prevenirse hasta en un 50% de los casos con una mejor educación, con lo cual se reducen los costos innecesarios en la atención y se evita una experiencia negativa para el paciente (Dawes et al., 2014; Krook et al., 2020; Merkow et al., 2015).

Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de implementar un plan de alta hospitalaria con el objetivo principal de ayudar a los pacientes a autogestionar su cuidado fomentando la comprensión, motivación y habilidades necesarias para el autocuidado en el hogar. Se considera una herramienta efectiva, que incluye cuatro requisitos fundamentales para una planificación eficaz: Evaluación adecuada de la preparación de los pacientes para el alta, planificación coherente del alta, comunicación apropiada y transferencia de información del personal de enfermería al paciente; así como seguimiento adecuado después del alta (Flink & Ekstedt, 2017; Gholizadeh et al., 2018).

De acuerdo con Weiss et al. (2017) en el proceso de preparación del paciente para el alta hospitalaria la enfermera es la responsable de brindar la enseñanza al paciente y al cuidador; es esencial garantizar la calidad de la educación del plan de alta y la preparación del paciente para el egreso; sin embargo; la literatura reporta que estos procesos se ven afectados por limitaciones de tiempo del personal de enfermería, falta de atención del paciente y del cuidador; así como comorbilidades que demandan mayores necesidades de educación para el autocuidado del paciente en el hogar (Luther et al., 2019; Merkow et al., 2015). Además, la falta de personal, comunicación inadecuada y presión para dar de alta al paciente contribuyen a una deficiente planificación del alta y una mayor tasa de reingreso hospitalario (Carthon et al., 2015).

Se reporta que la calidad de la educación al alta es estadísticamente relacionada con la disminución de las tasas de reingreso (Luther et al., 2019).

El plan de alta debe considerar dos aspectos fundamentales, la calidad de la educación y la preparación del paciente para el egreso; asimismo, es esencial asegurarse que comprendió la información y sabe cómo aplicarla para su cuidado en el hogar. La calidad de la educación proporcionada dentro del plan de alta debe fomentarse de manera integral, donde la enfermera se encarga de proveer la información necesaria y requerida a través de los recursos disponibles e incluye tres dimensiones: contenido necesario, contenido recibido y entrega de la educación (Silva et al., 2018). En la preparación para el alta es esencial que la enfermera se asegure que el paciente se perciba a sí mismo listo para su egreso y comprende cuatro dimensiones: estado personal, conocimiento, afrontamiento y apoyo esperado (Weiss & Piacentine, 2006).

Respecto a la calidad de la educación al alta se reporta que influye en la preparación del paciente, se señala que la enfermera debe considerar los factores fisiológicos, que incluyen la evaluación de capacidades físicas y funcionales de los pacientes, el estado nutricional y la medicación; asimismo, es esencial que evalúe los factores sociales como los tipos de servicios al alcance del paciente, la familia involucrada en el cuidado, así como la duración del cuidado necesario. Por otro lado, la disminución de calidad de la educación al egreso está relacionada con limitaciones en los procesos de enseñanza de la institución y con un apresurado egreso (Mehta et al., 2015; Nurhayati et al., 2019).

En relación con la preparación para el alta hospitalaria, la literatura reporta que un aspecto fundamental es el conocimiento de su enfermedad (Qian et al., 2021; Qiu et al., 2019). Por otra parte, Nurhayati et al. (2019) y Wallace et al. (2016) destacan como elemento esencial para el egreso del paciente el apoyo familiar/social. Asimismo, se reporta que las características personales influyen en la calidad de la educación y en la preparación para el alta hospitalaria; el nivel educativo alto se asocia con la calidad de la

educación en la subescala de contenido recibido y con la preparación para el alta en la subescala de conocimiento, asimismo; el estado civil casado con la subescala de apoyo esperado y, por último, el género masculino presenta una mayor preparación para el egreso. La literatura señala que los pacientes que no están preparados para su egreso y no tienen apoyo familiar prolongan su estancia hospitalaria; además de tener la probabilidad de una futura readmisión (Partoune et al., 2017; Wallace et al., 2016).

Como puede observarse, los pacientes posquirúrgicos son un grupo prioritario que requiere calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria. Los resultados del presente estudio servirán de base para que los administradores de enfermería diseñen protocolos estandarizados dirigidos a los pacientes posquirúrgicos que incrementen la calidad de la educación y les permitan una mayor preparación con la finalidad de que realicen un mejor autocuidado en el hogar que favorezca una pronta recuperación y disminución de complicaciones. Por lo anterior, el presente estudio tiene como propósito determinar la relación de la calidad de educación con la preparación para el alta hospitalaria y con las características personales en pacientes posquirúrgicos.

Marco conceptual

El sustento que respalda este trabajo de investigación está basado en la teoría de Afaf Ibrahim Meleis llamada transiciones, la cual fue desarrollada en la década de 1960 hasta su última actualización en el 2015. Esta teoría comprende el proceso de transición como una etapa compleja en la que los pacientes tienen un alto grado de vulnerabilidad y al igual que sus familias afrontan las derivaciones de la recuperación sin el apoyo del personal sanitario, así mismo surgen necesidades de información, apoyo, educación y en donde éstas se incrementan por el estrés y la ansiedad (Marriner & Raile, 2011).

Meleis clasificó las transiciones como saludables y no saludables, las saludables las definió como aquellas conductas, sentimientos, señales o símbolos relacionados a nuevos roles e identidades; por otra parte, las no saludables o inefectivas están asociadas

con la insuficiencia de rol que a su vez es cualquier problema en el conocimiento o ejecución respecto a los sentimientos y objetivos relacionados por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2007). La teoría de las transiciones cuenta con cuatro constructos: naturaleza de la transición, condiciones de las transiciones: facilitadores e inhibidores, patrones de respuesta y terapéutica de enfermería (Figura 1). A continuación, se describe cada uno de ellos:

Naturaleza de la transición (tipos, propiedades y patrones). Existen tres tipos de transiciones: de desarrollo que comprende desde el nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte; situacional/salud enfermedad que incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad; así como las transiciones organizativas, las cuales involucran cambios en las condiciones del contexto que van a afectar las vidas de los pacientes, así como de los trabajadores.

Dentro de la naturaleza de la transición se señalan las propiedades de la experiencia de la transición que incluye cinco subconceptos; el primero, la conciencia que se define como la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia que se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo conocido y las respuestas a ser sometidos a transiciones similares. Seguido se tiene el compromiso, que señala el grado de implicación de la persona en el proceso inseparable de la transición, el nivel de conciencia que influye a que esto suceda. En tercero, los cambios y diferencias son todas las identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta que dan sentido de dirección a los procesos tanto internos como externos. El tiempo, que es considerado en todas las transiciones; sin embargo, no todos los cambios se relacionan con la transición.

Por último, puntos y acontecimientos críticos son marcadores como el nacimiento, la muerte, el diagnóstico de una enfermedad o el cese de la menstruación, están vinculados para intensificar la conciencia de los cambios o disparidades o con un compromiso más activo en el proceso de la transición. Respecto a los patrones pueden

ser múltiples o complejos, refieren que muchas personas suelen sufrir múltiples transiciones al mismo tiempo en lugar de solo una, y por consiguiente no pueden distinguir las fácilmente en los contextos de la vida diaria. Por lo cual se sugiere la importancia de considerar si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas.

Condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en las personas en cómo se mueven en una transición, éstas facilitan o frenan el progreso para lograr una transición saludable, dentro de las condiciones se encuentran las personales que comprenden los significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento, así mismo, se incluyen las condiciones comunitarias o sociales que son recursos de la comunidad o carencias que influyen en facilitar o inhibir las transiciones.

Patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado caracterizan las respuestas saludables. Los indicadores de proceso mueven a las personas en dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo, permiten una valoración e intervención temprana de las enfermeras para facilitar resultados saludables, en este proceso el paciente puede sentirse conectado, interactuar y desarrollar confianza y afrontamiento. Por otro lado, los indicadores de resultado pueden usarse para corroborar si una transición es saludable o no; además, pueden relacionarse con otros acontecimientos en las vidas de las personas si se examinan demasiado pronto en el proceso de la transición; incluye dominio e identidades integradoras fluidas las cuales se observan en la transición el dominio de las habilidades y comportamientos para gestionar sus nuevas situaciones o entornos.

Por último, la terapéutica de enfermería se conceptualiza en tres medidas aplicables a la intervención terapéutica, la primera valorar la preparación: requiere un esfuerzo multidisciplinar y conocimiento completo para valorar cada condición de la transición para crear un perfil de la preparación del cliente y a su vez permitir a médicos e investigadores identificar varios patrones de la experiencia de transición. Segundo, la

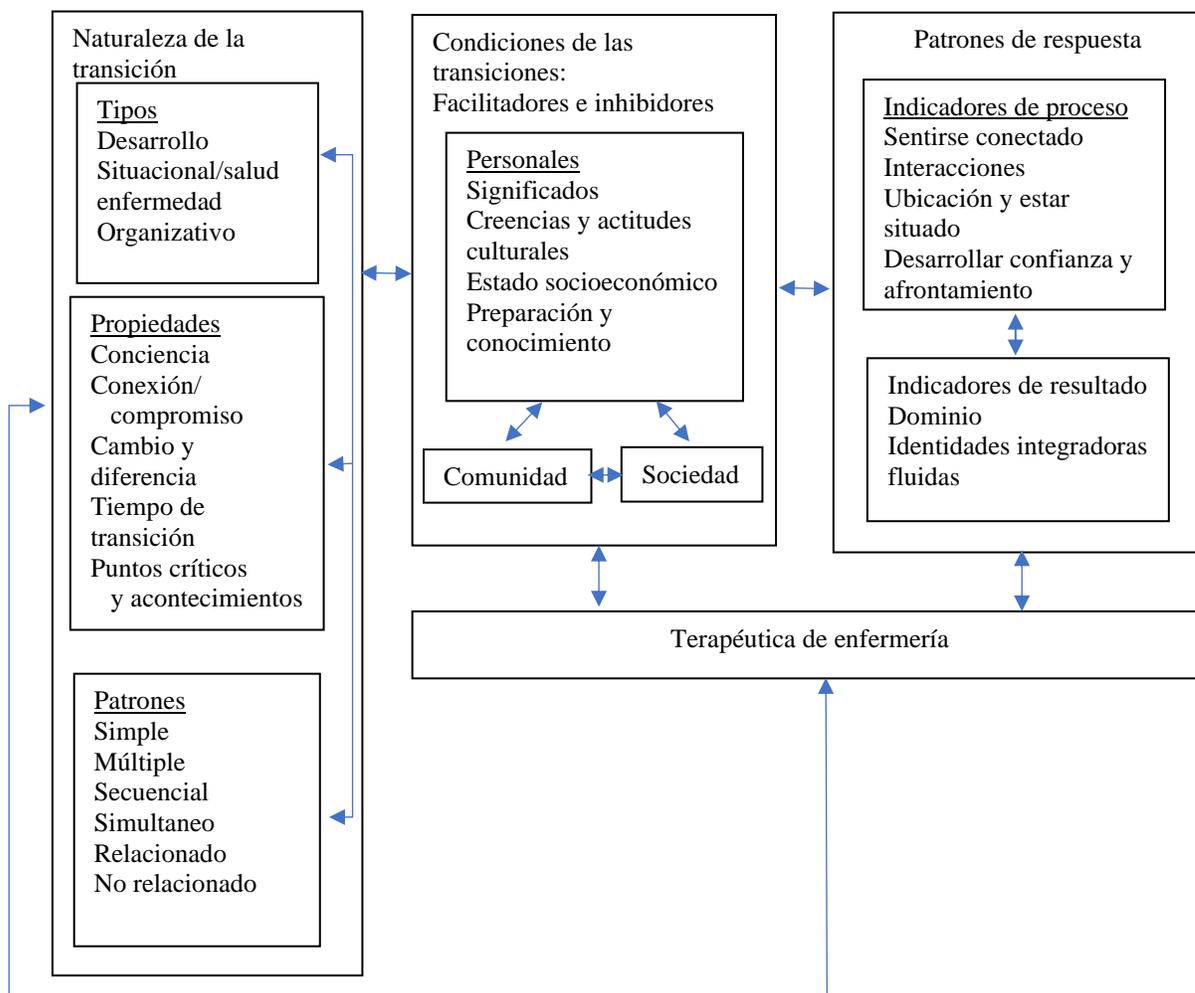
preparación para la transición incluye la educación como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación de la transición y, por último, el suplemento del rol en donde se clarifica y se adopta roles que pueden ser preventivos, así como terapéuticos.

A continuación, se muestran los principales supuestos de la teoría de las transiciones

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

Figura 1

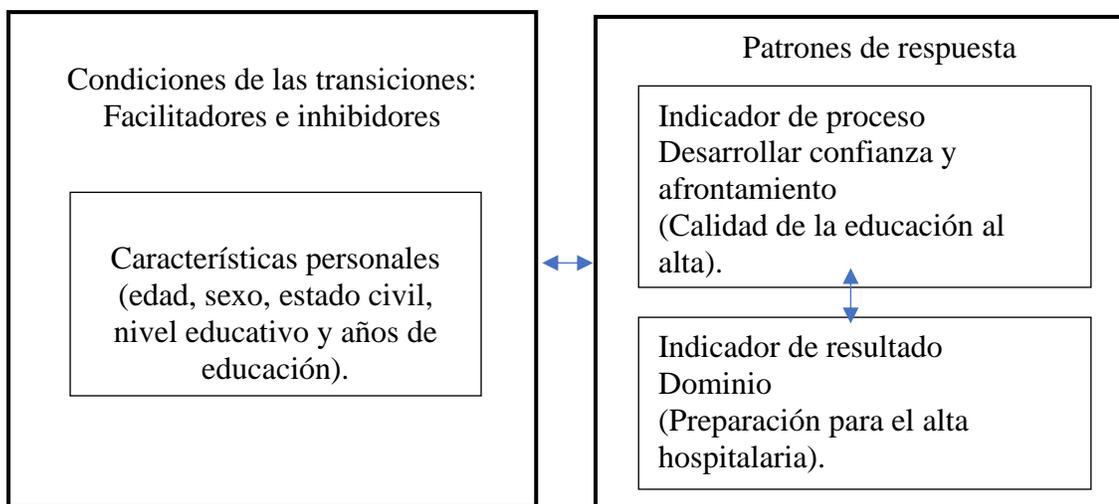
Teoría de las transiciones de Meleis (2015)



En el presente estudio se utiliza el constructo de condiciones de las transiciones: Facilitadores e inhibidores y corresponde a las características personales; edad, sexo, estado civil, nivel educativo y años de educación. Asimismo, otro constructo es el indicador de proceso respecto a desarrollar confianza y afrontamiento y corresponde a la calidad de la educación al alta y por último el indicador de resultado dominio el cual se conceptualizó como la preparación para el alta hospitalaria. A continuación, en la Figura 2 se muestra la relación de conceptos.

Figura 2

Relación de conceptos de la teoría de transiciones de Meleis (2015)



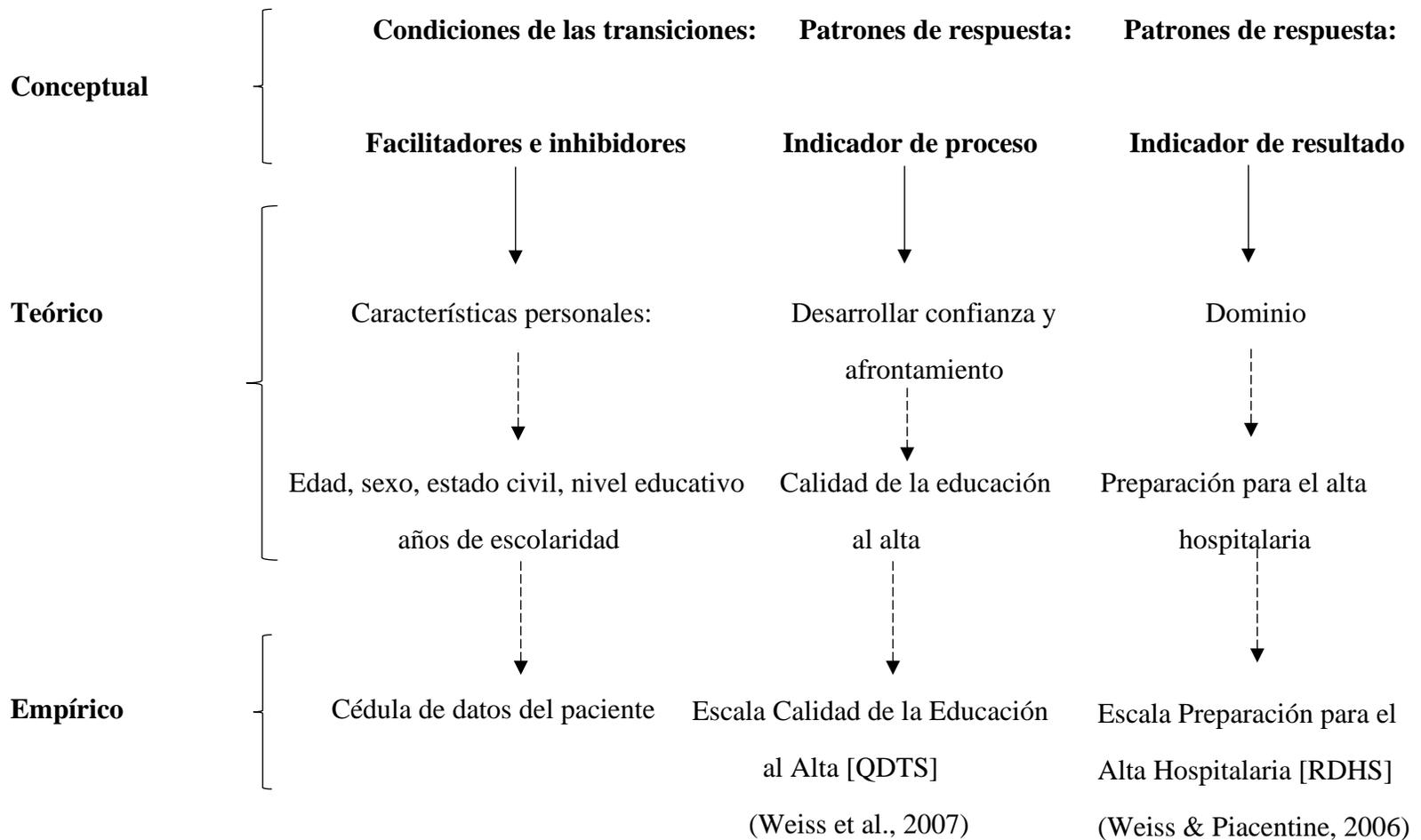
Estructura Conceptual-Teórico-Empírica

Las condiciones de las transiciones: Facilitadores e inhibidores es uno de los principales constructos sustraídos de la teoría de Meleis en el cual menciona que son circunstancias que posibilitan o reprimen el progreso para lograr una transición saludable, en este estudio se conceptualizó como las características personales que son edad, sexo, estado civil, nivel educativo y años de escolaridad.

Asimismo, se utiliza Patrones de respuesta: Indicador de proceso, el cual la autora lo define como aquel que dirige a la persona en dirección a la salud o hacia la susceptibilidad y el riesgo, destaca el desarrollo de confianza y afrontamiento; se conceptualizó como la calidad de la educación al alta. También, el indicador de resultado es aquel que permite valorar previo al alta hospitalaria si el paciente puede sobrellevar su condición de salud y autocuidado, además de adaptarse a situaciones contextuales posteriores al alta y se conceptualizó como la preparación para el alta hospitalaria (Figura 3).

Figura 3

Estructura Conceptual-Teórico-Empírica



Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las variables de calidad de la educación al alta y preparación para el alta hospitalaria; así como, las características personales correspondientes a edad, sexo, estado civil y nivel educativo.

Wallace et al. (2016) realizaron un estudio en Iowa con el objetivo de explorar la asociación entre las características personales del paciente con la disposición para ser dado de alta, la muestra se conformó por 70 pacientes y se aplicó la escala preparación para el alta hospitalaria (RDHS) desarrollada por Weiss y Piacentine (2006). Para el análisis de datos se establecieron índices con valores de 0 a 100 para la escala total y por dimensiones.

Como características de los participantes se reportó edad entre 31 a 91 años con $M = 65.7$ ($DE = 10.2$), el 38% se encontró en estado civil casado y el 32% soltero, en relación con la escolaridad el 51.4% cursó la preparatoria. De acuerdo con los resultados se reportó apoyo esperado según el estado civil ($p < .001$). Las puntuaciones de los conocimientos percibidos de la escala preparación para el alta hospitalaria (RHDS) fueron mayores para los participantes con una alta alfabetización con $M = 88.8$ ($DE = 8.5$), en comparación con los pacientes con menor alfabetización con $M = 82.8$ ($DE = 8.5$). Las puntuaciones de apoyo esperado fueron mayores para los participantes casados con $M = 97$ ($DE = 5.7$) en comparación con los solteros $M = 81.1$ ($DE = 23$) con una significancia estadística ($p < .001$).

Silva et al. (2018) realizaron un estudio de diseño correlacional transversal en Chile, tuvo por objetivo analizar la relación de la calidad de la educación al alta y la preparación para el alta hospitalaria en 152 pacientes posquirúrgicos hospitalizados. Se utilizaron dos instrumentos; escala calidad de la educación al alta (QDTS) conformada por 18 ítems y escala preparación para el alta hospitalaria (RHDS) con 23 ítems.

Respecto a las características de los pacientes, la edad fue de 18 a 89 años con $M = 51.69$ ($DE = 20.02$), en cuanto el sexo predominó el femenino (60%). En relación

con el estado civil destacó el casado (44.7%). En escolaridad; predominó la educación superior (48%). Se encontró asociación entre las subescalas de contenido recibido CR y la entrega de la educación EE del instrumento QDTS con la preparación para el alta donde se observó como positiva y fuerte ($r = 0.52, p < .05$). Por lo tanto, se muestra que, a mayores niveles de contenido recibido y calidad de la educación al alta, mayor es la preparación y disposición para el egreso de los pacientes.

Nurhayati et al. (2019) realizaron un estudio descriptivo correlacional en Indonesia con el objetivo de examinar el nivel de percepción de la calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria en una muestra de 96 pacientes posquirúrgicos, se utilizaron dos instrumentos; escala calidad de la educación al alta (QDTS) y escala preparación para el alta hospitalaria (RHDS). En ambos instrumentos para el análisis establecieron categorías: bajo (<7), moderado (7 - 7.9), alto (8 - 8.9) y muy alto (9 - 10).

Se encontró que la calidad de enseñanza percibida por los pacientes estaba en un nivel bajo con $M = 6.66$ ($DE = 0.46$), tanto en la subescala de contenido recibido como en entrega de la educación con $M = 6.67$ ($DE = 0.64$) y $M = 6.65$ ($DE = 0.47$), respectivamente. Por otro lado, se reportaron tres ítems percibidos con una puntuación alta correspondientes a las necesidades informativas de la familia con $M = 8.15$ ($DE = 1.16$), el contenido relacionado con la emoción con $M = 7.62$ ($DE = 1.26$) y la enseñanza de forma fácil en un tiempo apropiado con $M = 7.07$ ($DE = 0.77$). La preparación general para el alta hospitalaria se percibió en un nivel moderado con $M = 7.11$ ($DE = 0.59$), incluyendo cuatro subescalas principales, excepto la subescala de estado personal, que se encontraba en un nivel bajo $M = 6.86$ ($DE = 0.88$). Dos ítems fueron reportados con una puntuación alta, el apoyo familiar con $M = 7.86$ ($DE = 0.88$) y la atención de seguimiento con $M = 7.52$ ($DE = 0.73$). No se encontró una correlación significativa entre la calidad de enseñanza con la preparación para el egreso.

Qiu et al. (2019) efectuaron un estudio de diseño trasversal en la provincia de Sichuan, China en el cual participaron 194 pacientes sometidos a intervención quirúrgica y tuvo como propósito explorar la calidad de la enseñanza y la preparación para el alta. Se utilizaron dos instrumentos calidad de la educación al alta (QDTS) donde su puntuación total fue de 0 a 240 y escala preparación para el alta hospitalaria (RHDS) con una puntuación total de 0 a 220.

De acuerdo con las características de los participantes predominó el sexo masculino (60.31%), con edades entre 21 y 92 años con una $M = 66.61$ ($DE = 12.45$), en nivel de educación secundaria (22.68%), medio superior (22.68%), primaria (20.10%), superior (15.47%), universidad (12.37%) y analfabetismo (6.70%). Respecto al estado civil, predominó el casado con 76.80%, viudo 18.04%, soltero 2.58% y divorciado 2.58%. La puntuación general del QDTS fue alta con una $M = 192.95$ ($DE = 26.58$), las puntuaciones del QDTS, contenido necesario con $M = 46.50$ ($DE = 7.75$), contenido recibido $M = 45.4$ ($DE = 7.57$), entrega de la educación $M = 101.11$ ($DE = 8.43$), además hubo diferencia significativa por sexo (hombre > mujer, $p < 0.05$).

En los resultados se obtuvo una puntuación global del RHDS con $M = 175.51$ ($DE = 26.75$), por subescala; estado personal con una $M = 57.32$ ($DE = 8.19$), conocimiento con una $M = 59.47$ ($DE = 7.43$), afrontamiento con una $M = 24.51$ ($DE = 8.17$) y apoyo social con una $M = 34.22$ ($DE = 8.55$). Además, hubo correlación entre QDTS y RHDS ($r = 0.55$, $p < .001$).

Qian et al. (2021) realizaron un estudio en China y tuvo por objetivo explorar la preparación del paciente y la calidad de la educación en el paciente intervenido quirúrgicamente al alta hospitalaria mediante una encuesta trasversal, participaron 161 pacientes 55.1% hombres y 44.9% mujeres. Se utilizó la escala preparación para el alta (RHDS) se modificó y comprendió 4 dimensiones: información básica (7 ítems), conocimiento de la enfermedad (8 ítems), capacidad de afrontamiento extrahospitalario (3 ítems), y por último apoyo social (4 ítems) y la escala calidad de la educación al alta

(QDTS), de igual manera fue modificada y validada por Wang et al. (2016), la cual se dividió en 3 dimensiones, la información que debían conocer al alta (6 ítems), la información real obtenida (6 ítems) y las habilidades docentes del alta y efectos (12 ítems). En ambos instrumentos RHDS y QDTS la escala de respuesta es de 0 a 10, las puntuaciones totales oscilan de 0 a 220 y 0 a 240, respectivamente.

Los resultados arrojaron una preparación total con $M = 142.40$ ($DE = 23.98$) y las dimensiones con puntuaciones de mayor a menor fueron el conocimiento relacionado con la enfermedad con $M = 53.81$ ($DE = 15.88$), la información básica con $M = 38.29$ ($DE = 14.68$), el apoyo social con $M = 31.37$ ($DE = 2.30$) y la capacidad de afrontamiento con $M = 18.94$ ($DE = 6.40$). La puntuación total del QDTS con $M = 148.14$ ($DE = 17.74$), las dimensiones con puntuaciones de mayor a menor fueron las habilidades docentes y el efecto con $M = 58.30$ ($DE = 17.17$), la información real obtenida con $M = 45.09$ ($DE = 2.54$) y la información requerida con $M = 44.75$ ($DE = 2.60$). Las puntuaciones totales de QDTS Y RHDS se correlacionaron significativamente ($r = 0.85$, $p < .001$).

En síntesis, los estudios señalan que la calidad de la educación (QDTS) se relaciona con la preparación del paciente para el alta hospitalaria (RHDS); asimismo, reportan puntuaciones totales de calidad de la educación bajas y altas, en las cuales influyeron características personales, donde un alto nivel educativo y sexo masculino señalaron mayor calidad de la educación; cabe señalar que en la subescala de entrega de la educación se debe considerar un lenguaje directo e involucrar al cuidador primario para mayor entendimiento en los pacientes con nivel educativo bajo (Nurhayati et al., 2019; Qian et al., 2021; Qiu et al., 2019; Wallace et al., 2016).

Respecto a la preparación para el alta hospitalaria se encontraron puntuaciones totales de moderada y alta, además se destaca la subescala apoyo esperado la cual está asociada con el estado civil casado y con un nivel educativo alto. Igualmente, se reportó que el conocimiento relacionado con la enfermedad fue un aspecto fundamental para la

preparación para el alta. Por otro lado, se menciona al apoyo familiar/social como importante para el egreso donde se destaca la característica personal el estar casado. En diversas investigaciones ambas escalas se correlacionaron significativamente (Nurhayati et al., 2019; Qian et al., 2021; Qiu et al., 2019; Wallace et al., 2016).

Cabe mencionar que a nivel nacional no se encontraron investigaciones de este tópico por lo que se destaca la importancia de profundizar en el tema, además de abordarlo en el sistema de salud en México.

Definición de términos

Calidad de la educación al alta es la información proporcionada por el personal de enfermería al paciente posquirúrgico antes de su egreso hospitalario, de acuerdo con lo que necesita saber para su autocuidado en el hogar, lo que se le otorga y la forma en que se le explica, incluye contenido necesario, contenido recibido y entrega de la educación. Para su medición se utilizó la escala de calidad de la educación al alta.

Preparación para el alta hospitalaria es la opinión del paciente posquirúrgico respecto a estar listo para irse a su casa, a su capacidad para realizar su autocuidado personal y de cuidados posteriores a la cirugía realizada, incluye el estado personal que hace referencia al estado físico y emocional; conocimiento, afrontamiento y el apoyo esperado posterior al alta. Para su medición se utilizó la escala de preparación para el alta hospitalaria.

Características personales: Corresponde a la edad, sexo, estado civil, nivel educativo y años de escolaridad. Edad es el número de años reportados por el paciente al momento de la recolección de datos. Sexo es la condición biológica del paciente en términos de masculino y femenino. Estado civil se refiere a la condición que vincula una persona con otra respecto a su situación legal y se clasifica en soltero, casado, viudo, divorciado, separado y unión libre. Nivel educativo corresponde al grado de educación tomando el más alto concluido corresponden a los niveles de primaria, secundaria,

preparatoria y licenciatura. Años de escolaridad es el número de años de educación reportados por el paciente contados a partir de primer grado de primaria. Para registrar las características personales se utilizó una cédula de datos del paciente.

Objetivo general

Determinar la relación de calidad de la educación con la preparación para el alta hospitalaria y las características personales en pacientes posquirúrgicos.

Objetivos específicos

1. Describir las características personales, la calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria de los pacientes posquirúrgicos.
2. Describir las diferencias en la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos según sexo, estado civil y nivel educativo.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo aborda el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra; así como los criterios de inclusión y los instrumentos que se utilizaron para la investigación. También incluye el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el plan de análisis de estadístico.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional (Polit & Beck, 2017), este diseño permitió describir las variables de estudio; así como la relación entre ellas (calidad de la educación al alta, preparación para el alta hospitalaria y características personales).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por pacientes posquirúrgicos mayores de 18 años de una institución pública de tercer nivel de atención de Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo para la selección de pacientes fue no probabilístico.

El tamaño de la muestra se calculó por medio del paquete computacional de G*Power versión 3.1 (Faul et al., 2009), estimado para un análisis de correlación con un nivel de significancia de .05, una potencia de .90 y con un efecto mediano de 0.6 (Cohen, 1988). En la cual se obtuvo una muestra de 171 participantes.

Criterios de inclusión

Pacientes que se les realizó cirugía general, que tuvieran indicación de alta hospitalaria, que supieran leer y escribir.

Instrumentos de medición

Para perfilar las características de la población de estudio se diseñó la cédula de datos del paciente; la cual consta de 7 reactivos empezando por la edad en número de años cumplidos del participante, sexo correspondiente a masculino y femenino, estado civil clasificado en soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado (a), separado (a) y unión libre. Asimismo, años de educación (contados a partir de primer año de primaria), nivel educativo clasificado en primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura. Además de ello, cirugía general que se le realizó, clasificadas de acuerdo con la Secretaría de Salud (2018) en colecistectomía, apendicectomía, laparotomía, hernia inguinal y una opción de “otro, especifique” y, por último, días de estancia hospitalaria.

Para medir las variables del presente estudio se utilizaron dos escalas; la primera corresponde a la escala calidad de la educación al alta (QDTS); la cual fue desarrollada por Weiss et al. (2007), reporta un Alpha de Cronbach de .95 y contiene 25 ítems divididos en tres subescalas: Contenido necesario (1a-6a), contenido recibido (1b-6b) y entrega de la educación (7-19), con opciones de respuesta que van de 0 (nada de información) a 10 (mucho información). Tiene como puntaje mínimo 0 y máximo de 250, donde a mayor puntaje, mayor calidad de la educación al alta.

Para la segunda variable se utilizó la escala preparación para el alta hospitalaria (RHDS), la cual fue desarrollada por Weiss y Piacentine (2006), reporta un Alpha de Cronbach de .90; contiene 21 ítems divididos en cuatro subescalas: Estado personal (1-6), conocimiento (7-13), afrontamiento (14-17) y apoyo esperado (18-21) con opciones de respuesta que van de cero (nada preparado) a 10 (totalmente preparado). Con un puntaje mínimo de cero y un máximo de 210, donde a mayor puntaje mayor preparación para el alta hospitalaria.

Procedimiento de recolección de datos

El presente estudio se sometió a revisión por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, una vez que se aprobó se gestionó el permiso correspondiente en la institución hospitalaria y cuando los directivos lo autorizaron se acudió con el jefe de cirugía general para solicitar el listado de los pacientes posquirúrgicos de los servicios de cirugía general AB y AC, que tuvieran indicación de alta hospitalaria y se seleccionaron a los que cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente se acudió con cada uno de ellos, el investigador se presentó de una manera cordial y respetuosa, le cuestionó si sabía leer y escribir; cuando dio respuesta afirmativa, se le hizo una invitación para que participara en la investigación, además, se procuró la comodidad y privacidad del paciente, adecuando el contexto como el cierre de la cortina o biombo y se aseguró que la enfermera no se encontrara presente. Seguido de ello, se le explicó el propósito del estudio, que su participación era totalmente libre y voluntaria; además que podría retirar su participación en cualquier momento si así lo deseaba, sin que hubiera repercusiones en su atención; asimismo, se le señaló que la información que proporcionara sería tratada con estricta confidencialidad y que se cuidaría su privacidad; por lo tanto, los datos obtenidos serán publicados de forma general por lo cual no aparecerá su nombre en ninguna parte; asimismo, se le informó que los datos recabados serán resguardados por el investigador y destruidos a los seis meses posteriores.

Una vez que el paciente aceptó participar se le proporcionó la carta de consentimiento informado (Apéndice A), y se le solicitó que le diera lectura detalladamente, cabe señalar que en los casos necesarios se aclararon todas sus dudas, si el paciente estaba de acuerdo se le solicitó que firmara el consentimiento informado; asimismo, al finalizar se desinfectó la pluma con alcohol gel. Posteriormente, se le preguntó si tenía disponibilidad de responder los cuestionarios en ese momento o

prefería otro horario; en este último caso se acudió en la siguiente media hora para evitar el retraso de su egreso, en ambos casos se inició con la aplicación de la Cédula de datos del paciente (Apéndice B) y después se le aplicaron los instrumentos a través de entrevista.

En ese momento se le dieron las instrucciones para responder los cuestionarios; a fin de facilitar su comprensión se les explicó que en ambas escalas las respuestas son de cero a 10 donde él podía elegir el número según correspondiera; se le señaló que cero es nada de información o nada preparado y 10 mucha información o totalmente preparado. Se inició con la aplicación de la escala calidad de la educación al alta (Apéndice C), y posteriormente la escala preparación para el alta hospitalaria (Apéndice D). Cabe señalar que se acudió en una hora que no interfería con las actividades de cuidado programadas para los pacientes y al finalizar la aplicación de los instrumentos se les agradeció por su participación en el estudio.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA] 1987, Última Reforma DOF 2014). Referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos donde establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben considerar aspectos éticos que aseguren y prevalezcan la dignidad y el bienestar, así como la protección de los datos por medio de la confidencialidad.

De acuerdo con lo señalado anteriormente la presente investigación se apegó al Artículo 13, que declara que cualquier humano sujeto a estudio de investigación debe ser tratado de manera digna respetando sus derechos y asegurando su bienestar, en el presente estudio se respetó la decisión del paciente de participar o no; asimismo, se le trató de manera respetuosa en todo el proceso, además la información que se proporcionó fue clara y concisa.

Se consideró el Artículo 14, Fracciones V, VII y VIII, en las cuales se señala que el participante debe contar con un consentimiento informado; con la aprobación de los comités de ética y de ética en investigación; también que se debe llevar a cabo cuando se tenga la autorización de la institución donde se pretende realizar la investigación. Para el cumplimiento de este artículo y de las fracciones señaladas, el presente estudio fue sometido para su aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León; se otorgó la carta de consentimiento informado a cada participante y el estudio se realizó una vez que se obtuvo la autorización de la institución donde se efectuó la investigación.

Respecto al Artículo 16 el cual establece proteger la identidad del participante; en el presente estudio se omitió su nombre en la cédula de datos del paciente y en los dos cuestionarios. Además, los resultados se darán a conocer de manera general sin que haya forma de identificar al participante.

Asimismo, se incluyó el Artículo 17, Fracción I, que hace referencia a realizar investigación sin riesgo. Para el presente estudio solo se aplicaron dos instrumentos y una cédula de datos del paciente, sin preguntas que pudieran alterar o incomodar al participante. Se consideró el Artículo 20, que establece el uso y apego del consentimiento informado; en el cual el paciente por medio de este autorizó su participación. Asimismo, se le enfatizó que su participación era libre y voluntaria y que podría retirarse en cualquier momento que así lo decidiera, sin que hubiera repercusiones hacia su persona.

Se consideró el Artículo 21, Fracciones I, II, III, VI, VII y VIII, el cual establece el uso del consentimiento informado, que el participante deberá recibir información clara y completa de tal forma que se le facilite su comprensión; cabe señalar que el consentimiento contó con justificación y objetivos de la investigación explicados de una manera clara y sencilla; tiene un espacio detallado del procedimiento; asimismo, se

señaló que no existen riesgos en el estudio. Además, en caso de dudas, se garantizó la información requerida al participante hasta aclararlas; asimismo, se ofreció la alternativa de retirar su consentimiento informado en cualquier momento y abandonar la investigación sin represalias. Para garantizar la confidencialidad de la información recabada, se resguardará por el investigador durante un lapso de seis meses, posteriormente será destruida.

De acuerdo con el Artículo 22, Fracciones I, II y IV, en el cual establece que el consentimiento informado debe formularse por escrito y reunir requisitos en su elaboración, para dar respuesta a dicho Artículo y Fracciones, en la presente investigación se elaboró el consentimiento informado acorde a los requisitos solicitados; cabe señalar que fue sometido y revisado para su aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN; asimismo, el consentimiento contó con un apartado en el cual señala a dos testigos y la relación que existe entre estos y el participante.

Plan de análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 21 para Windows. Se determinó la consistencia interna de las escalas mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. Para establecer las características personales de la población de estudio se empleó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones para variables categóricas; así como medidas de tendencia central y de variabilidad para variables continuas. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la normalidad de las variables y de acuerdo con los resultados se utilizó estadística no paramétrica. Para responder el objetivo general determinar la relación de calidad de la educación con la preparación para el alta hospitalaria y con las

características personales en pacientes posquirúrgicos, se utilizó la prueba de correlación de Spearman debido a que las variables de estudio no reportaron distribución normal.

Respecto al objetivo uno; describir las características personales, la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria de los pacientes posquirúrgicos se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas, además se obtuvieron intervalos de confianza al 95%. Para dar respuesta al objetivo dos describir las diferencias en la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos según sexo, nivel educativo y estado civil se emplearon las pruebas de U de Mann Whitney, así como H de Kruskal Wallis.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de los 171 pacientes posquirúrgicos que participaron en el estudio. En primer lugar, se presentan las características de la población de estudio, seguido de la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la calidad de la educación al alta y la preparación para el alta hospitalaria. Finalmente, los resultados de la prueba de normalidad de las variables continuas y la respuesta a los objetivos planteados.

Perfil sociodemográfico de la población de estudio

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas de la población de estudio; se observa que predominó el sexo femenino con 59.1%, la media de edad se ubicó en 37.56 años ($DE = 12.87$); respecto al estado civil, la mayor proporción fue casado con 49.1%, el nivel educativo corresponde a secundaria con 35.1% y el promedio de años de educación formal fue 9.38 ($DE = 3.19$).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los pacientes posquirúrgicos

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	70	40.9
Femenino	101	59.1
Estado civil		
Soltero	46	26.9
Casado	84	49.1
Viudo	4	2.3
Divorciado	2	1.2
Separado	6	3.5
Unión libre	29	17.0

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 171.

(continúa)

Tabla 1*Características sociodemográficas de los pacientes posquirúrgicos (continuación)*

Características	<i>f</i>	%
Nivel educativo		
Primaria	37	21.6
Secundaria	60	35.1
Preparatoria	48	28.1
Licenciatura	26	15.2

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Edad	37.56	36	12.87	35.62	39.50
Años de educación formal	9.38	9	3.19	3.53	4.31

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *LI* = límite Inferior, *LS* = límite Superior, *n* = 171.

En la tabla 2, se muestra que a la mayor proporción de los pacientes (29.2%) se le realizó cirugía por apendicetomía, seguido de laparotomía con 27.5%. La media de días de estancia hospitalaria fue 3.92 (*DE* = 2.58).

Tabla 2*Cirugía realizada y días de estancia hospitalaria*

Tipo de cirugía y días de estancia	<i>f</i>	%
Cirugía		
Colecistectomía	41	24.0
Apendicetomía	50	29.2
Laparotomía	47	27.5
Hernioplastia	12	7.0
abdominal/inguinal	21	12.3
Colostomía/ Ileostomía		

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Días de estancia hospitalaria	3.92	3	2.58	8.90	9.86

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior, *n* = 171.

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 3, se presenta la consistencia interna de los instrumentos: Calidad de la Educación al Alta (Weiss et al., 2007) y Preparación para el Alta Hospitalaria (Weiss & Piacentine, 2006). En el primer instrumento en la escala total se obtuvo un Alpha de Cronbach de .97 y por dimensión de .90 a .97; para el segundo instrumento fue .96 y de .73 a .95 por dimensión, respectivamente. Para ambos instrumentos la confiabilidad total y por dimensiones se considera aceptable, según lo reportado por Polit y Beck (2018).

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Número de reactivos	Reactivos	α
Calidad de la educación al alta	25	1-25	.97
Contenido necesario	6	1a-6a	.95
Contenido recibido	6	1b-6b	.90
Entrega de la educación	13	7-19	.97
Preparación para el alta hospitalaria	21	1-21	.96
Estado personal	6	1-6	.73
Conocimiento	7	7-13	.94
Afrontamiento	4	14-17	.91
Apoyo esperado	4	18-21	.95

Nota. α = Alpha de Cronbach, $n = 171$.

Calidad de la educación al alta en pacientes posquirúrgicos

En la tabla 4, se observa que la escala calidad de la educación al alta obtuvo una media global de 190.09 ($DE = 48.24$), donde el valor mínimo es 0 y el valor máximo 250 puntos. La subescala entrega de la educación presentó el puntaje más alto con una media de 103.58 ($DE = 24.50$) y el contenido recibido presentó el puntaje más bajo con una media de 42.92 ($DE = 14.18$).

Tabla 4*Calidad de la educación al alta global y por subescalas*

Instrumento	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Calidad de la educación al alta	190.09	198.00	48.24	47	250
Contenido necesario	43.60	48.00	15.78	1	60
Contenido recibido	42.92	44.00	14.18	5	60
Entrega de la educación	103.58	110.00	24.50	16	130

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 5, se presenta la descripción por ítem de la calidad de la educación al alta de acuerdo con la subescala contenido necesario. Se observan mayores puntajes en los ítems respecto a la información que necesita de la enfermera para la administración del tratamiento médico antes de irse a su casa con 7.56 (*DE* = 2.91). Por otro lado, el ítem con menor puntaje fue información que necesitó de la enfermera sobre el manejo de sus emociones en casa con una media de 6.33 (*DE* = 3.53).

Tabla 5*Calidad de la educación al alta: contenido necesario*

Cuánta información necesitó de su enfermera sobre:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Cómo cuidarse en casa	7.27	8.00	2.73	0	10
El manejo de sus emociones en casa	6.33	8.00	3.53	0	10
Sus necesidades médicas o tratamientos que seguiría en casa	7.51	8.00	2.80	0	10
Administración del tratamiento médico y/o medicamento antes de irse a su casa	7.56	9.00	2.91	0	10
A quién y cuándo llamar si tenía problemas después de irse a casa	7.50	8.00	2.85	0	10
Capacitación de un miembro de familia u otras personas para el cuidado después de salir del hospital	7.42	8.00	2.84	0	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 6, se muestran los ítems de la subescala contenido recibido; se observa que los pacientes señalaron puntajes más altos en la información recibida de su enfermera sobre sus necesidades médicas que seguiría en casa con una media de 7.68 ($DE = 2.51$). Por otro lado, el puntaje más bajo corresponde a la información recibida para el manejo de sus emociones en casa con una media de 5.98 ($DE = 3.66$).

Tabla 6

Calidad de la educación al alta: contenido recibido

Cuánta información recibió el paciente de la enfermera sobre:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Cómo cuidarse en casa	7.37	8.00	2.67	0	10
El manejo de sus emociones en casa	5.98	6.00	3.66	0	10
Sus necesidades médicas que seguiría en casa	7.68	8.00	2.51	0	10
Administración del tratamiento médico antes de irse a su casa	7.63	8.00	2.62	0	10
A quién y cuándo llamar en caso alguna dificultad	7.18	8.00	2.79	0	10
Capacitación de un miembro de familia para el cuidado después de salir del hospital	7.11	8.00	2.90	0	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, $n = 171$.

En la tabla 7, se presentan los ítems de la subescala entrega de la educación, las puntuaciones más altas corresponden a la información brindada por la enfermera le dio seguridad de saber que hacer en caso de una emergencia con una media de 8.36 ($DE = 1.88$), asimismo la información dada por la enfermera sobre su cuidado le fue presentada en una forma que pudiera entender con una media de 8.22 ($DE = 2.10$). Por otro lado, el menor puntaje corresponde al ítem de su enfermera escuchó sus preocupaciones con 7.23 ($DE = 2.82$).

Tabla 7*Calidad de la educación al alta: entrega de la educación*

Forma en que la enfermera brinda información al paciente:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Responde inquietudes específicas y a sus preguntas	7.82	9.00	2.34	0	10
Escucha sus preocupaciones	7.23	8.00	2.82	0	10
Fue sensible a sus creencias y valores	7.59	8.00	2.58	0	10
Le gustó la forma en que le enseñó cómo cuidarse en casa	8.09	9.00	2.23	0	10
La información fue presentada en una forma que pudiera entenderse	8.22	9.00	2.10	0	10
Dividió su enseñanza en pequeñas cantidades	8.15	9.00	1.90	1	10
Comprobó que si entendió la información e instrucciones	7.82	8.00	2.21	0	10
Recibió misma información de enfermeras y otros trabajadores de la salud	8.16	9.00	1.91	0	10
Fue dada en horarios adecuados	8.08	8.00	1.89	2	10
Fue dada en horarios en los que podía asistir algún(os) miembro(s) de su familia	7.94	9.00	2.17	0	10
Le ayudó a sentirse seguro sobre su capacidad de cuidarse en su casa	8.18	9.00	2.06	0	10
Le dio seguridad para saber qué hacer en caso de emergencia	8.36	9.00	1.88	0	10
Disminuyó su ansiedad para poder irse a su casa	7.94	9.00	2.39	0	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

Preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos

En la tabla 8, se presenta la descripción de la preparación para el alta hospitalaria global y por subescalas. Se observa la media total por sumatoria del instrumento de 175.11 (*DE* = 26.83). Cabe señalar que el valor mínimo es 0 y el máximo es 210, donde a mayor puntaje mayor preparación para el alta hospitalaria. La media más alta por dimensión fue para conocimiento con 60.40 (*DE* = 10.57) y la más baja corresponde a afrontamiento con 34.54 (*DE* = 6.02).

Tabla 8*Preparación para el alta hospitalaria global y por subescalas*

Instrumento	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Preparación para el alta hospitalaria	175.11	181.00	26.83	93	210
Estado personal	44.49	47.00	7.59	20	60
Conocimiento	60.40	63.00	10.57	25	75
Afrontamiento	34.54	36.00	6.02	14	40
Apoyo esperado	35.68	36.00	5.22	13	40

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 9, se muestra la subescala estado personal por ítem. Las puntuaciones más altas corresponden a sentirse físicamente listo y emocionalmente preparado para irse a su casa con medias de 8.77 (*DE* = 1.81) y 8.67 (*DE* = 1.81), respectivamente. Por otro lado, la media más baja pertenece a cómo describiría su dolor o malestar al alta hospitalaria con un valor de 2.43 (*DE* = 2.53).

Tabla 9*Preparación para el alta hospitalaria: estado personal*

El paciente al alta hospitalaria:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Físicamente estaba listo para irse a su casa	8.77	10.00	1.81	0	10
Cómo describía su dolor o malestar	2.43	2.00	2.53	0	10
Cómo describía su fuerza	8.09	9.00	2.08	0	10
Cómo describía su energía	8.17	9.00	2.05	1	10
Emocionalmente se sentía preparado para irse a casa	8.67	9.00	1.81	1	10
Cómo describía su habilidad física de cuidarse	8.36	9.00	2.05	1	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 10, se presenta la subescala conocimiento por ítem. Los mayores promedios corresponden a saber a quién y cuándo llamar cuando estén en casa, si

presentan algún problema con 8.72 ($DE = 1.57$), así también saber atender sus necesidades médicas cuando estén en casa con 8.71 ($DE = 1.73$).

Tabla 10

Preparación para el alta hospitalaria: conocimiento

El paciente sabe cómo/qué hacer cuando esté en su casa:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Cuidarse	8.60	9.00	1.69	2	10
Atender sus necesidades personales	8.61	9.00	1.74	2	10
Atender sus necesidades médicas	8.71	9.00	1.73	0	10
Problemas pueden surgir	8.60	9.00	1.80	0	10
A quién y cuándo llamar si tiene problemas	8.72	9.00	1.57	3	10
Restricciones	8.56	9.00	1.75	3	10
Seguimiento del tratamiento médico	8.60	9.00	1.83	0	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 11, se señalan los ítems de la subescala de afrontamiento, se resaltan las puntuaciones más altas que corresponden a saber cómo llevar a cabo su tratamiento médico; así como su cuidado personal cuando esté en casa con una media de 8.89 ($DE = 1.34$) y 8.71 ($DE = 1.68$), respectivamente.

Tabla 11

Preparación para el alta hospitalaria: afrontamiento

El paciente al estar en su casa:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Conoce los servicios y la información disponibles en su comunidad	8.47	9.00	1.98	0	10
Sabe cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día	8.47	9.00	1.75	1	10
Sabe cómo va a llevar a cabo su cuidado personal	8.71	9.00	1.68	3	10
Sabe cómo va a llevar a cabo su tratamiento médico	8.89	9.00	1.37	4	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

En la tabla 12, se presenta la subescala apoyo esperado por ítem. Se señalan las puntuaciones más altas que corresponden a recibir apoyo con el cuidado médico al estar en casa con 8.95 ($DE = 1.33$). El promedio más bajo es para recibir apoyo con las tareas domésticas cuando este en casa con 8.89 ($DE = 1.41$).

Tabla 12

Preparación para el alta hospitalaria: apoyo esperado

El paciente al estar en su casa recibe apoyo:	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Emocional	8.92	9.00	1.45	2	10
A la hora de su cuidado personal	8.89	9.00	1.41	3	10
Con las tareas domésticas	8.92	9.00	1.38	4	10
Con su cuidado médico (tratamiento, medicinas)	8.95	9.00	1.33	4	10

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 171.

Prueba de normalidad de las variables continuas

De acuerdo con los resultados de la distribución de los datos a través de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, las variables no presentaron normalidad ($p < .05$) por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

Tabla 13*Prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor		<i>D^a</i>	<i>p</i>
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Edad en años cumplidos	37.56	36.00	12.87	18	76	.093	.001
Años de educación	9.38	9.00	3.19	2	16	.139	.001
Calidad de la Educación al Alta	190.09	198.00	48.24	47	250	.107	.001
Subescala Contenido Necesario	43.60	48.00	15.78	1	60	.149	.001
Subescala Contenido Recibido	42.92	44.00	15.78	5	60	.130	.001
Subescala Entrega de la Educación	103.58	110.00	24.50	16	130	.140	.001
Preparación para el Alta Hospitalaria	175.11	181.00	26.83	93	210	.158	.001
Subescala Estado Personal	44.49	47.00	7.59	20	60	.175	.001
Subescala Conocimiento	60.40	63.00	10.57	25	75	.182	.001
Subescala Afrontamiento	34.54	36.00	6.02	14	40	.183	.001
Subescala Apoyo Esperado	35.68	36.00	5.22	13	40	.204	.001

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *D^a* = estadístico de Kolmogórov-Smirnov prueba de normalidad, *p* = significancia bilateral, *n* = 171.

Diferencias en la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria

Para dar respuesta al objetivo dos se presentan las tablas 14 y 15, donde se señalan las diferencias de la calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria de acuerdo con sexo, estado civil y nivel educativo. Respecto a la calidad de la educación se encontró diferencia significativa en estado civil ($H = 15.99$, $p = .007$), donde la mediana más alta corresponde a unión libre con 234. En cuanto al sexo y al nivel educativo no se encontraron diferencias significativas ($U = 2945$, $p = .064$; $H = 5.33$, $p = .149$ respectivamente). Sin embargo, se reportan medianas más altas en las mujeres con 204 y nivel educativo preparatoria con 207.50.

Tabla 14

Prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal - Wallis para calidad de la educación al alta según sexo, estado civil y nivel educativo

Calidad de la educación al alta	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo					
Hombres	182.04	186.50	50.25	2945.00	.064
Mujeres	195.67	204.00	46.23		
<hr/>					
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Estado civil					
Soltero	182.72	178.00	52.26	15.99	.007
Casado	185.24	189.50	45.00		
Viudo	197.00	207.50	51.65		
Divorciado	196.50	196.50	75.66		
Separado	166.67	161.50	57.73		
Unión libre	219.31	234.00	38.48		
Nivel educativo					
Primaria	178.92	186.00	56.29	5.33	.149
Secundaria	191.77	190.50	44.55		
Preparatoria	201.10	207.50	46.41		
Universidad	181.81	187.50	45.10		

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U* = U de Mann Whitney, *H* = de Kruskal - Wallis, *p* = nivel de significancia, *n* = 171.

En la tabla 15, se muestran las diferencias de la preparación para el alta hospitalaria de acuerdo con el sexo, estado civil y nivel educativo. Se encontró diferencia significativa por sexo ($U = 2603$; $p = .003$), las mujeres reportaron una mediana más alta respecto a los hombres ($Mdn = 185$ vs $Mdn = 175$). En cuanto al estado civil y nivel educativo se encontraron diferencias significativas ($H = 15.11$, $p = .010$; $H = 8.18$, $p = .042$, respectivamente). Cabe señalar que las medianas más altas corresponden a unión libre con 200 y a preparatoria con 189.50.

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal - Wallis para preparación para el alta hospitalaria según sexo, estado civil y nivel educativo

Preparación para el alta hospitalaria	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo					
Hombres	168.80	175.00	27.86	2603.00	.003
Mujeres	179.49	185.00	25.31		
Estado civil					
Soltero	166.76	172.50	32.52	15.11	.010
Casado	176.99	179.50	22.82		
Viudo	165.50	174.00	21.91		
Divorciado	187.50	187.50	3.53		
Separado	170.17	176.50	25.49		
Unión libre	184.41	200.00	26.75		
Nivel educativo					
Primaria	166.41	174.00	29.13	8.18	.042
Secundaria	177.33	181.00	22.91		
Preparatoria	179.88	189.50	26.32		
Universidad	173.58	181.50	31.00		

Nota. *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U* = U de Mann Whitney, *H* = de Kruskal - Wallis, *p* = nivel de significancia, *n* = 171.

Relación entre calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria con características personales

Para dar respuesta al objetivo general, se presenta la tabla 16. En cuanto a la edad de los pacientes posquirúrgicos se relacionó negativa y significativamente con la calidad de educación al alta y con la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = -.172$, $p = .025$; $r_s = -.170$, $p = .026$, respectivamente), lo que sugiere que a menor edad perciben mayor calidad de la educación y mayor preparación para el alta hospitalaria. Con respecto a los años de educación, se relacionó positiva y significativamente con la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = .190$; $p = .013$), lo que indica que a mayor escolaridad perciben mayor preparación para el alta hospitalaria;

sin embargo, no se relacionó con la calidad de la educación ($r_s = .093, p = .227$).

Además, se reporta la relación entre las variables calidad de la educación al alta y preparación para el alta hospitalaria ($r_s = .621, p = .001$), lo que indica que a mayor calidad de la educación mayor preparación para el alta hospitalaria.

Tabla 16

Relación entre la calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria con edad y años de escolaridad

Variables	1	2	3	4
1. Edad	1			
2. Años de escolaridad	-.517**	1		
3. Calidad de Educación al Alta	-.172*	.093	1	
4. Preparación al Alta Hospitalaria	-.170*	.190*	.621**	1

Nota. r_s = coeficiente de correlación de Spearman, * $p < .05$. ** $p < .01$, $n = 171$.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar la calidad de la educación al alta; así como la preparación para el alta hospitalaria y su relación con las características personales en pacientes posquirúrgicos de un hospital público de tercer nivel de atención de Monterrey, Nuevo León.

Respecto a las características personales de los pacientes posquirúrgicos, se encontró que predominó el sexo femenino, con nivel educativo de secundaria y estado civil casado. En relación con la cirugía realizada, en la mayoría de los pacientes fue apendicetomía, seguido de laparotomía y colecistectomía; cirugías del aparato digestivo. Estos datos concuerdan con lo reportado por la Secretaría de Salud (2018), quién señala que estas cirugías son las más frecuentes en México.

La calidad de la educación al alta obtuvo un puntaje de 190, en una escala de 0 a 250. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Qiu et al. (2019); sin embargo, contradice lo señalado por Nurhayati et al. (2019) debido a que en su estudio reportaron calidad de la educación al alta en nivel bajo, los autores argumentan que esto pudiera deberse a una insuficiente información del personal de enfermería y una escasa habilidad para otorgar la educación. El resultado obtenido pudiera atribuirse a que la institución donde se realizó el estudio cuenta con certificación, que demanda al personal la explicación de lo referente a la medicación a todos los pacientes previo a su alta hospitalaria.

Al analizar la calidad de la educación por subescala, la de mayor puntaje corresponde a entrega de la educación; este resultado concuerda con lo reportado por Qian et al. (2021); sin embargo, difiere con lo señalado por Nurhayati et al. (2019) quienes refieren que la educación por parte de la enfermera no se otorgó de manera efectiva, ya que la subescala entrega de la educación obtuvo un puntaje por debajo de la

media. El hallazgo obtenido en el presente estudio es importante de considerar; al respecto, Weiss et al. (2017) enfatizan la importancia de la enfermera como responsable de brindar la enseñanza al paciente y al cuidador, argumentan que es prioritario garantizar la calidad de la educación del plan de alta y asegurarse que el paciente está preparado para el egreso.

En cuanto a la preparación para el alta hospitalaria se obtuvo un puntaje de 175 en una escala de 0 a 210. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Qian et al. (2021) y Qiu et al. (2019); sin embargo, difiere de lo señalado por Nurhayati et al. (2019) debido a que en su estudio obtuvieron un puntaje medio. El resultado del presente estudio sugiere que los pacientes se encontraban listos para su egreso hospitalario y autocuidado en el hogar. Este resultado es relevante, favorece la recuperación del paciente; se reporta que en los casos donde los pacientes no están preparados para su egreso existe la probabilidad de una futura readmisión (Partoune et al., 2017; Wallace et al., 2016).

Referente a la preparación para el alta por subescala, la de mayor puntaje corresponde a conocimiento; este resultado concuerda con lo señalado por Qian et al. (2021) y Qiu et al. (2019). Pudiera atribuirse a que el personal de enfermería proporciona la información que los pacientes posquirúrgicos requieren para dar seguimiento a su tratamiento médico a fin de evitar complicaciones; por lo tanto, se adquiere conocimiento respecto al cuidado en el hogar.

Con relación a las diferencias en la calidad de la educación según sexo, estado civil y nivel educativo, se encontró diferencia significativa por estado civil, en la que destaca unión libre ya que reportó medianas más altas, esto concuerda con lo señalado por Weiss et al. (2007) y pudiera atribuirse a que los pacientes que viven con su pareja, pero sin estar legalmente casados, se sienten comprometidos a realizarse ellos mismos sus cuidados cuando se encuentran en el hogar; a diferencia de los casados donde se espera que haya un cuidado por parte de su cónyuge.

Por otro lado, no se encontraron diferencias por sexo y nivel educativo, esto difiere con lo señalado por Qiu et al. (2019) y Silva et al. (2018). Al respecto, la literatura reporta que las mujeres valoran la forma como se les otorga la educación y los pacientes con nivel educativo alto el contenido que se les brinda (Wallace et al., 2016). Por lo tanto, es esencial que el personal de enfermería desarrolle su habilidad para proporcionar una educación con el contenido requerido para el autocuidado del paciente, que sea explicado de forma entendible; así mismo, se debe asegurar que el paciente comprendió la información y no tiene dudas para llevar a cabo su cuidado en el hogar.

Referente a la preparación para el alta hospitalaria, en las diferencias por sexo, estado civil y nivel educativo, se destaca diferencia significativa por sexo con puntuaciones más altas en las mujeres con respecto a los hombres, esto concuerda con Mehraeen et al. (2022), y pudiera explicarse debido a que la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad son responsables del cuidado de la familia, por lo tanto, tienen una mayor preparación para el alta y saben realizarse el autocuidado. Sin embargo, difiere con lo reportado por Kaya et al. (2018); Wallace et al. (2016) y Weiss et al. (2007).

También se encontró diferencia significativa en estado civil con puntuaciones más altas en unión libre. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Wallace et al. (2016), quienes señalan que los pacientes con pareja perciben mayor apoyo tras el alta en comparación con los solteros. El nivel educativo mostró diferencias con la preparación para el alta hospitalaria, este resultado concuerda con lo señalado por Silva et al. (2018). Al respecto, se reporta que los pacientes con más alto nivel educativo tienen mayor preparación para el alta (Wallace et al., 2016).

Por otro lado, la subescala con mayor puntaje corresponde a conocimiento, lo que coincide con lo reportado por Qian et al. (2021) y Qiu et al. (2019). Esto pudiera deberse a que los pacientes centran su atención para conocer y saber qué hacer en caso de emergencia, cómo atender sus necesidades médicas y su seguimiento con el tratamiento médico cuando se encuentren en casa.

Respecto a la relación de calidad de la educación con la preparación para el alta hospitalaria y con las características personales en pacientes posquirúrgicos, se encontró que la edad se relacionó negativa y significativamente con ambas variables, lo que sugiere que a menor edad perciben mayor calidad de la educación y mayor preparación para el alta hospitalaria. Este resultado coincide con lo reportado por Bobay et al. (2010) y pudiera explicarse debido a que los pacientes jóvenes tienen mejor comprensión de la información por lo que se sienten capaces para su autocuidado al egreso, a diferencia de los adultos mayores que pueden requerir tiempo adicional a la hora que se le brinda la información, así como el empleo de métodos de enseñanza diferentes para entender mejor las instrucciones.

En cuanto a los años de educación, se relacionó positiva y significativamente con la preparación para el alta hospitalaria, lo que indica que a mayor escolaridad mayor preparación para el alta hospitalaria; esto concuerda con lo reportado por Silva et al. (2018) y Wallace et al. (2016). Una explicación sería que los pacientes con mayores estudios reconocen la importancia del autocuidado por lo que muestran interés en la información recibida para la preparación del alta hospitalaria. Respecto al nivel educativo no se relacionó con la calidad de la educación al alta. Al respecto, Qian et al., (2021), reportan que en pacientes con bajo nivel educativo es elemental que el personal de enfermería brinde la información con un lenguaje apropiado para evitar barreras en la comunicación.

Por otro lado, los hallazgos del presente estudio sustentan lo propuesto por Meleis (2015), debido a que permiten confirmar que las características personales como facilitadores e inhibidores proceden a predisponer el desarrollo de la confianza y/o afrontamiento, mediante la información brindada por enfermería en la calidad de la educación al alta, la cual se ve reflejada en el dominio del paciente en su autocuidado. Además, permite utilizar la preparación para el alta como un indicador de resultado y asegurarse que el paciente se encuentra listo para realizar su autocuidado.

Conclusiones

Los pacientes posquirúrgicos perciben calidad de la educación que otorga el personal de Enfermería. Fue mayor en estado civil unión libre y no hubo diferencias con el sexo y nivel educativo. La subescala entrega de la educación presentó un puntaje mayor lo cual indica que enfermería brindó información en una forma que el paciente pudo entender de manera efectiva.

Respecto a la preparación para el alta hospitalaria, los pacientes señalaron estar listos para su egreso. Fue mayor en el sexo femenino, estado civil unión libre y el nivel educativo de preparatoria. La subescala con mayor puntaje fue para conocimiento lo que señala que el paciente obtuvo la información necesaria lo que aumentó su preparación para el alta.

Se encontró que la edad se relacionó con ambas variables, es decir, los pacientes de menor edad perciben mayor calidad de la educación y mayor preparación para el alta hospitalaria. Respecto a los años de educación únicamente se asoció con la preparación para el alta hospitalaria, lo que indica que a mayor escolaridad perciben mayor preparación para el alta hospitalaria. También hubo correlación en calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos.

Recomendaciones para la investigación

Realizar estudios que permitan profundizar y ampliar el conocimiento acerca de la calidad de la educación y la preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos debido a que en México no se encuentran estudios que aborden estas variables.

Realizar estudios con enfoque cualitativo que permitan profundizar en el conocimiento de la calidad de educación que brinda enfermería al paciente posquirúrgico.

Realizar estudios que aborden las características personales con la preparación para el alta hospitalaria a fin de conocer su factor de impacto en esta población de estudio.

Realizar estudios de intervención que permitan medir el efecto de la calidad de la educación en la preparación para el alta hospitalaria; así como favorecer el desarrollo de competencias en el personal de Enfermería para responder a las demandas de atención de los pacientes posquirúrgicos.

Recomendaciones para la práctica

Se recomienda realizar planes estandarizados para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos para favorecer el autocuidado en el hogar y disminuir posibles reingresos hospitalarios.

Se recomienda habilitar al personal de enfermería a fin de brindar educación de calidad al paciente posquirúrgico; además, asegurarse de que el paciente está preparado para el egreso, con la información que se le brindó.

Referencias

- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing, 31*(3), 178–187. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.03.005
- Carthon, J., Lasater, K., Sloane, D., & Kutney, L. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety, 24* (4), 255-63. doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003346
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dawes, A., Sacks, G., Russell, M., Lin, A., Maggard, G., Winograd, D., Chung, H., Hiatt, J., & Ko, C. (2014). Preventable readmissions to surgical services: lessons learned and targets for improvement. *Journal of the American College of Surgeons, 219* (3), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.046>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149–1160 <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Flink, M., & Ekstedt, M. (2017). Planning for the discharge, not for patient self-management at home an observational and interview study of hospital discharge. *International Journal of Integrated Care, 17* (6), 1–10. 10.5334/ijic.3003
- Gholizadeh, M., Janati, A., Delgoshaei, B., Gorji, H. A., & Tourani, S. (2018). Implementation requirements for patient discharge planning in health system: a qualitative study in Iran *Ethiopian Journal oh Health Sciences, 28* (2), 157–168. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i2.7>

- Gonçalves, B., Lannin N., Clemson, L., Cameron I., & Shepperd S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi: 10.1002 / 14651858.CD000313
- González, G., Kelly, N., Dozier, M., Fleming, F., Monson, T., Becerra, Z., Aquina, T., Probst, P., Hensley, J., Sevdalis, N., & Noyes, K. (2017). Patient perspectives on transitions of surgical care: Examining the complexities and interdependencies of care. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1856–1869.
<https://doi.org/10.1177/1049732317704406>
- Kaya, S., Sain Guven, G., Aydan, S., Kar, A., Teleş, M., Yıldız, A., & Toka, O. (2018). Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*. doi:10.1111/jonm.12605
- Krook, M., Iwarzon, M., & Siouta, E. (2020). The discharge process-from a patient's perspective. *SAGE open nursing*, 6, 2377960819900707.
- Luther, B., Wilson, R. D., Kranz, C., & Krahulec, M. (2019). Discharge processes: what evidence tells us is most effective. *Orthopedic Nursing*, 38(5), 328–333.
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000601>
- Marriner, T. A., & Raile, A. M. (2011) Modelos y teorías en enfermería. (7a ed.) Madrid: *Elsevier* España. Capítulo 20.
- Meara, J., Leather, A., Hagander, L., Alkire, B., Alonso, N., Ameh, E., & Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*, 386 (9993): 569-624.
- Mehraeen, P., Jafaraghaee, F., Paryad, E., & Kazemnejad Leyli, E. (2022). Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: A multicenter study. *Journal of Patient Experience*, 9, 23743735221092552.
<https://doi.org/10.1177/23743735221092552>

- Mehta, S., Nair, J., Rao, S., & Shukla, K. (2015). Role of discharge planning and other determinants in total discharge time at a large tertiary care hospital. *CHRISMED Journal of Health Research*, 2, 46–50. 10.4103/2348-3334.149345
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed). Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2015). *Transitions theory. Nursing theories and nursing practice*. (4th ed., pp. 361-380).
- Merkow, R., Ju, M., Chung, J., Hall, B., Cohen, M., Williams, M., Tsai, T., Ko, C., & Bilimoria, K. (2015). Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 313 (5), 483–495.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.18614>.
- Nurhayati, N., Songwathana, P., & Vachprasit, R. (2019). Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1728-1736
<https://doi/abs/10.1111/jocn.14764>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Seguridad del Paciente
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Partoune, A., Coimbra, C., Brichant, J. F., & Joris, J. (2017). Quality of life at home and satisfaction of patients after enhanced recovery protocol for colorectal surgery. *Acta Chirurgica Belgica*, 117(3), 176–180.
<https://doi.org/10.1080/00015458.2017.1279871>
- Polit, D., & Beck, Ch. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Qian, J., Qian, M., Ren, Y., Ye, L., Qian, F., Jin, L., Chen, L., & Xu, H. (2021). Readiness for hospital discharge and influencing factors: a cross-sectional study on patients discharged with tubes from the department of hepatobiliary surgery.

Boston Medical Center Surgery, 21(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01119-0>

Qiu, C., Feng, X., Zeng, J., Luo, H., & Lai, Z. (2019). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: A cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 67(5), 612–617. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1116_18

Secretaría de Salud [SSA]. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud [DOF 02-04-2014], *México*.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmi.html>

Secretaría de Salud [SSA]. (2018). Reporte de gestión de actividades realizadas 1 de enero al 30 de septiembre del 2018. *O-04/2018*. 36-40.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/430068/Reporte_de_Gestion_JuGo_04-2018.pdf

Silva, V., Espinoza, P. y Weiss, M. (2018). Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 23
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100005&lng=es&tlng=es.

Sistema de Información de la Secretaría de Salud [SISS] (2020). Egresos hospitalarios por entidad federativa. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Wallace, A., Perkhounkova, Y., Bohr, N., & Jihey, S. (2016). Readiness for hospital discharge, health literacy, and social living status. *Clinical Nursing Research*, 25(5), 494-511. doi: 10.1177/1054773815624380

Wang, B., Wang, H., & Yang, C. (2016). Reliability and validity of the Chinese version of the Quality of Discharge Teaching Scale. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 88-93 <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.009>

Weiss M. E., & Piacentine L. (2006). Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement, 14*(3), 163–180.

doi:10.1891/jnm-v14i3a00

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist, 21*(1), 31–42. <https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>

Weiss, M. E., Sawin, K., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., & Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 34*; 58-64.

doi: 10.1016/j.pedn.2016.12.021

Apéndices

Apéndice A

Carta de consentimiento informado

Título del proyecto: Calidad de la educación y preparación para el alta hospitalaria en pacientes posquirúrgicos.

Investigador responsable: Lic. Celia Concepción Meza Rivera

Director de tesis: MCE. Ma. Guadalupe Interrial Guzmán

Introducción/objetivo del estudio

El presente estudio plantea conocer aspectos fundamentales relacionados con la calidad de educación que brinda el personal de enfermería, así como su percepción sobre la preparación para el alta hospitalaria. Participan todos aquellos pacientes mayores de 18 años, que fueron sometidos a intervención quirúrgica, hasta completar una muestra de 171 participantes. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos, así como sus beneficios. Si usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios antes de su egreso hospitalario en el momento que se encuentre disponible.

Por lo anterior, se le hace la cordial invitación de ser partícipe del presente estudio y a continuación firmar el consentimiento informado.

Descripción del estudio/Procedimientos

Si usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los tres cuestionarios que se aplicarán para conocer las características personales, la calidad de educación que se le brindó y la percepción de estar preparado para egresar; los cuestionarios se aplicarán antes de su egreso hospitalario en el momento que se encuentre disponible, sin afectar el proceso de alta hospitalaria. Se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre. Se le informa que tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá repercusiones en

su atención. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es de aproximadamente 15 minutos.

Riesgos

Hacemos de su conocimiento que en el presente estudio no existen riesgos, sin embargo, en dado caso de que alguna pregunta le haga sentir incómodo, podremos detenernos y realizar una pausa si así lo desea; asimismo, en caso de no querer continuar se podrá retirar en cualquier momento con toda libertad.

Beneficios esperados

No existe ningún beneficio de participar en este estudio, sin embargo, los resultados obtenidos podrán utilizarse para mejorar el desarrollo de programas, así como de protocolos encaminados en la mejora de los procesos de atención, en donde enfermería participe y fomente la educación que le brinda al paciente al alta hospitalaria, encaminándolo a mejorar su autocuidado en el hogar.

Compromisos del Investigador

Cualquier incertidumbre que llegue a surgir al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento por la investigadora principal.

Dudas

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

Consentimiento

Acepto voluntariamente, participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He escuchado la información que me han otorgado a cerca de este estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con

satisfacción, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma del paciente: _____

Fecha: __/__/__

Testigo 1: _____

Fecha: __/__/__

Dirección:

Testigo 2: _____

Fecha: __/__/__

Dirección:

Firma del investigador: _____

Fecha: __/__/__

Apéndice B
Cédula de datos del paciente

Folio__

A continuación, le leeré las preguntas correspondientes a datos personales; así también anotaré las respuestas que usted me indique.

<p>1. Edad__ años cumplidos</p>	<p>2. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p>
<p>3. Estado civil</p> <p>1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 5. Separado <input type="checkbox"/> 6. Unión libre <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Años de escolaridad (contados a partir de 1er. año de primaria)</p> <p style="text-align: center;">__ años</p>
<p>5. Nivel educativo</p> <p>1. Primaria <input type="checkbox"/> 2. Secundaria <input type="checkbox"/> 3. Preparatoria <input type="checkbox"/> 4. Licenciatura <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Cirugía que se le realizó</p> <p>1. Colectomía 2. Apendicectomía 3. Laparotomía 4. Hernia inguinal 5. Otro especifique _____</p>
<p style="text-align: center;">7. Días de estancia hospitalaria</p> <p style="text-align: center;">_____ días</p>	

Apéndice C

Escala calidad de educación al alta

Folio____

A continuación, le leeré las preguntas correspondientes a la educación que la enfermera le proporcionó y anotaré la opción que usted me indique. Las opciones de respuesta van de 0 al 10, donde 0 es nada de información y 10 es mucha información.

1a. ¿Cuánta información necesitó de su enfermera sobre cómo cuidarse en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
1b. ¿Cuánta información recibió de su enfermera sobre cómo cuidarse en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
2a. ¿Cuánta información necesitó de su enfermera sobre el manejo de sus emociones en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
2b. ¿Cuánta información recibió de su enfermera sobre el manejo de sus emociones en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
3a. ¿Cuánta información necesitó de su enfermera sobre sus necesidades médicas o tratamientos que seguiría en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
3b. ¿Cuánta información recibió de su enfermera sobre sus necesidades médicas o tratamientos que seguiría en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
4a. ¿Cuánta práctica necesitó de su enfermera para administrarse el	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha

tratamiento médico y/o medicamentos antes de irse a su casa? 4b ¿Cuánta práctica recibió de su enfermera para administrarse el tratamiento médico y/o medicamentos antes de irse a su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
5a ¿Cuánta información necesitó de su enfermera sobre a quién y cuándo llamar si usted tenía problemas después de ir a casa? 5b ¿Cuánta información recibió de su enfermera sobre a quién y cuándo llamar si usted tenía problemas después de ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
6a ¿Cuánta información necesitó su(s) miembro (s) de su familia u otras personas sobre su cuidado después de salir del hospital? 6b ¿Cuánta información recibió su(s) miembro (s) de su familia u otras personas sobre su cuidado después de salir del hospital?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
7 ¿Cuánta información dada por su enfermera respondió a sus inquietudes específicas y a sus preguntas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
8 ¿Cuánto escuchó su enfermera de sus preocupaciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
9 ¿Fue sensible su enfermera a sus creencias y valores personales?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha

10 ¿Le gustó la forma en que su enfermera le enseñó cómo cuidarse en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
11 ¿La información dada por su enfermera sobre su cuidado le fue presentada a usted en una forma que pudiera entender?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
12 ¿Su enfermera dividió su enseñanza en pequeñas cantidades para ayudarlo a aprender?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
13 ¿Su enfermera comprobó que usted si entendió la información y las instrucciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
14 ¿Recibió consistente (la misma) información de sus enfermeras, médicos y otros trabajadores de la salud?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
15 ¿La información sobre su cuidado le fue dada en horarios buenos para usted?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
16 ¿La información que recibió de su enfermera le fue dada en horarios en los que miembro(s) de su familia podían asistir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Siempre
17 ¿La enfermera le ayudó a sentirse seguro sobre su capacidad de cuidarse en su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho
18 ¿Qué tan seguro se siente que sabría qué hacer en caso de emergencia?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Extremadamente
19 ¿La información que su enfermera le dio acerca del cuidado en casa disminuyó su ansiedad para poder irse a su casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucho

Apéndice D
Escala preparación para el alta hospitalaria

Folio_____

A continuación, le leeré las preguntas correspondientes a qué tan preparado se siente para irse a su casa y anotaré la respuesta que usted me indique. Las opciones de respuesta van de 0 a 10 donde 0 es nada preparado y 10 es totalmente preparado.

1. Físicamente ¿está usted listo para ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada listo Totalmente listo
2. ¿Cómo describiría su dolor o malestar hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ningún Mucho dolor
3. ¿Cómo describiría su fuerza hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Débil Mucha fuerza
4. ¿Cómo describiría su energía hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Mucha
5. Emocionalmente, ¿se siente preparado para ir a casa hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
6. ¿Cómo describiría su habilidad física de cuidarse hoy (por ejemplo, higiene, andar, ir al baño)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
7. ¿Sabe cómo cuidarse cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
8. ¿Sabe cómo atender sus necesidades personales (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
9. ¿Sabe cómo atender sus necesidades médicas (tratamientos, medicamentos) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente

10. ¿Sabe qué problemas pueden surgir cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
11. ¿Sabe a quién y cuándo llamar si tiene problemas cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
12. ¿Sabe qué restricciones tiene (lo que no puede hacer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
13. ¿Sabe qué va a ocurrir con su plan de tratamiento médico cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
14. ¿Conoce los servicios y la información disponibles en su comunidad cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Totalmente
15. ¿Cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
16. ¿Cómo va a llevar a cabo su cuidado personal (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
17. ¿Cómo va a llevar a cabo su tratamiento médico (por ejemplo, cuidar una incisión quirúrgica, tratamientos respiratorios, ejercicio, tomar la dosis correcta de su medicina) en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
18. ¿Cuánto apoyo emocional va a tener cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguno Mucho

19. ¿Cuánta ayuda va a tener a la hora de su cuidado personal cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucha
20. ¿Cuánta ayuda va a tener con las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar niños) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucha
21. ¿Cuánta ayuda va a tener con su cuidado médico (tratamiento, medicinas)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucha

¡Gracias por su participación!

Resumen Autobiográfico

Lic. Celia Concepción Meza Rivera

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacida en Matamoros, Tamaulipas el 14 de junio de 1993; hija de la Sra. María Isabel Rivera Galván y el Sr. José Luis Meza Jaramillo.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (Campus Victoria), en el año 2017. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2020-2022.

Experiencia Profesional: Pasante de Servicio Social en el Centro Oncológico de Tamaulipas en el periodo de 2016-2017. Enfermera general en Corpo-Med 2018-2019.

Distinciones y Membresías: Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha.

Correo electrónico: celia.mezar@uanl.edu.mx