

LIBRO DE PONENCIAS
CONFERENCE BOOK

**VI Encuentro de Investigación en
Enfermería**

Investén-*isciii*
Unidad de Coordinación y Desarrollo de la
Investigación en Enfermería

**"Prioridades europeas y su
impacto en la práctica"**

**"European priorities and their
practical impact"**

Del 20 al 23 de Noviembre de 2002

Con la colaboración de:

COMITÉ DE HONOR

Presidenta

Excma. Sra. Dña. Ana M^a Pastor Julián
Ministra de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. D. Pablo Vázquez Vega
Subsecretario de Sanidad y Consumo
Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. D. Rafael Pérez-Santamarina Feijoo
Secretario General de Sanidad
Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. D. Antonio Campos Muñoz
Director Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilma. Sra. Dña. Paloma Alonso Cuesta
Subdirector General de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. D. Joan Rodés Teixidor
Presidente del Comité Asesor de la Ministra
Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. D. Manuel Carrasco Mallén
Subdirector General de Investigación Sanitaria
Instituto de Salud Carlos III

Ilma. Sra. Dña. Concepción Grau
Subdirectora General de Epidemiología
y Centros Nacionales de Salud Pública
Instituto de Salud Carlos III

COMITÉ ORGANIZADOR

Organizan

Teresa Moreno Casbas. Instituto de Salud Carlos III (Madrid)
Carlos Calderón Gómez. C. S. Guipúzcoa Este (San Sebastián-Donostia)
Pilar Comet Cortés. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza
Magdalena Díaz Benavente. H. Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)
Xabier Elexpe Uriarte. D. F. y C. Sanitaria Gob. Vasco (Vitoria-Gasteiz)
Carmen Fuentelsaz Gallego. Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)
Denise Gastaldo. Universidad de Toronto (Canadá)
Rosa González Llinares. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (Vitoria-Gasteiz)
M^a Concepción Martín Arribas. Instituto de Salud Carlos III (Madrid)
M^a Isabel Orts Cortés. U. de Alicante. Depart. de Enfermería. (Alicante)
Anna M. Pulpón Segura. U. de Barcelona. E. de Enfermería. (Barcelona)
Carmen Silvestre Busto. Hospital de Navarra(Pamplona)
Pablo Uriel Latorre. Complejo Hospitalario Juan Canalejo (La Coruña)-

Co-organizan

Fundación para la Cooperación y
Salud Internacional Carlos III - CSAI (Madrid)

Comité Científico

Presidenta: Teresa Moreno Casbas
Vicepresidenta: Carmen Fuentelsaz Gallego
Secretaria: Isabel Orts Cortés

Claire Anne Hale
Lorraine N. Smith
Denise Gastaldo
Milagros Ramasco Gutiérrez
Rosa González Llinares
Carmen Silvestre Busto
M^a Concepción Martín Arribas
Gonzalo Duarte Climent
Pilar Comet Cortés
Elena Altarribas Bolsa
Pablo Uriel Latorre
Pilar Córcoles Jiménez
Olga Monistrol

Nota: con la colaboración de GlaxoSmithKline

Tabla de contenidos

TABLA DE CONTENIDOS	3
PROGRAMA	9
TEXTOS DE LAS CONFERENCIAS Y PONENCIAS	13
DÍA 21 DE NOVIEMBRE	14
CONFERENCIA INAUGURAL	14
PROVIDING CULTURALLY CONGRUENT HEALTH CARE: ISSUES, STRATEGIES AND PRIORITIES FOR RESEARCH. MARILYN "MARTY" DOUGLAS, DNSC, RN, FAAN	14
MESA REDONDA: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA	14
CONFERENCIA: "LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES: NATURALEZA DE LA EVIDENCIA E IMPLICACIONES". CARMEN DE LA CUESTA. PROFESORA TITULAR. FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. MEDELLÍN. COLOMBIA	14
<i>J. J GÁMEZ REQUENA</i> : EFECTO DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA, EN MUJERES CUYOS PARTOS FINALIZARON POR VÍA CESÁREA.	21
<i>P. SERRANO ANDRÉS</i> : EVOLUCIÓN DEL RIESGO DE PADECER UN TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE, TRAS UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA.	24
<i>I. M^a BARRIO CANTALEJO</i> : RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A UN GRUPO DE PACIENTES OBESOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	26
<i>O. HERNÁNDEZ</i> : INTENCIÓN, ACTITUD, NORMA SUBJETIVA Y PERCEPCIÓN DEL CONTROL EN LA RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DEL DOUBLE DUTCH EN ADOLESCENTES.	30
CONFERENCIA: "PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA" "LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA". JAVIER GALLEGO DIÉGUEZ. JEFE DE LA SECCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN	35
<i>O. LÓPEZ DE DICASTILLO</i> : ¿QUÉ OPINAN LOS NIÑOS SANOS SOBRE LA VISITA MÉDICA, LA HOSPITALIZACIÓN Y CIERTOS PROCEDIMIENTOS?	43
<i>R. ESCURIET PEIRO</i> : ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y LAS RELACIONES SEXUALES ENTRE LOS JÓVENES DEL ÁREA DE GRANOLLERS.	47
<i>B. QUILCHANO GONZALO</i> : LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD VISTA POR SUS AGENTES: UN ESTUDIO CUALITATIVO.	50
<i>M.L. LÓPEZ GONZÁLEZ</i> : RIESGO CONDUCTAL DE CÁNCER Y FACTORES ASOCIADOS EN EL MODELO A:S:E., EN PACIENTES DE A.P.S.	53
MESA REDONDA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR.	56
CONFERENCIA: "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO" CARMEN AUZMENDI. EQUIPO CONSULTOR DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DONOSTIA.	56
<i>G. TOMÁS BARTRINA</i> : EXPLORACIÓN DE LA EXPERIENCIA VIVIDA Y EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LA PERSONA OSTOMIZADA	59
<i>I. MIER GONZÁLEZ</i> : REGISTRO DEL DOLOR POSQUIRÚRGICO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	61
<i>P. SCHOFIELD</i> : AN ALTERNATIVE ENVIRONMENT FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN- AN EXPERIMENTAL STUDY.	64
<i>J. TOMÁS SÁBADO</i> : ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ENFERMERÍA: DIFERENCIAS SEGÚN EL PUESTO DE TRABAJO	67
CONFERENCIA: "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO" NURSING INTERVENTIONS IN ACUTE PAIN: GENERATING AND USING EVIDENCE. DRA: KATE SEERS. HEAD OF RESEARCH RCN INSTITUTE. RADCLIFFE INFIRMARY OXFORD UK.	70
<i>L. GONZALES</i> : THE EFFICACY OF REIKI IN THE PAIN MANAGEMENT AT THE END OF LIFE.	70
<i>E. CHIRVECHES PÉREZ</i> : IMPACTO DE LA VISITA PREOPERATORIA DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR EN CIRUGÍA PROGRAMADA.	70
<i>K. VEHVILÄINEN-JULKUNEN</i> : FACTORS INFLUENCING NURSES' USE OF NON-PHARMACOLOGICAL PAIN ALLEVIATION METHODS IN PAEDIATRIC PATIENTS.	72
<i>T. KUSHNIR</i> : NURSES AND STUDENT NURSES AVOIDANCE FROM RESPONDING TO NON-PHYSICAL NEEDS OF PATIENTS.	73

5

MESA REDONDA: GESTIÓN DE CUIDADOS Y SU CONTINUIDAD ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	74
CONFERENCIA: EVALUACIÓN DE UNA PROPUESTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: LA ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE. DOLORES IZQUIERDO MORA. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.	74
<i>M. HATANO</i> : CHANGE OF THE STATE OF CLIENTS AT THE PRACTISE OF KYOMATION CARE	75
<i>A. PAREDES SIDRACH</i> : RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL ENFERMERA A TRAVÉS DE ELEMENTOS SIMBÓLICOS.	77
<i>A. EMAMI</i> : WHO BENEFITS FROM CULTURALLY PROFILED CARE?.	79
<i>M. L. PERÁLA</i> : AN EXPERIMENTAL STUDY ON THE EFFECTS OF A CARE- MANAGEMENT HOSPITAL DISCHARGE.	80
CONFERENCIA: TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP: THE KEY TO NURSINGS' TRANSFORMATIONS". PATRICIA CLAESSENS. INSTITUTE OF NURSING SCIENCE, UNIVERSITY OF BASEL, BASEL, SWITZERLAND	81
<i>M. ROCA</i> : CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE ENFERMOS DE SIDA.	84
<i>R. DAVIES</i> : CHILDREN'S HOSPICES AND FAMILY NURSING INTERVENTIONS: A PRACTICAL RESPONSE TO MEET THE NEEDS OF CHILDREN WITH LIFE LIMITING CONDITIONS AND THEIR FAMILIES.	87
<i>C. CALVO MARTÍN</i> : "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) EN LOS DIAGNÓSTICOS NANDA RELACIONADOS CON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: VALIDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES".	89

MESA REDONDA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PERSONAS MAYORES	94
CONFERENCIA: "DEPENDENCIA Y CUIDADOS EN LA VEJEZ: RETOS DE FUTURO!". M ^a TERESA SANCHO. IMSERSO. EXPERTA DEL CONSEJO DEL EUROPA Y LA OCDE, EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	94
<i>D. PEÑACORBA MAESTRE</i> : PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD.	96
<i>I. ARAMBURU CHINCHURRETA</i> : ANÁLISIS COMPARATIVO DE NECESIDADES PSICOSOCIALES DE CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS AFECTADAS DE ALZHEIMER.	99
<i>J. NOLAN</i> : COMMUNITY NURSES KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF OLDER PEOPLE A NATIONAL SURVEY IN ENGLAND.	103
<i>D. NUÑEZ</i> : HEALTH STATUS A BEHAVIOURS OF VULNERABLE OLDER ADULTS: CULTURAL AND CONTEXTUAL ISSUES.	105
CONFERENCE: "THE SENSES FRAMEWORK: A NEW APPROACH TO WORKING WITH OLDER PEOPLE". MIKE NOLAN. PROF. DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA. UNIVERSIDAD DE SHEFFIELD.	105
<i>C. FLÓREZ ALMONACID</i> : EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL DERECHO A LA AUTONOMÍA.	108
<i>E. GONZÁLEZ MARÍA</i> : CALIDAD DE VIDA SEGÚN COOP/WONCA EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS.	111
<i>E. NIETO GARCÍA</i> : REPRESENTACIÓN SOCIAL QUE TIENEN LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE A. DEL C. S. DELICIAS.	115
<i>E. OLTRA RODRÍGUEZ</i> : ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL FINAL DE LA VIDA.	120

PONENCIA: VI PROGRAMA MARCO	123
OCTAVI QUINTANA TRIAS. DIRECTORATE F – LIFE SCIENCES: RESEARCH FOR HEALTH. COMISIÓN EUROPEA.	123

MESA REDONDA: ATENCIÓN DOMICILIARIA: MODELOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	123
VIDEO-CONFERENCIA: NICK SANTAMARÍA. AUSTRALIA	123
<i>J. PÉREZ GÓMEZ</i> : LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE SOMETIDO A DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.	123
<i>E. A. MATHEWS</i> : A DESCRIPTIVE STUDY OF PATIENTS EXPERIENCES OF SELF CARE AT HOME AFTER DAY CARE SURGERY IN A SINGLE HEALTH DISTRICT IN UK.	126
<i>S. SANCHO VIUDES</i> : EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN MALLORCA: PROPUESTA DE MEJORA.	128
<i>P. BASALOBRE LÓPEZ</i> : ALTAS EN CONTRA DE LA OPINIÓN CLÍNICA (A.C.O.C) DE TOXICÓMANOS ACTIVOS EN UNA UNIDAD DE ENFERMOS INFECCIOSOS.	132
CONFERENCIA: "ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EUROPA...UNA APROXIMACIÓN". GONZALO DUARTE CLIMENT. TÉCNICO DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN (SERVICIO CANARIO DE SALUD).	135

<i>M^a.V. DELICADO USEROS: PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA RESPECTO A LAS CUIDADORAS INFORMALES DE PERSONAS DEPENDIENTES.</i>	135
<i>S. REGOYOS: EL SOPORTE DE ENFERMERÍA Y LA CLAUDICACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL.</i>	140
<i>J. JURADO CAMPOS: EVALUACIÓN DE LA NEUROPATÍA Y DIFERENTES FACTORES DE RIESGO EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS TIPO 2 DE EDAD AVANZADA EN ASISTENCIA PRIMARIA. ESTUDIO PRELIMINAR AL PROYECTO FIS 01/0846.</i>	140
CONFERENCIA DE CLAUSURA	145
INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y GÉNERO. LOS CAMBIOS SOCIALES Y SU REFLEJO EN LA RELACIÓN ENTRE LAS FAMILIAS Y EL SISTEMA SANITARIO. DRA. MARÍA ÁNGELES DURÁN. CATEDRÁTICA DE SOCIOLOGÍA (CSIC).	145
<u>TEXTOS DE LOS POSTERS CIENTÍFICOS</u>	<u>151</u>
PÓSTER 2 - FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL ASEO DEL PACIENTE CRÍTICO	152
POSTER 4 - EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO METOLOLOGÍA DE TRABAJO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	153
POSTER 5 - DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN AL EMBARAZO A MUJERES DE ORIGEN MAGREBÍ. PERCEPCIONES DE LAS MATRONAS DE ASISTENCIA PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE BARCELONA.	154
POSTER 6 - VALIDACIÓN Y CONSENSO DE TIEMPOS ESTIMADOS EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO EN ATENCIÓN PRIMARIA.	155
POSTER 8 - ENFERMERÍA COMUNITARIA Y EDUCACIÓN SANITARIA: LA INVESTIGACIÓN DESDE EL AULA.	156
POSTER 9 - HEALTH CARE NEEDS OF THE SPANISH-SPEAKING POPULATION	157
POSTER 11 - CHILDREN WITH CANCER AND THEIR FAMILIES.	158
POSTER 12 - LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA. UN ESTUDIO CUALITATIVO.	158
POSTER 13 - PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA ENTRE ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTADUAL DE MINAS GERAIS/INESP – MINAS GERAIS – BRASIL	159
POSTER 14 - MENTHORSHIP PREPARATION - THE WAY FORWARD.	160
POSTER 15 - FUENTES DE CONOCIMIENTO QUE UTILIZAN LAS ENFERMERAS EN SU PRÁCTICA CLINICA	161
POSTER 18 - DECISION-MAKING DURING HOSPITALISATION: PARENTS’ AND CHILDREN’S INVOLVEMENT, AND HOW THEY MAY BE INFLUENCED BY IDEAS OF “OWNERSHIP” OF THE CHILD.	162
POSTER 19 - 1 ^{ER} ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ESPAÑA. ESTUDIO GNEAUPP-HUNTELIGH-UIFC 2001	163
POSTER 20 - LOS ENFERMEROS DE UTI, ¿UNA FAMILIA DIFERENTE?	164
POSTER 21- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL TRASPLANTADO DE CORAZÓN. ENSAYO CONTROLADO CON ASIGNACIÓN ALEATORIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO FRENTE A LA PRÁCTICA INFORMATIVA HABITUAL.	165
POSTER 22 - STUDY OF THE ENHANCEMENT OF NURSING EDUCATION IN CZECH REPUBLIC DURING 2000	166
POSTER 23 - EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA BOCA EN ENFERMOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA EVOLUCIONADA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA	167
POSTER 25 - INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA), EN ESCOLARES	168
POSTER 26 - AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA.	169
POSTER 29 - THE INFLUENCE OF PSYCHO-EDUCATIONAL SUPPORTIVE PROGRAM FOR MENOPAUSAL WOMEN ON THE PERCEIVED SEVERITY OF THEIR SYMPTOMS	170
POSTER 36 - IMPORTANCIA DE LA BASE DE DATOS EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA. PRIMER PASO DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	171
POSTER 37 - ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA PRODUCCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE ALERGIA	173
POSTER 39 - LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PROTOCOLIZADA ¿DISMINUYE LOS RIESGOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS?	174
POSTER 43 – PAIN MEASURING AS 5 TH VITAL SIGN	175
<u>OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS</u>	<u>177</u>
¿CÓMO LLEGAR?	177
HORARIOS Y PARADAS DE AUTOBUSES	178
<u>ENGLISH PROGRAM</u>	<u>179</u>

Programa

DIA 21 de Noviembre

- 8,00h. **Entrega documentación**
- 8,45h. **Acto Inaugural**
- 9,15h. **Conferencia inaugural: Providing Culturally Congruent Health Care: Issues, Strategies and Priorities for Research.**
Dra. Marty Douglas. Editora de Transcultural Nursing
- 10,15h. **Mesa Redonda: Promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia**
Moderadora: Teresa Moreno. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería. Investén - iscii
1ª Conferencia: "La salud reproductiva de los jóvenes: naturaleza de la evidencia e implicaciones"
Carmen de la Cuesta. Universidad de Antioquia. Colombia.
- 10,35h. **J. J Gámez Requena:** Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga, en mujeres cuyos partos finalizaron por vía cesárea.
P. Serrano Andrés: Evolución del riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria en una población adolescente, tras una intervención preventiva.
I. Mª Barrio Cantalejo: Resultados de la aplicación del modelo PRECEDE de educación para la salud a un grupo de pacientes obesos en un centro de atención primaria.
O. Hernández: Intención, actitud, norma subjetiva y percepción del control en la relación a la utilización del double dutch en adolescentes.
- 11,45h **Café / Exhibición posters**
- 12,15 **Debate:** " Nuevas tendencias de la investigación biomédica: el papel de la investigación en enfermería".
Juan Rodés Teixidor. Presidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 12,45h. **2ª Conferencia:** "Promoción de la salud en la infancia" "La promoción de la salud en la escuela".
Javier Gallego Diéguez. Jefe de la sección de la educación para la salud. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón
- 13,05h. **O. López de Dicastillo:** ¿Qué opinan los niños sanos sobre la visita médica, la hospitalización y ciertos procedimientos?
R. Escuriet Peiro: Asociación entre el consumo de sustancias tóxicas y las relaciones sexuales entre los jóvenes del área de Granollers.
B. Quilchano Gonzalo: La educación para la salud vista por sus agentes: un estudio cualitativo.
M.L. López González: Riesgo conductal de cáncer y factores asociados en el modelo A.S.E. en pacientes de A.P.S.
- 14,15h. **Comida / Tertulia**
"Nuevas Tecnologías y difusión del conocimiento en Enfermería en el ámbito Europeo".
Responsables: Claire Anne Hale.

“Investigación en cuidados a mayores de 65 años”

Responsables: Teresa Moreno, Pilar Comet, Carmen Fuentelsaz.

- 15,30h. Mesa Redonda: Intervenciones de enfermería para el manejo del dolor**
Moderadora: Rosa Gonzalez Llinares. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería. Investén - iscii
- 1ª Conferencia:** “Intervenciones de Enfermería para el manejo del dolor crónico”
Carmen Arratibel. Equipo Consultor de Cuidados Paliativos del Hospital Donosita.
- 15,50h. E. Abad Corpa:** Exploración de la experiencia vivida y el proceso de adaptación de la persona ostomizada
B. Ruiz Soto: Registro del dolor posquirúrgico en los cuidados de enfermería.
P. Schofield: An alternative environment for the management of chronic pain-an experimental study.
J. Tomás Sábado: Ansiedad ante la muerte en enfermería: diferencias según el puesto de trabajo.
- 17.00h. Café / Exhibición Posters**
- 17,30h. 2ª Conferencia:** “Intervenciones de Enfermería para el manejo del dolor agudo” Nursing Interventions in Acute Pain: Generating and using evidence.
Dra: Kate Seers. Head of Research RCN Institute. Radcliffe Infirmary Oxford UK.
- 17,50h. E. Chirveches Pérez:** Impacto de la visita preoperatoria de enfermería en el control de la ansiedad y el dolor en cirugía programada.
K. Vehviläinen-Julkunen: Factors influencing nurses' use of non-pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients.
M. Ehrenfeld: Nurses and student nurses avoidance from responding to non-physical needs of patients.

DIA 22 de Noviembre

- 9,00h. Mesa Redonda: Gestión de cuidados y su continuidad entre niveles asistenciales**
Moderadora: Carmen Fuentelsaz. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería - Investén-isciii
- 1ª Conferencia:** Evaluación de una propuesta de mejora de la Atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud: la enfermera comunitaria de enlace.
Dolores Izquierdo Mora. Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud
- 9,20h. M. Hatano:** Effect of Kyomation care (new approach) case study.
A. Paredes Sidrach: Reconocimiento social de la actividad profesional enfermera a través de elementos simbólicos.
A. Emami: Who benefits from culturally profiled care?.
- 10,30h. Café / Exhibición Posters**
- 11,00h. 2ª Conferencia:** Transformational Leadership: The key to nursings' transformations”

- Patricia Claessens. Institute of Nursing Science, University of Basel, Basel, Switzerland.
- 11,20h.** M. Roca: Calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de SIDA.
- M. Davies: Children's hospices and family nursing interventions: a practical response to meet the needs of children with life limiting conditions and their families.
- C. Calvo Martín: "Intervenciones de Enfermería (NIC) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: Validación de las actividades".
- 13,00h.** **Comida / Tertulia**
- "Red de Investigación Cualitativa en Salud" (Redics)"**
- Responsables: Carlos Calderón.
- "Investigación Genética y Enfermería"**
- Responsables: M^a Concepción Martín, Donna M. Mead.
- 14,30h.** **Mesa Redonda: Cuidados de enfermería a personas mayores**
- Moderador: M^a Concepción Martín. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería. Investén – iscii.
- 1^a Conferencia:** "Dependencia y cuidados en la vejez: Retos de futuro"
- M^a Teresa Sancho. IMSERSO. Experta del Consejo del Europa y la OCDE, en el área de protección social a las personas mayores dependientes
- 14,50h.** D. Peñacorba Maestre: Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud.
- J. Nolan: Community nurses knowledge and perceptions of older people a national survey in England.
- D. Nuñez: Health Status an Behaviours of Vulnerable Older Adults: Cultural and Contextual Issues.
- 16,00h.** **Café / Exhibición Posters**
- 16,30h** **2^a Conferencia:** "The senses framework: A new approach to working with older people".
- Mike Nolan. Prof. de Enfermería Gerontológica. Universidad de Sheffield.
- 16,50h.** C. Flórez Almonacid: El consentimiento informado y el derecho a la autonomía.
- E. González María: *Calidad de vida según COOP/WONCA en los mayores de 65 años.*
- E. Nieto García: Representación social que tienen los cuidadores de personas dependientes respecto a la atención de los profesionales de enfermería de A. Del C. S. Delicias.
- E. Oltra Rodríguez : Úlceras por presión y su relación con el final de la vida.
- 18,00h.** **Ponencia: VI Programa Marco (2002 – 2006).**
- Octavi Quintana Trias. Directorate F – Life sciences: Research for health. Comisión Europea.

DIA 23 de Noviembre

- 9,00h. Mesa Redonda: Atención domiciliaria, modelos y nuevas tecnologías**
Moderadora: Pilar Comet. Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería - Investén-isciii
1ª Conferencia: : Video-Conferencia: "A multi-site clinical evaluation of the Alfred/Medseed Wound Imaging System".
Nick Santamaria. Assoc Profesor. The Alfred Hospital (Australia)
- 9,20h.** J. Pérez Gómez: La calidad de vida en el paciente sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria.
E. A. Mathews: A descriptive study of patients experiences of self care at home after day care surgery in a single Health District in UK.
S. Sancho Viudes: Evolución y análisis del programa de atención domiciliaria en Mallorca: Propuesta de mejora.
P. Basalobre López: Altas en contra de la opinión clínica (A.C.O.C) de toxicómanos activos en una unidad de enfermos infecciosos.
- 10,30h. Café / Exhibición Posters**
- 11,00h. 2ª Conferencia:** "Atención domiciliaria en Europa...una aproximación".
Gonzalo Duarte Climent. Técnico del Servicio de Planificación y evaluación (Servicio Canario de Salud).
- 11,20h.** Mª.V. Delicado Useros: Percepción de enfermería respecto a las cuidadoras informales de personas dependientes.
S. Regoyos: El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal.
J. Jurado Campos: Evaluación de la Neuropatía y diferentes Factores de Riesgo en un grupo de Diabéticos tipo 2 de edad avanzada en Asistencia Primaria. Estudio preliminar al proyecto FIS 01/0846.
B. del Pino Casado: Análisis descriptivo del proceso de enfermería en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria en atención primaria. (gordon-nanda-nic)
- 12,30h Conferencia de clausura: Investigación en cuidados y género
Los cambios sociales y su reflejo en la relación entre las familias y el sistema sanitario.**
Dra. María Ángeles Durán. Catedrática de Sociología (CSIC).
- 13,30h. Clausura**

Textos de las Conferencias y Ponencias

Día 21 de Noviembre

Conferencia Inaugural

Providing Culturally Congruent Health Care: Issues, Strategies and Priorities for Research. Marilyn “Marty” Douglas, DNSc, RN, FAAN

Associate Chief of Nursing for Research, Dept. of Veterans Affairs Palo Alto Health Care System. Assistant Clinical Professor, Dept. of Physiological Nursing, University of California, San Francisco. Editor, Journal of Transcultural Nursing

Civil wars, mass migrations and, more recently, trade agreements of the globalization process have resulted in movement of more diverse populations across political boundaries. Particularly in Europe and North America, countries are witnessing an increased rate of diffusion of ethnic populations into their societies. There are greater numbers and more diversity of ethnic groups. For ministries of health, and especially for health care practitioners, these newest immigrants present significant challenges. When they are ill, they come to us without the ability to communicate even the most basic human needs in a language that we can understand. They bring diseases and conditions of which we are not familiar. And most importantly, many come with beliefs about health and illness and ways of curing and caring that are totally unknown to us. Considering all these barriers, is there any hope of a therapeutic outcome?

Despite these seemingly impossible obstacles, some progress has been made in defining strategies to provide health care that is both beneficial and meaningful to these patients. Terms such as “culturally congruent care”, “cultural competence”, “cultural safety” have been used to describe the process of providing health care that is compatible with or fits with the patient’s own cultural beliefs about health and illness. Culturally congruent care means that the health care provider has integrated the patient’s belief system when constructing the plan of care. It means using knowledge regarding cultural beliefs about what causes illness and what types of actions or interventions the patient believes will affect a cure or relieve symptoms. It requires skills in cross cultural communication and a sensitivity to values and beliefs about life, death and the world around us that may be different from the ones we hold to be true and inviolate. This process is a collaboration and negotiation between the health care provider and the recipient in order to design a plan of care that is acceptable to both parties and accomplishes a therapeutic outcome. Related terminology will be defined and multiple clinical examples will be discussed.

Research studies in cross cultural health care delivery have only begun to tap into this vast field. Consider the number of cultures in the world, and then multiply that sum by the number of specialties within health care. Just building our knowledge base about cultural similarities and differences in health beliefs and practices could take a generation of researchers. In the interest of expediency, however, priorities must be identified and choices made as to the most urgent topics to be explored. For example, HIV/AIDS is growing at an alarming rate in both Africa and among our minority populations. Investigations into interventions that are culturally acceptable, and hence have a greater probability of success, would rank high on any list of research priorities. A summary of the nature and types of cross cultural health research studies that have been conducted to date will be presented. Finally, priorities for new research in this field will be proposed, as well as strategies to maximize our efforts to determine which interventions are most culturally congruent for the populations that we serve.

Mesa Redonda: Promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia Conferencia: “La salud reproductiva de los jóvenes: naturaleza de la evidencia e implicaciones”. Carmen de la Cuesta. Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia

Introducción

Desde 1995 he estado relacionada con el tema de la salud de los jóvenes como investigadora en el área de su salud reproductiva. Es desde esta perspectiva, que hago esta presentación. Con ella pretendo sugerir áreas de investigación que apoyen programas y políticas para la

promoción de su salud y mostrar cómo los hallazgos de los estudios cualitativos pueden contribuir a estos programas. El argumento central que quiero plantear es que para promover la salud de los jóvenes, es necesario contar con un tipo de evidencia que nos permita entrar en su mundo particular, en su subjetividad. Esto implica un cambio en la manera como tradicionalmente se ha investigado la salud reproductiva de los jóvenes. Es por ello que primero revisaré la investigación en este campo. Así, en esta presentación haré:

- 1) Una revisión crítica de lo investigado en el tema salud de los jóvenes, en el área de salud reproductiva fundamentalmente.
- 2) Una Propuesta de un cambio de enfoque de investigación con sugerencias de temas a investigar.
- 3) Una exposición de los hallazgos de un estudio cualitativo sobre el embarazo en la adolescencia y un análisis de sus implicaciones.

Una revisión crítica a lo investigado en el tema salud reproductiva de los jóvenes.

La revisión de las investigaciones producidas en el área de la salud reproductiva muestran que la metodología predominante que se ha utilizado ha sido la cuantitativa, que se basa en el paradigma positivista. Este es un enfoque unidimensional, deductivo, que falla en capturar el contexto completo de la vida. Los estudios han arrojado mucha información de tipo cuantitativo, mientras que la cualitativa, subjetiva, aunque incipiente es aún escasa. No hay dudas de que se han logrado avances importantes en conocer aspectos “objetivos” del tema, pero las limitaciones de este enfoque de investigación están siendo cada vez más señaladas así como cuestionada la relevancia de estos estudios para los programas de promoción de la salud. Las críticas se hacen sobre todo al enfoque de riesgo o epidemiológico de los estudios, a la visión de adulto que reflejan y a fallos metodológicos.

Efectivamente, en los estudios de investigación sobre salud reproductiva de los jóvenes, ha predominado un enfoque de riesgo: se han producido gran cantidad de estudios de tipo epidemiológico donde los jóvenes son considerados población vulnerable, en riesgo de por ejemplo contraer una enfermedad de transmisión sexual o de embarazarse. Incluso por su comportamiento se les considera grupo de alto riesgo. Al prevalecer este enfoque epidemiológico, los asuntos de salud de los jóvenes se construyen médicamente, como un producto de “causas” o agentes causales, y a los adolescentes como huéspedes de las mismas, los problemas de la vida cotidiana se convierten en problemas de salud, quedan medicalizados en los estudios tradicionales de investigación. Por ejemplo, el embarazo en la adolescencia se medicaliza al extremo de presentarse como una “epidemia” y un problema de salud pública; Cuando se revisa la literatura pareciera que este es como una enfermedad que hay que erradicar y no un acontecimiento social que también hay que comprender.

Metodológicamente en el enfoque epidemiológico, de riesgo, el problema se fragmenta en las variables que se piensa actúan sobre el joven tales como el nivel socio-económico, lugar de procedencia, conocimientos sobre anticoncepción, influencia de los amigos, y queda excluida la interpretación que los jóvenes hacen de sus condiciones, circunstancias y la construcción social de ellas. Por ejemplo, en el tema del embarazo en la adolescencia claramente se ha descuidado en las investigaciones la fenomenología de la maternidad y de la paternidad temprana así como la información sobre los contextos y las condiciones en que esta ocurre y se desenvuelve.

A la medicalización en los temas de salud reproductiva le debemos añadir la visión de adulto que algunos estudios reflejan y producen, esto a llevado a afirmar que el mundo de los jóvenes está construido por los adultos y no por ellos mismos. Un caso claro es el de los estudios denominados de “comportamiento de riesgo” donde los jóvenes se presentan en peligro de dejarse llevar por malas influencias; de estos estudios se desprende la idea de que los jóvenes han de poder resistir la presión de los otros, para no caer en conductas de riesgo. Pero, por ejemplo, no se entra a examinar si los jóvenes tienen la misma idea de riesgo que nosotros, los adultos. En el enfoque cuantitativo este es un ejercicio innecesario bien porque se dé por sentado que sí la tienen, este es un concepto universal, objetivo, o bien porque si esta es distinta, están simplemente equivocados, en el paradigma de los métodos cuantitativos la subjetividad no cuenta, por lo tanto lo diferente, lo que no se ajusta a un patrón establecido, se descarta.

Así, el uso de métodos cuantitativos favorecen la visión de adulto: La que traslada los valores propios de adultos a los jóvenes y no permite ver que hay otro mundo con una racionalidad que, si bien es distinta, no quiere decir que sea equivocada. El concepto de riesgo muestra claramente este punto. Mientras que para los adultos, y en especial para el personal de salud, riesgo indica peligro, el estudio que realicé sobre el embarazo en la adolescencia hallé que

para los jóvenes a la hora de evitar o no un embarazo riesgo es mas bien una cuestión del azar. Así para estas jóvenes el riesgo se asocia más con la probabilidad que con el peligro, corren riesgos en un sentido probabilística y no de ponerse en peligro. Que domine en los estudios la visión de adulto tiene consecuencias prácticas importantes: al no conocer la perspectiva de los jóvenes se limita la capacidad para proporcionarles una orientación en salud más realista. No se cuenta con la evidencia que oriente acciones en salud culturalmente accesibles.

No solo el enfoque de los estudios de investigación ha sido cuestionado por sus limitaciones, sino que también su calidad científica. Aquí merece la pena señalar algunos problemas, no para desacreditar los estudios sino para que estemos advertidos de ellos y podamos calibrar evidencia que proporcionan. Entiendo que metodológicamente hay cuatro cuestiones que no se deben pasar por alto:

- 1) Los estudios que consideran a los adolescentes como si fuera una población homogénea esto hace que se lleguen a generalizaciones que en el mejor de los casos son imprecisas y en el peor desorientan los programas de promoción de la salud; los que se encontraron "objetivamente" en un grupo de jóvenes, se extrapolan y sirven para todos. Son digamos estudios de "talla única".
- 2) La ausencia de los varones en los estudios sobre el embarazo en la adolescencia haciendo que este parezca solo un asunto de mujeres. Inadvertidamente se refuerza la idea que la anticoncepción es un asunto exclusivo de la joven, esto tiene una repercusión clara en los programas de anticoncepción que tienden a ser dirigidos a las mujeres. Mientras los métodos anticonceptivos son mayoritariamente de uso femenino, en la práctica el estudio del embarazo en la adolescencia encontró que la protección es del "departamento" del joven varón.
- 3) Los estudios cuyas muestras son sobretodo de población marginal y de escasos recursos. Esto hace que se construya socialmente un perfil determinado del joven; en el caso del embarazo las características más comunes de este perfil son las de joven pobre o de escasos recursos, que proviene de hogares rotos, con bajo nivel educativo y sin conocimientos de anticoncepción. La consecuencia de esto es que, cuando la joven se embaraza, se profundiza su estigmatización y se contribuye a aumentar el ya existente rechazo social que hay hacia ellas.
- 4) Y por último, los estudios que muestran datos contradictorios, este es el caso de los estudios sobre prácticas contraceptivas. Por ejemplo, un estudio reveló que el 25% de las jóvenes que dijeron no haber tenido relaciones sexuales sin anticonceptivos también aseguraban no haberlos usado durante su última relación sexual. La cuestión aquí es preguntarse cómo se utilizaron esta evidencia ¿A qué conclusión llevan estos datos? Las jóvenes, ¿mienten? o, ¿hay un problema metodológico porque no se ha considerado su cultura?. Recuerdo mi sorpresa cuando una joven participante del estudio de investigación sobre embarazo, me dijo, con mucha satisfacción, que su bebé era "planificado". En ese momento supe que para algunas jóvenes la "planificación familiar" era eso: Planificar tener un hijo, una familia; lo "otro", como dijeron en el estudio, es "evitarlo".

Respecto a los resultados de los estudios hay que señalar el poco éxito que han tenido en explicar la conducta sexual de los jóvenes; esto ha llevado a afirmar que "entre más se conoce sobre la práctica sexual de los adolescentes más preguntas surgen" y que no se pudo llegar a ninguna conclusión a partir de un simple análisis estadístico. El significado que tiene la sexualidad para los jóvenes se desconoce, por ello se ha sugerido que se retomaran estudios donde las relaciones sexuales sean vistas como parte de la vida y no solo como algo que debe evitarse o controlarse.

Todo indica, según la revisión de la bibliografía, que se ha investigado principalmente la salud reproductiva de los jóvenes y que aún poco sabemos de cómo es en los jóvenes. Sabemos sobre sus características y pautas de comportamiento en términos cuantitativos, la epidemiología de sus problemas de salud y las consecuencias que estos tienen para ellos, pero ¿es esto suficiente para orientar los programas de Promoción de la Salud? Todo indica que no. Áreas a investigar: Un cambio de paradigma.

Es bien conocido que a pesar de los esfuerzos, la promoción de la salud reproductiva de los jóvenes es aun una cuestión pendiente. El conocimiento que disponemos para orientar programas de prevención en esta área no ha producido los resultados esperados. Este es el caso claro del embarazo en la adolescencia, aunque hay mejoras en la educación y en su

prevención no se han producido a nivel general las reducciones previstas de maternidad entre los adolescentes.

El fracaso de muchos programas ha hecho que se llame la atención sobre la necesidad de contar con un diagnóstico operacional "más preciso de la situación de salud de los jóvenes, que constituya una base sólida para la implementación de políticas, planes y programas". Es decir, la información de la que disponemos es incompleta. Por otro lado, Salazar Rojas afirma que hoy en día se hace cada vez más evidente que las actividades preventivas y de promoción de la salud para los adolescentes han de enfatizar no solo los conocimientos necesarios en materia de salud sino también los valores, las creencias y las actitudes de ellos. Este autor propone que se considere el modo de razonar de los adolescentes ya que puede ser diferente del de los adultos, y sugiere que su conducta puede derivarse de un modelo de racionalidad diferente a la del adulto. No está equivocado, por ejemplo, en un estudio sobre Enfermedades de Transmisión Sexual se encontró que los jóvenes articulan unos mecanismos para explicar porqué no utilizan los preservativos, estos mecanismos en el estudio se denominaron de "eximientes" y muestran una lógica distinta a la nuestra. Para los jóvenes de este estudio, ser precavido, responsable o "juicioso" son atributos de adultos, ajenos a ellos; para ellos, ser joven es ser "loquito" en el sentido de irresponsable y audaz. Bajo este punto de vista, se puede pensar que los programas que apelen a la responsabilidad y prudencia no tendrán al menos en un principio, mucho eco entre los jóvenes a no ser que se muestre que este comportamiento sí que es propio de ellos o encaja en su cultura.

Si consideramos que la mayoría de los aspectos relacionados con la salud son de naturaleza social y de comportamiento, es claro que éstos merecen un modo de indagación que tome en consideración los múltiples significados que los individuos atribuyen a su cuidado, sus conductas y prácticas en salud. "La salud humana está atada a los sueños, esperanzas, actitudes, valores, creencias, y maneras de comprender los individuos" afirma Licoln y señala que la investigación en promoción de la salud necesita más estudios cualitativos y menos de laboratorio.

Los métodos cualitativos logran una comprensión profunda y rica de los fenómenos, una comprensión que tiene en cuenta las circunstancias de los participantes y su cultura. Por ejemplo, un estudio cualitativo encontró que la razón principal para no usar métodos anticonceptivos en el primer encuentro sexual es no haberlo planeado o anticipado, el estudio muestra que un contexto de imprevisión tiene más influencia en el comportamiento preventivo que los conocimientos adquiridos. Esto deja ya al descubierto que tener información sobre las maneras de evitar el embarazo no lleva directamente a ponerlas en práctica.

Así un giro de paradigma de investigación hacia metodologías cualitativas llevará a hacer preguntas que desvelen el mudo particular y rico de los jóvenes, llevará a los investigadores a áreas pocas exploradas tales como:

- 1) Las representaciones que tienen los jóvenes de, por ejemplo del alcohol, la sexualidad o la velocidad. Las representaciones son formas de pensamiento colectivo generado desde una cultura, es una modalidad de pensamiento práctico que sirve para manejar el entorno. Saber sobre ellas así nos permitirá comprender conductas de los jóvenes que nos parecen inexplicables.
- 2) Los significados que atribuyen a cuestiones relacionadas con su salud tales como auto-cuidarse y prevenir enfermedades.
- 3) Los contextos dónde ocurren situaciones, por ejemplo en el embarazo en la adolescencia, la anticoncepción o el consumo de sustancias psico-activas.
- 4) Las Creencias y prácticas en salud de los jóvenes, como la alimentación, y el ejercicio físico.
- 5) Las Vivencias como padecer una enfermedad crónica, estar hospitalizado, ser padre.
- 6) Procesos como convertirse en madre, crecer, transitar de la escuela a la Universidad y por ultimo,
- 7) Áreas que diferencien los distintos grupos étnicos y culturales. Es decir, estudios que por ejemplo, penetren en lo que tienen en común y diferente las prácticas de salud de jóvenes en distintas etnias y culturas.

Esta no es una lista exhaustiva sino sugerente, está hecha con el ánimo de abrir posibilidades y no de cerrarlas. Pretende mostrar el giro que se debe hacer para entrar en la subjetividad y en el mundo de los jóvenes. Esto permitirá la comprensión de los fenómenos en el sentido Weberiano: comprender poniéndose en el lugar del otro y comprender la intencionalidad de sus acciones. Sin esta comprensión creo que nuestras acciones serán ineficaces, pues no contaremos con el tipo de evidencia que permita una acción moral y efectiva. El conocimiento

cualitativo ofrece a los que practican nuevas perspectivas con las cuales trabajar, Sandelowski afirma que: "La investigación cualitativa contribuye al desarrollo de la práctica reflexiva y a la creación de políticas creando mas recursos sobre los que pensar y actuar en el mundo". Veamos esto seguidamente con un ejemplo.

Un ejemplo: Embarazo en la adolescencia.

En el año 2000 finalicé un estudio cualitativo sobre el embarazo en la adolescencia. En él encontré que el embarazo para las jóvenes es un hecho sentimental y biográfico que significa un punto de inflexión en su carrera personal, se produce en un contexto de noviazgo en serio, apoyado en una cultura de amor romántico. En este contexto, las relaciones sexuales son legítimas pues se vinculan al amor y tenerlas es un aspecto importante de la tarea de ser novia.

Contrario a lo que se suele pensar, las jóvenes que quedan en embarazo tienen, al interior de su relación amorosa, una conducta "conservadora" en el sentido de que se ajustan a las reglas de genero en una situación de amor romántico. Así, las ideas del amor romántico y las reglas de genero son una poderosa influencia en el comportamiento de estas jóvenes. Para ellas, embarazarse no es el problema, su mayor preocupación es que las dejen de amar a causa del embarazo. Aunque temen la eventualidad de uno, se sienten protegidas en cierta manera por la situación de amor romántico en la que se encuentran. Es decir, el novio es quien las cuida; haberlo elegido bien, es una manera de evitar un embarazo no previsto o evitar ser abandonadas a consecuencia de él. También, los datos muestran que los jóvenes realizan prácticas anticonceptivas; aunque estas son de cuestionable eficacia médica, indican que en la practica están haciendo algo. No son tan alocados al fin de cuentas.

Esta estudio, como otros anteriores muestra la necesidad de contextualizar la educación para la salud, específicamente en el tema de anticoncepción. En este sentido, del presente estudio se desprende que bajo el punto de vista de las jóvenes:

- 1) Los métodos anticonceptivos han de cumplir los requisitos de ser seguros para su privacidad, han de evitar, además de un embarazo, que su relación sea descubierta por los que se oponen a ella. Este es un "efecto secundario" que se ha de tener en cuenta a la hora de aconsejar un tipo de método anticonceptivo.
- 2) Los métodos anticonceptivos tienen incompatibilidades que trascienden las pruebas médicas, han de ser eficaces y aceptables socialmente. Esto significa que encajen en el clima romántico y sean compatibles con el papel que desarrolla la joven en el noviazgo. Los métodos anticonceptivos no pueden significar una amenaza para la identidad de la joven ni para la "magia" del encuentro amoroso.
- 3) Los métodos anticonceptivos se construyen sin una relación positiva con el noviazgo, estos no sirven para construir intimidad ni confianza, antes su uso puede destruirlos. Esto parece indicar que los métodos anticonceptivos han de ser presentados como relevantes para la situación de noviazgo de las jóvenes y no solo como métodos para evitar la procreación o una infección.
- 4) Hay otras "maneras" de evitar el embarazo no deseado o al menos su impacto negativo. Estas no son convencionales y puede ser cuestionado que se les considere como tal. Pero esta no es la discusión, ya que lo real no es cómo se defina algo, sino sus consecuencias. Que los jóvenes estén haciendo esfuerzos por evitar los embarazos no deseados es muy positivo, parece necesario que se comience por reconocerlo y se evite descalificarlo. Centrar una atención positiva en lo que hacen respecto a evitar los embarazos puede ser una mejor estrategia que la de criticar lo que no hacen.

Los datos de esta investigación sugieren que no se puede desvincular la educación sentimental o afectiva de la educación sexual, para las jóvenes ambas cosas están íntimamente ligadas Así este estudio indica que, el digamos, discurso preventivo no tiene cabida en el discurso del amor romántico. Los anticonceptivos son objetos ajenos a los propios del romance, es más pueden chocar contar él pues, por ejemplo, los preservativos se asocian con la suciedad y promiscuidad. También, la practica anticonceptiva, tal como se viene presentado, no encaja en este mundo de amor romántico. No solo no está relacionada con el amor ni con el romance, sino que además puede destruirlos al introducir desconfianza en la relación. Recuerden que nos cuidamos de los extraños, de aquellas personas de las que desconfiamos: No nos protegemos de los que amamos, es lógico: la confianza es la base del amor.

Conclusión.

La hegemonía cuantitativa en la investigación sobre la salud de los jóvenes muestra la situación general de la investigación en salud. Según Pill, la investigación en el campo concreto de la conducta en salud ha ignorado prácticamente la perspectiva de las personas, a pesar de

que la definición mas citada de conducta saludable implica que las personas deben creer que sus acciones logran objetivos específicos.

Para lograr en el campo de la promoción de la salud acciones eficaces y sensitivas, es necesario conocer el contexto y la perspectiva de las personas. Es cada vez más evidente que para cambiar comportamientos o promover estilos de vida saludables se requiere una comprensión de la propia conducta, las razones que la asisten y una idea clara del comportamiento preferido. Los estudios cualitativos son los llamados a proporcionar este tipo de evidencia. Por otro lado, la nueva política en promoción de la salud rechaza contundentemente el autoritarismo y la manipulación, enfatiza la necesidad de respetar las opiniones de las personas e involucrarlas directamente en las decisiones sobre su salud. Los estudios cualitativos proporcionan evidencia que sirve de guía para hacer esto.

Espero haber mostrado con esta conferencia que la investigación en promoción de la salud de los jóvenes requiere que exploremos sus experiencias y vivencias, que descubramos sus prácticas, culturas y modos de razonar. Sin esta evidencia y una apreciación de lo que ella vale, dudo mucho que podamos ayudar a los jóvenes a promover su salud.

Bibliografía (Por razones de edición la bibliografía no sigue las normas de publicación, el orden es el de aparición en el texto sin que haya podido ser referenciada en el mismo)

1. Morse JM (1997) recognizing the power of qualitative research. En: Morse JM Completing a qualitative project (páginas 1-8) Thousand Oaks: SAGE
2. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
3. Arbelaez Rojas MC, Restrepo Sota LA, Uribe Soto, CM (1996) El adolescente y su representación de prevención en enfermedades de transmisión sexual. Tesis de grado sin publicar, Maestría en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
4. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
5. Aguilar-Luzón C, Moreno MF y García Martínez JMA (2002) Importancia del valor salud frente a otros valores sociales en una muestra de adolescentes. Index de Enfermería, 10, 35, páginas 14-17
6. Moore, S. and Rosenthal, D. (1993). Sexuality in Adolescence. London: Routledge.
7. Salazar Rojas, D. (1995). Adolescencia, cultura y salud. En M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, En: Suárez Ojeda & J. Yunes (compiladores). La salud del adolescente y del joven (Pág. 15-26). Washington: OPS PC 552.
8. Michell, L. (1997). Pressure groups: Young people's accounts of peer pressure to smoke. Social Sciences in Health, 3, 1, páginas 3-17.
9. Michell, L. (1997). Pressure groups: Young people's accounts of peer pressure to smoke. Social Sciences in Health, 3, 1, páginas 3-17.
10. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
11. Atkin, L.C., Ehrenfeld, N., and Pick, S. (1996). Sexualidad y fecundidad adolescente. En K. Langer A. y Tolbert (compiladores). Mujer, Sexualidad y salud reproductiva en México (Pág. 39-84). Mexico: EDAMEX-The Population Council.
12. Silber, T.J., Giurgiovich, A. and Munist, M. (1995). El embarazo en la adolescencia. En M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, En Suárez Ojeda & J. Yunes (compiladores). La salud del adolescente y del joven (Pág. 252-263). Washington: OPS PC 552.
13. Silber, T.J., Giurgiovich, A. and Munist, M. (1995). El embarazo en la adolescencia. En M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, En Suárez Ojeda & J. Yunes (compiladores). La salud del adolescente y del joven (Pág. 252-263). Washington: OPS PC 552.
14. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
15. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
16. Kano, M.E. (1998) El Proceso de Enfrentar el embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. Tesis de grado sin publicar. Maestría en Salud Publica con énfasis en Salud Mental. Facultad Nacional de Salud Publica, Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia

17. Thompson S. (2001) Los caminos de la sexualidad. Jóvenes. Revista de Estudios sobre Juventud Numero 13, paginas 92-135
18. Thompson S. (2001) Los caminos de la sexualidad, página 102. Jóvenes. Revista de Estudios sobre Juventud Numero 13, paginas 92-135,
19. Atkin, L.C., Ehrenfeld, N., and Pick, S. (1996). Sexualidad y fecundidad adolescente. En K. Langer A. y Tolbert (compiladores). Mujer, Sexualidad y salud reproductiva en México (Pág. 39-84). Mexico: EDAMEX-The Population Council.
20. The Alan Guttmacher Institute (1990). Adolescentes de hoy, padres del mañana. New York: The Alan Guttmacher Institute.
21. Maddaleno, M. y Suárez Ojeda, página 83 En: (1995). Situación Social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. En M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, En: Suárez Ojeda y J. Yunes (compls). La salud del adolescente y del joven (Pág. 70-84). Washington:OPS PC-552.
22. Salazar Rojas, D. (1995). Adolescencia, cultura y salud. En M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, En: Suárez Ojeda y J. Yunes (eds). La salud del adolescente y del joven (Pág.15-26). Washington: OPS PC 552.
23. Salazar Rojas, D. (1995). Adolescencia, cultura y salud. En: Maddaleno M, Munist MM, SerranoCV, Silber TJ, Suárez Ojeda EN y Yunes J Editores. La salud del adolescente y del joven, 1995 (Pág. 15-26). Washington: OPS PC 552.
24. Arbelaez Rojas MC, Restrepo Sota LA, Uribe Soto, CM (1996) El adolescente y su representación de prevención en enfermedades de transmisión sexual. Tesis de grado sin publicar, Maestría en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
25. Lincoln I, S. (1997). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Investigación y Educación en Enfermería, **15**, 2, páginas 57-69.
26. Lincoln I, S. (1997). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Investigación y Educación en Enfermería, **15**, 2, páginas 57-69. pagina 66-67
27. Pick de Weiss, S., Andrade, P. & Chávez, N. (1988). Conocimientos de las adolescentes de la ciudad de México. Salud Mental, **11**, 2, páginas 35-38.
28. Geertz C. (1973) citado en: Arbelaez Rojas MC, Restrepo Sota LA, Uribe Soto, CM (1996) El adolescente y su representación de prevención en enfermedades de transmisión sexual. Tesis de grado sin publicar, Maestría en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
29. Von Wright, G. (1987. 1 Reim). Explicación y Comprensión. Madrid: alianza Universidad.
30. Sandelowski MJ. Programmatic Qualitative Research: Or, Appreciating the importance of Gas Station Pumps, p. 217. En: Morse J, Editora Completing a qualitative project: Details and dialogue. Thousand Oaks: SAGE; 1997. p.211-225.
31. De la Cuesta, C (2002) Tomarse el amor en serio: El contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.
32. Thomas W.I. (1928) citado en: A. G. Johnson (1995)._The Blackwell Dictionary of Sociology, pág. 356. Oxford: Blackwell.
33. Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. (1992b) Pressure, resistance and empowerment. En: P. Aggleton, Davis P y G Hart (Editores). Aids: Rights, Risks and Reasons. London: Falmer Press; 142-162
34. Giddens, A. (2 ed. 1998). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: cátedra.
35. Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health. En Badura B y Kickbush (Editores). Health Promotion Research (pág. 187-211). Copenhagen: WHO/EURO.
36. Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health. En Badura B y Kickbush I Editores. Health Promotion Research (pág. 187-211). Copenhagen: WHO/EURO.
37. Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health. En Badura B y Kickbush I Editores. Health Promotion Research (pág. 187-211). Copenhagen: WHO/EURO.

J. J. Gámez Requena: Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga, en mujeres cuyos partos finalizaron por vía cesárea.

Introducción

La lactancia materna (LM) o natural aporta notables beneficios tanto al recién nacido como a la madre, y que no vamos a detallar en este momento por ser conocidos y confirmados por la comunidad científica.

A pesar de ello, se ha podido constatar que durante los últimos 50 años ha habido un descenso acusado de la lactancia materna en el mundo occidental, especialmente entre los años 1956 y 1970, justificado por diversos autores, como respuesta a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y al propio desarrollo de la sociedad que adopta diferentes modos de comportamiento sustituyendo la lactancia materna por otras fórmulas lácteas humanizadas ofertadas por la industria.

Además de estos factores, que se describen para la población de puérperas en general, existe un grupo de mujeres, aquellas cuyos partos tienen lugar por vía cesárea, y para quienes la intervención quirúrgica es un factor que comporta un factor de riesgo para la lactancia.

Afirmamos esto porque tradicionalmente la necesidad de los cuidados propios de un postoperatorio por parte de la puérpera intervenida de cesárea, y las pautas hospitalarias establecidas para el cuidado de este grupo (como la separación del hijo y hospitalización prolongada), unido a las connotaciones negativas de la cesárea como fracaso de un parto que no progresa, han dificultado el acercamiento temprano entre madre e hijo.

La cesárea, que en la década de los 70 representaba el 5% de todos los partos, lejos de disminuir, ha incrementado la incidencia en muchos centros, hasta llegar a alcanzar el 15% y 20%.

No son muchos los artículos dedicados al estudio de la lactancia materna en los casos de parto por vía cesárea. Pérez -Escamilla y cols destaca que seis estudios llevados a cabo en países desarrollados y en vías de desarrollo han concluido diciendo que la intervención cesárea obstaculiza la lactancia, mientras que nueve no revelan relación entre ambas. El autor, en su estudio epidemiológico llevado a cabo en Méjico, identifica la cesárea como factor de riesgo tanto para el inicio de la lactancia como para la duración de la misma.

Victoria y cols (1982), afirman que la frecuencia y duración de la lactancia materna en una muestra de 4912 recién nacidos brasileños, nacidos por vía vaginal y por cesárea electiva eran similares, pero cuando se trataba de una cesárea urgente, la duración de la lactancia era significativamente menor que la alcanzada en los partos vaginales.

En los años 70, la OMS y UNICEF, junto con otras organizaciones de carácter social, fueron los artífices de acciones que, en los años siguientes, marcaron la proyección de la lactancia materna en la agenda mundial y que plasmaron en una Declaración Conjunta sobre "Alimentación del lactante y niño pequeño" en 1972. A partir de esta década se inició una recuperación lenta, pero sostenida hasta la actualidad, de la lactancia materna.

Desde que tuvo lugar esta iniciativa se han sucedido numerosas actividades favorecedoras de la lactancia materna en todo el mundo.

El Hospital Materno Infantil del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, se unió en 1997 a la iniciativa de promoción institucional de la lactancia materna, junto con los equipos de Atención Primaria y la Colaboración del Colegio de Enfermería, La Escuela Universitaria de CCSS, Ayuntamiento, ONG (Liga de la Leche), Servicio Provincial de la Mujer e Instituto de la Mujer, en la celebración del "Año de Promoción de la Lactancia Natural en Málaga", y cuyas actividades se iniciaron el 7/2/97 y finalizaron el 20/2/98.

Nuestro hospital, como centro de referencia, atiende a una población aproximada de 382.000 habitantes. Durante el año 1997, año dedicado a la lactancia materna, hubo un total de 5733 nacimientos, de los cuales 1147 fueron cesáreas, lo que arroja una frecuencia relativa de 16.6%.

En ese año se llevaron a cabo una serie de actividades que se aglutinaron en tres líneas de trabajo:

a) Cambios en los servicios de salud (incidiendo en las ventajas de la lactancia materna, valorando los pezones y explicando la técnica correcta en las consultas de embarazadas y sesiones de educación maternal) y modificando las rutinas hospitalarias, dirigidos a las

puérperas tales como:- incorporación del “rooming-in”, puesta al pecho inmediata, acompañamiento de un familiar.

b) Capacitación del personal, para lo que se organizaron cursos básicos dirigidos a todos los profesionales que pueden intervenir en la promoción de la lactancia materna; mesas redondas y talleres específicos dirigidos a profundizar aspectos concretos de la lactancia materna y su promoción, como son la situación de la lactancia materna en España, directrices de la OMS y UNICEF, comienzo de la lactancia, lactancia e incorporación al trabajo, sexualidad, prematuridad y situaciones especiales, complicaciones de la lactancia, medicamentos y drogas, el futuro de la lactancia materna en España.

c) Difusión y dinamización social: tuvo lugar la presentación del “Año de la Lactancia”; acuerdos con la ONG de “La liga de la leche”; acuerdos con instituciones, concursos de fotografía, dibujo y redacción; lactadas colectivas públicas y otros actos de repercusión social así como intervenciones desde los medios de comunicación.

La puesta en marcha del programa de promoción de la Lactancia Materna incidió fundamentalmente en tres aspectos: a) mayor información a la mujer en el embarazo sobre ventajas y técnica correcta de amamantamiento, destacando enfermería como el estamento más implicado; b) aumento significativo de la primera puesta al pecho en el área de partos; c) incremento de la técnica de la lactancia materna a demanda y sin tiempo fijo en cada pecho en detrimento de horario fijo.

Respecto a la pertinencia y utilidad de los programas de salud y educación sanitaria, existen estudios que avalan estas iniciativas. En nuestro entorno cercano Torres A., destaca el papel desempeñado por la educación para la salud en su estudio de promoción de la lactancia, llevado a cabo en el Centro de Salud Trinidad de Málaga en el que amamantó el 81.3 % de las madres que recibieron esta educación frente al 66.9 % de las madres que no la recibieron. Del mismo modo, en el trabajo realizado en Navarra, sus autores demuestran que las pautas hospitalarias adecuadas influyen en la prevalencia de la lactancia materna en la primera visita domiciliaria, prevalencia que de 50.5 % ascendió a 70.5 % tras la intervención. Esta prevalencia también se vio incrementada en otro estudio en Barcelona, en el que del 62 % se pasó al 72 %; incrementándose también la duración de la lactancia.

Pensamos que todas las actividades de promoción de la educación sanitaria suponen un refuerzo para el cambio de actitudes y comportamiento de los individuos respecto de su salud. Sabemos por estudios ya citados en el texto, llevados a cabo en el mismo año de la intervención, que hay un aumento global de la prevalencia de la lactancia materna y de la implicación de los profesionales.

Nuestro interés se centra en la población de cesáreas porque consideramos que es un factor de riesgo para la lactancia materna y pensamos que, tras las intervenciones del programa, ha podido mejorar sustancialmente la puesta al pecho en este grupo.

Material y métodos

La investigación consiste en la evaluación de una intervención comunitaria en nuestra área sanitaria que tuvo lugar durante el año 1997, siguiendo un estudio retrospectivo comparativo de dos muestras elegidas al azar de la población de cesáreas, correspondientes al año anterior de la intervención (1996) y al año posterior de la misma (1998), y cuyos recién nacidos cumplan los criterios de inclusión siguientes:

- Recién nacido a término
- Recién nacido de peso > 2500 gr
- No haber sido ingresado al nacer en cuidados especiales
- Recién nacido de madre sin patología que requiera inhibición de la lactancia
- Recién nacido de una gestación simple

La recogida de datos se llevó a cabo mediante consulta de historias clínicas y encuestas telefónicas. Las variables estudiadas fueron:

Variables dependientes:

Lactancia materna si/no.

Tipo de lactancia: exclusiva, mixta, artificial.

Período de lactancia alcanzado.

Intervalo de tiempo desde la intervención cesárea hasta la puesta al pecho.

Variables independientes:

Edad expresada en años y por grupos

Paridad, número de hijos

Lactancia previa

Nivel socio cultural
Situación laboral.
Tipo de anestesia.
Tipo de cesárea.

Los datos se introdujeron en la base de datos del programa SPSS para Windows para su análisis. La precisión de las estimaciones se establecieron mediante el intervalo de confianza al 95 %. Para las variables continuas se han usado el test de la T de Student y tests no paramétricos; para las polinómicas Chi cuadrado y Fisher.

Resultados

1) Intención de dar el pecho

La intención, previa al parto, de dar el pecho es muy elevada y bastante similar en los dos años, con una media del 96 %. No obstante, las mujeres con estudios secundarios o superiores tenían la intención en un 100 % de los casos. Es evidente que el alto porcentaje no nos permite obtener conclusiones acerca de la eficacia de la campaña en este sentido, pero se trata de un dato que adelanta unos resultados satisfactorios como son los que siguen.

2) Puesta al pecho

La puesta al pecho supone en el año 98 un 78,4 % de los casos, frente a un 73 % del año 96. Esta diferencia se hace mas acusada si comparamos a las mujeres que tienen estudios secundarios o universitarios con las que no los tienen; aun sin ser demasiado significativa (p 0,125), el incremento del 20 % en la puesta al pecho en las mujeres con estudios secundarios o universitarios nos permite afirmar que la campaña tuvo mayor efecto en este sector de la población. Esta afirmación se ve apoyada por el mantenimiento del mismo porcentaje en ambos años(media del 76 %) de mujeres con niveles de estudios inferiores que dieron el pecho.

3) Momento del inicio de la lactancia

El momento del inicio de la lactancia lo situamos en nuestro análisis en torno a si la mujer da el pecho con sueroterapia, o si espera a que se le retire. Se registra un importante incremento del 57 % en el año 98, entre las mujeres que dan el pecho con sueroterapia (p < 0.0005).

En el año 96, solo el 28 % de las mujeres que iniciaron la lactancia lo hicieron con sueroterapia; en el año 98, el porcentaje de mujeres que la inician con sueroterapia supone un 85 %. Abundando en la comparación en función del nivel de estudios, de nuevo las mujeres con estudios secundarios o universitarios obtuvieron un mayor incremento (hasta un 92 %), aunque fue estadísticamente significativo en ambos casos.

4) Duración de la lactancia

En el análisis de estos datos se han retirado los casos extremos de períodos de lactancia superior a un año, así como los intentos frustrados, para evitar efectos indeseables en la interpretación. El incremento obtenido no llega a ser significativo (p 0,215), y se expresa en términos de 163 días como media en el 98 frente a 130 en el 96. Pero se acentúa en la muestra de mujeres con estudios secundarios o superiores, en la que la diferencia si es significativa (p 0,010) contrastando los 89,35 días de media en el año 96 con los 168 del año 98.

5) Implicación profesional

En cuanto a la información dada a las mujeres sobre las ventajas de la lactancia materna, la enfermería incrementa de una forma significativa (p 0,005) su actividad al pasar de un 40 % en el año 96 a un 65,2 % en el 98.

La ayuda en la puesta al pecho obtiene diferencias que, sin llegar a ser del todo significativas (p 0,06), evidencian un incremento de un 44 % en el año 96 frente a un 60,3 % en el año 98.

Conclusiones

Con este trabajo de investigación se ha demostrado que la campaña de promoción de la lactancia ha resultado ser especialmente exitosa en cuanto al momento del inicio de la puesta al pecho y a la mayor duración de los períodos de lactancia.

De manera sorpresiva, nos encontramos con unos datos que diferencian claramente a la población en función de los niveles de estudio, obteniendo unos resultados mas favorables en aquellas personas con niveles superiores.

La influencia de esta variable es cambiante en la literatura consultada y según los contextos sociales estudiados: distintos países, etnias, etc. Esto nos lleva a reflexionar sobre la naturaleza de las campañas, que deben ser diseñadas en función de las características de la población diana. Si por ejemplo se decidiese llevar a cabo otra campaña en nuestra zona, se

deberían incluir los elementos necesarios para que, tras haber entendido el perfil de la población de mujeres con nivel de estudios inferior a secundarios, permitiera incidir especialmente en este grupo.

Abundando en esta reflexión, encontramos estudios epidemiológicos que manifiestan que los cambios en las tendencias de la lactancia son lentos, con múltiples factores sociológicos que los condicionan que, a su vez, son cambiantes. Es por este motivo por el que concluimos que son más recomendables desarrollar promociones y evaluaciones continuas que resultarían más adecuadas y eficaces que campañas aisladas en el tiempo.

Expresado en otros términos, la promoción de la lactancia materna debe integrarse en las rutinas hospitalarias, formando parte de los procedimientos y protocolos asistenciales.

Todo ello nos conduce a otra conclusión relacionada con las implicaciones profesionales. Así, entre los resultados sobre la enfermería, como principal fuente de información, merece ser destacada la estrategia por la que la actuación prioritaria se ha llevado a cabo en aquellas mujeres que han recibido menos información por parte de la familia. Esto ilustra la necesidad de hacer una primera valoración (necesidades, recursos, etc) que nos conduzca a la consecuente planificación.

Que duda cabe que se necesitarían registros adecuados para permitir la evaluación continua del estado de la lactancia en nuestros centros.

Como tercera implicación, sería imprescindible una formación que capacitase a los enfermeros (y otros profesionales) como asesores, orientadores y agentes de ayuda competentes y con criterios unificados.

Según todo lo expuesto, y pese a la bondad de las campañas, se plantea un campo de investigación y actuación sobre cómo abordar la promoción de la lactancia de una manera inherente a las rutinas hospitalarias, con un proceso evaluador continuo, imprescindible para valorar la efectividad de la intervención, con medidas de resultados y toma de decisiones ad hoc; de manera coordinada con la atención primaria y con un plan de formación del profesional.

P. Serrano Andrés: Evolución del riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria en una población adolescente, tras una intervención preventiva.

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son enfermedades frecuentes y graves, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otros trastornos sin especificar. Su etiología es multicausal: intervienen factores individuales, familiares, sociales y culturales.

En los últimos años se ha producido un incremento de los TCA, particularmente en mujeres adolescentes. La prevalencia de TCA oscila del 1% al 4% de las adolescentes y mujeres jóvenes, con predominio de estudiantes de raza blanca y clase social media - alta. La mortalidad está entre el 4% y 18%.

Probablemente sea desde los factores socioculturales donde haya que incidir más a través de la prevención primaria, ya que el valor que otorga la sociedad a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en mujeres, puede contribuir al desarrollo y elevada frecuencia de estos trastornos.

Dada la importancia del problema, nuestro estudio buscó conocer la evolución del riesgo de TCA en adolescentes escolarizados, comparando un grupo en los que se realizó una intervención preventiva con un grupo control y valorando si la prevención primaria puede ser beneficiosa en este tipo de trastornos.

Los objetivos del estudio fueron:

Determinar si tras una intervención preventiva disminuye la prevalencia de estudiantes a riesgo de sufrir TCA.

Detectar si hay una tendencia en la evolución de la prevalencia de estudiantes a riesgo.

Comprobar si mejora (disminuye) la prevalencia de estudiantes a riesgo de sufrir TCA entre los participantes del grupo intervención en comparación con los del grupo control.

Determinar diferencias entre grupos de estudiantes por sexo, edad y tipo de centro.

Métodos

El trabajo que se presenta está enmarcado dentro de un amplio estudio de investigación subvencionado por el Gobierno de Aragón. Se inició en 1997, con un estudio de prevalencia, y continúa todavía con un estudio de intervención.

Diseño

estudio experimental de medidas de intervención educativas con dos grupos: experimental (que recibió un programa de prevención y educación para la salud en TCA) y control, con seguimiento evolutivo al año y a los tres años, y con medidas pre y post-intervención en ambos grupos.

Muestra

502 estudiantes (varones y mujeres) adolescentes, de 12 a 13 años, escolarizados en 1º de ESO en centros públicos y privados de Zaragoza capital. De los 10 centros seleccionados se asignaron al azar 5 centros al grupo experimental y 5 al grupo control. El grupo de intervención contó al principio con 257 adolescentes y el grupo control con 245.

Realización del estudio

Se realizó la intervención y la medición en tres momentos o fases: enero de 1999, junio de 2000 y febrero de 2002.

Variables

Intervención: pertenencia al grupo intervención o control.

Socio-Demográficas: edad en años cumplidos al inicio del estudio, sexo (hombre o mujer), tipo de centro (público o privado).

Psicométricas: Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario "Eating Attitudes Test" (EAT), diseñado por Garner y Garfinkel en 1979. Los ítems de EAT, evalúan la mayor parte de actitudes y conductas relacionadas con la anorexia y la bulimia nerviosas. Por ello es utilizado como instrumento de cribado. Se ha usado la versión EAT-26, que es una variante del EAT-30 y consta de 26 ítems estableciendo el punto de corte en 20: a partir de esta puntuación se consideran población a "riesgo" de padecer un TCA.

Proceso y análisis de datos

Se utilizaron cuestionarios estandarizados a partir de los cuales se obtuvieron los datos. Las pruebas realizadas en el análisis incluyeron:

Prevalencia de sujetos a riesgo, con intervalos de confianza del 95%.

Cálculo de la tendencia temporal de la prevalencia, mediante la prueba de chi cuadrado .

Análisis estratificado para el grupo de mujeres, por ser sus prevalencias de riesgo de TCA mayores en éste y otros estudios.

Resultados

La cobertura de estudiantes encuestados disminuyó a lo largo del estudio, siendo en la fase 1 del 92%, en la fase 2 del 81% y en la fase 3 del 64%.

La prevalencia global de adolescentes a riesgo de TCA (figura 1) cambió del 7.17% al 5.12% en los tres años de seguimiento (tendencia no significativa).

La prevalencia en el grupo intervención disminuyó de 6.61% a 3.38%, y en el grupo control de 7.75% a 6.70%, con diferencia al límite de la significación y con tendencia significativa en el grupo intervención (figura 1).

Por edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (casi lo son en febrero de 1999), aunque sí hay una tendencia significativamente descendente a los 13 años.

Durante todo el seguimiento hubo una prevalencia de riesgo mayor en mujeres (de 8.64% a 8.42%), que en varones (de 5.5% a 1.73%). Las diferencias fueron significativas en las fases 2 y 3. Además, los varones tuvieron una tendencia significativamente descendente.

La prevalencia de riesgo de TCA al inicio del estudio fue mayor en los centros públicos y se observó una tendencia significativamente descendente.

Partiendo de una situación similar, las adolescentes del grupo intervención pasaron a tener menos riesgo que las del grupo control, no siendo diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis estratificado por sexo (mujeres) no se encontraron diferencias ni tendencias significativas.

Discusión

Hemos encontrado una elevada prevalencia de riesgo de TCA, mayor en mujeres que en varones, similar a la encontrada en otros estudios. Aunque no hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control, sin embargo hay indicio de

diferencias y una tendencia descendente significativa en el grupo de intervención, que apuntaría al beneficio que supone la prevención.

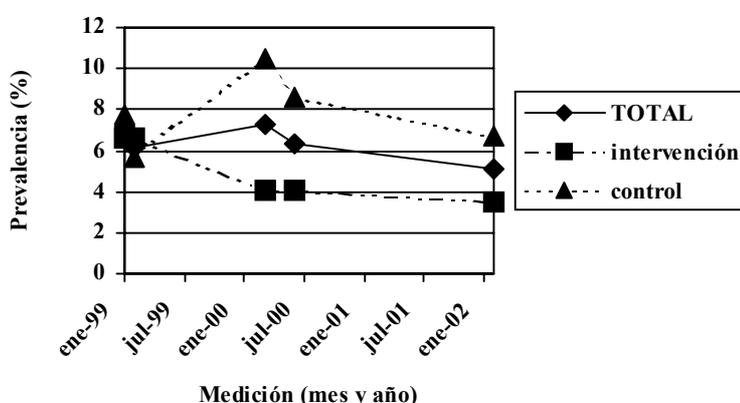
Aunque no ha sido posible demostrar un efecto positivo de la intervención, puede deberse a un tamaño insuficiente de la muestra, agravado por las pérdidas a lo largo del seguimiento. Es posible que con un tamaño mayor se pueda demostrar un efecto beneficioso del programa de prevención.

No ha sido posible la comparación con otros estudios, no sólo porque hay pocos estudios de prevención primaria en TCA, sino porque además éstos difieren tanto en metodología, como en tipo de intervención y además casi todos ellos estudian sólo a mujeres.

La utilidad de prevención está bajo discusión, incluso hay estudios que nos dicen que puede perjudicar. En nuestra experiencia, no hemos visto que haya perjudicado. Hemos encontrado mejores resultados a largo plazo, considerando necesario introducir en la escuela programas de prevención específicos y no intervenciones puntuales.

El incremento en el riesgo de TCA, implicaría la necesidad de administrar en el sistema escolar

Figura 1. Evolución de la prevalencia de estudiantes a riesgo de TCA por intervención



o sanitario cuestionarios autoevaluativos, que permitan por una parte evaluar conductas de riesgo, y por otra, el seguimiento de personas clínicamente afectadas. En este sentido se deberían seleccionar muestras al azar que sean más representativas, y haciendo hincapié en las mujeres adolescentes.

I.Mª Barrio Cantalejo: Resultados de la aplicación del modelo PRECEDE de educación para la salud a un grupo de pacientes obesos en un centro de atención primaria.

Introducción.

La obesidad constituye un grave problema de salud que, en el caso de las sociedades occidentales, va en aumento (1). En éstas es el trastorno metabólico más frecuente y afecta a una cuarta parte de la población(2). La obesidad tiene importantes consecuencias para la salud debido a que los obesos padecen un mayor riesgo de sufrir enfermedades o agravar las que ya soportan (3,4).

Los factores genéticos, hormonales y metabólicos pueden ser causa de la obesidad, pero la etiología más frecuente es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, que produce un aumento de la grasa corporal (5).

En España la prevalencia de obesidad es similar al resto de los países occidentales. La sobrecarga ponderal en nuestro país (la suma sobrepeso –IMC 26-29- + obesidad –IMC ≥ 30) es del 58'9 % en los varones y del 46'8 % en las mujeres). De obesidad en torno al 30-35 % los mayores de 14 años) (6). En la consulta de enfermería de atención primaria es muy frecuente que los pacientes acudan con el objeto de perder peso. Frente a esta demanda nos encontramos con una lamentable realidad: el tratamiento convencional de la obesidad, insistiendo en el cumplimiento de una dieta rigurosa y ejercicio físico fracasa en la mayoría de las ocasiones (7, 8, 9, 10).

La educación para la salud debería capacitar a nuestros pacientes crear nuevos hábitos saludables que se vivan de forma satisfactoria, no como una “carga”. Deberíamos posibilitar que una nueva forma de alimentarse se adhiera consistente y permanentemente a la biografía del sujeto (11,12). Con este objeto se han desarrollado diferentes intentos de modificar el modo de intervención profesional ante este problema. La creación de grupos de obesos busca comprometer las esferas más personales de los pacientes con el fin de dar continuidad a un nuevo régimen de vida (13, 14, 15,16).

Nos parece que el modelo PRECEDE de educación para la salud posibilita este acercamiento al nivel afectivo y motivacional del individuo (17,18,19) para mejorar los resultados en el tratamiento de pacientes obesos.

El modelo del PRECEDE fue desarrollado por Lawrence Green en los años 70, y ampliado en colaboración de Kreuter en los años 80. Es un marco conceptual que busca el desarrollo y la evaluación sistemáticos de los programas de la educación de salud. La premisa subyacente de este modelo es que el éxito de la educación de salud depende de la cooperación y la participación voluntarias del cliente en un proceso que permita determinar su comportamiento.

El modelo se basa sobre dos principios:

1. El principio de la participación: el éxito en la realización de cambios depende de la participación activa de los miembros de la población diana a la hora definir sus propios problemas y metas prioritarias y en desarrollar y proponer soluciones. Este principio se deriva de las teorías del desarrollo de la comunidad y del modelo de la educación del *empowerment* de Freire.
2. El papel importante de los factores ambientales como determinantes de los comportamientos relacionados con la salud, tales como medios, industria, política e injusticias sociales

El modelo consta de 9 fases. Las 5 primeras son diagnósticas:

Fase 1 - Diagnóstico social.

Fase 2 - Diagnóstico epidemiológico.

Fase 3 - Diagnóstico de la conducta y ambiental.

Fase 4 - Educación y diagnóstico de organización.

Fase 5 - Diagnóstico administrativo y político.

Las 4 últimas (PROCEDE) determinan la planificación y evaluación.

Fase 6 - Puesta en práctica.

Fase 7 - Evaluación de proceso

Fase 8 - Evaluación del impacto

Fase 9 - Evaluación del resultado.

Nuestro estudio está centrado en el desarrollo de la fase 4 porque es en donde los objetivos de la intervención son definidos y donde la intervención misma empieza a llevarse a cabo (20).

Esta fase indaga:

Factores predisponentes- cualquier característica de una persona o de una población que motivan un comportamiento: conocimientos, creencias, valores, actitudes.

Factores facilitadores- características del entorno que facilitan el cambio. Requisitos para lograr comportamiento específico. Accesibilidad, disponibilidad, habilidades, leyes, etc. Es necesario que el propio paciente identifique estos recursos en su medio

Factores reforzantes- recompensas o castigos que siguen a un comportamiento. Sirven para consolidar la motivación del comportamiento: familia, colegas, profesor.

Objetivos del estudio.

El presente trabajo quiere verificar si la incorporación del modelo PRECEDE en la atención a pacientes obesos, mejora los resultados en términos de peso perdido y disminución del IMC.

La efectividad del modelo PRECEDE ha sido estudiada en algunos ámbitos educacionales(21,22,23) y nos parece que es imprescindible comprobar sus resultados también en la intervención con pacientes obesos.

Como objetivos secundarios queremos comparar la disminución media de peso e IMC de pacientes obesos del grupo intervención y del grupo control y analizar qué variables independientes (socio-demográficas, clínico-epidemiológicas) se correlacionan con una mejoría del IMC.

Material y métodos.

- Tipo de estudio. Estudio experimental, de Ensayo Comunitario no randomizado:

Se han 2 poblaciones de adultos obesos, pertenecientes a sendas consultas de Enfermería de atención primaria de un C.S. urbano. En una se desarrollará un proceso de educación para la salud basado en el modelo PRECEDE y en la otra el seguimiento convencional basado en

consejo unidireccional sobre dieta y ejercicio. Se sigue a los pacientes durante un periodo de 18 meses. Se establece dos tramos de tiempo en el periodo de intervención con objeto de evaluar si los resultados obtenidos al finalizar el primer año se mantienen en los 6 meses siguientes.

- **Pacientes estudiados: Criterios de inclusión.** Pacientes mayores de 14 años y menores de 75 años incluidos en listado de pacientes obesos en el sistema de historia informática OMI-AP, cuyo IMC sea mayor o igual a 30 y menor de 40. Que den su consentimiento para participar en el estudio. Que se comprometan a permanecer en la Zona Básica de Salud durante el periodo de seguimiento (18 meses). **Criterios de exclusión:** Que no cumplan los criterios anteriores. Además, pacientes en tratamiento con medicación anorexígena (fenfluramina, dexfenfluramina), orlistat, corticoides, anabolizantes, tiroxina, beta-adrenérgicos o que estén en lista de espera para ser intervenidos quirúrgicamente o que estén en seguimiento de dietas hipocalóricas prescritas por médicos ajenos a la Atención Primaria. Asimismo serán excluidos los pacientes con proceso mórbido progresivamente consuntivo como Tuberculosis, SIDA o enfermedades oncológicas y/o terminales. También serán excluidas las pacientes gestantes y los que hayan sido diagnosticados en el último año de trastorno bipolar, bulimia, depresión mayor o estén en tratamiento con antidepresivos o Litio.

- **Muestra:** Muestreo probabilístico sistemático con arranque aleatorio del listado de pacientes codificados como Obesos, en el programa de Historia Informática OMI-AP. Se reclutaron los pacientes según llegaron a consulta de enfermería. **Tamaño de la muestra:** Se revisó una cohorte histórica de 30 historias clínicas, seleccionadas de forma aleatoria, para conocer cual es el porcentaje de éxitos con el tratamiento convencional de pacientes obesos. Se clasificó como éxito una disminución de al menos un 5% del IMC tras un año de seguimiento (P1). El tamaño de la muestra, se halló utilizando las tablas de cálculo para la comparación de proporciones, para una proporción de éxitos esperada (P2) en el grupo intervención de un 30% mayor ($P2 = P1 + 30\%$), con un error alfa unilateral del 5% y una potencia estadística del 80%. Se añadió finalmente un 20% más de pacientes para reparar pérdidas.

- **Variables estudiadas:** a) Variables sociodemográficas: Edad y sexo; b) Variables dependientes: IMC (Peso kg/ Talla² en m), peso. c) Variables independientes relacionadas con la evolución de la obesidad: Horas de ejercicio semanal, tiempo de evolución, nº de veces que a realizado dieta de adelgazamiento, nº de veces que acude a consulta a lo largo del estudio. d) Variables independientes de comorbilidad: Hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, patología osteoarticular, patología cardiocirculatoria, patología respiratoria, ausencia de patología.

- **Pruebas estadísticas utilizadas.** Estadística descriptiva: Para las variables cuantitativas media, moda, mediana, desviación típica, rango. Para variables cualitativas: proporciones. Se calculará el intervalo de confianza al 95% tanto para porcentajes como para medias. **Análisis de asociaciones:** Para variables cualitativas test de Chi-Cuadrado y para variables cuantitativas la "t" de Student, ANOVA para una vía y coeficiente de correlación.

- **Procesamiento estadístico y análisis:** Mediante el paquete estadístico SPSS 6.1 para Windows verificando la calidad del procesamiento mediante la revisión aleatoria del 10% de las historias y a través de la depuración de datos que permite el programa.

Resultados

Las dos muestras resultaron homogéneas en cuanto a peso, IMC, morbilidad, edad, sexo, tiempo de evolución de la obesidad, nº de sesiones y nº de intentos de adelgazamiento previos. La media de peso inicial en el Grupo Control (GC) fue de 76,35 kg. y de IMC 33. Del Grupo PRECEDE (GP) 79,27 y 32,19 respectivamente. Al terminar el primer año de seguimiento los valores eran de 75,53 kg y 32,6 en el GC y 77,23 kg y 31,35 en el GP. Al finalizar el estudio el GC pesaba 74,44 kg con un IMC de 32,22 y el GP 77,17 y 31,28.

El GP disminuyó a lo largo del primer año 2,04 kg. mientras que el Grupo control (GC) disminuyó 0,81. Es decir la variación de peso media ha sido de 1,23 kg. a favor del GP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (0,04).

Sin embargo en los últimos 6 meses del estudio, del 12º mes al 18º, el GP pierde únicamente 0,06 kg. mientras que el GC pierde 1,09 kg. Esta diferencia es casi significativa (0,061) a favor del GC.

Al finalizar el estudio después de 18 meses el GP se muestra sensiblemente más eficaz pero de manera no significativa (0,78): el GP había perdido 2,10 kg. y el GC 1,91 kg.. Es decir la ventaja para el GP se reduce a una media de peso perdido de 0,19 kg.

Lógicamente, la evolución del IMC fue semejante: disminuyó a lo largo del primer año en el GP 0,84 y en el GC 0,39, siendo la diferencia casi significativa (0,08). Sin embargo, medido de nuevo a los 18 meses la diferencia pierde la significación igualándose casi el valor de IMC perdido: GP 0,91 y GC 0,74. En el tercer semestre el IMC desciende 0,35 en el GC y 0,07 en el GP, ganando la significación a favor del GC.

Estratificados por pacientes por edad, hasta 65 años y más de 65 la tendencia es favorable para el GP tanto al año como al año y medio sin alcanzar la significación estadística. Sin embargo, al igual que en el análisis crudo, la tendencia favorable al GP no sólo se anula en el periodo comprendido entre el 12º y el 18º mes sino que experimenta una franca inversión a favor del GC en los mayores de 65 años aunque no llega a ser estadísticamente significativa.

Sucede lo mismo al estratificar los datos según morbilidad: una clara tendencia favorable al GP en el periodo del primer año, sin alcanzar significación estadística. La diferencia entre los dos grupos tanto en peso como en IMC disminuye al finalizar los 18 meses aunque manteniendo una leve tendencia favorable al GP. Sin embargo considerando únicamente la evolución del 12º al 18º mes consigue mayor disminución de los dos parámetros el GC que el GP aunque no significativa.

Conclusiones

1. El modelo PRECEDE muestra una mayor capacidad que el modelo convencional de consejo individual sobre dieta y ejercicio para suscitar una disminución en el peso y en el IMC en un periodo inicial. A corto plazo su eficacia es superior a otras formas tradicionales de abordar la obesidad en la consultas de enfermería de Atención Primaria. Sin embargo, esta diferencia tiene poca relevancia clínica, puesto que, en ambos grupos, el IMC se mantiene al final del estudio por encima de 30, con lo que se confirma la dificultad para modificar los hábitos de alimentación y ejercicio físico puesta en evidencia en estudios anteriores.

2. Con el paso del tiempo la mejoría no sólo no es tan notoria sino que se iguala o, en algunas circunstancias, incluso se invierte. Esto puede ser debido a la propia dinámica del modelo PRECEDE. El paciente se siente interpelado en sus motivaciones, creencias y valores. Se siente urgido a hacer un análisis introspectivo sobre su conducta con respecto a la obesidad. Indaga sus posibilidades de asimilar nuevos hábitos alimentarios y una rutina de actividad física, buscando activamente recursos que le ayuden. La fase 4 del modelo PRECEDE tiene como objetivo hacer un diagnóstico conductual, identificar los factores que determinan los comportamientos insanos y poner en marcha mecanismos para combatirlos. Posiblemente debamos preguntarnos si un análisis sobre el "porqué" la gente adopta determinadas conductas genera potencial de cambio. Sobre todo cuando concurren dos circunstancias que caracterizan a la Atención Primaria tal y como se desarrolla en nuestro país en estos momentos. En primer lugar, los factores que influyen en la salud son analizados no en su vertiente comunitaria sino cómo son vivenciados por cada individuo. A pesar de que en el sustrato teórico de la Atención Primaria prende con fuerza el referente comunitario, al desarrollo de esta faceta le queda mucho por andar. Y en la actividad de enfermería de Atención Primaria sigue primando un abordaje individual de los problemas de salud. Y, en segundo lugar, la búsqueda de recursos facilitadores no implica a la colectividad sino al propio individuo y a su reducido entorno. Al individuo pueden ocurrírsele un abanico de ideas para mejorar su conducta en materia de salud, pero se choca con contingencias totalmente ajenas a su voluntad: horario de trabajo que hace imposible acudir a un gimnasio, plazas reducidas en el mismo, precios elevados. El compromiso político y de la administración que reclama el modelo PRECEDE es imprescindible para que el sugerente principio de participación que permite a la población definir sus metas y proponer soluciones no se quede estéril. En palabras de Paolo Freire "la educación debe ser la práctica de la libertad. A través de ella se provocan nuevas comprensiones de nuevos desafíos" (24). La misión de las administraciones y organizaciones públicas en materia de salud es crear los cauces necesarios para que los individuos logren sus metas y superen los desafíos definidos por ellos mismos.

Bibliografía

1. Aranceta J, Pérez Rodríguez C, Serra Majem LI, Ribas L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, Foz M y Grupo Colaborativo Español para el Estudio de la Obesidad. Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO' 97. Med Clin (Barc) 1998; 111 (129): 441-445.
2. Sánchez García JI et al. La magnitud de la gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de Salud. Atención Primaria 1998, 3 (21): 159-164.

3. Gutierrez-Fisac JL. La obesidad: una epidemia en curso. *Med Clin (Barc)* 1998; 111 (12): 456-458.
4. Pascual Díaz M, Tébar Massó FJ, Hernández Martínez AM, Pomares Gómez F, Vicente Vera T, Soria Arcos F, Pascual Pigal D, Valdés Chávarri M. Influencia de la obesidad sobre la morfología del ventrículo izquierdo. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 721-725.
5. Córdoba García (Coord) Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria* 1997; 20 (supl.2): 86-100.
6. Aranceta J, o.cit.
7. Callejero Baguena A, Mayer Pujadas MA, Ortuño Muro R, Pérez Ocaña A, Piquer Gilbert, M, Iglesia Rodal M. ¿Es eficiente el tratamiento de la obesidad en atención primaria? *Aten Primaria*, 1996; 18 (supl.1):349.
8. Schmitz MK, Jeffery RW. Public health interventions for the prevention and treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000; 3 (84): 291-512.
9. Sánchez García, Carratalá Pérez M, Molina Macía M, Server Romero L, Valencia Valencia P, Fernández-Cañadas Sánchez JM. La magnitud de la gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de salud. *Aten Primaria* 1998, 21: 158-164.
10. Goday A. Fórmulas magistrales para el tratamiento de la obesidad, ¿la historia interminable? *Med Clin (Barc)* 1998; 110 (6): 215-216.
11. Turabián JL, Pérez-Franco B. Del consejo médico persuasivo al participativo en Medicina de Familia. Elementos para iniciar un debate. *Medifam*, 1995, 5(5): 258-253
12. Ancizu E, Clhocarro J, Pérez Jarauta MJ, Echaurre M. La educación para la salud de persona con enfermedades crónicas. *Salud* 2000; (s/n): 8-12.
13. García Grande S, Pastor Agudo R, Puche Togores E. Modificación de hábitos alimentarios. *Metas de Enfermería*, 1998; nov (10): 15-19.
14. Bustos Lozano G, Moreno Martín F, Calderín Marreto MA, Martínez Quesada JJ, Díaz Marínez E, Arana Cañedo C. Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997; 47 (2): 135-143.
15. López de la Llave Rodríguez A, Ruiz González MD, Conejo Olmedilla MA. Tratamiento del sobrepeso: aplicación de un programa. *Rev Rol Enferm* 1998; 21 (239-240): 15-19.
16. Barroso Benítez a, González Lozano MB, Arias Careaga S, Bernis Carro C, Montero López P, Varea González C. Efectividad, estrategias y éxitos en la pérdida de peso en función de parámetros antropométricos. *Atención Primaria*, 2000; 26 (9): 624-628.
17. Grupo Luria. Material repartido en cursos de educación sexual. (p. 60-68).
18. Bimbela-Pedrola JL. El modelo PRECEDE y su aplicación en el ámbito de la sexualidad. *Red Andaluza de Promoción de la Salud*. Granada, 1995.
19. Castillo Otí JM. El modelo PRECEDE en Atención Primaria. *Nuberos*, 1999; 3 (12): 9-11.
20. http://hsc.usf.edu/~kmbrown/PRECEDE_PROCEED_Overview.htm (visitada el 29/10/02)
21. De Joy DM, Searcy CA, Murphy LR, Gershon RR. Behavioral-diagnostic analysis of compliance with universal precautions. *J Occup Health Psychol*, 2000; 1 (5): 127-41.
22. Rufino González, JF, Villa Estrada F. Prevención de accidentes de vehículos de dos ruedas en población escolar. Aplicación del modelo PRECEDE a la educación vial. *Enferm Clínica*, 1996; 6 (5): 203-206.
23. Castillo Otí, obra citada.
24. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Madrid, 1984. Siglo Veintiuno ediciones s.a. p.92

O. Hernández: Intención, actitud, norma subjetiva y percepción del control en la relación a la utilización del double dutch en adolescentes.

Introducción

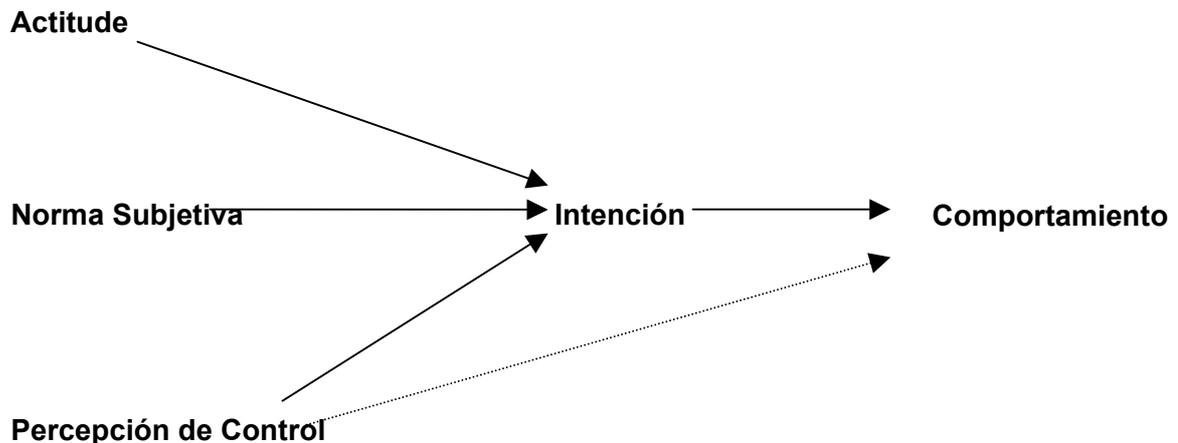
La adolescencia es un periodo de tiempo que se acompaña de cambios bruscos a nivel biológico, psicológico, personal y social (Courtecuisse, 1992). Durante esta etapa los jóvenes alcanzan la madurez sexual y pueden presentar sus primeras relaciones sexuales. Es común en este tiempo que los adolescentes desarrollen comportamientos de riesgo, entre ellos, la no utilización de ningún método contraceptivo (Deschamps, Frappier, Marcelli & Tursz, 1997).

Actualmente se entiende la contracepción como la prevención de embarazos no planificados y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Cates, 1996). Este doble mensaje ha venido potenciando en los últimos años el uso del doble método anticonceptivo. Este doble método, comúnmente llamado *Double Dutch* (D.D.), consiste en la utilización simultánea del preservativo y de la píldora. Estos son los dos métodos anticonceptivos utilizados con más frecuencia por los adolescentes que recurren a la contracepción. Brouillette et Perreault (1990), afirman que el hecho de utilizar el preservativo y tomar la píldora de forma combinada tiene un efecto directo sobre la prevención de embarazos no planificados, ofreciendo como beneficio secundario un medio profiláctico contra las ETS y el VIH. Además Álvarez de Sotomayor (1999), señala que al utilizar el D.D se aumenta la eficacia contraceptiva, ya que, en caso de producirse la rotura del preservativo durante la relación sexual, la píldora actúa reforzando la protección contra las ETS y las enfermedades pélvico-inflamatorias (EPI). Por todo lo expuesto anteriormente son cada vez más numerosos los servicios de planificación familiar que lo recomiendan como el método anticonceptivo más adecuado para los adolescentes y jóvenes adultos, ya que estas son las poblaciones que tienen más riesgo de contraer SIDA y ETS (Moore, 2000 et SOGC, 2000).

Aunque los resultados varían de un estudio a otro, Fernández, Lupión, Bilbao, Porras y Rodríguez (1998) señalan que un 64% de adolescentes no utiliza ningún método contraceptivo seguro durante su primera relación sexual. La no utilización de métodos conlleva una serie de consecuencias como: un aumento de embarazos no planificados (DiCenso & Van Dover, 2000; Corcoran, 1998; Brookman 1992; Forget, Bilodeau, & Tétrault, 1992), de ETS y de VIH (Brookman, 1992; DiCenso & Van Dover, 2000). Esta falta de uso contraceptivo tiene repercusiones a nivel personal, familiar y social. En el plano personal se produce un aumento de los problemas de salud de la madre y del niño (DiCenso & Van Dover, 2000; Corcoran, 1998; Ruiz, Carnicier, Castro, García & Moreno, 1997; Stevens-Simons & McAnarney, 1992) así como un incremento en el índice de abandono escolar de uno o de los dos padres (Rodríguez & Carbelo, 1999; Corcoran, 1998; Forget, et al., 1992; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). En el plano familiar como consecuencia de los embarazos no planificados, se produce una mayor dependencia económica e instrumental de los servicios sociales (Rodríguez & Carbelo, 1999; Corcoran, 1998; Forget et al., 1992) y una cambio en la asignación de los roles y las tareas del sistema familiar (Corcoran, 1998; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). En el plano social se observa una notable dificultad para establecer nuevas relaciones y, por consiguiente, un mayor riesgo de aislamiento social (Corcoran, 1998; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). Finalmente, se aprecia un aumento de los costes vinculados con la utilización de los servicios sociales y sanitarios (DiCenso & Van Dover, 2000; Corcoran, 1998; Forget, et al., 1992).

Las cinco razones principales para la no utilización de métodos contraceptivos por los adolescentes son: (1) la falta de conocimientos (Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault & Marquis, 1998), (2) la precocidad de las relaciones sexuales (Darroch, et al., 1999; Charbonneau et col., 1998; Fernández et al., 1998), (3) la falta de accesibilidad de los métodos contraceptivos (Libbus, 1995), (4) el abuso de alcohol y drogas (Curry, Doyle & Gilhooley, 1998; Kowaleski-Jones & Mott, 1998; Miret, Rodés, Valverde, Geli & Casabona, 1997) y (5), la una falta de formación sexual durante el periodo académico (enseñanza secundaria) (Fdez, et al., 1998; Mauldon & Luker, 1996; Libbus, 1995; Charbonneau et al., 1989).

Varias estrategias se han puesto en marcha para animar a los adolescentes a utilizar los métodos anticonceptivos. Estas estrategias se basan sobretodo en el dominio de los conocimientos (Espinaco, Ruiz & Román, 1999). No obstante debemos señalar que los conocimientos no son el único factor que influye en la adopción de un comportamiento por un individuo (Barnet, 1997). Para apoyar esta afirmación, diversos estudios demuestran que la intención, la actitud, la norma subjetiva (entorno social) y la percepción de control son cruciales para la adopción de un comportamiento (Godin & Kok, 1996; Otis, 1992; Reinecke, Schmidt & Ajzen, 1996). Todos estos elementos forman la base de la Teoría del Comportamiento Planificado desarrollada por Ajzen (1991) y que sirve de marco teórico para este estudio.



En España son todavía escasos los estudios sobre la contracepción en los adolescentes. Además, estas investigaciones no consideran los aspectos que según Ajzen (1991) influyen en la adopción del comportamiento. Incluso los estudios americanos basados en esta teoría, pero centrada en el uso del Double Dutch por los adolescentes son prácticamente inexistentes. A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio las enfermeras podrán desarrollar programas de educación sexual dirigidos a cubrir las necesidades de los adolescentes. Este tipo de programas estarán encaminados a reducir los comportamientos de riesgo, al fomentar la adopción de un método contraceptivo eficaz y desarrollar una mayor responsabilidad de su sexualidad.

Objetivos

1. Comprender los elementos que influyen en la adopción del comportamiento de utilización del Double Dutch. Se trata concretamente de describir la intención, actitud, norma subjetiva y percepción del control, a partir de las creencias comportamentales, normativas y de control, de los adolescentes respecto a la utilización del Double Dutch.
2. Comparar la relación entre la intención, la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control y las siguientes variables externas: sexo, titularidad del centro, haber tenido relaciones sexuales y nivel socioeconómico.
3. Valorar la asociación entre la actitud, norma subjetiva y percepción de control y la intención de adoptar este comportamiento contraceptivo.

Recensión de Escritos

Los conceptos principales para la recensión de escritos son: la Teoría del Comportamiento Planificado y la adolescencia. Dentro de la adolescencia la revisión de la literatura se ha centrado en la sexualidad, el comportamiento sexual y la contracepción en los adolescentes. Metodología.

El estudio realizado es de tipo descriptivo.

Medio y Muestra. Este se ha llevado a cabo en la ciudad de Sabadell por los a adolescentes de 15-16 años, grupo de edad que generalmente se corresponde con los alumnos de cuarto de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria). La elección de la muestra se ha realizado a través de un muestreo estratificado por distritos y tipo de escuela. De esta manera, se intentó elegir de cada distrito una escuela pública y una privada al azar.

Instrumento de Medida. Los datos se han recogido a partir de un cuestionario elaborado según la teoría del comportamiento planificado que sirve de marco teórico para esta investigación. Dicho cuestionario está basado en las creencias comportamentales, normativas y de control, expresadas por los propios adolescentes y recogidas en un cuestionario previo.

Límites. El hecho de que el instrumento de medida sea elaborado ad-hoc constituye uno de los límites del estudio. En cuanto a la validez externa es necesario tener en cuenta que los datos obtenidos en este estudio serán validos únicamente para los adolescentes de la ciudad de Sabadell. No se podrá inferir dichos datos a la población general de adolescentes.

Consideraciones de orden ético. Este estudio ha sido desarrollado conforme a las recomendaciones y a la normativa del comité de ética de la universidad de Montreal respecto a las investigaciones científicas en el ámbito de la salud.

Resultados principales y Conclusiones

Descripción de la muestra. La muestra final se compone de 281 sujetos, de los cuales el 45.9% son chicos (n=129) y el 54.1% son chicas (n=152). Los cuestionarios se pasaron en 10 centros de Enseñanza Secundaria, 3 de titularidad privada (n=59) y 7 pública (n=222). Prácticamente la totalidad de los participantes habían nacido en Catalunya (97.2%). Respecto al nivel de escolaridad de los padres, la mayoría habían realizado estudios primarios. En cuanto al nivel socioeconómico, la mayor parte de los encuestados pertenece a la clase media (53.2%). El 77.6% (n=218) declararon no haber iniciado relaciones sexuales con penetración, mientras que, el 22.4% (n=63) sí que las habían iniciado, siendo la edad de comienzo mayoritaria, tanto para los chicos como para las chicas, los 16 años.

Las principales variables a estudio muestran que los adolescentes tienen una intención favorable al uso del *Double Dutch* con una $\bar{x} = 5.07$ SD 1.64. (rango 1 a 7) y que ésta no varía al comparar su media respecto a las variables externas. La actitud (A) se ha medido de manera indirecta, según las recomendaciones de Ajzen (1991), a partir del producto creencia comportamental por evaluación de la consecuencia. La actitud global es favorable a la utilización del *Double Dutch* con una $\bar{x} = 28.04$ SD 5.80. (rango 1 a 49) Al comparar la media de la actitud con a las variables externas, a través de la t de Student, se observa una diferencia estadísticamente significativa frente a la variable titularidad del centro, resultando que, los alumnos de centros privados presentan una actitud más positiva a la utilización del D.D. que aquéllos de los públicos (p<0.05). La norma subjetiva (NS) también se ha medido a partir de la multiplicación de las creencias normativas por la tendencia a conformarse. El entorno del adolescente también es positivo respecto a la utilización del doble método, $\bar{x} = 2.63$ SD 1.21. (rango= 1 a 9). Al realizar la comparación de medias de la norma subjetiva con las variables externas, observamos una diferencia estadísticamente significativa en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales. Mostrando que este entorno es más favorable en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales que en los que ya las han iniciado (p<0.05). Finalmente, La percepción de control percibido (PCP) se ha medido directa e indirectamente. Por una parte la medida directa los adolescentes encuestados creen tener un control de $\bar{x} = 5.09$ SD 1.37 (rango 1 a 7). Por otra parte la medida indirecta de la PCP se ha realizado a partir del producto de creencias de control por poder percibido. Por otra parte, la medida de esta variable viene a confirmar que el adolescente cree tener un control sobre este comportamiento $\bar{x} = 18.56$ SD 5.76. (rango 1 a 49). De esta manera los elementos identificados a priori como barreras han resultado posteriormente no ser tales barreras. La comparación de medias con las variables externas ha dado como resultado una diferencia estadísticamente significativa respecto al sexo, resultando que las chicas creen tener mayor control sobre la utilización del D.D. que los chicos.

Para conocer cómo están relacionadas las variables se ha realizado un test de correlación entre las variables que influyen sobre la intención (A, NS, PCP) y la intención. Podemos observar que únicamente la actitud y la norma subjetiva han dado resultados estadísticamente significativos. El comportamiento de estas dos variables es similar. Cuanto más favorable es la actitud y la norma subjetiva de utilizar el D.D. más intención hay de utilizarlo. La variabilidad de la intención explicada por la actitud es de $r^2 = 6.76\%$ y de la norma subjetiva es de $r^2 = 5.71\%$. Finalmente, el modelo de regresión logística multivariante indica que tanto la actitud como la norma subjetiva explican por separado la intención, es decir, actúan de manera independiente. Finalmente, concluir que los adolescentes presentan una intención favorable al uso del D.D.,. La decisión de recurrir a la contracepción se toma antes de tener relaciones sexuales. Por lo tanto, es de vital importancia que la intención sea favorable al uso del D.D., para posteriormente adoptar este comportamiento. La actitud y la norma subjetiva son las variables que influyen sobre la intención de utilizar el doble método, de manera que, cualquier intervención relacionada con la educación sexual y la contracepción relacionadas con el uso del D.D. deberán tener en cuenta estas dos variables.

Bibliografía

1. Ajzen, I. (1991) The theory planned behavior. *Organisational behavior and human decision processes* 50, 179-211.
2. Alvarez de Sotomayor, M. (1999) Double Dutch. La Doble Protección. V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción, Santander (documento inédito en internet, www.sec.es/libro/p1c.pdf)
3. Barnett, B. (1997). La educación retrasa el inicio de la vida sexual. *Network en Español*, 17(3) : 14-20.
4. Brookman, R.R. (1992). Contraceptive Technology & practice. Dans Friedman, S. B., Fisher, M. Schonberg, S. K. (Édit.) *Comprehensive adolescents-es health care* (p. 1016-1025). USA: Quality Medical Publishing, Inc.
5. Brouillette, J. & Perreault, M., (1997). Le contexte social des strategies de protection contre les MTS et le VIH: des pistes pour améliorer l'éducation sexuelle. *Revue Sexologique*, 5 (2), 175-190.
6. Cates, W. (1996). La doble finalidad de la salud de la reproducción. *Network en Español*, 16(3), 4-5, 24-25.
7. Charbonneau, L. Forger, G. Frappier, J.Y., Gaudreault, A., Guilbert, É., & Marquis N. (1989). *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
8. Corcoran, J., (1998) Consequences of adolescent pregnancy/parenting : a review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27(2), 49-67.
9. Courtcuise, V. (1992). *L'adolescence. Les années métamorphose*. France : Stock-Laurence Pernoud.
10. Curry, M. Doyle, B., & Gilhooley, J. (1998). Abuse among pregnant adolescents-es: differences by development age. *MCN*, 23(3): 144-150.
11. Darroch, J.E., Landry, D.J., & Oslak, S. (1999). Age differences between sexual partners in Unites Satates. *Family Planning Perspectives*, 31(4), 160-167. Deschamps, J.P., Frappier, J.I., Marcelli, D., & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents-es. Approche, soins, prévention*. France : Patoy Lausanne. Dicenso, A., & Griffith, L. (1998). Adolescent Sexual Behaviour: Results from an Ontario Sample. Part II: Adolescent Use Protection. *Canadian Journal of Public Health*, 89(2), 94-97.
12. Espinaco, M.J., Rujz, J.M., & Román, J. (1999). Educación Sexual. *Revista rol de Enfermería*, 22(11), 795-801.
13. Fernández, R., Lupión, D., Bilbao, C., Porras, A., Sáez, A., & Rodríguez, C. (1999) Promoción de la salud sexual de la población joven ¿Cómo intervenir desde enfermería? *Enfermería Clínica*, 9(4), 30-36.
14. Forget, G. Bilodeau, A., & Tétreault, J. (1992). Facteurs reliées à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. *Apprentissage et Socialisation*, 15(1), 29-37.
15. Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior : a review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 97-98.
16. Kowaleski-Jones, L., & Mott, F. (1998). Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: Do different factors influence males and females?. *Family Planning Perspectives*, 30(4), 163-169.
17. Mauldon, J., & Luker, K. (1996). The effects of Contraceptive Education on Method use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 28(1), 19-24.
18. Miret, M. Rodées, A., Valverde, G., Geli, M., & Casabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 11 (2), 66-73.
19. Moore, M (2000). Adolescents-es pregnancy rates in three European countries: lessons to be learned? *JOGNN* 29(4), 355-362.
20. Otis, J. (1992). *La théorie du comportement planifié appliquée à l'utilisation du condom chez les adolescents-es et adolescentes de cinquième secondaire*. Thèse non publié, Montréal : Université de Montréal.
21. Reinecke, J. Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: a panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(9), 749-772.
22. Rodríguez, S., & Carbelo, B., (1999). Autocuidado en el adolescente. *Revista Rol de Enfermería*, 22(7-8), 497-505.

23. Ruiz, M.A., Carnicer, I., Castro, C., García, M., & Moreno, L.J. (1997). Adolescencia y contracepción. *Revista Rol de Enfermería*. 226, 61-64.
24. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (2000) *Au-delà du plaisir. Guide Canadien sur la contracepción*. Canada : (SOGC).
25. Stevens-Simons, L., & McAnarney, E. (1992) Adolescents-es Pregnancy. Dans McAnarney, E., Kreipe, R. E., Orr, D. P. & Comerci, G. D. (Édit.) *Textbook of Adolescent Medicine* (p. 689-695). Toronto: W.B. Saunders Company.

Conferencia: “Promoción de la salud en la infancia” "La promoción de la salud en la escuela". Javier Gallego Diéguez. Jefe de la sección de la educación para la salud. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón

En la actualidad, todos los niños y niñas deberían tener el derecho a ser educados en una escuela promotora de salud. (conferencia de Tesalónica, 1-5 de mayo de 1.997)

Introducción

La escuela es un escenario privilegiado para promover la promoción y educación para la salud. Por una parte el elevado número de personas implicadas, alumnado, profesorado y familias y por otro lado es una institución que acoge a la totalidad de la infancia y adolescencia durante un importante número de años. Además dicha población se halla en un momento evolutivo y de socialización en el cual se maduran y perfilan las actitudes y comportamientos que se consolidaran en la vida adulta. Por último la escuela dispone de medios y espacios formativos adecuados para integrar la educación para la salud dentro de la educación general. En esta comunicación se quiere repasar la evolución y situación de la promoción de la salud en la escuela, se acuerdo con la experiencia desarrollada en Aragón y plantear una serie de futuras líneas de investigación en este campo.

La salud en los centros docentes

Analizar la situación de salud en el centro es un paso previo para cualquier intervención de educación sanitaria y promoción de la salud. Es imprescindible partir de una concepción global de salud y reconocer la competencia de todos los miembros de la comunidad educativa a la hora de definir los problemas y las prioridades.

Algunos aspectos significativos a tener en cuenta a la hora de contextualizar la salud en el centro docente son los siguientes:

- El ambiente físico del centro y del entorno.
- El ambiente social: relaciones en la comunidad escolar, fomento del desarrollo personal y de la autoestima.
- La organización y línea del centro: metodología de trabajo. Respuesta a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los escolares.
- El curriculum escolar tanto formal como informal de educación para la salud.
- La participación de la comunidad educativa en la gestión del centro. La interacción del centro docente con la comunidad que le rodea. Relaciones con las instituciones sociales, sanitarias y culturales de la zona.

Como puede observarse, factores de promoción o de riesgo, están presentes en la vida cotidiana de los centros educativos, el análisis de los mismos y la respuesta que cada institución educativa realice es un factor fundamental para la promoción de la salud en la escuela.

La promoción de la salud en la escuela

La escuela saludable pretende facilitar la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros educativos, si se comprometen a ello, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro. Dos amplios principios enfocan la promoción de la salud en la escuela (Young; Williams, 1.989):

Que cada alumno sea el foco principal de las actuaciones de promoción de la salud y por tanto, se analicen atentamente las actitudes y necesidades del alumnado.

Que los propios alumnos se vean comprometidos activamente en el proceso de promoción de la salud.

La OPS (*Escuelas promotoras de salud*, 1.996) ha definido que una escuela que promueva la salud busca lograr las siguientes condiciones:

- Proveer un ambiente saludable que favorezca el aprendizaje a través de las instalaciones, equipamiento, áreas de recreo y comedor sanos y seguros.

- Promover la responsabilidad individual, familiar y comunitaria.
- Apoyar el desarrollo de estilos de vida saludables y presentar una gama realista y atractiva de selecciones para jóvenes y docentes.
- Ayudar a todos los jóvenes a lograr su potencial físico, psicológico y social y promover su autoestima.
- Definir los objetivos claros para la promoción de la salud y la seguridad de toda la comunidad escolar.
- Fomentar relaciones positivas y constructivas entre alumnos, entre alumnos y maestros, con los padres y entre la escuela y la comunidad.
- Explorar la disponibilidad de recursos comunitarios para apoyar acciones de promoción de la salud.
- Implementar un diseño curricular sobre educación para la salud con métodos pedagógicos críticos, reflexivos, y facilitar la participación activa de los alumnos.
- Equipar a los alumnos con el conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables acerca de la salud personal y la seguridad física y ambiental.

En 1997 tuvo lugar la 1ª Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en Tesalónica donde participaron representantes de 43 países y en cuya resolución se insta urgentemente a los gobiernos de los países europeos a adoptar el concepto de *Escuela Promotora de Salud* al mismo tiempo que llama la atención sobre la necesidad de crear las condiciones necesarias para la puesta en práctica de sus principios.

Principios de la escuela promotora de salud. Resolución de la conferencia de tesalónica, 1997

Democracia	La escuela promotora de salud se basa en principios democráticos propicios al aprendizaje, desarrollo personal y social y a la salud.
Igualdad	El principio de igualdad garantiza que los y las estudiantes estén libres de opresión, temores y ridiculización, proporcionando un acceso equitativo a la enseñanza.
Capacidad para la acción	Mejorando las aptitudes de los y las estudiantes para actuar y originar cambios creando un entorno participativo.
Entorno escolar	Se considera un factor esencial para la promoción y mantenimiento de la salud. Exige elaboración de medidas de salud y seguridad
Curriculum	Debe proporcionar oportunidades para aprender y comprender así como para adquirir hábitos esenciales de vida. Debe adaptarse a las necesidades de los y las estudiantes, impulsando su creatividad y estimulándolos a aprender.
Formación del profesorado	Tanto la formación inicial como la permanente deben ser objeto de legislación y ser reforzadas por incentivos apropiados.
Evaluación	La eficacia de las acciones se valora respecto a la escuela y a su comunidad sirviendo de apoyo para las partes interesadas.
Colaboración	La responsabilidad compartida entre los Ministerios de Educación y de Sanidad son requisitos indispensables para el desarrollo de las escuelas promotoras de salud.
Comunidad local	El papel de madres y padres así como el de la comunidad local es esencial a la hora de adoptar, apoyar y potenciar la promoción de la salud en la escuela.
Desarrollo sostenible	Los poderes públicos, a cualquier nivel, deben aplicar recursos a la promoción de la salud en las escuelas, contribuyendo al desarrollo de la comunidad local.

El concepto de escuela promotora de salud ha surgido en los años noventa en Europa y en el resto del mundo como una estrategia que permite combinar estos elementos con el fin de alcanzar los mejores logros en la búsqueda de resultados educativos y de salud. La *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud* considera que para integrarse en dicha red, los centros educativos tienen que incluir como mínimo los siguientes siete criterios en su Proyecto Educativo:

1. Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.
2. Conseguir mejorar el entorno físico del centro escolar, mediante la elaboración de medidas de salud y seguridad, el seguimiento de su aplicación y la implantación de unas estructuras de gestión apropiadas, si fuera necesario.
3. Fomentar lazos sólidos entre el centro, la familia y la comunidad.
4. Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas primarias y secundarias asociadas para elaborar programas coherentes de educación para la salud.
5. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en Educación para la Salud, facilitándole la formación adecuada en Promoción de Salud.
6. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de Educación para la Salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.
7. El currículo en Promoción de Salud debe proporcionar oportunidades para aprender y comprender, así como para adquirir hábitos esenciales de vida, y debe adaptarse a las necesidades tanto actuales como futuras.

También es importante destacar, que un enfoque de promoción de salud en la infancia y adolescencia está ligado a la capacidad de acompañamiento y tutela por parte de las personas adultas, es decir a su responsabilidad y a su compromiso en garantizar ambientes, climas relacionales y educativos favorables y coherentes (Ferrari, 1.991)

La educación para la salud en el centro docente

La introducción de la educación para la salud se considera parte de una educación integral encaminada al desarrollo de la personalidad, y también un instrumento de promoción de la salud que promueve el cambio de los estilos de vida y los factores ambientales que influyen la salud. Integrar la educación para la salud en el medio educativo significa favorecer un crecimiento armónico de la personalidad de los escolares, desarrollando un proceso educativo (desarrollo de capacidades), socio-cultural (participación en iniciativas públicas) y de promoción de la salud (vivencia de experiencias coherentes con la salud).

Desde esta perspectiva, los objetivos de la educación para la salud son:

- 1) Reconocer la salud como derecho fundamental de la persona.
- 2) Comprender que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones.
- 3) Contextualizar la salud en las situaciones sociales y en las condiciones de vida que influyen en ella:
- 4) Incorporar un método que desarrolle una mentalidad crítica para identificar y eliminar los riesgos para la salud.
- 5) Incorporar conocimientos, actitudes y hábitos positivos para la salud.

Para conseguir estos objetivos, es importante que el profesorado asuma un papel fundamental, que reconozca que está dentro de su competencia profesional. Pero su desarrollo necesita también, la implicación de toda la comunidad educativa y de los profesionales socio-sanitarios. Las bases metodológicas de la educación para la salud son las siguientes:

- Integración en el currículum y en la línea del centro a través de su inclusión en el proyecto educativo y Proyecto Curricular de centro.
- Adaptación a las necesidades propias mediante un análisis de la realidad del centro y de su entorno.
- Cooperación entre los centros educativos y sanitarios de la zona y entre la administración educativa y sanitaria.
- Programación de las intervenciones de educación para la salud mediante el trabajo en equipo de profesores, profesionales socio-sanitarios y otros miembros de la comunidad escolar.
- Participación e implicación del conjunto de la comunidad escolar en todas las fases de las intervenciones de educación para la salud.
- Interacción del programa de salud del centro educativo con la comunidad de su entorno.

- Utilización de métodos activos y participativos (trabajos en grupo, investigación-acción,...).

La evidencia de la promoción de la salud en la escuela

El informe de la UIPES(1999) que revisa la evidencia de la promoción de la salud, plantea que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la toma de decisiones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud. Esta evidencia sugiere que las intervenciones son más eficaces si:

- Están orientadas a resultados cognitivos y sociales de manera prioritaria junto con un cambio de conducta.
- Los programas son de carácter *holístico* y global, relacionando el centro educativo con los organismos y sectores encargados de la salud.
- La intervención es considerable, abarca varios años escolares y guarda relación con cambios en el desarrollo social y cognitivo de los jóvenes.
- Se presta una atención adecuada a crear capacidad a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos.

Además, la revisión de estudios publicados sugieren que los programas de salud en los centros educativos de calidad, abordan la totalidad o parte de los elementos siguientes:

- El currículum: el programa que se imparte formalmente en las aulas.
- El entorno: los elementos geográficos, psicosociales, físicos y organizativos del centro educativo y su comunidad local.
- Los servicios sanitarios: los servicios médicos, dentales, de ayuda psicopedagógica y de orientación dentro del centro educativo.
- Las colaboraciones: tanto formales e informales que existen entre el centro educativo, los padres, el sector sanitario y la comunidad local.
- Las políticas del centro educativo: las reglas, los reglamentos, las líneas educativas y prácticas.

La experiencia de Aragón

Se distinguen cuatro momentos del desarrollo de la educación y promoción de la salud en la escuela, que reflejan la evolución de la educación para la salud en el contexto de los cambios en el sistema educativo.

1. *Situación de partida (1.985)*. El *Grupo de Trabajo Regional de educación para la salud en la escuela*, elaboró un informe que constituyó el primer documento de consenso entre la administración educativa y la sanitaria, a partir del cual se desarrolló el proyecto de integración progresiva de la educación para la salud en la escuela.
2. *Periodo experimental (1.986-1.991)*. En este periodo se realizó el *Programa Experimental de educación para la salud en la escuela*, en el que se desarrollaron 36 proyectos de educación para la salud con implicación en 57 centros educativos. Una información más amplia puede hallarse en Arasa et al (1.991).
3. *Periodo de extensión (1.992-1.998)*. En 1.990 se aprueba la Ley Orgánica General del Sistema educativo (LOGSE), que introdujo una importante reforma del sistema educativo. La inclusión de los temas transversales –entre ellos la salud- se justificaba para desarrollar en el alumnado unas capacidades que se consideraban necesarias para desenvolverse en la sociedad actual. En el Currículum aparecen objetivos, contenidos y orientaciones directa o indirectamente relacionados con la salud, cuyo desarrollo debe hacerlo cada centro en su Proyecto Educativo y Curricular de Centro.
4. *Periodo con competencias en Educación (1.999-2.002)*. Desde 1.999 se transfieren todos los centros educativos y la gestión de la educación a la comunidad autónoma de Aragón. Se creó el grupo de trabajo sobre *Promoción de salud en centros educativos* a instancias del Departamento de Educación y del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, con la finalidad de elaborar una propuesta conjunta para abordar la salud en los centros educativos, que permitiera aprovechar los recursos existentes y la trayectoria y experiencia precedente.

Situación actual

El análisis de los problemas de salud de escolares y jóvenes indica que están muy relacionados con la incorporación de actitudes y hábitos de salud negativos. Según el Plan de Salud de Aragón, los principales problemas de salud en escolares están relacionados con:

- Los cuidados personales y la prevención de enfermedades

- La salud mental (autoestima, autoconcepto...)
- La alimentación y nutrición
- La actividad física
- La higiene personal
- La prevención de enfermedades
- La utilización de servicios sanitarios (vacunaciones, exámenes de salud...)
- Los autocuidados y ayuda mutua.

La adaptación al contexto social

- La conducta alimentaria (obesidad, anorexia, bulimia)
- El uso del ocio y tiempo libre
- Las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación
- La Influencia y uso de los medios de comunicación
- El uso de tabaco, alcohol y otras drogas
- La educación afectivo sexual

El ambiente

- La educación ambiental
- La prevención de accidentes
- El clima y entorno escolar

Respecto a la situación en los centros educativos, se puede valorar la encuesta sobre *educación para la salud en la educación secundaria* realizada en Aragón durante el 2002, en la que participaron 117 centros de educación secundaria. Las principales conclusiones de dicho estudio son:

- La mayoría de los centros de educación secundaria de Aragón declara realizar actuaciones de educación para la salud relacionadas con la prevención de drogodependencias (99%), la educación sexual (97%) y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (79%). Esto indica el interés y sensibilidad del profesorado con la educación integral del alumnado en una etapa tan crucial como es la adolescencia.
- Existe una valoración positiva de la transversalidad para abordar aspectos que tienen un fuerte componente actitudinal, aunque también se destaca la necesidad de asegurar el abordaje curricular de algunos contenidos que deben tener un tratamiento más intensivo y específico. El abordaje desde las tutorías y el Departamento de Orientación es una de las formas de desarrollar la educación para la salud más frecuentes en la mayoría de los centros (véase los gráficos del anexo). Ello permite un desarrollo progresivo de acuerdo con los intereses y motivaciones del alumnado y del contexto sociocultural.
- Los principales problemas que dificultan la integración de la educación para la salud en el currículum educativo son: la falta de tiempo, la dispersión y cantidad de temas a abordar, la dificultad para coordinación del profesorado y la falta de asesoramiento y formación.
- Los centros educativos disponen mayoritariamente (80%) de material de soporte para desarrollar la educación para la salud realizado por diversas instituciones públicas. Sin embargo se echa en falta material audiovisual y multimedia adaptado a las características del alumnado de 12 a 16 años y guías didácticas para el profesorado. Los centros que disponen de más materiales didácticos, realizan con más frecuencia intervenciones curriculares desde una o más áreas. Es destacable que más de un tercio de los centros ha elaborado o adaptado materiales didácticos de educación para la salud.

Objetivos para el desarrollo de la educación para la salud

Los objetivos propuestos para desarrollar la promoción de la salud en los centros educativos de Aragón son:

- 1) Establecer un marco de cooperación entre los Departamentos de Sanidad y Educación para fomentar y coordinar las iniciativas y actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos de acuerdo con el Modelo Educativo Aragonés (1.998) y el Plan de Salud de Aragón (1.999).
- 2) Abordar la salud como un concepto global (físico, psíquico y social) y facilitar la integración como un área transversal contemplada en la programación y organización del centro.
- 3) Comprender que la salud es un aspecto de la educación en valores, integrándola en un *currículum* coherente y global de transversales: salud, paz y solidaridad, igualdad, medioambiente, etc. tal como se recoge en el Modelo Educativo Aragonés.
- 4) Definir líneas de promoción de salud, orientadas a resolver los problemas de salud prioritarios en la etapa escolar que impliquen a todos los sectores de la comunidad

educativa (profesorado, familias, personal no docente) y que puedan adaptarse a las necesidades de cada centro.

- 5) Identificar y conocer las experiencias de educación que se están desarrollando en los centros, consensuando modelos de buena práctica que puedan ser adaptados y utilizados por los centros educativos en Aragón.

Estrategias propuestas para desarrollar la promoción de la salud

Se proponen cuatro líneas de trabajo para desarrollar conjuntamente entre los Departamentos de Sanidad y Educación:

1. *Coordinación entre instituciones educativas y sanitarias.* Desde el año 2.000 esta constituida la Comisión Mixta Educación-Sanidad, compuesta por representantes del Departamento de Educación y Ciencia y del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, su función es articular las actuaciones de ambos departamentos.

2. *Integración en la actividad docente.* La educación para la Salud como un área transversal debe estar presente en el Proyecto Educativo y el centro ha de determinar su estructura organizativa y su metodología. La transversalidad se realiza a través de varias materias o cursos lo que facilita un amplio espectro educativo y proporciona la oportunidad de vincular el trabajo con las distintas disciplinas aunque la tarea de coordinación sea mucho más compleja.

En el contexto de la escuela resulta esencial que las actividades relativas a la salud desarrolladas en el aula estén vinculadas con acciones de la escuela en general y con las que se llevan a cabo en la comunidad de la que forma parte. Por ello, es necesario que sean recogidas en el Proyecto Educativo de Centro (PEC) y contextualizadas en los niveles de concreción del Proyecto Curricular de etapa (PC) y de la Programación General del Aula (PGA).

Para facilitar la integración curricular y evitar la fragmentación de contenidos se propone integrar los aspectos de salud en tres dimensiones básicas: la personal, la relacional y el entorno

Dimensión Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento del cuerpo (cambios, procesos, diferencias sexuales), autoimagen, - Autoestima, autoconcepto, autocuidados - Capacidad crítica - Reconocimiento de las emociones - Creatividad
Relaciones con los demás	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia social y cultural en los roles - Habilidades de comunicación interpersonal - Asertividad, habilidades sociales - Respeto a las diferencias (culturales, opciones sexuales...) - Papel del afecto: amistad y solidaridad - Resolución de conflictos
Relación con el entorno natural y social	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización del ocio: alternativas saludables y solidarias - Valoración del entorno natural - Análisis crítico de la publicidad y de la imagen en los medios de comunicación social - Valor de la interculturalidad - Análisis crítico conflictos mundiales - Condicionantes sociales, políticos y económicos de la salud

Formación y asesoramiento

Es fundamental que en las actividades de formación participen de forma conjunta los distintos profesionales implicados en la promoción de salud (profesorado del centro y profesionales sociosanitarios de la zona de salud) para facilitar la colaboración y el trabajo en equipo. La oferta formativa se canaliza a través de los Centros de Profesores y Recursos y es contemplada en el Plan Regional de Formación del Profesorado incluyéndose diversos itinerarios formativos:

Cursos de formación básica en educación para la salud.

Cursos de carácter monográfico cuyo objeto es profundizar en un tema concreto (educación afectivo-sexual, prevención de drogodependencias, salud ambiental, salud mental, imagen y salud, resolución de conflictos en el aula...)

Jornadas de intercambio de experiencias didácticas entre los grupos de trabajo que desarrollen el área de salud.

Seminarios y Grupos de Trabajo de carácter interdisciplinar organizados para el diseño y realización de proyectos y/o materiales curriculares de educación para la salud.

Organización escolar. La creación de un medio escolar saludable es la base sobre la que se asientan las acciones de promoción de salud. El conjunto de factores que determinan el clima escolar tanto físico como social y relacional sólo puede ser abordado desde un modelo de organización escolar que potencie la participación y facilite el trabajo en equipo de los distintos sectores de la comunidad escolar con el apoyo del equipo directivo del centro. No se debe olvidar la importancia de fomentar un *medio ambiente físico* saludable: luminosidad, ventilación, instalaciones sanitarias, seguridad, ausencia de ruidos... para conseguir un entorno escolar sano. En este sentido un aspecto especialmente importante es el comedor escolar que, además de estar adecuado a las normas sanitarias, debe ser coherente con un modelo educativo integrador y facilitar la convivencia y socialización del alumnado.

Así, es preciso cuidar aquellos aspectos no incluidos explícitamente en la programación y que configuran el *currículum oculto*. Se trata de aspectos que tienen que ver con el estilo de enseñar, las actitudes y las relaciones interpersonales entre personal docente y no docente y alumnado y que van a contribuir en gran medida a hacer del centro educativo un centro promotor de salud. Existe una preocupación creciente por analizar y valorar los factores que condicionan el bienestar escolar que tienen que ver con la cultura de la escuela y los factores relacionales (Konu y Rimpela, 2002)

Líneas y áreas de actuación

De acuerdo con la experiencia de educación y promoción de la salud desarrollada en Aragón se proponen las siguientes líneas y áreas de actuación:

Desarrollar el rol y la formación en promoción de salud de los profesionales sanitarios de atención primaria, especialmente de los profesionales de enfermería. Esta capacitación desarrollará un rol educativo que permita analizar las necesidades, definir objetivos compartidos, seleccionar las estrategias más adecuadas y realizar el seguimiento y evaluación de los procesos educativos. También es importante desarrollar la capacidad de trabajar en equipo para desarrollar iniciativas de promoción de salud y saber reconocer la complementariedad de la interdisciplinariedad. Es preciso fomentar una formación intersectorial e interdisciplinar en educación para la salud, tanto en pregrado como en posgrado, promoviendo la articulación entre el sistema educativo y los servicios socio-sanitarios.

El trabajo en red es una de las estrategias más adecuadas para el desarrollo de la promoción de la salud, dado su enfoque horizontal y el carácter interdisciplinario e intersectorial de esta. Sin embargo hay una serie de dificultades que pueden bloquear el trabajo en red: La falta de un lenguaje común entre los profesionales, la confusión acerca de los conceptos de promoción de la salud y educación para la salud, la sobrecarga de trabajo asistencial, la rigidez en la organización de los centros y servicios y la escasa experiencia de trabajo en equipo. Es necesario potenciar la investigación sobre nuevos modelos organizativos y metodologías de trabajo que faciliten el trabajo interdisciplinar y coordinado de los profesionales de los servicios sanitarios y los centros educativos.

Promover modelos de evaluación y de mejora de la calidad en promoción de salud. La utilización de metodologías cualitativas y etnográficas puede facilitar una información útil y relevante para los procesos de evaluación y calidad. La experiencia de la Red de Salud (Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de salud) demuestra la importancia de las redes a la hora de facilitar el intercambio de informaciones y experiencias para el desarrollo de la evaluación y de la calidad, también permite generar una serie de modelos de buena práctica y difundir una cultura de la evaluación y de la mejora continua de la calidad. El aspecto más importante para mejorar la calidad de las intervenciones de promoción de la salud depende del rol y las capacidades de las personas o equipos que desarrollen la iniciativa. Según la experiencia de la RAPPs se resalta que la calidad de un proyecto esta en relación con la existencia de un equipo fuerte y competente, multiprofesional, interdisciplinar e intersectorial.

Desarrollar modelos de educación parental que promuevan el desarrollo de habilidades y recursos personales para que los padres y madres asuman las necesidades y retos que plantea la educación de sus hijos. La escuela puede ser un lugar óptimo para favorecer la sensibilización, formación y participación de las familias, especialmente de aquellas con mayores dificultades de interacción e integración social. Los profesionales sanitarios pueden desarrollar un importante papel de *alfabetización sanitaria*, que vaya dirigida al desarrollo personal y empoderamiento de los colectivos más desfavorecidos (St Leger, 2001).

El desarrollo de proyectos innovadores entre centros educativos y servicios socio-sanitarios es una estrategia factible y que favorece la eficacia de las iniciativas de educación para la salud. La creación de equipos de trabajo multiprofesionales es un elemento enriquecedor y

satisfactorio que mejora la calidad de las intervenciones. Un elemento clave es la formación conjunta entre profesionales docentes y socio-sanitarios que permite la adopción de un lenguaje común y la construcción de proyectos conjuntos. Integrar y transversalizar la salud en los centros docentes significa abrir procesos de innovación educativa y establecer procesos de formación de equipos de trabajo. Es importante compaginar las políticas de apoyo que proceden de la administración, con las iniciativas y propuestas que surgen desde la realidad de los centros.

Es necesario establecer *criterios de calidad y de acreditación de materiales y programas de salud* para la gran cantidad de propuestas y demandas que llegan al mundo educativo, de esta manera se facilitará la orientación a los centros educativos de cara a seleccionar e integrar las distintas iniciativas. Es importante valorar adecuadamente las propuestas didácticas patrocinadas por el sector privado que, cada vez con más frecuencia, se dirigen a los centros educativos como una estrategia más de marketing. Los materiales didácticos sobre contenidos de salud son una ayuda al profesorado para la programación del aula. El equipo docente debe poseer criterios para la selección y adaptación de los materiales educativos más adecuados a su contexto. En otras ocasiones será necesario reelaborar o crear nuevos materiales. En cualquier caso los recursos didácticos de salud que se ofrezcan al profesorado deben ser fruto de la experimentación y no solamente producto de un grupo de expertos.

En definitiva para trabajar la salud en los centros educativos es importante redefinir la práctica desde un concepto amplio de salud que tenga presente las dimensiones personales y socioculturales. Desde este enfoque la salud se puede interrelacionar con los valores y actitudes que promueven otras áreas transversales (educación para la convivencia, educación ambiental, educación para la igualdad de oportunidades, etc.). Cuando se favorecen los aspectos globalizadores y no se actúa por simple adición de elementos es cuando se puede alcanzar un currículum integrado y no fragmentado por las diferentes demandas que inciden en él.

De esta manera la finalidad del centro docente que integra la salud no es abordar muchos aspectos sino convertirse en *un espacio para vivir experiencias coherentes con la salud y ser un foro de reflexión sobre la misma*.

Bibliografía

1. 1^{as} Jornadas aragonesas de educación para la salud en la escuela (1.991, Zaragoza): Actas. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón.
2. 2^{as} Jornadas aragonesas de educación para la salud (1.993, Huesca): Actas. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón.
3. 3^{as} Jornadas aragonesas de educación para la salud (1.997, Teruel): Actas. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón.
4. Arasa ...et al (1.991): Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón; Ministerio de Educación y Ciencia.
5. Bustelo, M. ...et al (1.999) Informe de evaluación de la red europea de escuelas promotoras de salud (1.995-1.998). Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
6. Gallego, J; Granizo, C; Febrel, M. (1.996). Programa de educación para la salud en los centros docentes de Aragón // Alambique didáctica de las ciencias experimentales. nº 9 (julio, 1.996) 17-24
7. Gallego, J (1.999) Planificación de la educación para la salud en la escuela en Aragón. Tesina presentada en el Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria de la Universidad de Perugia (Italia).
8. Informe del Grupo de Trabajo sobre educación para la salud en la escuela (1.985) Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón; Ministerio de Educación y Ciencia.
9. Informe del grupo de trabajo sobre promoción de la salud en los centros educativos (1.999). Zaragoza: Departamento de Sanidad y Departamento de Educación del Gobierno de Aragón.
10. Konu, A; Rimpela, M. (2002) Well-being in schools: a conceptual model. // Health Promotion International Vol 17, nº1, 79-87

11. La escuela promotora de salud: una inversión en educación, salud y democracia // Primera Conferencia de la Red de Escuelas Promotoras de Salud, 1-5 de mayo 1.997, Salónica (Grecia).
12. St Leger (2001) Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges // Health Promotion International Vol 16, nº2 , 197-205
13. UIPES (2000) La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo

O. López de Dicastillo: ¿Qué opinan los niños sanos sobre la visita médica, la hospitalización y ciertos procedimientos?

Introducción

Aunque los hospitales y las unidades de hospitalización pediátrica han cambiado considerablemente en las últimas décadas, la mayoría de los cambios se han basado en ideas que los adultos (padres, médicos, enfermeras,...) tienen acerca de lo que es 'mejor' para la población infantil (Hart and Chesson 1998, Thomas & O'kane 2000). Estudios recientes destacan la necesidad de involucrar a los niños más activamente en temas relacionados con la salud y su cuidado (Strachan 1993, Docherty & Sandelowski 1999, Sartain *et al.* 2001). Para ello es necesario conocer su grado de comprensión, sus ideas, sus preocupaciones, sus miedos y sus deseos.

Las razones argumentadas para mantener a los niños al margen de estudios e investigaciones han sido principalmente dos: los niños no pueden llegar a comprender temas relacionados con la salud y la enfermedad, no siendo capaces tampoco de hacer frente a las implicaciones de las mismas; y, es necesario proteger a los más pequeños de posibles traumas que podrían ocasionarse con los estudios.

Aunque existen defensores y detractores de sendas afirmaciones, parece ser que los estudios realizados en la última década revelan que los niños son capaces de entender más de lo que previamente se creía. De Winter *et al.* (1999) aseguraron que no se puede asumir que por que los niños tengan una determinada edad, no van a ser capaces de entender la salud y la enfermedad. Hergenrather & Rabinowitz (1991) han puesto de manifiesto cómo los niños de corta edad pueden tener conocimientos más apurados sobre las causas, consecuencias y tratamientos de las enfermedades de lo que estudios anteriores habían sugerido. Por otro lado Rushforth (1996, 1999), llegó a la conclusión de que la creencia de que los niños son cognitivamente inmaduros les puede estar negando explicaciones que serían capaces de entender. En sus trabajos la autora sugiere que el limitado conocimiento y confusión que los niños presentan en ocasiones, se deben a la pobre y parcial información que reciben, más que a problemas de comprensión. Parece ser, por lo tanto, que una comunicación adecuada a la edad del niño, conocimientos y experiencias previas, podría ayudar a los niños a entender mejor temas relacionados con la salud y la enfermedad y les habilitaría para participar en la toma de decisiones y en su autocuidado (Rushforth 1996).

Objetivo:

Averiguar que piensan los niños sanos sobre los hospitales en general, algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos y sobre la información que se les proporciona cuando entran en contacto con los profesionales sanitarios.

Metodología:

Este estudio ha tenido presente en todo momento que al explorar temas relacionados con la salud, la enfermedad y las experiencias previas hospitalarias, se puede ocasionar cierto distrés en los sujetos a estudio. Por este motivo los métodos empleados se diseñaron para que fueran inofensivos, entretenidos y atrajeran la atención de los participantes, siendo a su vez útiles para recoger la información deseada. Además al tratarse de niños en etapas de desarrollo muy concretas, los métodos debían adaptarse a sus capacidades y al currículum académico.

Muestra:

Un total de 68 padres autorizaron la participación de sus hijos en el estudio. 55 niños completaron los cuestionarios y 53 participaron en la realización de dibujos. Las edades de los niños estaban comprendidas entre 7 y 11 años.

Recogida de Datos:

Contando con la autorización a la dirección del centro se organizó un 'Club de Español' que fue ofertado por el colegio como una actividad extra-escolar libre y gratuita para todos aquellos que decidieran participar. Esta actividad sirvió para establecer vías de comunicación con los niños, comprobando los diferentes métodos ideados (discusiones en grupo, sesiones de dibujo, elaboración de redacciones y respuesta de cuestionarios), e identificando los principales temas que preocupaban a los niños. Los cuestionarios y la elaboración de dibujos demostraron ser los métodos más efectivos para la obtención de información y también los que más incentivaron y atrajeron a este grupo de niños, siendo por ello elegidos para la recogida de datos final.

Cuestionarios:

Los cuestionarios se distribuyeron, en febrero de 2001, a través de los profesores del colegio y se pidió a los niños que los completaran en sus domicilios, para que de esta forma los padres pudieran examinar el tipo de preguntas que se formulaban. Se invitó a los padres a colaborar, pero sólo asegurándose de que los niños entendían lo que se les preguntaba, indicándoles que eran sus hijos, y no ellos, los que debían responder a las preguntas. Los niños fueron los encargados de devolver al colegio los cuestionarios una vez completados.

El principal objetivo del cuestionario fue explorar más a fondo los temas que habían surgido durante el estudio piloto, obteniendo las impresiones generales de los niños. Estos temas fueron: examen médico, administración de inyecciones y toma de medicamentos. Se eligieron mayoritariamente preguntas cerradas, se incorporaron dibujos y caricaturas y se imprimió en color para captar la atención de los niños para conseguir una herramienta accesible y entretenida que fuera fácil de entender y completar.

Dibujos:

Se pidió a los niños que realizaran dibujos 'improntu' (Furth, 1988), esto es, en ese mismo momento, sin preparación previa, después de haber formulado una petición sobre lo que se ha de dibujar. Esta actividad fue muy útil para explorar emociones, preocupaciones y miedos que los niños tenían.

Las instrucciones verbales dadas fueron: 'Soy una enfermera y trabajo en un hospital con niños. Me gustaría que pensarais en mi trabajando en ese hospital con niños enfermos, y dibujarais sobre ello'. En todo momento el investigador permaneció con los niños durante la realización de la actividad, evitando interrupciones e interferencias y tomando nota de lo que los niños iban comentando. Si los niños no sabían qué dibujar, se les daba primero tiempo para pensar por ellos mismos y más tarde sugerencias específicas, si lo precisaban, del tipo '¿has estado alguna vez ingresado en un hospital?, ¿podrías dibujar que sucedió cuando estuviste allí?'.

Análisis:

Se procedió al análisis cuantitativo de las preguntas cerradas del cuestionario y a un análisis de contenido de las preguntas abiertas y de los dibujos. Se empleó estadística descriptiva para la parte cuantitativa, utilizando el paquete SPSS v.10 para Windows.

Resultados:

El 73% de los niños que tomaron parte en el estudio había estado hospitalizado alguna vez.

Preferencias y preocupaciones

Se preguntó a los niños por sus preferencias cuando tienen que acudir al médico. Un 33% de los niños declaró que lo que más les gustaba de ir al médico era que se iban a 'poner bien'. Usaron expresiones como: 'el médico hace que te sientas mejor', 'el médico te cura'. El 13% de los niños relató que lo que más les gustaba era jugar con los juguetes que estaban en la sala de espera. 'Médicos amables con los niños' fue la respuesta de un 7% de los niños. En menores porcentajes también manifestaron que lo que les gustaba era: recibir premios o regalos (pegatinas, caramelos, etc.) al final de las visitas (5%), el examen médico (5%), sentir que están seguros (por los conocimientos que el médico posee) (4%), y cuando los médicos les hablaban a ellos directamente (4%). Un 20% de los niños afirmó que no hay nada que les guste cuando van al médico.

Lo que menos les agradaba era tener que esperar 'mucho tiempo' para tener la consulta (30%), a un 11% no les gustaba la exploración médica y tener que tomar las medicinas prescritas, a un 14% les molestaba sentirse mal y las inyecciones (7% respectivamente). La idea de tener que ir al hospital preocupaba a un 4%. Un niño expresó que no le gustaba ir al médico cuando

‘el médico decía cosas que no se entendían’, a otro niño le alarmaba ‘que el médico dijera cosas serias’ y finalmente un tercero dijo que no le gustaba cuando ‘el médico le hacía daño’. Un 9% expresó que no le importaba el hecho de acudir al médico.

Toma de medicamentos:

Para saber que opinan los niños sobre la toma de medicamentos se les preguntó por el tipo de medicinas que toman cuando tienen ‘dolor de garganta’. Las amigdalitis son muy comunes en la infancia, así que al preguntar por un tipo de síntoma tan común, todos los niños iban a ser capaces de asociarlo con alguna experiencia pasada y responder a las preguntas planteadas en el cuestionario. La mayoría de los niños tomaban jarabes (69%) o pastillas (24%) para este tipo de dolencia. A un 45 % de los niños no les gustaba el sabor que tenían dichos medicamentos. No obstante, el 96% aseguró que tomarían medicinas, aunque no les agradara su sabor, ya que sabían que éstas les iban a ayudar a sentirse mejor.

Procedimientos médicos:

Exploración médica. Un 93% de los niños relató que no les importaba que los médicos usaran el estetoscopio para auscultar su pecho o abdomen, de la misma forma no les importaba que el médico examinara su boca (87%) y oídos (91%). Sin embargo, a un 24% de los niños les molestaba que el médico palpara su abdomen.

Inyecciones. Se preguntó a los niños su experiencia durante la administración de la vacuna de la meningitis, que había tenido lugar en el colegio el mes anterior. Un 74% declaró no haber experimentado dolor durante la administración de la misma. Un 64% aseguró que se había olvidado de la inyección con rapidez. Y un 93% respondió que después de haber vivido esta experiencia, estaría menos asustado si tuviera que recibir otra inyección. El 58% de los niños afirmó que la enfermera no les había consolado después de poner la inyección. La importancia que para los niños tienen las inyecciones también se vio reflejada en los dibujos. En uno de ellos aparece una niña llorando y junto a ella se observa una enorme jeringuilla del mismo tamaño que la niña.

Intervenciones quirúrgicas. Tres niños dibujaron salas de operaciones con monitores, lámparas, bisturíes, pijamas verdes, guantes y mascarillas representados con gran exactitud.

Comunicación entre profesionales de la salud y los niños. Un 71% de los niños afirmó que los médicos les hablan directamente a ellos durante las visitas. A pesar de ello, un 44% aseguró no haber entendido lo que el médico le había dicho y un 45% dijo que no formularía ninguna pregunta en caso de no entender las diversas explicaciones dadas. En las preguntas abiertas los niños dejaron clara la necesidad de mantener una buena comunicación (ver siguiente apartado).

Haciendo la visita al médico más agradable

Se preguntó a los niños como creían que acudir al médico o estar hospitalizado podría hacerse menos traumático. A un 19% le gustaría que hubiera más materiales para jugar y entretenerse (juguetes, libros, ordenadores, videos y televisores). Un 17% de los niños manifestó la necesidad de mejorar la comunicación y recibir más información. Utilizaron frases como: ‘saber a donde vas’, ‘que [los médicos] expliquen las cosas con palabras que los niños puedan entender’, ‘que el médico me hable directamente’, ‘saber para qué estoy allí’, ‘que mi madre y mi padre me hablen y me apoyen’, ‘que me digan antes lo que me tienen que hacer’, ‘hablarme más’. Un 7% creía conveniente la presencia de sus padres durante la hospitalización y los procedimientos. Un 5% aconsejaba que sería mejor no tener que esperar durante largos periodos de tiempo. Otro 5% pedía profesionales de la salud ‘agradables y amigables’, y un 3% sugería a los profesionales evitar el uso de agujas, tijeras y objetos afilados porque ‘asustan’. Un 12% de los niños dio respuestas muy variadas, como por ejemplo: trayendo un ‘juguete especial’ o ‘recibiendo pegatinas’.

El papel de la enfermera

Las enfermeras aparecían en los dibujos realizando diferentes actividades. Cinco niños la dibujaron junto a la cama del paciente, dos lo hicieron ayudando a caminar a niños que necesitaban muletas, una niña la dibujó dándole la mano a una de las pacientes, en dos dibujos la enfermera aparecía revisando las hojas de seguimiento y tratamiento, en otro llevando una bandeja con diferentes utensilios y en otros dos leyendo un libro a uno de los pacientes o jugando con ellos. Los niños reflejaron con bastante exactitud actividades que las enfermeras suelen realizar en las unidades de hospitalización. Es importante destacar que casi

en todos los dibujos la enfermera aparecía sonriendo y llevando uniformes con colores fuertes y llamativos.

Espacio físico de las unidades de hospitalización

En cuatro dibujos las unidades de hospitalización presentaban colores vivos y llamativos. Los niños utilizaron gran colorido para pintar paredes, cortinas, alfombras, muebles y objetos decorativos (flores, jarrones). La decoración era bastante similar a la que podría encontrarse en un domicilio.

Discusión

Este estudio demuestra como es importante dar la oportunidad a los niños de expresarse por si mismos para conocer sus necesidades y preocupaciones. Hemos podido observar que los niños son capaces de expresarse con naturalidad, pero que hay que encontrar los medios mas adecuados para facilitar esta expresión. Tanto los dibujos como los cuestionarios probaron ser de mucha utilidad.

Una limitación, en cuanto a la realización de los dibujos, es que éstos pueden haberse visto sesgados por las ideas preconcebidas que los niños pudieran tener de las enfermeras y los hospitales, o por la imagen que tenían del investigador. Los niños pueden haber personalizado al investigador al producir sus dibujos debido a las instrucciones dadas para la realización de los mismos. Durante el diseño del estudio se consideró esta posibilidad, pero se creyó prioritario lograr en los niños la motivación necesaria para realizar los dibujos y para que sintieran identificados con la actividad que estaban realizando.

Los niños nos han contado como, en general, no les molestaba la exploración médica, pero si les preocupaban las intervenciones quirúrgicas y las inyecciones. Este hecho coincide con las afirmaciones realizadas por Brennan (1994) que defendía que el mayor miedo que presenta un niño cuando ingresa en el hospital es el 'miedo a la distorsión corporal, a la mutilación y a la aniquilación'. Según esta autora 'el resultar dañado', los 'objetos afilados' y 'recibir pinchazos' son los miedos infantiles más frecuentes.

Las 'experiencias previas' parecen contribuir positivamente a la reducción de la ansiedad ante la realización de ciertos procedimientos, en este caso, la administración de inyecciones. Los niños aseguraron que en el futuro estarían menos asustados si tuvieran que recibir nuevas inyecciones. Otros autores han obtenido resultados similares en cuanto a la realización de radiografías (Chesson *et al*, 2002) y las intervenciones quirúrgicas (Peterson *et al*, 2002). Por otro lado sería conveniente que los profesionales cuidaran la atención prestada no sólo durante el procedimiento, sino también con anterioridad y posterioridad a su realización para contribuir a un mejor recuerdo de la experiencia vivida, disminuyendo el riesgo de que surjan miedos o traumas.

A pesar de la tendencia general a creer que los niños no necesitan explicaciones, podemos observar que los niños demandan una comunicación más fluida y abierta, tanto con los profesionales como con sus padres. La mejora en la comunicación junto con la programación de actividades en las que ocupar el tiempo 'libre' durante la estancia hospitalaria, son las reivindicaciones más significativas que hicieron los niños del estudio.

Los niños desean que los profesionales se muestren amigables y disponibles. Para ello es importante que éstos cuiden su actitud (en los dibujos aparecen sonrientes y con los brazos extendidos) y su indumentaria. El diseño de los uniformes puede contribuir a que la imagen que los niños tienen de los profesionales sea más cercana (Campbell *et al*, 2000).

Los resultados han confirmado la necesidad de cuidar tanto la decoración como el colorido de las unidades para hacerlas más acogedoras. Olds (citada por Rodin, 1983) mantiene que un ambiente agradable disminuye la ansiedad y contribuye a que los niños colaboren en las exploraciones, procedimientos y tratamientos. En cambio, 'una institución con un entorno extraño' aumenta el dolor, el malestar y perjudica a la enfermedad.

Conclusión

Hacer la estancia hospitalaria y las visitas a centros de salud y especialistas más agradables repercutiría positivamente en la adaptación a un medio que les es desconocido. Para ello es necesario el comienzo del 'dialogo' entre los niños y los profesionales de la salud. Proporcionando a los niños la información apropiada se podrían evitar muchos malentendidos, ya que sin esa información los niños podrían crear sus propias respuestas de forma imaginativa y, en algunos casos, errónea. Sin embargo, no se trata solo de proporcionar información sino también de escuchar lo que ellos nos tienen que decir y en la forma que nos lo quieran contar. Afirmar que se debe 'escuchar' la opinión de la población infantil, no significa que se deba

excluir a sus padres, ya que estos son los que mejor conocen a sus hijos, y por lo tanto su aportación será de valiosa utilidad.

Bibliografía

1. Brennan A. (1994) Caring for children during procedures: a review of the literature. *Pediatric Nursing* **20**(5), 451-8.
2. Campbell S. *et al* (2000) The image of the children's nurse: a study of the qualities required by families of children's nurses' uniform. *Journal of clinical nursing*, **9**: 71-82.
3. Chesson R. A., Good M.&Hart C. L. (2002) Will it hurt? Patients' experience of X-ray examinations: a pilot study. *Pediatric Radiology* **32**(1), 67-73.
4. De Winter M., Baerveldt C.&Kooistra J. (1999) Enabling children: participation as a new perspective on child-health promotion. *Child: Care, Health and Development* **25**(1), 15-23; discussion 23-5.
5. Docherty S.&Sandelowski M. (1999) Interviewing children. *Research in Nursing & Health* **22**(2), 177-85.
6. Furth M. G. (1988) *The Secret World of Drawings. Healing through art*. Sigo Press, Boston.
7. Hart C.&Chesson R. (1998) Children as consumers. *British Medical Journal* **316**(7144), 1600-3.
8. Hergenrather J. R.&Rabinowitz M. (1991) Age-Related Differences in the Organization of Children's Knowledge of Illness. *Developmental Psychology* **27**(6), 952-959.
9. Peterson C., Ross A.&Tucker V. C. (2002) Hospital emergency rooms and children's health care attitudes. *Journal of Pediatric Psychology* **27**(3), 281-91.
10. Rodin J. (1983) *Will this hurt? Preparing Children for Hospital and Medical Procedures*. Royal College of Nursing, London.
11. Rushforth H. (1996) Nurses' knowledge of how children view health and illness. *Paediatric Nursing* **8**(9), 23-7.
12. Rushforth H. (1999) Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **40**(5), 683-91.
13. Sartain S. A., Maxwell M. J., Todd P. J., Haycox A. R.&Bundred P. E. (2001) Users' views on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health & Social Care in the Community* **9**(2), 108-17.
14. Strachan R. G. (1993) Emotional responses to paediatric hospitalisation. *Nursing Times* **89**(46), 44-9.
15. Thomas N.&O'Kane C. (2000) Discovering what children think: connections between research and practice. *British Journal of Social Work* **30**(6), 819-835.

R. Escuriet Peiro: Asociación entre el consumo de sustancias tóxicas y las relaciones sexuales entre los jóvenes del área de Granollers.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, puede tener efectos adversos sobre la salud, especialmente al facilitar el riesgo en el comportamiento sexual.

Aunque el consumo de sustancias, en si mismo, no conlleva necesariamente un comportamiento sexual de riesgo, existen una variedad de factores individuales y sociales que interactúan para producir un entorno en el que, el uso de estas sustancias puede jugar un papel clave en la transmisión sexual de enfermedades^{1,2}

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo ante el consumo de ciertas sustancias, que suelen tener una presencia importante en la vida recreativa³. Estos dos factores pueden potenciar el consumo.

De entre los efectos adversos, sobre la salud reproductiva relacionados con el uso de sustancias que han sido identificados por la Organización Mundial de la Salud⁴, quizás los que más pueden incidir de manera más negativa sobre la salud de los adolescentes, sean la transmisión del HIV, las enfermedades de transmisión sexual⁵ y los embarazos no deseados⁶.

El uso de sustancias psicoactivas puede estar relacionado con el comportamiento sexual de forma directa, debido al efecto de la sustancia sobre la actividad y el deseo sexual y sobre la seguridad y utilización del preservativo, o bien indirectamente, a través de las actividades relacionadas, la influencia sobre el tipo de encuentros sexuales y las parejas, normas sociales y culturales, expectativas de la gente sobre el efecto de la sustancia en relación al

comportamiento sexual, contexto económico y patrones de consumo y, por último, contexto social y físico en los que se da el uso y en los que se negocia el encuentro sexual.

Podríamos definir el comportamiento sexual relacionado con el uso de sustancias como aquel en el que, de alguna manera, interactúa el uso de alguna sustancia psicoactiva. En base a esto podemos incluir tres tipos de comportamiento:

Las actividades sexuales y prácticas que se perciben como influenciadas por los efectos psicoactivos de la sustancia. (Tomo algo y tengo relaciones bajo los efectos de la sustancia).

Las actividades y prácticas de las personas que usan sustancias y que se perciben como relacionadas con el uso de la sustancia. (Tomo algo para tener la relación bajo los efectos de la sustancia).

Las actividades y prácticas de aquellas personas que no utilizan sustancias y que son percibidas como relacionadas con su uso, por parte de los otros. (Mi pareja ha tomado una sustancia y yo tengo relaciones porque él / ella lo ha tomado).

Tarde joven

La “Tarde Joven” de Granollers es un servicio de atención específica al adolescente en materia de salud sexual y reproductiva, enmarcado dentro del Programa de Atención a la Mujer, con dos objetivos específicos, uno educativo y otro asistencial.

La oferta del servicio se centra en la asistencia que demandan los jóvenes, los cuales pueden acudir de forma espontánea o programar sus visitas.

A nivel asistencial se ofrece planificación familiar, consultas por problemas relacionados con la salud sexual, información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos.

A nivel educativo se ofrecen sesiones informativas con carácter periódico y se coordinan actividades educativas fuera del centro, como son las intervenciones en las escuelas, colaboración con profesores y con aquellas instituciones que lo soliciten.

Objetivos

La salud sexual de los jóvenes es un tema prioritario, que requiere una atención específica adecuada a sus necesidades.

Tras un estudio observacional, realizado en un periodo de un año entre los meses de Junio-2000 a Junio-2001, pudimos conocer el perfil sociodemográfico actual de los adolescentes que acuden a la “ Tarde Joven”, cuales son sus comportamientos sexuales y el motivo por el cual acuden al servicio por primera vez.

El análisis de la situación y las conclusiones que se derivaron, junto con el contacto directo con la población adolescente nos plantearon nuevas preguntas que requerían un nuevo estudio.

Para averiguar la asociación entre el uso de sustancias y las relaciones sexuales nos planteamos:

Identificar el uso de sustancias psicoactivas y su relación con el comportamiento sexual de los adolescentes que acuden a la “ Tarde Joven”.

Conocer las consecuencias que se derivan del uso de sustancias, relacionado con la actividad sexual.

Conocer cual es la sustancia psicoactiva más utilizada .

Metodología.

La “Tarde Joven” de Granollers acoge jóvenes de entre 13 a 24 años de toda la zona del Valles Oriental, principalmente de la ciudad de Granollers.

Se plantea un estudio observacional con una duración de 4 meses, desde Abril a Julio 2002, y se obtiene una población muestra de 119 adolescentes de un total de 149 visitas realizadas durante este periodo.

Se excluyen del estudio las adolescentes que no han tenido ninguna relación sexual (n =23) y a las que, después de haber pedido su consentimiento, rehúsan contestar.(n = 7)

Criterios de inclusión:

Haber tenido al menos una pareja sexual en los dos años previos a la entrevista.

Posibilidad de estar sola en el momento de la entrevista.

Haber acudido a la consulta con la matrona de la “Tarde Joven” durante el periodo del estudio.

Consentimiento verbal para contestar a las preguntas.

Las variables se obtienen mediante un cuestionario cerrado que rellena la matrona después de realizar una entrevista estructurada.

Las variables observadas incluyen:

- Edad.
- Actividad sexual tras el consumo de alguna sustancia psicoactiva.
- Tipo de sustancia
- Utilización de protección durante la relación.
- Tipo de protección utilizado
- Consecuencia posterior derivada directamente del episodio.

Para el tratamiento de los datos se utilizaron los programas Acces y Excel 2000. Se han calculado proporciones.

N = Nº de visitas en los 4 meses (Solo visitas con la matrona) N = **149** (100%)

Muestra N = **119** (79.86%)

Nº que no han tenido relaciones sexuales N =**23** (15.5%)

Rehúsan contestar N =**7** (4.69%).

Resultados

De la muestra estudiada, no tuvieron relaciones bajo los efectos de ninguna sustancia tóxica en los dos años anteriores a la entrevista un 53 % (n =64), el resto (46.22%) si que mantuvieron alguna vez relaciones bajo los efectos de alguna sustancia, de entre estas adolescentes, un 14.28% (n =17) lo hizo una vez, un 31.09% (n =37) más de una vez y un 0,84% (n =1) dice tenerlas habitualmente.

El tipo de sustancia consumido con más frecuencia (69.09%; n =38) es el alcohol, que en algunos casos se combina con otras sustancias como los porros (9.09% n =5), la cocaína (1.81% n =1), o el éxtasis (1.81%; n = 1).

El resto de sustancias consumidas son:

Porros: 7.27% (n =4)

Porros + cocaína: 1.81% (n =1)

Cocaína: 3.63% (n =2)

Éxtasis: 1.81% (n =1)

Éxtasis + cocaína: 3.63% (n =2)

En cuanto al uso de protección:

Un 14.54% (n =8) tuvieron una sola relación bajo los efectos de alguna sustancia y utilizaron protección, y un 16.36% (n =9) no la utilizaron.

Un 36.36% (n =20) tuvieron relaciones más de una vez bajo los efectos de alguna sustancia utilizando protección, un 29.09% (n =16) y un 1.81% (n =1) también tuvieron mas de una relación bajo el efecto de alguna sustancia y utilizaron protección a veces y nunca, respectivamente.

Solo una (1.81%) adolescente refirió tener relaciones habitualmente bajo los efectos de sustancias psicoactivas y utilizaba protección a veces.

Respecto a las consecuencias y en relación a la utilización de método se identificaron:

4 consecuencias derivadas directamente de la relación bajo los efectos de sustancias de entre las 10 adolescentes que no utilizaron ningún método. Esto supone que un 40% de relaciones sin protección entre estos casos tuvo consecuencias.

8 consecuencias de entre las 17 adolescentes que usaron método de protección a veces, lo que supone que un 47.05% de estas relaciones tuvo consecuencias.

7 consecuencias de entre las 28 adolescentes que utilizaron protección siempre, lo que significa que aun utilizando protección un 25% de estas relaciones tuvo alguna consecuencia.

En un 63.63% (n =35) no se identifico ninguna consecuencia derivada la práctica sexual bajo efecto psicoactivo.

Un 25% (n =14) de las adolescentes necesitó utilizar la intercepción postcoital, un 3.63% (n =2) quedaron embarazadas y siguieron adelante con la gestación, un 5.45% (n =3) quedó embarazada y decidió interrumpir el embarazo y en una adolescente (1.81%) se detectó la posibilidad de contagio del virus del HIV, que en este momento está pendiente de confirmación.

De las 55 jóvenes que tuvieron alguna relación bajo los efectos de alguna sustancia, un 18.18% (n =10) no utilizó ningún método, un 3.63% (n =2) utilizaba anticonceptivos orales, un 3.63% (n =2) utilizo el coito interrumpido, un 52.72% (n =29) usó el preservativo solo, un 9.09% (n =5) utilizó el preservativo, además de estar tomando anticonceptivos orales y un 12.7% (n =8) utilizaba el preservativo en combinación con el coito interrumpido.

Conclusiones y discusión.

Al realizar las entrevistas se procuro un ambiente de confidencialidad apropiado; aun así, responder si se han tenido relaciones bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva puede resultar difícil para algunas adolescentes, por esta razón asumimos el posible sesgo en las respuestas. Asumiendo este posible sesgo, observamos que, es importante el porcentaje de adolescentes que tuvieron alguna vez relaciones en las que, de alguna manera, interactuaron una o varias sustancias psicoactivas,.

Las consecuencias que se derivan de este tipo de prácticas comportan un riesgo para la salud, capaz de derivar, por si sólo, en un problema que la joven no sea capaz de solucionar⁷.

La utilización de la intercepción postcoital (IPC) implica el fallo del método utilizado. Este fallo, además de significar un riesgo de embarazo no deseado que disminuye con la IPC, supone también un riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual y especialmente del HIV.

Tras conocer los resultados e identificar las consecuencias, se valora incluir información sobre los posibles efectos adversos que pueden tener las sustancias psicoactivas, con respecto las practicas sexuales, en las intervenciones educativas que se realizan en los centros de enseñanza. Durante la adolescencia suelen adoptarse comportamientos de riesgo que, con frecuencia se relacionan entre sí y que se asocian a las principales causas de mortalidad prematura entre los jóvenes⁸.

Priorizar la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes puede tener efectos positivos sobre su salud. Los profesionales de enfermería tenemos un papel clave en este sentido implicándonos de manera activa en la comunidad en la que trabajamos, participando en el desarrollo de programas de promoción de la salud y aprovechando las intervenciones en los centros de enseñanza, para establecer una continuidad en la atención que podemos ofrecer y, además, facilitar el acceso de los adolescentes⁹ a los centros de atención de salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

1. Pons Diez, J; Berjano Peirats.El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan nacional sobre drogas. Ministerio del Interior.1999 : 77-9. ISBN: 84-8150-204-9.
2. Staton M; Leukefeld C; Logan TK; Zimmerman R; Lynam D; Milich R; Martin C; McClanahan K; Clayton R. Risky sex behaviour and substance use among young adults. Health and Social Work 1999 May; 24(2): 147-54
3. Calafat, A. et al. Salir de Marcha y consumo de drogas.Plan nacional sobre drogas.Ministerio del Interior. 2002: 137-9. ISBN:84-8150-220-0.
4. The Rapid Assessment and response guide on substance use and sexual risk behaviour. OMS-UNAIDS. Substance abuse department Project. Dec. 1998
5. Fortenberry JD. Alcohol, drugs and STD/HIV risk among adolescents. AIDS Patient Care and STDs 1998 Octb; 12(10): 783-6
6. Marcelino Pérez, Silvia Susana; Sánchez de San Lorenzo, Ángela y Marcelino Pérez, Delia Alicia. Embarazo adolescente: una propuesta de intervención . ROL Enferm .1997 sep; XX(229):10-15
7. Taylor Seehafer, M; Rew. L. Risky sexual behaviour among adolescent women. Journal of the society of pediatric nurses 2000 Jan-Mar; 5(1) :15-25
8. Díez, E; Barniol, J; Nebot, M; Juárez, O; Martín, M y Villalbí Hereter, Joan R . Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Gac Sanitaria 1998. nov-dic; 12 (6) :272-280.
9. Ibars Prunés, Josefina; Ollé Ramos, Neus; Peiró Fornas, Neus y Peralta Puig, M Carmen. Adolescentes y centros de planificación familiar .Enferm Clínica .1998 ene-feb; 8 (1) :7-12

B. Quilchano Gonzalo: La educación para la salud vista por sus agentes: un estudio cualitativo.

Introducción

Hace ya casi 30 años que MARC LALONDE⁽¹⁾, ministro de salud canadiense, identificó el estilo de vida como uno de los cuatro determinantes de la salud humana. Desde entonces la *Educación para la Salud* (EpS) ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la Salud Pública, puesto que de ella depende en gran medida la prevención de enfermedades crónicas y

de accidentes. Coincidimos con SALLERAS, PRAT Y GARRIDO⁽²⁾ en que es probable que existan tantas definiciones de EpS como profesionales u organismos han tratado de definirla. Al revisarlas, se encuentra que en todas ellas se pretende como fin último la modificación en sentido positivo de conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, grupos y colectividades. En lo que se observan discrepancias es en el camino que se sigue para su consecución, en función de la perspectiva teórica desde la que se parta^(3,4,5). La mayoría de los autores^(5,6,7) define *agente de EpS* como aquella persona de la comunidad que contribuye a que individuos y grupos adopten conductas positivas de salud, aun cuando no sea la educación su actividad principal. Se considera agente a los profesionales de la salud, a los de la educación, a los de los medios de comunicación, y a cualquier persona del ámbito público, que pueda ejercer su influencia tanto en la toma de decisiones como por su función modélica.

Se aprecia que los educadores en salud poseen gran diversidad en cuanto a formación y ocupación. La labor de los profesionales de enfermería puede verse enriquecida si tiene en cuenta las aportaciones de los distintos agentes que desarrollan su actividad en otras situaciones vitales.

Objetivos

1. Integrar las ideas comunes sobre EpS que poseen los distintos agentes.
2. Analizar las creencias respecto al tipo de profesionales que pueden desarrollar el papel de agente de salud.

Metodología.

Encontramos pertinente la realización de un trabajo de investigación desde un enfoque cualitativo por las aportaciones que puede implicar para el trabajo enfermero, por la naturaleza interdisciplinar de la EpS, y por la variedad de ámbitos en que ésta se desarrolla y de los agentes que pueden responsabilizarse de su ejecución^(8,9,10).

Selección de los participantes: la muestra tiene un carácter intencional, fue elegida de modo que estuvieran representados los principales tipos de agentes de EpS a los que se alude en la bibliografía. Se decidió, en un primer momento, entrevistar a seis personas: un estudiante de humanidades, un político local, una enfermera, una periodista, un educador de un centro ocupacional y una profesora de educación infantil. Más adelante se añadieron otros dos profesores, una de primaria y otro de secundaria, para saturar las categorías del análisis. Características de la muestra: la media de edad de los entrevistados fue de 37,88 años, y una desviación típica de 9,44. En cuanto al sexo, cuatro fueron hombres y cuatro mujeres. Había un estudiante, cuatro diplomados y tres licenciados. Del total, cuatro eran docentes de diferentes niveles educativos.

La técnica elegida para la obtención de datos ha sido la entrevista⁽¹¹⁾. Para realizar cada una se procedió a la elaboración de una pequeña guía que contenía las preguntas clave (Figura 1). Se trata pues de entrevistas semi-estructuradas, también denominadas entrevistas focalizadas o basadas en directrices⁽⁸⁾.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Formación y ocupación del participante. Motivos que le llevaron a ello.▪ Qué es la salud▪ Qué es la EpS: quién la debe realizar y a quién se dirige |
|---|

Figura 1: Preguntas clave de la entrevista

Se explicó a cada participante el objetivo de la entrevista, la duración aproximada y la conveniencia de grabarla. Las entrevistas tuvieron lugar en los meses de noviembre y diciembre de 2001 y se realizaron en el lugar elegido por el entrevistado.

Análisis

Al finalizar cada una de las entrevistas se procedió a transcribirlas para realizar el análisis de su contenido. Tras una primera lectura, otra posterior más detenida facilitó la elaboración de categorías comunes, que se codificaron para reconocerlas en el texto. Se identificaron cuatro categorías de análisis:

Concepto de salud: la salud es calidad de vida.

En casi todos los casos los entrevistados reiteran la idea de salud como *bienestar* tanto físico, como psíquico y social. También aparece en los discursos la salud concebida como una

capacidad "para desarrollar la actividad diaria", "para funcionar normalmente", "para sacar partido".y añaden que es preciso cuidarla y mantenerla. Algunos dicen que la salud es un don. Una última perspectiva para definir salud la constituye la *calidad de vida*, en este punto los entrevistados hacen referencia a los grupos, a la comunidad o al medio ambiente. Aportan el matiz de que las personas sanas están más satisfechas y eso les acerca a la felicidad.

Valoradas estas percepciones en su conjunto, podría sintetizarse que el grupo con el que hemos trabajado ve la salud como un concepto definido por tres ejes. Dos de ellos tienen un carácter individual: el bienestar y la capacidad, mientras que cuando los entrevistados hablan de la calidad de vida hacen referencia al grupo, a la comunidad y al contexto en que viven las personas. En resumen muchos repiten, aunque no sea textualmente la definición aportada por la OMS o por Milton TERRIS⁽²⁾.

Concepto de EpS: formas de vida saludables.

En los discursos se considera la EpS como una práctica cultural equiparable al desarrollo de hábitos saludables o que consigan mejorar la calidad de vida. Los entrevistados lo concretan con ejemplos referidos a la alimentación (como la dieta mediterránea frente a la comida rápida), la higiene, la vivienda, el medio ambiente, la práctica deportiva, el nivel cultural, la autoestima o la convivencia. Acotan lo que se debe evitar: hay que hacer consciente a la población del efecto de los hábitos insanos, en concreto en varias ocasiones se menciona el tabaquismo. Mencionan con frecuencia la prevención de la enfermedad y la protección de la salud. Este conjunto de actividades se dirige a toda la población: hay que integrar a todas las personas en todas las edades y espacios de vida. Se busca que la gente viva mejor, que esté satisfecha con su ciudad y con el ambiente que le rodea. Y que las personas sean lo más autónomas posible. Los participantes no olvidan el aspecto económico, la EpS puede implicar un importante ahorro de dinero público. También la EpS puede definirse en sentido negativo, por lo que no es. Algunos participantes advierten del error que pueden suponer las campañas gubernamentales centradas en las "amenazas". En concreto los entrevistados recuerdan que los jóvenes constituyen un grupo de población que responde negativamente a este a ese tipo de estímulos. Como no puede ser de otra forma, no se olvida el matiz educativo, la importancia de la transversalidad de la LOGSE.

Nos llama la atención que apenas aparece la consideración de la EpS como un proceso de comunicación.

Agentes de salud: ¿Quién debe ocuparse?

Aunque la mayoría de los entrevistados apuesta por la interdisciplinariedad, el primer posible agente a quien todos nombran es el *maestro /profesor/ educador*. Esto no es de extrañar dada la naturaleza de la muestra seleccionada. Los entrevistados especifican que los maestros deben integrar la EpS en su labor diaria, de forma planificada y sistemática y con el objetivo de crear formas de vida saludables en el niño y el joven. En ocasiones pueden precisar el apoyo de orientadores, pedagogos o psicólogos así como de directores o gestores de centros educativos. Consideran que la *familia* también está involucrada en este quehacer, si bien lo realiza de forma espontánea. Para el conjunto de los entrevistados los *profesionales de la salud* son los que "curan y cuidan" y ven su actuación limitada a las personas enfermas. En la mayoría de las ocasiones dicen sanitarios, y cuando ejemplifican, a quien nombran es al médico. En los discursos es poco frecuente la aparición de la palabra "enfermera", sólo dos de los entrevistados la nombran. La EpS de los adultos la dejan en manos de los medios de comunicación, las instituciones y organismos públicos, los servicios sociales, organizaciones humanitarias... y todo un catálogo de posibilidades que algunos comienzan a enumerar diciendo: "*cualquiera que tenga capacidad para ello... todo el mundo...*"

Actividades de Educación Sanitaria: ¿Qué hacemos para educar en salud?

En esta categoría la diversidad es la norma, cada entrevistado enfatiza un tipo de actividades u otras en función de su práctica profesional, de lo que sabe hacer o de lo que piensa que debiera hacerse. Aparecen repetidos temas como el *cuidado del cuerpo*: alimentación, educación física, educación sexual o educación vial, el *cuidado de los espacios*: educación ambiental y la *prevención del consumo de tóxicos*, como el tabaco, alcohol u otras drogas.

Con menor frecuencia se cita la atención al crónico, los colectivos marginales, el consumo o la autoestima. Igual que en otras categorías, el hecho de priorizar los aspectos preventivos dirigidos a escolares y jóvenes es consistente con la muestra, con una gran representación de profesores.

Conclusiones

Conceptos de salud y EpS obtenidos en este trabajo: la salud se ha definido como bienestar, como capacidad (o don) y como calidad de vida. La EpS se encamina a su logro y atraviesa todas y cada una de las áreas de la actividad humana. Las definiciones encontradas son similares a las que manejamos habitualmente los profesionales de enfermería, si bien aparecen matices que suelen obviar las definiciones más formales, como satisfacción, autoestima o felicidad.

Mayoritariamente se considera que los agentes que han de asumir esta función son educadores y familia, aunque no se excluye a nadie. En general llama la atención que cada grupo de profesionales ve que su aportación a la EpS es la más valiosa.

Este trabajo puede ayudarnos a los profesionales de enfermería a dejar de contemplar la EpS como un "territorio privado". No obstante nuestra tarea no puede quedarse ahí, puesto que uno de los aspectos negativos hallados al analizar los discursos fue el que la mayoría de los entrevistados no contemplan a la enfermera como un profesional con responsabilidades en EpS. Se hace necesario que enfermería se involucre cada vez más en este ámbito de actuación y que haga llegar los resultados al resto de la comunidad (social y científica).

Para finalizar reclamamos la necesidad de incrementar el número de trabajos de EpS desde la perspectiva cualitativa, porque contribuyen a complementar y desarrollar la investigación enfermera, habitualmente limitada al enfoque cuantitativo -típico de las ciencias naturales y mayoritariamente seguido en el modelo biomédico- que resulta más complejo para aplicar de forma exclusiva en el ámbito educativo.

Bibliografía

1. LALONDE M. (1978) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services.
2. PIÉDROLA GIL y cols. (2001) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª Edición. Barcelona: Masson.
3. ROCHON A. (1991) *Educación para la Salud*. Barcelona: Masson.
4. DARIAS CURVO S. *Educación para la Salud: evolución histórica y conceptos básicos*. En: RAMOS CALERO E. (2000). *Enfermería comunitaria. Métodos y técnicas*. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
5. SANCHEZ MORENO A, RAMOS GARCÍA E, MARSET CAMPOS P. (2000) *Conceptos en Educación para la Salud*. En: SANCHEZ MORENO A, APARICIO RAMON V, GERMAN BES C, MAZARRASA ALVEAR V, MERELLES TORMO A, SANCHEZ GARCÍA A. *Enfermería Comunitaria 3. Actuación de enfermería comunitaria. Los sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, SAU.
6. SALLERAS SANMARTÍ L. (1988) *Educación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
7. COSTA M, LÓPEZ E. (1996) *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
8. ARRICIVITA VERDASCO AM. (2000) *Investigación cualitativa: un método alternativo en Enfermería comunitaria*. En: RAMOS CALERO E. *Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas*. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
9. DE LA CUESTA BENJUMEA C. *Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa*. *Enfermería Clínica*, 1998; 8 (4): 38-42.
10. TAYLOR SJ, BOGDAN R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.
11. DELGADO JM, GUTIERREZ J. (1994) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. En: ENRIQUE ALONSO L. *Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. Madrid: Síntesis.

M.L. López González: Riesgo conductual de cáncer y factores asociados en el modelo A:S.E., en pacientes de A.P.S.

Introducción

El Riesgo Conductual de Cáncer y factores asociados en el modelo A.S.E en pacientes de Atención Primaria, es una investigación que están desarrollando en colaboración las Universidades de Oviedo y Cantabria, el Instituto Oncológico del Principado de Asturias, y centros de Atención Primaria de Salud de Asturias, Cantabria y Galicia.

Esta investigación forma parte del programa FAPACAN, que es el acrónimo de familiares de pacientes con cáncer, cuyo objetivo es prevenir el cáncer, controlando los factores de riesgo conductual de esta enfermedad, que son susceptibles de prevención primaria. Cuenta con financiación del FIS y de la FICYT.

El Programa Salud 2000 de la OMS se puso como objetivo en relación con el cáncer disminuir en un 15 % la mortalidad por esta enfermedad. La Sociedad Española de Salud Pública y

Administración Sanitaria, al cumplirse el año 2000, elaboró un informe tratando de comprobar cuáles de los objetivos se habían cumplido y cuales no, y concretamente el que concierne al cáncer, lejos de haberse alcanzado la reducción del 15% de la mortalidad, se comprobó que había aumentado en 8 puntos el porcentaje de mortalidad, en los 13 años transcurridos desde que se formuló el objetivo. Por ello, el informe SESPAS aconseja seguir divulgando el Código Europeo contra el Cáncer (CECC) y utilizar la Educación para la Salud (EpS) para procurar disminuir las conductas de riesgo de cáncer.

Si analizamos los factores de riesgo asociados al cáncer vemos que muchos de ellos son conductas humanas, por lo que podríamos hablar de factores de riesgo conductual de cáncer. Por otro lado, las conductas humanas han sido bien estudiadas por psicólogos y sociólogos, los cuales han elaborado modelos explicativos de la conducta, que nos pueden ayudar a los sanitarios a entender porqué los pacientes desarrollan determinadas conductas de riesgo, y a hacer intervenciones educativas con alguna probabilidad teórica de éxito.

Uno de estos Modelos es el Modelo A.S.E., así llamado por el acrónimo de las palabras inglesas "Attitude + Social Influence +Efficacy", es decir, Actitud, Influencia Social y Autoeficacia, que son los principales componentes del modelo. Este modelo está basado en las teorías de Fishbein-Ajzen, sobre actitudes y normas subjetivas, y las teorías de Bandura sobre la autoeficacia. En diversos países europeos se utiliza este Modelo Integrado de Determinantes de la Conducta, útil a la Educación para la Salud (EpS) y la Promoción de Salud (PS), que aglutina los elementos de ambas teorías.

El Modelo A.S.E. trata de explicar, en base a factores psicosociales, porqué las personas adoptan o dejan de adoptar determinadas conductas. Cuando uno estudia una conducta, cualquiera de las habituales con las que nosotros trabajamos cotidianamente, como la conducta de fumar, la de beber o cualquier otra, y cuando las estudiamos a la luz de este modelo, podemos descubrir cuáles son aquellos aspectos de las intervenciones educativas que debemos poner de relieve, a fin de conseguir que el paciente sustituya la conducta de riesgo por otra saludable.

Para cambiar una conducta de riesgo, el Modelo A.S.E. establece que se debe tener antes la "intención" de realizarla, y que dicha intención esta "determinada" (sería más correcto decir asociada probabilística o estocásticamente) por la actitud, la influencia social y la autoeficacia. La "actitud" es el resultado de sopesar, consciente o inconscientemente, la suma de ventajas y desventajas de la conducta propuesta, y las alternativas a estas últimas.

La "influencia social" consta de tres componentes: La norma social percibida, es decir el paciente debe tener claro qué conducta se espera de él y en qué medida la conducta propuesta es practicada en la población; el modelaje, o imitación de las conductas de personas significantes para el paciente (por el efecto modelaje, el sanitario que propone la conducta saludable debe practicarla también o, al menos, no exhibir la conducta contraria); la presión social, es decir, cuantas más personas aconsejen o prescriban la conducta saludable, y cuantas más veces lo hagan, más fácil será lograr el éxito.

La "autoeficacia" es el grado de certidumbre subjetiva que el paciente tiene sobre su capacidad para adoptar la conducta saludable propuesta. En la medida en que seamos capaces de eliminar las barreras que dificultan el logro de la conducta pretendida, y de proporcionar las habilidades necesarias para su adopción, estaremos aumentando la autoeficacia del individuo.

En este sentido, entre la intención de hacer y el hacer mismo se interponen los dos factores que acabamos de señalar: la existencia de barreras a la conducta y la falta de habilidades para ejecutarla.

Utilizando el Modelo A.S.E., podemos descubrir cuáles son aquellos aspectos de las intervenciones educativas que debemos poner de relieve, y realizar "intervenciones educativas hechas a medida", esto es, a medida de los determinantes psicosociales de esas conductas en los distintos pacientes.

Con esta base teórica podemos pasar ya a formular los **objetivos** de la investigación que presentamos, que fueron:

Evaluar el riesgo conductual de cáncer (RCC), tomando como referencia los consejos del Código Europeo contra el Cáncer que tienen que ver con la prevención primaria de esta enfermedad. Las conductas controladas, por tanto, fueron las relacionadas con el tabaco, el alcohol, la alimentación, el peso, el sol y el trabajo, recogidas en el CECC:

- No fumar.
- Beber alcohol moderadamente.
- Tomar abundantes frutas y verduras, y poca grasa.

- Mantenerse en el peso ideal.
- Tomar el sol con moderación.
- Protegerse de las sustancias cancerígenas en el trabajo.

Medir los determinantes de dichas conductas en el Modelo A.S.E., es decir, evaluar qué actitud, qué influencia social y qué autoeficacia tenían los pacientes para cumplir los consejos preventivos del CECC.

Pacientes y Método

Aunque el programa completo abarca un periodo de tres años y ha incorporado a más de 3.000 pacientes, presentamos aquí los resultados preliminares de los primeros 730 pacientes incluidos en el programa.

Se encuestó, mediante cuestionario validado, a pacientes entre 15 y 50 años. Se eligió esta franja de edad, porque medir determinantes de la conducta es una actividad compleja, hace falta colaboración por parte de los pacientes, y no es fácil que las personas mayores puedan hacerlo. Además, porque el programa, en última instancia, trata de prevenir el cáncer, y en las últimas décadas de la vida los factores de riesgo ya han actuado y no tiene mucho sentido la prevención.

También establecimos como criterio de captación que fueran parientes de enfermos con cáncer, porque hay evidencia científica, al menos en otros países, de que los familiares de pacientes con cáncer tienen una actitud más favorable hacia la prevención que las personas que, en su historia familiar, carecen de antecedentes de esta enfermedad. La captación de ellos fue oportunista, al demandar ayuda por cualquier causa en Atención Primaria de Salud.

Se puntuó el RCC siguiendo a Doll y Peto, quienes establecieron que, de la mortalidad por cáncer, un 35% se debía a factores de riesgo cancerígeno-alimentario, un 30% al tabaco, un 4% al trabajo y un 3% al alcohol. El sol no fue incluido en sus estimaciones y, revisando la literatura científica, nosotros le hemos imputado un 2% de la mortalidad.

Siguiendo este criterio, puntuamos el RCC de 0 a 74 puntos: 0 puntos si el paciente no tenía ninguna conducta de riesgo, 30 puntos de riesgo si fumaba, de 0 a 35 puntos según tuviera más o menos conductas de riesgo alimentario, incluido el exceso de peso, 4 puntos por el riesgo laboral, 3 puntos si bebía más de lo aconsejado y 2 si se exponía al sol sin protección. La puntuación alcanzada se transformó después en una escala de 0 a 100, que siempre es de más fácil interpretación.

En lo referente a los determinantes del Modelo A.S.E. ligados a esas conductas, la Actitud la medimos de - 2 a +2, dando la puntuación más alta a la opción más preventiva, la Influencia Social de 0 a 3 puntos, dando la puntuación más alta cuanto más gente le hubiera demandado al paciente el cumplimiento de los consejos del CECC, y la Autoeficacia de 0 a 1, otorgando la puntuación más alta cuanto más capaz se sintiera de cumplir los consejos preventivos.

Resultados y Discusión

Las principales características muestrales de la población oportunista incorporada al estudio son las siguientes: El 34,5% son hombres y el 65,6% mujeres, con una edad media de 36,3 años (DS 9,5). La muestra tiene un predominio de mujeres, pero esta es nuestra realidad; suelen venir más mujeres que hombres a nuestras consultas y, además, no todos los hombres que fueron a consultar disponían de la media hora que, como promedio, hacía falta para medir los factores de riesgo y sus determinantes, de forma fiable. Las mujeres se mostraron más colaboradoras.

Las puntuaciones medias obtenidas en las principales mediciones fueron

- La Actitud (Puntuación media: 0,87) (DE 0,32). El valor óptimo es 2. La puntuación media se aproxima a 1, es decir, tienen una actitud positiva, pero alejada del valor máximo, de modo que procede hacer un esfuerzo en nuestras consultas de enfermería para, mediante intervenciones educativas, elevar la actitud positiva hacia la prevención del cáncer, hacia su valor óptimo.
- La Influencia Social (Puntuación media: 0,93) (DE 0,62). El valor promedio está muy alejado del valor óptimo, es decir, del 3, como ya hemos referido. En este sentido, los profesionales de atención primaria de salud somos los llamados a ejercer de forma permanente la necesaria influencia social positiva hacia el cumplimiento del CECC, pues parece que no se está realizando de forma mayoritaria en los servicios de Atención Primaria de Salud.

- La Autoeficacia (Puntuación media: 0,78) (DE 0,18). Dado que el óptimo sería 1, parece que los pacientes se sienten bastante capaces de adoptar los consejos preventivos del CECC, lo cual es una buena noticia. Habría que comprobar si la alta autoeficacia se debe a que son muy optimistas, o si es una realidad y, con la ayuda debida, cumplirían los consejos del CECC. Cuando nos referimos a la ayuda debida queremos mencionar los programas de ayuda para dejar de fumar, para adoptar conductas alimentarias más saludables, para rebajar peso, etc.
- El Riesgo Conductual de Cáncer (Puntuación media: 0,43) (DE 0,25). El RCC ha sido bastante elevado, dado que el valor óptimo es 0. Si lo trasladamos a una escala de 0 a 100, podemos afirmar que, sobre un máximo de 100 puntos de riesgo, el promedio de la muestra estudiada ha sido de 43 puntos, alejado del óptimo deseable.

Conclusiones

A modo de conclusión podemos decir que el riesgo conductual de cáncer es bastante importante y que, en general, los determinantes de las conductas de prevención del cáncer en el Modelo A.S.E. no son muy proclives al cumplimiento de tales conductas preventivas, con excepción de la Autoeficacia. La Autoeficacia es el único determinante altamente positivo, pero tanto en la Actitud como en la Influencia Social los profesionales de enfermería tenemos mucho por hacer para conseguir mejorarlos.

Se necesitan intervenciones educativas urgentes, ‘a medida’ de las puntuaciones alcanzadas en la evaluación de los distintos determinantes de las conductas de riesgo. Es decir: para aquellas personas que tienen una puntuación baja en Actitud, habría que hacer intervenciones que resaltarán de forma llamativa las ‘ventajas’, del cumplimiento del CECC. Por ejemplo: cuando un paciente fumador argumenta que “El tabaco me causa un gran placer, me calma los nervios, me permite soportar el estrés, tengo mejor humor”, nuestro contra argumento debería ser: “El tabaco no es un tranquilizante, ni mejora el humor. Solo tiene este efecto en los adictos. Si logramos quitarle la adicción, será como los no fumadores, que nunca recurren al tabaco en circunstancias de crisis. Las técnicas de relajación o el ejercicio son más eficaces”. Además, pondríamos el acento en las ventajas de no fumar: “Hay placeres alternativos que ahora se pierde, ligados al gusto y al olfato. Puede ahorrar mucho dinero si no fuma. Tendrá menos problemas con los no fumadores, que son mayoría. Evitará la ansiedad en los lugares donde está prohibido fumar, que serán cada vez más abundantes, etc.”

Para trabajar la Influencia Social, proponemos que se dé consejo oportunista sobre la prevención del cáncer, cada vez que un paciente acuda a consulta. Un ejemplo de consejo simple podría ser: “Como enfermera suya debo pedirle que no fume; fumar es peligroso, y es necesario que deje de fumar. Además, es posible; nosotros le podemos ayudar a dejarlo”.

Y, dado que se sienten altamente autoeficaces para cumplir las conductas de prevención, los programas de autoayuda para dejar de fumar, para beber moderadamente, para hacer una alimentación saludable, para controlar el peso, para tomar el sol con moderación y para protegerse de los riesgos laborales, si están bien diseñados y basados en modelos psicosociales de la conducta humana, deberían tener éxito, si se benefician de ellos personas autoeficaces.

Mesa Redonda: Intervenciones de enfermería para el manejo del dolor.

Conferencia: “Intervenciones de Enfermería para el manejo del dolor crónico”

Carmen Auzmendi. Equipo Consultor de Cuidados Paliativos del Hospital

Donostia.

Introducción

Para centrar el tema diremos que todas nuestras intervenciones alrededor del dolor están orientados a su control, nuestro principal OBJETIVO será por lo tanto CONTROLAR EL DOLOR.

Para realizar un buen control del dolor es preciso:

Valoración

Etiología y tipo de dolor: es decir valorar si el dolor es producido directa o indirectamente por el tumor, su tratamiento, etc. Valorar si es nociceptivo (óseo, visceral), neuropático (disestético, neurálgico) Multidimensional. Para explicar este componente diremos que en la experiencia del dolor existen 3 pasos que es preciso tener en cuenta:

la primera es, donde se produce el dolor, **nocicepción**, se origina en el lugar del cáncer, en el lugar de la lesión se activan los receptores nociceptivos y este dolor no puede medirse.

La segunda es la **percepción**, es cuando la información llega al cerebro,. Este componente es muy complejo pues junto con el dolor físico se procesan otros componentes de tipo: **emocional** (adaptación a la situación, duelo, dejar la familia, miedo a la muerte, al sufrimiento, etc.), situaciones de estrés, **problemas espirituales**, **problemas sociales** (económicos, soledad, abandono) **culturales** (la herencia cultural del paciente puede ser un factor primordial a la hora de determinar como expresa este su dolor y como se enfrenta al mismo). Otros factores que disminuyen el umbral del dolor a nivel de la percepción son **la ansiedad, el insomnio, astenia, la depresión**, etc.

La tercera es la **expresión** del dolor, digamos que es lo que el enfermo expresa una vez procesados todos los componentes. Esto está influenciado por todo lo dicho anteriormente y es lo que se evalúa.

Factores de mal pronóstico. Son aquellos problemas cuya existencia nos debe hacer pensar en dificultades para un buen control del dolor: dolor incidental, dolor neuropático, malestar psicológico importante, etc.

Intensidad del dolor, es decir cuantificar la experiencia dolorosa del enfermo por muy subjetiva que ésta sea, no fiarse de nuestros juicios subjetivos: Evaluar el dolor

Después de lo dicho anteriormente ¿cómo se puede evaluar algo tan subjetivo como es la experiencia dolorosa? No solo porque esté sometido a la subjetividad del enfermo sino también a la de los profesionales que realizan la medición, a veces nos dejamos guiar por el aspecto externo de un enfermo y sin embargo él nos está manifestando una experiencia dolorosa más o menos intensa. En unos estudios publicados por la revista NURSING se encontraron que era menos probable que las enfermeras registrasen como intenso el dolor de un paciente según sus propias manifestaciones y lo aliviasen si éste estaba sonriente y risueño. Era más probable que lo registrasen como intenso y lo aliviasen en caso de que el paciente hiciera muecas. Esta investigación sugiere que el concepto más difícil de aceptar por las enfermeras es que deben actuar sobre puntuaciones de intensidad del dolor otorgadas por el propio paciente independientemente de cual sea su comportamiento externo. La mayoría de las enfermeras esperan que alguien con dolor intenso tenga un aspecto de sufrimiento, este modelo responde más al del dolor agudo. En el mismo estudio comparativo a la variable registro del dolor según las propias manifestaciones del paciente en 1990 únicamente el 40,7 % de las enfermeras que cumplimentaron la encuesta anotaron una puntuación numérica de dolor intenso para los pacientes que se mostraban risueños, en 1995 el porcentaje aumentó al 73,8%. (Ref.Nursing 99,agosto-septiembre).

¿ Cómo objetivar tanta subjetividad?

¿Cómo conseguir aproximarnos al lenguaje del enfermo? La respuesta es que tenemos herramientas para ello y debemos utilizarlas. , disponer de métodos fiables para evaluar el dolor es una necesidad para la práctica diaria.

Por lo tanto podemos decir que el Objetivo de la evaluación es cuantificar la expresión del dolor, y con qué finalidad, con la de actuar con la mayor objetividad posible a la hora de tomar decisiones para su control. Si no lo cuantificamos es difícil establecer un plan analgésico adecuado. El ajuste de los tratamientos se debe sustentar en una apreciación por lo menos cuantitativa del dolor.

Métodos de evaluación

Actualmente existen diferentes métodos de evaluación y cada grupo ó equipo sanitario elige el que más se adecue a sus necesidades teniendo en cuenta los fines que se pretenden, no es lo mismo tener que consensuar una escala de medición para la práctica diaria que con fines de investigación, que para niños o adultos con las funciones superiores conservadas, etc. Lo que sí podemos decir es que para que un método sea práctico para la clínica diaria debe ser: Simple, fácil y práctica para utilizar y de fácil comprensión por el enfermo y la familia.

Escalas de autoevaluación ó subjetivas

Estas escalas permiten medir globalmente la intensidad del dolor ó su alivio y son unidimensionales en la medida en la que reducen el dolor a una sensación simple. Son escalas que miden la intensidad y tiene la ventaja de realizar mediciones rápidas, repetidas, interesantes para estudiar la evolución en el tiempo de un efecto analgésico. Son las escalas

EVA (escala analógica visual), EDV (escala descriptiva verbal), EN (escala numérica). Escalas faciales. Escalas de colores

Test multidimensionales

Los más conocidos son el Cuestionario del dolor de MC.GILL(CDMG) y la escala de MELZACK y TORGERSON. El primero ha demostrado ser fiable y válido para medir el dolor como experiencia multidimensional. Evalúa los aspectos sensoriales, emocionales y la intensidad del dolor.

Métodos objetivos

Se utilizan fundamentalmente en pediatría, en niños menores de 3 años de edad en la que el nivel de comprensión no permite la obtención de información subjetiva. Sólo deben emplearse cuando el estado del niño no permite la autoevaluación, no es un método óptimo porque no es una evaluación subjetiva. Se basan en la observación de parámetros conductuales y fisiológicos.

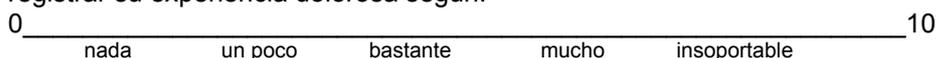
Los conductuales que más se valoran son los reflejados por la expresión facial y el llanto. Otros aspectos son los de actitud, movilidad, y postura.

Los fisiológicos que para que sean fiables deben acompañarse e la observación conductual son la taquicardia, polipnea, hipertensión, midriasis, sudoración, etc.

Describiremos a continuación algunas de las escalas de autoevaluación.

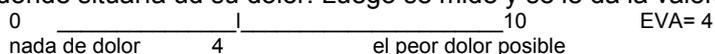
Escala descriptiva

En una línea de 0 a 10, siendo 0 nada de dolor y 10 un dolor insoportable el enfermo debe registrar su experiencia dolorosa según:



Escala de intensidad EVA

En una línea de 0 a 10 cm, siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor posible marque con un lápiz donde situaría ud su dolor. Luego se mide y se le da la valoración que corresponda:



Escala numérica verbal

Siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor posible , el enfermo nos deberá decir cuánto le daría él a su dolor.

Es muy importante cuando vayamos a aplicar cualquiera de las escalas que valoremos la capacidad de comprensión del enfermo al que lo vayamos a hacer y explicar todas las veces que sea preciso para que lo entienda, sobre todo hay que explicarle bien a él y su familia para que lo necesitamos, que no es mas que un instrumento para que se le pueda poner la analgesia adecuada y valorar la eficacia de la misma.

También deberemos valorar cual es el método de elección en cada caso.

Monitorización

Para controlar el dolor crónico es preciso evaluar sistemáticamente y registrar, puesto que esto va a permitir hacer un seguimiento de la evolución de ese dolor, con una única medición no conseguiríamos nada. Esto ocurre igual con otras patologías, nos parece impensable que si no medimos sistemáticamente la PA se pueda realizar un buen control de la hipertensión, ó con la glucemia en los diabéticos. Registrar para que el resto del equipo tenga la misma información y se pueda orientar la estrategia analgésica.

Las enfermeras, al igual que registramos en la gráfica otra serie de parámetros considerados básicos a controlar en la clínica diaria, debemos integrar en nuestros registros este del dolor, solo hay que FORMARSE, consensuarlo en el equipo y empezar a aplicarlo.

La evaluación como herramienta facilitadora

La evaluación es una herramienta que permite a los profesionales:

- anular la subjetividad. Esto a la vez que es importante para el enfermo lo es también paranosotros: nos permite aproximarnos a la subjetividad del enfermo y ser más objetivos por ejemplo a la hora de llamar al médico de guardia, planificar una visita domiciliaria, etc.
- sistematizar el control: mediciones sistemáticas: permite valorar continuamente la eficacia terapéutica.

- elegir la potencia analgésica adecuada

La enfermera ante el dolor

Durante la evaluación el enfermo y la familia comparten el miedo y la inseguridad que les causa este síntoma que es tan temido, que afecta a la calidad de vida del enfermo, al que continuamente le está recordando su enfermedad y el pronóstico, a la vez que le incapacita para cualquier relación, afectando directamente incluso a la convivencia familiar.

Con la evaluación, el enfermo y la familia:

- comprueban que la enfermera se preocupa
- sienten que su dolor es aceptado
- participan en el control del mismo

La enfermera es uno de los profesionales mejor situados para la evaluación, puesto que:

- Tiene disponibilidad, esto no significa que esté libre continuamente sino que es la que más contacto tiene con el enfermo, lo cual facilita la evaluación sistemática.
- Debe establecer una buena comunicación, es importante en la valoración del dolor, identificar aquellos aspectos emocionales, culturales, sociales, etc, que pueden estar interfiriendo.
- Además es la persona que se ocupa de la educación sanitaria, es quien enseña los cuidados al enfermo y la familia y se puede responsabilizar también dentro del equipo de enseñar al enfermo y la familia el manejo de las escalas.
- Tiene obligación moral de formarse para participar en el control del dolor,
- Tiene una responsabilidad ética por omisión si no realiza al enfermo unos cuidados para los que está capacitada y además tiene herramientas para ello.
- Tiene por fin una responsabilidad profesional por hacer dejación de sus funciones como profesional.

Este objetivo exige UN COMPROMISO en dar una respuesta adecuada, siendo la única manera de ser efectivos ante este síntoma.

El alivio del dolor

Es siempre posible

Es un derecho del enfermo

Es cosa de todos

G. Tomás Bartrina: Exploración de la experiencia vivida y el proceso de adaptación de la persona ostomizada

Antecedentes

La decisión quirúrgica de realizar una ostomía comporta una contrapartida que justifica las repercusiones psicosociales que padecen los pacientes, estos siguen viviendo y en muchos casos bastantes años. Pero en cambio la persona debe realizar un importante esfuerzo para mantener su adaptación psicosocial dentro de lo considerado "normal".

Los cambios que se producen, generan alteraciones cualitativas en la vida de las personas no pudiendo por menos que traumatizar biopsicosocialmente a la persona. Esos condicionantes derivados de la ostomía obligan al individuo a aprender nuevas técnicas y tácticas de autocuidado, así como a asumir la nueva situación personal y social en la que está inmerso.

Debemos por tanto atribuirnos la obligación de enseñar a los individuos a dirigirse a sí mismos hacia un estado de bienestar y de funcionamiento integrado, que promueva la dignidad humana.

Con este espíritu, nuestro hospital puso en marcha una Consulta de Enfermería de Estomaterapia hace un año y medio y ha atendido desde su apertura aproximadamente a 30 personas. Dicha consulta pretende administrar a los usuarios unos cuidados desde una visión holística, siendo imprescindible para ello el conocimiento profundo de lo que conlleva una ostomía y el proceso de adaptación que tiene asociado desde la perspectiva de la persona ostomizada.

Objetivo

Explorar la experiencia vivida por la persona ostomizada con el fin de profundizar en el proceso de adaptación de la persona y conocer sus avances en el auto-cuidado.

Material y método

Se decidió optar por una técnica cualitativa ya que el fenómeno de la vivencia del paciente ostomizado es muy complejo y la perspectiva cuantitativa impediría, en cierto modo, conocer las “percepciones” más profundas de los pacientes. Por otro lado, lo que más nos interesaba era conocer “qué” le sucede a la persona ostomizada y “por qué”, y este tipo de cuestiones no las puede responder el enfoque cuantitativo. Se optó por la entrevista grupal frente a la personal por motivos de factibilidad y porque se pensó que la interacción del grupo promocionaría la riqueza del discurso.

Durante el mes de mayo del 2002, se realizaron tres grupos focales de personas ostomizadas de entre el total de 30 personas atendidas en la consulta de Estomaterapia. La decisión de trabajar sólo con la población atendida por la consulta se tomó por motivos de mayor accesibilidad a los participantes.

Para conseguir abarcar el mayor espectro posible de diferentes experiencias vividas, buscando así la heterogeneidad entre los grupos y cierta homogeneidad intra-grupo que facilite el desarrollo del discurso, se realizaron grupos focales de mujeres (70 años de edad media) y varones de forma independiente, ya que la literatura muestra diferentes estrategias de adaptación según el sexo. De entre el grupo de varones, el más mayoritario, se realizaron dos grupos de diferentes franjas de edad (entre 47-70 años y >70). La heterogeneidad también se encontró en las diferentes etapas del proceso que estaban representadas en los grupos: desde cirugía reciente, pasando por años de evolución hasta personas con cirugía reconstructiva.

Del total de la población atendida en la consulta de estomaterapia, 30 personas, se decidió invitar a 23 (el resto tenían más de 90 años, problemas de movilidad y senilidad que dificultaban la asistencia a la reunión etc...). Del total de personas convocadas declinaron en asistir 5 por problemas de desplazamiento y horarios. El número de asistentes por grupo fue de 6 personas siendo acompañadas la mayor parte de las ocasiones por los cuidadores informales, a pesar de haber sido una invitación personal.

La localización de los participantes se realizó mediante carta personalizada desde la Dirección de Enfermería del hospital, seguida de un primer contacto telefónico y un segundo recordatorio a las personas que habían manifestado su deseo de asistir a la reunión.

Aunque sería ideal haber realizado las reuniones en un local alejado del medio hospitalario, nuestras limitaciones nos obligaron a realizar las reuniones en una sala del hospital. Se cuidaron diferentes detalles de comodidad, disposición de mesas etc... y se intentó disminuir la posible coacción mediante la moderación de las reuniones por personal ajeno a la consulta de estomaterapia.

Las reuniones tuvieron una duración aproximada de hora y media y fué recogida la información mediante grabación magnetofónica asegurando a todos los participantes la confidencialidad de todas las opiniones expresadas.

La intervención inicial que se utilizó para provocar la producción de información fue de tipo indirecto, ya que no explicitaba el objetivo de la investigación. Aún así, se pretendía revivir el proceso de salud-enfermedad de la persona ostomizada desde el inicio del proceso hasta llegar al entorno natural y actual de la persona.

El manejo de los datos cualitativos se realizó mediante transcripción completa de la grabación, validación de la transcripción, análisis de discurso e interpretación y, con el fin de intentar garantizar la validez del análisis e interpretación, se llegó a un consenso por parte del equipo investigador.

Resultados

A partir del diagnóstico médico, la percepción inicial de los síntomas de la enfermedad se ve modificada considerablemente.

En general, manifiestan un importante déficit de información por parte del equipo asistencial aunque parece predominar el déficit de comprensión de la información preoperatoria sobre la realización de la ostomía y el miedo a profundizar en la información (continuando patente en la actualidad el temor al origen del proceso evitando nombrar la palabra “cáncer”).

Todos los grupos presentan un discurso, sobre la fase inicial del proceso de adaptación a la ostomía, en el que predomina una etapa de depresión con síntomas depresivos como la angustia y la desesperación.

A partir de aquí, las diferentes vivencias de las pérdidas personales y sociales derivadas de la ostomía (relativas principalmente a la alteración de la imagen corporal y manifestadas por un

tabú físico frente a la ostomía) condicionarán las diferentes estrategias de afrontamiento como son la “religiosidad” y la “focalización en los aspectos positivos”.

Estas estrategias condicionarán el proceso de adaptación vivido presentando en general las siguientes etapas:

- Etapa de negación: Vivida por todos los participantes en el inicio del proceso y manifestada por una alta dependencia en el auto-cuidado. El tiempo de evolución va moldeando esta situación pero en general se mantiene en algunos varones que ni se resignan, ni utilizan estrategias efectivas de adaptación, ni aceptan la utilización de nuevas técnicas (irrigaciones, obturadores...). En estas situaciones, las cuidadoras naturales femeninas asumen un rol sustitutivo.
- Etapa de resignación: Vivida por participantes de todos los grupos y manifestada por signos de desmotivación. En general se manejan limitando su vida o ignorando el problema no intentando utilizar nuevas técnicas.
- Etapa de adaptación: Vivida por muy pocos participantes, en general mujeres, y manifestada por una escasa repercusión en las actividades de la vida diaria.

Conclusiones

A pesar de los posibles sesgos en el estudio derivados del reducido número de grupos y de la realización de las reuniones en un local no neutro (condicionados por cuestiones de factibilidad y accesibilidad), consideramos que los participantes son comparables a la mayor parte de los usuarios de las consultas de estomaterapia de nuestro país.

Por lo expuesto en los resultados, se puede apreciar la necesidad de mejorar la información facilitada por el equipo asistencial así como la formación en técnicas de “dar malas noticias”.

Por otro lado, se deberían realizar programas para promover el auto-cuidado que contemplen los estilos de afrontamiento de la persona ostomizada con el fin de mejorar la dimensión psicológica de la persona.

El conocimiento de las diferentes etapas en el proceso de adaptación a la ostomía, es fundamental para adecuar la educación sanitaria de una forma personalizada.

Sería útil, y así lo manifiestan los participantes, realizar reuniones de ostomizados con el fin de fomentar la ayuda grupal entre las personas que han superado las etapas de negación y resignación y aquellos que aún se encuentran en dichas fases.

Aunque no se consideró en un principio la participación de cuidadores naturales y debemos tener en cuenta que los discursos de las personas ostomizadas pueden haberse visto mediatizados por este motivo, consideramos muy útil la información obtenida sobre la experiencia vivida por los cuidadores naturales ya que nos ayudará a conocer la etapa del proceso de adaptación que vive la persona ostomizada.

Bibliografía:

1. Calderón C; Sanz JP; Garmendia G; Cátedra A. Calidad en el proceso asistencial por parte de pacientes prostatectomizados por cáncer. Resultados de una investigación cualitativa. Arch. Esp. De Urol. (2001) 54 (2): 109-21.
2. Jara F. Actualización sobre las repercusiones de las ostomías y su prevención. Enfermería Científica (1995), 162: 53-5.
3. Rodríguez J et al., Efectos psicosociales de la ostomía. Análisis y modificación de conducta (1989) 15 (43): 25-62.
4. Rodríguez J; López S; Pastor MA. Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. Revista de psicología de la salud (1989) 1 (1): 81-104.
5. Chacartegui I; Delgado C; Ruiz MD. Presentación de registros para valorar la calidad de vida de los pacientes enterostomizados. Enfermería Científica (1997), 186:72-5.
6. Barsevick AM; Pasacreta J; Orsi A. Psychological distress and functional dependency in colorectal cancer patients. Cancer Practice: a Multidisciplinary Journal of Cancer Care (1995) 3 (2): 105-10.
7. Aron S; Carrareto R; Prazeres SMJ; de Cerqueira APB; Santos VLC. Self-perceptions about having an ostomy: a postoperative análisis. Caet Journal (1999) 18 (3): 23-35.

I. Mier González: Registro del dolor posquirúrgico en los cuidados de enfermería.

Introducción

El dolor constituye el síntoma que refieren con mayor frecuencia los pacientes cuando solicitan atención médica y es a menudo tratado de forma insuficiente. Dentro de los dolores agudos, es el dolor postoperatorio uno de los temas que más interés suscita por los múltiples efectos

perjudiciales que ocasiona, pudiendo llegar a comprometer el estado clínico del paciente y añadiendo sufrimiento innecesario. Su persistencia puede ocasionar: aparición de infecciones respiratorias y éxtasis de secreciones bronquiales, mayor posibilidad de enfermedad tromboembólica, afectación gastrointestinal que deriva en intolerancia digestiva, incremento de la respuesta neuroendocrina, retención urinaria y úlceras por decúbito.

Uno de los aspectos más importantes, que a su vez dificulta el manejo de esta situación, es aceptar y apreciar que sólo el paciente puede sentir el dolor. La sensación dolorosa es completamente subjetiva; no disponemos de medios para valorarla y nuestra única fuente de información es el propio paciente.

En lo referente a los cuidados enfermeros, se constata la no utilización de escalas de medición de la intensidad del dolor .

Sería deseable la inclusión de un método de valoración del dolor en la planificación de cuidados, pudiendo así detectarlo como problema o diagnóstico de enfermería, seguido de una adecuada documentación y registro de las actuaciones de enfermería

De entre los numerosos métodos de valoración del dolor destacan el Cuestionario McGill y las escalas de medición y entre ellas la Escala Visual Analógica (EVA). Esta escala nos permite medir la intensidad del dolor de la forma más objetiva y efectiva posible, dando al paciente la máxima autoridad de expresión de su dolor, independientemente de cual sea su comportamiento externo y de la subjetividad del personal.

El objetivo del trabajo es conocer si el registro sistemático en gráfica del dolor en pacientes postquirúrgicos incrementa la continuidad y calidad de los cuidados y procedimientos enfermeros. Así mismo, este estudio nos permitirá analizar cual es la situación de los cuidados de enfermería que se aplican en nuestro Hospital en lo referente al registro y valoración del dolor en unidades quirúrgicas.

Material y métodos

Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo complementado con otro prospectivo longitudinal, durante el año 2000. Se han analizado tanto registros de enfermería previos como posteriores a la introducción del sistema de medición del dolor analizado, Escala Visual Analógica (EVA), con el fin de comparar si las actuaciones de enfermería sufren modificaciones.

Ámbito de aplicación

El estudio se llevó a cabo en tres servicios del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla: Cirugía Torácica, Traumatología y Urología.

Selección de la muestra

La población a estudio incluyó un número de pacientes calculado a partir del total de intervenciones quirúrgicas realizadas en estos tres servicios durante el periodo marzo-octubre del año 2000. El tamaño muestral obtenido es de 333 (intervalo de confianza: 95% error muestral: +/-5).

Para el estudio retrospectivo se seleccionaron aleatoriamente 333 historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el año 1999, con la siguiente estratificación por servicios: Urología 127, Traumatología 156 y Cirugía torácica 50.

Para el estudio prospectivo, se incluyeron de forma consecutiva, los pacientes que eran intervenidos quirúrgicamente en estos tres servicios durante el periodo febrero-noviembre del año 2000. Se han estudiado 304 pacientes, con la estratificación de: Urología 112, Traumatología 142 y Cirugía torácica 50. En total se estudiaron 637 historias clínicas.

Recogida de datos

Las variables analizadas fueron: identificación del paciente, edad, sexo, servicio, tipo de intervención quirúrgica, tipo de por enfermería anestesia recibida durante la intervención y antecedentes quirúrgicos. Respecto a los cuidados de enfermería se han analizado las siguientes variables: existencia de observaciones del dolor y documento dónde se recogen, analgesia administrada respecto de las órdenes médicas, datos sobre la eficacia de la analgesia y puntuación del dolor por parte del enfermo mediante la escala visual analógica.

Se elaboró una hoja de recogida de datos, que reproducía una gráfica estandarizada del hospital. La gráfica de constantes vitales llevaba inserta una escala numérica de dolor. Esta hoja quedaba incluida en los documentos de enfermería del paciente durante las primeras 72

horas de su postoperatorio, y recoge tres mediciones diarias en los diferentes turnos durante los tres primeros días, en total nueve registros.

Posteriormente se procedió a formar y motivar al personal de enfermería que aplicaría la escala mediante talleres y sesiones informativas. Dicha escala consiste en una línea de 10 cm de longitud, en cuyos extremos figuran las expresiones "sin dolor" y "máximo dolor", y en la que el paciente señala el grado de dolor que experimenta; en el reverso de la misma, el profesional encuentra su traducción numérica.

Los pacientes también fueron informados de la utilización y manejo de la EVA. Se excluyeron de este estudio los pacientes con dificultad para la comprensión de la información dada, es decir, los pacientes con desorientación, demencia, coma, sedación, déficit mental, ceguera, edad menor de 10 años e idioma distinto al español. Asimismo, quedaron excluidos aquellos cuyo periodo postquirúrgico fuera inferior a 72 horas.

Para la tabulación y análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS v 8.0. Además del estudio descriptivo de los datos recogidos, que no se presenta por falta de tiempo y mayor interés de los resultados, se ha analizado la diferencia de frecuencias resultantes entre los datos obtenidos con EVA y sin EVA mediante el método de chi-cuadrado, χ^2 .

Resultados

En total se revisaron 637 historias sin producirse ninguna exclusión por falta de colaboración o incompreensión de la Escala Analógica Visual diseñada a tal efecto.

Como ya comentamos el análisis estadístico se ha realizado tras el estudio de los tres primeros días del período postquirúrgico en los turnos de mañana, tarde y noche (en total 9 mediciones), recogiendo las opciones SI o NO para las variables:

APARECEN OBSERVACIONES DEL DOLOR

REGISTRO DE LA EFICACIA DE LA ANALGESIA

Para la variable

HOJA DÓNDE SE RECOGEN LAS OBSERVACIONES DEL DOLOR: se recogieron las opciones hoja de medicación, hoja de enfermería, ambas hojas y no aparece.

Y para la variable

ANALGESIA ADMINISTRADA RESPECTO A LA PAUTADA: se recogieron estas cinco opciones: más analgesia, menos analgesia, igual analgesia, no precisó y no aparece.

Para la variable "aparecen observaciones del dolor":

Podemos ver que no existen diferencias significativas entre antes y después de registrar el dolor, debido entre otras razones, al hecho de que existía una buena cumplimentación de los registros antes de utilizar la EVA. Así se recogen frecuencias de cumplimentación comprendidas entre el 70 y 90 % en prácticamente todos los turnos y los tres días. Salvo el turno de mañana del primer día al que nos referiremos más tarde.

Para la variable "hoja dónde se recogen las observaciones del dolor":

Destacamos que existe una tendencia a una mejor calidad en la recogida de datos tras la utilización de la EVA. Así, la opción "EN AMBAS HOJAS" ve aumentada su frecuencia en los tres turnos durante los tres días, obteniéndose diferencias significativas en todas ellas. Esto indica que enfermería registra con mayor precisión los datos referentes al dolor tras la introducción de un sistema de medición del mismo. No podemos descartar un cierto sesgo en el grupo de aplicación de la EVA.

Respecto a la variable "analgesia administrada":

Se observa que en la opción: "igual analgesia a la pautaada", las frecuencias entre los dos grupos son similares. Esto indica que el seguimiento de la pauta analgésica es bueno tanto antes como después de introducir la EVA.

En las opciones "mas" y "menos" analgesia a la pautaada, es decir cuando se produce desviación de la pauta analgésica, las frecuencias en el grupo sin EVA son más elevadas que en el grupo con EVA, durante los tres días y en los tres turnos, alcanzando significación estadística en todos ellos salvo en el turno de tarde del segundo día. Esto nos permite señalar que la utilización sistemática de un test de medición del dolor, reduce la desviación de la pauta analgésica.

Finalmente, la opción “no precisó”. En este parámetro las frecuencias alcanzadas son mayores después de utilizar la EVA, obteniendo diferencias significativas en:

Turno de tarde en el 1º día P = 0,001

Turno de noche en el 1º día P = 0,042

Turno de noche en el 2º día P = 0,028

Esto puede indicar que un seguimiento sistematizado del dolor en los procedimientos enfermeros por un parte puede reducir la administración innecesaria de la misma, ya que al comprobar la eficacia de la analgesia tras su administración se consigue un mejor control de la sensación dolorosa, y por otra aplicar una mejor analgesia en el caso de ser necesaria.

Para la variable “registro de la eficacia de la analgesia”:

Vemos que las frecuencias obtenidas después de utilizar la EVA son mayores que antes de su introducción, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en el segundo y tercer día.

Turno de tarde en el 2º día P = 0,001

Turno de noche en el 2º día P = 0,007

Turno de tarde en el 3º día P < 0.001

Esto nos indica que al utilizar la EVA se produce al menos un igual seguimiento del dolor, mejorándolo en algunos puntos, ya que se acude a preguntar al paciente sobre la eficacia de la analgesia administrada y se procede a su registro.

Por último, es destacable el hecho de que el registro del dolor es siempre menor en el turno de mañana respecto a los otros dos turnos, para todos los parámetros estudiados. Situación destacada en este último apartado en que los resultados se producen a la inversa en el turno de mañana del las primeras 24 horas. Creemos que el turno de mañana es una situación especial con una carga asistencial claramente diferenciada del resto de turnos.

Conclusiones:

La EVA consigue objetivizar la sensación dolorosa.

El registro del dolor tras cumplimentar la EVA se produce con una mayor calidad. La información sobre el dolor aparece recogida más exhaustivamente, pues no sólo se registra en la hoja medicación. No podemos excluir una mejor cumplimentación al verse implicadas en el trabajo de investigación.

Se ha observado que la EVA no sólo es un método de medición del dolor válido, sino que además permite en muchos casos evitar desviaciones de la pauta analgésica.

Se constata que tras la aplicación de un test de medición del dolor, enfermería comprueba la eficacia de la analgesia administrada.

La carga asistencial del personal de enfermería en el turno de mañana es un factor que limita el registro correcto del dolor. Es preciso incidir en la correcta cumplimentación de este apartado.

Podemos decir que se trata de un sistema eficaz de VALORACIÓN del grado de dolor, de AJUSTE a la pauta analgésica, de CONTROL DE LA EFICACIA de la analgesia, PERO que precisa tiempo y la carga asistencial del turno de mañana pueda hacer disminuir su eficacia.

P. Schofield: An alternative environment for the management of chronic pain- an experimental study.

Introduction

The purpose of this paper will be to demonstrate the appropriateness of using a Snoezelen environment as a potential nursing strategy for patients experiencing chronic pain. The results of an investigation will be presented, along with recommendations for further study in this field.

Background to the Study

Chronic Pain

The difficulties associated with the management of chronic pain are well documented (Fordyce 1995) and an issue of great debate within the field. The problem is that chronic pain, unlike acute, is not the issue, it is the impact that the pain has upon the individual and their family, which makes it a challenging problem for health care professionals. Recognition of the complexity of the chronic pain experience has resulted in members of the multidisciplinary team identifying the potential contribution to management, which they can make and nurses are no exception in this area. This is an important issue as it acknowledges the multidimensional

nature of the experience and recognises that no one specialist has all of the answers. An approach that is currently adopted by many pain clinics and in some cases by nurses is the use of relaxation techniques. Relaxation is a relatively simple strategy that can be taught to patients to enable them to take control of their pain and subsequently improve coping (Seers 1993). Whilst there are a number of studies that suggest the potential benefits of the technique, it appears that none of the studies have considered the environment in which relaxation is taught.

The Environment

There is a wealth of literature that considers the individual elements within the environment and their potential impact upon the well-being of humans (Keep 1977, McGonigal 1986, Biley 1993). Within health care settings also, there are studies, which examine the impact of noise (Tomei et al 1994), lighting (Ne'Eman & Longmore 1973), colour (Poston 1996) and even the impact of windowless environments (Keep 1977). Research exists within specific health care settings such as high dependency units and long stay settings along with hospital environments in general. In fact as suggested by Palmer & Nash (1993 pg 101) "*nearly drowned out by the machine, the spiritual element of healing is the casualty of progress*"

A finding that appears consistent with all of these studies is that environmental factors can cause stress in individuals and whilst relaxation is purported to be a useful stress reduction technique, it may be difficult to achieve if the environment in which it is practised is too stressful.

Snoezelen

The Snoezelen or sensory environment is described as a "pleasurable sensory experience", generated in an atmosphere of calm and relaxation (Cunningham et al 1989). The concept was discovered by accident in a centre for learning disabled clients in The Netherlands in 1987 (Hulsegge & Verheul 1987). Centres use a range of lighting that creates patterns of colour. For example, fibre optic lights, bubble tubes and oil slides. Sounds are introduced with rhythmic pulsating music that coincides with the changing shapes of colour. Aroma diffusers add pleasant smells and tactile experiences are provided by the use of cushions, a heated waterbed and a Jacuzzi. Collectively, these experiences are designed to stimulate all of the primary senses, thus enabling the user to enjoy a pleasurable sensory experience, promoting feelings of calm, refreshment and ultimately relaxation (Haggar & Hutchinson 1991).

To date, the research into Snoezelen exists in the fields of learning disabilities, elderly care and children with special needs and tend to be small-scale qualitative projects. Although, all of the studies consistently support the philosophy that Snoezelen provides the sort of environment that would be chosen in order to achieve relaxation (Cunningham et al 1989).

Design of the Study

Patients were recruited from a convenience sample within the pain clinic and providing that they met with the inclusion and exclusion criteria, they were randomly assigned into the control group who were given access to a relaxation programme within the pain clinic or access to Snoezelen environment (experimental group). The inclusion / exclusion criteria suggested that patients should be suitable for this type of pain management programme and were not being investigated or treated in any other way for their pain. Informed written consent to participate in the study was obtained by the consultant in charge of the clinic and witnessed by the nurse specialist, according to the protocol as approved by the ethical committee.

Both the relaxation and the Snoezelen groups were given sessions based upon the usual length of time offered by the clinic, hence 2 times three hours; the clinical nurse specialist facilitated both programmes. A second nurse specialist acted as the observer / interviewer and data collector and the rest of the multidisciplinary team acted in the capacity of advisors during the monthly meetings where progress of the study was discussed.

Participants in the Study

Based upon a power calculation ($B = 0.20$), which recommended a minimum of 44 patients to demonstrate a 20% improvement in sickness impact. Ninety-eight subjects were recruited for the purpose of the study during an 18-month period, 73 patients actually completed, 15 patients were lost from the study prior to commencement, some patients declined to be involved as they opted for other approaches to their pain management or they had decided that this type of approach would not be appropriate for them.

The control and experimental groups were compared prior to intervention on a range of demographic variables and major dependent variables. In terms of the demographic variables,

there were no significant differences between the groups in terms of age, gender pain type, social classification, medication intake and duration of pain. The mean age of the total sample was 48 years and 60% were experiencing low back pain, the duration of the chronic pain experience for the whole group was 6 years.

Outcome Measures

The assessment tools were therefore, as follows; Pain assessment was carried out using the visual analogue scale (VAS) (Price & Harkins 1992), which measures pain intensity and the McGill pain questionnaire (Melzack & Torgerson 1971) which is used to measure the quality of the pain experience. Self-efficacy is perceived as the individual's ability to cope with the pain (DeGood & Shutty 1992) and as such the self-efficacy questionnaire (Bandura 1984) was administered. Coping was measured using the coping strategies questionnaire (Rosenstiel & Keefe 1983) which identifies items related to both cognitive and behavioural coping for example; praying, coping self statements, and reinterpreting the pain. Anxiety and depression were measured together using the hospital anxiety and depression scale (Zigmond & Snaith 1983). Quality of life was assessed using the Sickness Impact Profile (Bergner et al 1981), which measures impact upon many factors including, sleep, mobility, self-care etc.

Results of the Study

The results of the study were as follows; prior to the study there were no differences between the groups in terms of the demographic or major dependent variables. Following intervention the control and experimental groups experienced the following results; none of the patients were lost during the study period.

The control group experienced an increase in present pain intensity (X^2 6.4 df2 $p < 0.03$) at one month and decreased significantly in disability for psychosocial ($t = -2.2$ df29 $p = 0.05$), sleep ($t = -2.58$ df29 $p = 0.01$) and SIP total ($t = -3.10$ df29 $p = 0.004$) at three months. The experimental group experienced a highly significant decrease in the pain rating index (X^2 11.8 df2 $p < 0.002$) and number of words chosen (X^2 9.5 df2 $p = 0.008$). Repeated measures analysis of variance revealed a significant sensory score ($F = 3.15$ $p = 0.04$) and pain-rating index ($F = 3.03$ $p = 0.04$) along with a significant increase in self-efficacy ($F = 3.95$ $p = 0.02$) for the experimental group. This group also experienced a significant increase in coping strategies total (X^2 4.9 df2 $p = 0.08$) and coping self-statements (X^2 6.3 df2 $p = 0.04$). According to the SIP the experimental group also decreased in disability associated with physical ($t = -2.73$ df42 $p = 0.009$), psychosocial ($t = 2.73$ df42 $p = 0.009$), and recreation ($t = -3.75$ df42 $p = 0.001$) with a highly significant reduction in disability associated with sleep ($t = -7.1$ df42 $p = 0.001$) and SIP total ($t = -6.92$ df42 $p = 0.001$). These improvements were maintained at three months.

Conclusions

Results from the current study tended to reflect the results obtained by others using relaxation programmes in producing improvements in coping, confidence and disability with limited impact upon the pain itself which would suggest that Snoezelen is as good as if not slightly better than relaxation within a traditional pain clinic environment.

From the current research project there are several recommendations which may be made. There is a need for nurses in the field to clarify their role and to recognise the important contribution that they can make, not as doctors assistants, but as specialists in their own right and "enablers" of patient potential. Sensory environments may enhance that contribution by encouraging nurses to consider the environment in which relaxation is taught or care delivered. Although, further study will be required in order to refine the approach with regards to duration of programmes, type of pain and follow up. Future investigation is needed to answer some of the questions raised by the current study and work is recently completed investigating the use of Snoezelen within a palliative care setting (Schofield & Payne 2001). This later study appears to concur with the pain work in that patients who accessed Snoezelen experienced a statistically significant reduction in anxiety thus reinforcing the potential for Snoezelen as a relaxation environment.

Certainly, both studies demonstrate that Snoezelen is a safe environment worthy of further investigation.

Further Reading

Schofield PA (2002) The feasibility of Using Snoezelen within palliative care. Submitted to Palliative Medicine.

Schofield PA (2002) Snoezelen: An alternative environment for relaxation in the management of chronic pain *British Journal of Nursing* 11.12.811-819

Ingleton C, Ramcharan P, Ellis L & Schofield P (2001) Introducing a Professional Doctorate in Nursing. *British Journal of Nursing* 10 22 1469-1476

Schofield.P.A & Davis.B (2000)- Sensory Stimulation (Snoezelen) versus Relaxation for the management of chronic pain. *International Journal of Disability & Rehabilitation* 22.15 675-682

Schofield.P.A & Davis.B (1998) -Evaluating the use of Snoezelen & chronic pain: the findings of an investigation into its use (Part II). *Journal of Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. 4. 137-143.

Schofield.P.A & Davis.B (1998)- Snoezelen and chronic pain: developing a study to evaluate its use (Part 1) *Journal of Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. 4, 66-72

Schofield.P.A & Davis.B (1998) - Sensory Deprivation: The Concept as applied to chronic pain, *International Journal of Disability & Rehabilitation*. Vol 20. Number 10. October 1998. 357-366

Schofield.P.A (1996) - Snoezelen: Its potential for people with chronic pain. *Journal of Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. Feb (2) 9-12.

J. Tomás Sábado: Ansiedad ante la muerte en enfermería: diferencias según el puesto de trabajo

Introducción

La polivalencia y complejidad de las funciones de enfermería, a las que hay que añadir la eventual sobrecarga de trabajo y el afrontamiento cotidiano de la enfermedad y el sufrimiento ajenos, han supuesto que la profesión enfermera haya sido identificada como una ocupación altamente estresante y que, en la actualidad, sea considerada una de las que presentan un mayor índice de estrés laboral. A partir del estudio de las causas principales que inciden en la aparición del estrés laboral en enfermería, existe considerable evidencia de que el contacto frecuente con la agonía y la muerte de sus pacientes, se sitúa como uno de los primeros factores etiológicos¹, especialmente en aquellas unidades que presentan un alto índice de fallecimientos². Consecuentemente, la evaluación de las actitudes ante la muerte, especialmente de la ansiedad que ésta genera, se convierte en un aspecto de capital importancia y plantea la necesidad de disponer de instrumentos de medida válidos y fiables, especialmente diseñados para tal fin.

Por otro lado, el enorme incremento que se ha producido en nuestra sociedad del número de personas cuya muerte tiene lugar dentro de instituciones, principalmente en hospitales y residencias, ha dirigido el interés de muchos investigadores sobre las actitudes ante la muerte hacia los profesionales de la salud y, de manera muy especial, hacia el colectivo de enfermería, justificando este interés, por la posibilidad de que la constante interacción de la enfermera con el dolor, la agonía y la muerte ajena, pueda influir en su ansiedad y en sus actitudes ante la muerte, y afectar a la calidad de los cuidados que proporciona a sus pacientes³. Como apunta Petit de Mange⁴, la práctica actual de los cuidados de enfermería en el proceso de muerte se enmarca dentro del modelo médico occidental, en cuyo contexto la muerte es considerada un enemigo y un fracaso del cuidador, en el que genera sentimientos de frustración, miedo, ansiedad y depresión. Lo cierto es que, con mucha frecuencia, las enfermeras expresan que el cuidado del paciente agonizante y su muerte es la situación más difícil con la que han de enfrentarse⁵ y, de forma prácticamente unánime, la muerte y el proceso de morir figuran como una de las primeras causas implicadas en la aparición del estrés y del síndrome de burnout en el profesional sanitario^{2, 6, 7}.

Las investigaciones sobre el tema se han centrado, sobretodo, en las diferencias de ansiedad ante la muerte entre enfermeras y otros colectivos; y en comparaciones intergrupales dirigidas al estudio de posibles diferencias en función de la especialidad o unidad de trabajo.

En cuanto a la primera cuestión, todo parece indicar que las enfermeras no presentan una ansiedad ante la muerte significativamente distinta a la población general y que incluso pueden manifestar menos ansiedad ante aspectos concretos de la muerte^{8, 9}. En otros estudios se han obtenido datos que demuestran que los estudiantes de enfermería manifiestan una mayor disposición que los controles a la comunicación con personas agonizantes¹⁰, siendo esta disposición superior en los estudiantes de cursos avanzados, en comparación con los principiantes. También se ha comprobado que, por lo general, los estudiantes de enfermería de tercer curso presentan niveles de ansiedad ante la muerte inferiores a los de los cursos precedentes^{11, 12}. Del mismo modo, otros autores han mostrado una asociación negativa entre ansiedad ante la muerte y años de experiencia profesional de la enfermera^{13, 14}.

En cuanto a las diferencias entre enfermeras de distintas unidades, son numerosos los trabajos que han pretendido determinar la posible influencia que el contacto más o menos frecuente con la muerte y con enfermos terminales presenta sobre sus niveles de ansiedad ante la muerte. Aunque, de un modo general, no se ha establecido una asociación significativa entre la ansiedad ante la muerte de la enfermera y la proporción de fallecimientos en su unidad^{15, 16}, se ha encontrado que las enfermeras de cuidados paliativos presentan una menor ansiedad ante la muerte y más habilidad para afrontar situaciones estresantes en el cuidado de sus pacientes¹⁷, así como una mayor preparación educacional en el proceso de muerte y el cuidado de enfermos terminales¹⁸.

Objetivos

En este contexto, los objetivos de este trabajo han sido establecer los niveles de ansiedad ante la muerte de una muestra de profesionales de enfermería y determinar las posibles diferencias que puedan existir, en función de su lugar de trabajo o especialidad, utilizando para ello un nuevo instrumento psicométrico de medida de la ansiedad ante la muerte, diseñado específicamente para ser aplicado en profesionales de la salud.

Método

Sujetos. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 307 diplomados en enfermería, 256 mujeres y 51 hombres. Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre los 21 y los 58 años, con una media de 33,03 (DT = 8,40). Todos ellos trabajaban en centros hospitalarios de la provincia de Barcelona y pertenecían a cuatro grandes ámbitos: cuidados intensivos, hospitalización general, oncología y urgencias.

Instrumento

La evaluación de la ansiedad ante la muerte se llevó a cabo mediante la Nueva Escala de Ansiedad ante la Muerte (NEAM). Esta escala ha sido construida con la intención de proveer un instrumento que pueda ser aplicado con garantías de validez y fiabilidad en los profesionales sanitarios y su proceso de validación se ha efectuado íntegramente con sujetos españoles. Consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de seis puntos y las posibles puntuaciones totales fluctúan entre cero y cien. En el proceso de validación de la escala se han concluido propiedades psicométricas y estructura factorial que garantizan plenamente su utilidad como medida de ansiedad ante la muerte¹⁹.

Resultados

Como vemos en la tabla 1, las mayores puntuaciones NEAM se obtuvieron en el grupo de profesionales de oncología, mientras que las menores aparecen en las unidades de cuidados intensivos. No obstante, las diferencias entre los distintos grupos son, en general, escasas y el análisis de la varianza (ANOVA) muestra que no son estadísticamente significativas ($f = 1,22$; $p > 0,05$).

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas (DT) de las Puntuaciones NEAM del personal de Enfermería según el ámbito de trabajo

Servicio	N	Media	DT
UCI	70	37,31	14,22
Hosp. General	65	40,69	12,74
Oncología	70	41,79	16,07
Urgencias	101	40,93	16,20
Total	306	40,25	15,06

Conclusiones

Aunque está ampliamente demostrado que los aspectos relacionados con la muerte constituyen una de las principales fuentes de estrés laboral para los profesionales de enfermería, a partir de los resultados obtenidos, no parece que el lugar de trabajo de las enfermeras sea un factor determinante a la hora de condicionar sus niveles de ansiedad ante la muerte. Asimismo, las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra están ligeramente por debajo (40 sobre 43) de las que se obtienen con muestras de sujetos con edades similares pero que no trabajan en el ámbito sanitario.

Se ha sugerido²⁰ que los profesionales, que han de afrontar con considerable frecuencia la agonía y la muerte de sus pacientes, activan estrategias de afrontamiento eficaces para minimizar el impacto de estos eventos y su influencia en el desarrollo de estrés laboral. Estas

estrategias serán tanto más eficaces cuanto mayor sea la formación específica del profesional, especialmente en los aspectos introspectivos y emocionales.

Asimismo, aunque éste es un campo poco explorado y que entraña considerables dificultades metodológicas, hay que considerar la importancia de los factores de personalidad en la determinación de diferencias en la ansiedad ante la muerte. La personalidad previa, en cuanto condiciona las prioridades vitales y establece la concepción personal del significado de la muerte, está muy relacionada con la intensidad y naturaleza de las ansiedades que se despiertan ante la visión o cercanía de la muerte de otra persona, en especial cuando se interviene de forma directa, como es el caso de enfermeras que cuidan a pacientes moribundos y a sus familias.

Por otro lado, la escasez de estudios realizados en España sobre el tema de la evaluación de la ansiedad ante la muerte en personal de enfermería, sugiere ser cautos a la hora de generalizar resultados y buscar implicaciones prácticas. Tanto este vacío de producción científica como la creciente demanda por parte del colectivo de enfermería de programas de formación y asesoramiento sobre el tema, evidencian la necesidad de establecer en nuestro país una línea de investigación enfermera dedicada al estudio de las actitudes ante la muerte.

Referencias

1. Tomás J, Guix E. Ansiedad ante la muerte en enfermería: efectos de un curso de formación. *Enfermería Clínica* 2001; 11 (3): 104-109.
2. Tomás J, Fernández L. Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas de Enfermería* 2002; V(46): 6-12.
3. Brockopp DY, King DB, Hamilton JE. The dying patient: a comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Studies* 1991; 15: 245-258.
4. Petit de Mange E. The story of Rabbia, a dying person. *Holistic Nursing Practice* 1998; 13: 76-81.
5. Tomás J, Aradilla A. (2001). Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería. Eficacia de la metodología experiencial. *Enfermería Científica* 2001; 234-235: 65-72.
6. Fitch MI, Bakker D, Conlon M. Important issues in clinical practice: perspectives of oncology nurses. *Canadian oncology Nursing Journal* 1999; 9: 151-164.
7. Lees S, Ellis N. The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 946-961.
8. Neimeyer RA, Bagley KJ, Moore MK. Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies* 1986; 10: 273-288.
9. DePaola SJ, Neimeyer RA, Lupfer MB, Fiedler J. Death Concern an attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies* 1992; 16: 537-555.
10. Servaty HL, Krejci MJ, Haylip B. Relationship among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Studies* 1996; 20: 149-161.
11. Ohyama M, Furuta S, Hatayama M. Death concepts in adolescents. I. Changes of death anxiety in nursing students. *Tohoku Psychological Folia* 1978; 37: 25-31.
12. Vilaseca J, Tomás J, Sánchez E, García R. Enfermería y ansiedad ante la muerte. *Butlletí de l'associació d'exalumnes de l'escola d'infermeria Santa Madrona* 1996; 73: 26-31.
13. Denton JA, Wisenbaker M. Death experiences and death anxiety among nurses and nursing students. *Nursing Research* 1977; 26: 61-64.
14. Whittenberg JL. Nurses' anxiety about death and dying patients. Tesis doctoral. University of Rochester. Rochester, 1980.
15. Shursterm LR, Secherst L. Attitudes of registered nurses toward death in a general hospital. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1973; 4: 411-426.
16. Telban SG. The relationship between death anxiety end the registered nurses' knowledge of the hospice. Tesis doctoral. The Pennsylvania State University. Pennsylvania: University Park, 1980.
17. Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 700-706.
18. Peace H.G, Vincent PA. Death anxiety: Does education make a difference? *Death Studies* 1988; 12: 337-344.
19. Tomás J. Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte. [Tesis doctoral en microfichas]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.
20. García D, Sánchez MD, Fernández MM, González A, Conde JM. Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enfermería Clínica* 2001; 11: 65-71.

**Conferencia: “Intervenciones de Enfermería para el manejo del dolor agudo”
Nursing Interventions in Acute Pain: Generating and using evidence. Dra: Kate Seers. Head of Research RCN Institute. Radcliffe Infirmary Oxford UK.**

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtener las diapositivas pueden ponerse en contacto con la secretaria del Encuentro.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in slides of the presentation contact the secretariat.

L. Gonzales: The efficacy of Reiki in the Pain Management at the End of Life.

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtenerla pueden ponerse en contacto con el autor.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in further information contact to the author.

E. Chirveches Pérez: Impacto de la visita preoperatoria de enfermería en el control de la ansiedad y el dolor en cirugía programada.

Introducción

El proyecto FIS 2000/0167 "Ensayo clínico sobre la eficacia de la visita preoperatoria de enfermería (VPE) en la recuperación del paciente quirúrgico" se planteó para describir el impacto de una entrevista estructurada preoperatoria de enfermería en la reducción de la ansiedad prequirúrgica y en el control post-quirúrgico del dolor. El desarrollo e implantación del proyecto en nuestro centro ha representado el inicio de las estrategias de investigación entre los profesionales de enfermería.

Objetivos

Valorar la eficacia de la visita preoperatoria de enfermería, describir el efecto que produce en los pacientes a nivel psíquico (ansiedad) y físico (dolor) y protocolizarla para informar a los pacientes sobre aspectos relevantes de la intervención.

Material y métodos

Ensayo clínico prospectivo aleatorizado de ámbito hospitalario en los pacientes que ingresan en el hospital para ser intervenidos quirúrgicamente de manera programada, con asignación aleatoria en dos grupos: grupo de intervención (realización de la VPE) y grupo control (realización de la atención preoperatoria habitual). Las variables independientes estudiadas fueron el hecho de pertenecer al grupo intervención o control, variables sociodemográficas y las relacionadas con características clínicas, quirúrgicas y de seguimiento de los pacientes. Las variables dependientes fueron el grado de ansiedad y de dolor, el grado de satisfacción de los pacientes, los días de estancia hospitalaria y las posibles complicaciones respiratorias durante los períodos intraoperatorio y postoperatorio inmediato. La valoración de la ansiedad se realizó mediante el cuestionario STAI que, por un lado, mide los rasgos ansiosos de una persona (STAI rasgo) y la ansiedad de situación (STAI estado). El cuestionario se obtuvo en dos momentos diferenciales: durante la visita preoperatoria en la consulta externa de anestesiología y en la fase prequirúrgica durante el ingreso del paciente.

Resultados

Se ha incluido un total de 350 pacientes, de los cuales 183 fueron aleatorizados al grupo control y 167 al grupo de intervención. Los hombres representaron el 52'0% de la muestra (182 pacientes) y la edad media de todos los pacientes incluidos fue de 57'34 años (IC 0'95: 55'58 - 59'10). La edad media de los hombres incluidos fue de 58'42 años (IC 0'95: 56'05 – 60'79) y la de las mujeres fue de 56'17 años (IC 0'95: 53'55 – 58'79) y no existen diferencias significativas de la edad estudiada por sexo. El estado civil del 72'3% de los pacientes era casado (y sus equivalentes), el 90'9% convivía con la familia y, en cuanto a la clase social, el 63'1% se clasificaron en la clase social IV (trabajadores manuales) y el 21'4% en la clase social III

(administradores, seguridad, supervisión, ...). El 79'1% de los pacientes incluidos manifestó haber sido intervenido previamente y el 59'7% de pacientes manifestó tener dolor de manera habitual; entre estos pacientes, la aproximación a la medida del dolor crónico con una escala analógica visual puntuó con un valor mediano de 6 (el percentil 25 fue de 5 y el percentil 75 fue de 7, es decir, el 50% de los pacientes puntuaron de 5 a 7 en la mencionada escala analógica). La homogeneidad de los dos grupos del ensayo clínico se confirmó con la no obtención de diferencias significativas entre los pacientes del grupo intervención y los del grupo control con relación a cada una de las características sociodemográficas y clínicas estudiadas: la aleatorización permitió, pues, disponer de dos grupos sin otras diferencias que el pertenecer al grupo control o al grupo de intervención.

La medida de los rasgos ansiosos de los pacientes estudiados puntuó de la siguiente manera (STAI rasgo). En el grupo control la puntuación basal (preoperatoria) fue de 20'3 y la puntuación prequirúrgica fue de 19'5; en el grupo intervención la puntuación preoperatoria fue de 19'0 y la puntuación prequirúrgica fue de 17'5. Si bien puede parecer que los pacientes del grupo control tuvieran rasgos más ansiosos, no existen diferencias significativas en esta comparación con el grupo intervención; e, igualmente, el descenso de la puntuación en la fase prequirúrgica tampoco resulta significativo en la comparación entre los dos grupos. Este hecho coincide con la realidad ya que la entrevista estructurada, en ningún caso, estuvo planteada para modificar la ansiedad de base de los pacientes

La puntuación obtenida con relación a la ansiedad situacional (medida con STAI estado) fue la siguiente. En el grupo control la puntuación basal (preoperatoria) fue de 15'8 y la puntuación prequirúrgica fue de 16'6; en el grupo intervención la puntuación preoperatoria fue de 18'0 y la puntuación prequirúrgica fue de 16'2. Aquí se observa que los pacientes del grupo control aumentan la ansiedad situacional en el momento prequirúrgico mientras que los pacientes del grupo intervención la disminuyen y, este hallazgo, resulta estadísticamente significativo.

En la entrevista que se realizó durante el post-operatorio inmediato se pidió que el mismo paciente hiciera una valoración subjetiva de su propio estado de ánimo en el momento de entrar en el quirófano. Mientras los pacientes asignados al grupo control declararon haberse sentido tranquilos en el 57% de los casos, los pacientes asignados al grupo intervención que se declararon tranquilos fueron el 71% de los casos. Y, el estudio comparativo de estos porcentajes demuestra la existencia de una significación estadística entre los dos grupos que atribuimos a la propia entrevista y que corrobora la puntuación objetiva obtenida con STAI estado.

En cuanto al dolor agudo post-quirúrgico de los pacientes en la entrevista realizada en el post-operatorio (entre las 24 y las 48 horas post-intervención) resultó que, en el grupo control, 100 pacientes (54'6%) manifestaron tener dolor (con una puntuación mediana de 4'25) y, en el grupo intervención, 95 pacientes (56'8%) manifestaron igualmente tener dolor (con una puntuación mediana, en este caso, de 4'0). Ni los porcentajes de pacientes con dolor por grupo, ni las magnitudes de este dolor fueron significativamente diferentes en ninguno de los dos grupos. Contrariamente a nuestra hipótesis inicial, la entrevista estructurada de enfermería quirúrgica no ha tenido un impacto positivo en el control del dolor postquirúrgico pero, probablemente, las bases fisiopatológicas del dolor postquirúrgico agudo hacen que sea poco modificable con una intervención como la que se ha estudiado.

Con relación a la satisfacción, se encuestó a los pacientes acerca de la información recibida por el personal de enfermería en cuanto a la preparación para la intervención, por el personal de enfermería quirúrgica en cuanto a las características de la intervención y en cuanto a las recomendaciones a seguir en el postoperatorio. Respectivamente, los pacientes del grupo control manifestaron estar satisfechos y muy satisfechos en el 46% de los casos, en el 63% de los casos y en el 33% de los casos. Mientras que en el grupo intervención, respectivamente, los pacientes manifestaron estar satisfechos y muy satisfechos en el 85% de los casos, en el 81% de los casos y en el 55% de los casos. La comparación de estos porcentajes ha resultado estadísticamente significativa.

Conclusiones

La protocolización de una entrevista estructurada preoperatoria de enfermería entre las actividades preoperatorias y prequirúrgicas es uno de los resultados alcanzados por el grupo.

La metodología del ensayo clínico, propia del campo farmacológico, se manifiesta, por su solidez, como una fuente para alcanzar evidencia con un relevante papel en otros campos de la medicina y la sanidad.

Comprobada la homogeneidad de los grupos de nuestro ensayo clínico, la entrevista estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional, no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio y mejora la percepción de la satisfacción con el proceso asistencial quirúrgico.

K. Vehviläinen-Julkunen: Factors influencing nurses' use of non-pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients.

Introduction

The aim of paper is to describe the factors that promote and hinder Finnish nurses' use of non-pharmacological in children's (aged 8 - 12 years) surgical pain relief, and demographic variables related to this agency in hospital settings. Recognition of these factors implementation of changes in clinical practice, subsequently results in safer administration of adequate pain relief to pediatric patients by nurses. The study is a part of a research program of the University of Kuopio, Department of Nursing Science consists of four subprojects addressing the following topics: 1) assessment and alleviation of pain in premature babies, 2) family orientation in the home care of postoperative pain in children aged under 6, 3) nursing interventions to alleviate postoperative pain in school-aged children (8 - 12 yr.), and 4) development and testing of instruments to assess children's pain. The purpose of the first subprojects is to elicit nurses' existing knowledge about premature babies' pain and relevant methods of pain relief and to describe the ways in which nurses act to alleviate the pain involved in the treatment and examination of premature babies. Another aim is to use the existing knowledge to outline a set of criteria for good pain relief in premature babies. The purpose of the second substudy is to describe and analyse parent's experiences of the home care of children's pain and to evaluate the applicability of family interviews to the home care of children's pain. The third substudy aims to describe the nursing interventions that can be used to alleviate postoperative pain in school-aged children. The interventions used by the nursing staff and the methods used by the parents and the children themselves in painful situations will be described. On the basis of the findings, the efficacy of one nursing intervention will be assessed in nursing practice (intervention study). The purpose of the fourth substudy is to develop and test instruments to assess children's pain. This substudy will be based on international cooperation.

Research on pain relief in children has increased over the past few years, and several new methods have been developed to evaluate and alleviate children's pain. Over the past fifteen years, a fairly large amount of research, both in medicine and in social pharmacology, has been conducted on children's pain, but this research has not been adequately applied to nursing practice. The findings also indicate that pain relief in children continues to be inadequate compared to adults. This is probably due to the difficulty of evaluating the intensity of pain suffered by a neonate or a small premature baby. If we know that a small baby suffers pain, we should always aim to alleviate that pain. Inadequate pain relief may be due to ignorance, misconceptions or the prevailing community attitude towards children's pain and the need to alleviate it. We should realise, however, that children of all ages feel pain and remember their pain sensations. A failure to treat pain may have significant harmful psychological effects on the child's subsequent development.

Methods

A questionnaire was distributed to all qualified nurses (N=165) who were duty in one of Finland's five university hospitals' pediatric wards during the conducting of the research. 99 % responded. Only one returned questionnaire had to be excluded because of missing data, therefore the final sample consisted of 162 nurses. A survey questionnaire was used as a data collection method, since it allowed for obtaining accurate information from the large research area. The questionnaires were mailed during September and October 1999 to the ward sisters of each pediatric surgical unit in the university hospitals for subsequent distribution to the nurses. All nurses who were on duty during the two week's data collection period were asked to complete the questionnaire.

Ethical Issues and data analysis

Respondents were informed about the study in a letter attached to the questionnaire, which specified that the researcher would treat the information confidentially, and that participation in the study was voluntary. The ward sisters informed the respondents about the study prior to data collection, and the researcher herself visited two of the university hospitals for this purpose. The study was approved by research committees at each of the hospitals. The data

were analyzed with the SPSS for Windows 8,0 software. Descriptive statistics were computed for demographic variables. Factor analysis, using principal component analysis with Varimax rotation, was used to describe the internal structure of the factors promoting and hindering the use of non-pharmacological methods.

Main results

Main results of this survey will be presented. Several factors that promote and hinder use of non-pharmacological pain alleviation methods by nurses were found in this study. The nurses' personal characteristics (competence and insecurity factors) had an interesting effect on pediatric patients' surgical pain relief, than did work-related factors or characteristics of the child and/or the child's parents. Education of the nurses correlated significantly with only a few factors, which indicates the need for additional research. It would be interesting to repeat this study in nurses working with children suffering from chronic pain, such as cancer and psychiatric illnesses. In order to provide the best care for pediatric patients. Future studies are needed to examine the factors influencing parental's roles in this setting. In our research programme on children's pain alleviation and assessment several new issues have been produced that can be used in clinical practice.

Some references of the research program

- Halimaa S-L, Vehviläinen-Julkunen K, & Heinonen K. 2001. Knowledge, assessment and management of pain related to nursing procedures used with premature babies: questionnaire study for caregivers. *International Journal of Nursing Practice* 7 (6), 422-430.
- Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M. 2002a. Ethical issues in paediatric nontherapeutic pain research. *Nursing Ethics* 9 (1), 80-91.
- Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M. 2002b. Children's postoperative pain at home: Family interview study. *International Journal of Nursing Practice* 8, 32-41.
- Keinänen R & Saarikoski S. 2001. Evaluation of the Research Activities at the Kuopio University, Kuopio, Finland, During the Years 1995 – 1999. *Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot* 28, Kuopio.
- Kokki A, Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M. 2002. Validation of the parent's postoperative pain measure in Finnish children aged 1-6 years. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, in press.
- Pölkki T, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M. 2001. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain - a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 34 (4), 483-492.
- Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K, Laukkala H & Ryhänen P. 2002. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing* 17 (4), 270-278.
- Töyry E & Vehviläinen-Julkunen K. 2001. Developing an instrument for the measurement of humane caring. *Vård i Norden* 21(1), 20-24.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Nursing research priorities in Finland - theory development or only descriptions. In: Björvell et al. (eds.) *Omvårdnad nu. 6e konferencen. The State and The Art in Nursing*. Stockholm. Spring 1999, 80-85.

T. Kushnir: Nurses and student nurses avoidance from responding to non-physical needs of patients.

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtenerla pueden ponerse en contacto con el autor.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in further information contact to the author.

Día 22 de Noviembre

Mesa Redonda: Gestión de cuidados y su continuidad entre niveles asistenciales

Conferencia: Evaluación de una propuesta de mejora de la Atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud: la enfermera comunitaria de enlace. Dolores Izquierdo Mora. Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Introducción

El Servicio Canario de Salud pone en marcha este proyecto desde julio de 1999 a diciembre de 2001 como respuesta a la necesidad de potenciar los servicios de Atención Domiciliaria (AD) y en coherencia con su Plan Estratégico - la figura de la enfermera de Atención Primaria como gestora de cuidados.

Objetivos.

- Coordinar la Atención Domiciliaria prestada por la familia, los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), y los Servicios Sociales Municipales (SSM).
- Evaluar la propuesta.

Método.

El trabajo específico de la enfermera comunitaria de enlace consiste en revisar a las personas incluidas en los Programas de Atención Domiciliaria, de la APS y de los SSM.

A las personas incluidas en estos programas – mayores confinadas en domicilio y cuidadoras familiares - se les realiza una valoración estructurada por patrones funcionales de salud, y ampliada con los cuestionarios del Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias. Con esta información la enfermera llega a acuerdos con los profesionales médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del Equipo de Atención Primaria sobre el plan de cuidados adecuado, y el reparto de tareas. Cada caso es revalorado cada seis meses.

Además la enfermera de enlace llega a acuerdos con los SSM, para consensuar criterios de asignación de ayuda domiciliaria básica, y recuperar y gestionar material específico de ayuda domiciliaria. También presta apoyo a las cuidadoras principales, mediante talleres formativos estructurados en tres áreas: la experiencia de cuidar, cuidar y cuidarse. Cada una de ellas con distintas unidades didácticas adaptadas a las necesidades del grupo.

Planificamos el trabajo en dos fases. La primera pilota la propuesta y mejora los sistemas de información necesarias para la siguiente fase. La segunda es un ensayo comunitario donde comparar la propuesta con la atención tradicional. Se contrasta en confinados y cuidadoras las coberturas, los niveles de resolución de problemas, la calidad de vida relacionada con la salud, y la satisfacción, junto a satisfacción de profesionales y costes.

Resultados, prueba piloto

Se trabaja en dos ZBS de islas distintas. Ambas con una población de 25.000 habitantes y un índice de envejecimiento del 14 al 16%. Dos enfermeras de enlace fueron asignadas a cada zona.

La cobertura de confinados y cuidadores aumentó en ambas ZBS, en especial en el grupo de cuidadoras. Se probaron los instrumentos de recogida de información, de necesidades de cuidados, de medida de CVRS y satisfacción, y se entrenaron a enfermeras y encuestadoras para la fase siguiente.

La aproximación al coste de la visita a domicilio muestra que el rango de variación del coste medio de la consulta para confinados y cuidadores es [273,3 – 519,6 euros] y [244,02 – 436,3 euros] respectivamente. Se encuentran curvas de aprendizaje en la actividad de la enfermería comunitaria de enlace, lo que implica la posibilidad de generar escenarios de eficiencia.

Resultados del ensayo comunitario.

Se seleccionan doce ZBS agrupadas a dos según tamaño de población, índice de envejecimiento y rural – urbano. De forma aleatoria una de cada par se asigna al grupo intervención, y otra al control. En cada grupo se realiza un muestreo aleatorio por

conglomerados sobre pacientes incluidos en los programas de AD. Estos pacientes son los que sirven de base al análisis. Los aumentos de cobertura, en especial en cuidadoras, son significativos a favor del grupo de intervención.

A partir del perfil sobre necesidades de cuidados hallados en la primera fase, se miden los estándares de resultados esperables. Se usa el método de la Nursing Outcomes Classification. No se encuentran diferencias significativas. La calidad de vida se evaluó mediante los cuestionarios COOP WONCA y Euroqol. Se obtuvieron diferencias significativas, en cuanto a mejoras globales de la CVRS y la percepción de la Calidad de vida, a favor del grupo de intervención en cuidadoras. En cuanto a los confinados la calidad de vida en general tiende a disminuir, no ha diferencias significativas entre los grupos de control/intervención, siendo la tendencia a favor del grupo de intervención. La satisfacción de los usuarios se valoró con el cuestionario AMABLE, validado en la anterior fase siguiendo el modelo SERVQUAL. Se obtuvieron mejoras significativas a favor del grupo de intervención.

La satisfacción de los profesionales se evaluó mediante entrevistas semiestructuradas. Hay consenso sobre la mejora del servicio a mayores confinados en domicilio y sus cuidadoras, y satisfacción con la coordinación lograda. A destacar que los servicios sociales municipales reconocen de forma explícita la mejora del trabajo conjunto con los servicios sanitarios. Los costes sanitarios directos fueron evaluados a través de un modelo de microcostes. El modelo de enfermería comunitaria de enlace reduce significativamente el número de admisiones en hospitales de agudos, produciendo un beneficio neto positivo para el sistema sanitario canario.

M. Hatano: Change of the state of clients at the practise of Kyomation Care

A care of sympathetic-understanding of and unconditional affirmative respect of client.

Preamble

Problem behavior of dementia old people had large individual difference, since the state of cerebral withering differs as much, and was difficult for coping with it by an universal method. Therefore, Kyomation Care is being developed as a tool for prevention of problem behaviors.

By this care, problem behavior is controlled, without depending on medicine treatments, such as a psychotropic drug. A verification of the effect of the care was done on 36 clients over for about 7 months living in four dementia old-people group-homes.

Subject group for investigation

Of 36 group-home tenants, 16 are senile-dementia-of-Alzheimer-type clients and 20 are senile-dementia-of-brain blood vessel type clients. Age composition is: one person in 50's, one person in 60's, ten persons 70's, 18 persons in 80's, six persons in 90's. The average year is 82.36 years-old. There are 34 care personnel (13 men and 21 women)

What is Kyomation Care

The Aoba Welfare Academy was established in Aoba Ward of Yokohama, in April, 2001. Aoba Welfare Academy is the institution of providing dementia old people with a happy living environment with a lot of nature.

I outlined the Academy in Toronto in November, 2001 and introduced the concept of Kyomation Care which is the view taken at the academy. In this presentation I will introduce the result of the Kyomation Care.

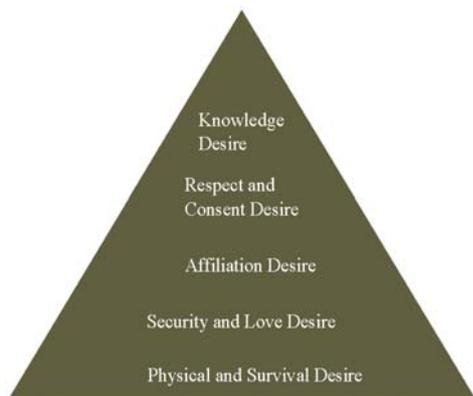
The Kyomation is a newly created word from a Japanese word Kyomei, which means Resonance. The resonance is between care-workers and clients. Kyomation care aims at recovering mind and body of old people with dementia, and uses scientific data as well as the individual information sometimes even including privacy information.

We are challenging the possibility of stopping the problematic behavior of the client and to some extent, slowing down the progress of Alzheimer's disease.

In the Kyomation care, scientific data are collected. For example the nutrition element from the nail analysis, various health data collected by the health measuring instruments, and the diagnostic imaging by MRI.

By these data, progress of the Alzheimer can be judged by the diagnostic imaging, and the degree of sufficiency of calcium is judged by the nail analysis, and existence of stress is judged by the blood pressure.

If the degree of progress of dementia is known, the desire stage of a client can be decided and type of language which embraced the stage will be used.



Stage of Desire

In the periodical meeting, the family's history and problems the family has are collected as data, and the origin of the stress of a client or the object of desire will be defined.

With the data, the care worker can understand the stress of a client truly and can share the feeling with the client.

For example, one client always had the absent husband, and had managed the home alone. At the same time, she wanted to escape from the burden and to have pleasant time truly by herself and also was secretly worrying about the violence of her son.

By sharing such data with the client, a care worker is able to use sympathetic language or can decide how to relieve the stress of the client. The care worker may advise the family how to react to deeds of the client.

To this client, a care worker can tell that her son has already grown up wonderfully.

The worker can tell that this distinguished work belongs to her.

The care worker can applaud her of her work, can take her out for play, which is suited to her bone strength, and can make a plan so that the client can enjoy it from the bottom of her heart.

Moreover, the care worker can give an advice to the family that problem deeds of the client was because of the stage of the dementia, and understanding of this fact can result in an improvement of the collapsed family relation.

Problem behavior is considered caused by a psychological spiral. Depression will cause lack of behavior. The lack of behavior brings the client a tedious or a solitary feeling and the client become depressed.

This spiral if not stopped by good comprehension of care workers or up-lift of feeling of the client, by care workers, will push the dementia to the next stage. It is thought that dementia progresses by repeating this spiral. Our method of care is to stop this spiral and relieve the depression.

Result

Control of problem behavior and the improvement of Activity of Daily Living were recognized after the approach of Kyomation Care was taken.

As a method for evaluating the effect of the Kyomation Care numerically, evaluation of weight, a nutrition state, and work execution capability was performed. The everyday work execution capability at various feelings and conditions was repeatedly evaluated.

For this purpose, the original check list was developed. We evaluated the work execution capability of 27 clients. The observation items of 16 which indicate ADL is evaluated and classified to 4 levels. The change of the averaged values in October and April, half a year later, was analyzed by t-test and chi-square test.

To know the health state of clients, the weight value of 34 clients were measured everyday, and change of the average value in October and April was analyzed by t-test.

In order to know the nutritious state and the mineral composition element of a client, the nail analysis was carried out, and the excess and deficiency of a mineral was measured.

Mind and body situation of the clients and the care workers were maintained in good condition during the investigation term.

If the degree of stress is decided from blood-pressure measurement, type of language which relieves stress will be used.

Knowing calcium

concentration, an appropriate type of the care with physical movement can be performed. By evaluating work and movement ability frequently, mental evaluation is performed. The care in alignment with psychology is performed, and the support is given which gives neither an uneasy feeling nor too much stress.

The special feature of KC is to carry out the periodical meeting with a family to extract important information in addition to such scientific data just mentioned.

Change of problem behavior

Problematic behavior was not getting worse measured by the objective comparison with the condition at the time of moving in to the group home.

Change of work execution capability

As for the monthly average value of the work execution capability of 27 clients, significant improvement in seven items was seen by t-test among 16 items.

Also in chi-square test which compared the rate of a level 3-4, there was a significant difference about three items among those.

There is no significant fall about other items, and it can be said that the capability during 6 months is maintained.

Change of weight

The monthly average weight of 34 clients increased in 6 months. 89% of client weight values increased.

This change is not due to over nutrition. Individual best weight was approached by combining the ingestion of 1500-1600kcal per day meal management and moderate activities. An increase in weight at such age is said that dementia is not progressing.

Result of nutrition element inspection

Comparing with the general public, 35 clients have very much accumulation of mercury on the average. It can be said that the toxic level is so high that it may damage the brain, and become obstacle the central nerve system activity. It may effect to the progress of dementia.

Moreover, there is little strontium. They say that there is a relation in development of the osteoporosis.

Problematic behavior of client and the fall of ADL were controlled by applying KC.

I described Kyomation Care, a method to stop advancement of dementia, by not making the client feel fall and by relieve them from stress.

If we remain here, we will not have turned our eye to improvement of dementia. Turning our eyes from control of a fall to aiming improvement, we now pay more attention to the field of plus side of future life. We believe we should concentrate on the theme of "playing the old age"

We want to support old dementia people so that they can play according to their will, by taking approaches not leading to a tedious feeling, a solitary feeling, and the feeling of depressed. To direct pleasant and enjoyable life of clients is our subject from now on.

A. Paredes Sidrach: Reconocimiento social de la actividad profesional enfermera a través de elementos simbólicos.

Introducción

La profesión enfermera desde sus inicios junto el origen del hombre a permitido identificar los elementos esenciales del cuidado, fundamentados en las relaciones humanas, como son el amor, la compasión, la reciprocidad.

Estos aspectos pueden ser identificados en cada acto enfermero, en todas y cada una de las acciones que los profesionales de enfermería realizan a diario a lo largo y ancho de todo el mundo.

Pero estas acciones no siempre han sabido ser interpretadas por los componentes sociales llegando incluso a percibir situaciones que no beneficiaban a la profesión en su conjunto y por supuesto a cada uno de las personas que ejercía esta profesión.

La continua evolución de las sociedades impone que el cambio que realicen sus profesionales debe sustentarse en la adaptación a las nuevas situaciones pero sin perder su fundamentación.

A la vez que se debe impedir una pérdida de identidad profesional, esta identidad debe ir acompañada por elementos simbólicos que le permitan a la red social obtener imágenes válidas, y así obtener referencias adecuadas para una mejor comprensión de los cambios sufridos y de la nueva disposición profesional.

En la actualidad, es difícil que la imagen social que tiene el grupo profesional enfermero se corresponda con la imagen que dicho grupo quiere tener. Existen cambios que todavía no ha sido asumidos por la mayor parte de los componentes sociales, por no saber transmitirlos en algunos casos, o por tener otros grupos profesionales que impiden involuntariamente que la identidad enfermera sea clara y de fácil entendimiento.

Se han realizado varios estudios sobre la imagen que la enfermera tiene en la sociedad, valorando los aspectos que puedan considerarse fundamentales y la representación de dichos aspectos hacia una idealización profesional. Dichos estudios que recorren un abanico tan diverso que va desde los dibujos infantiles hasta la pornografía, pasando por la idea de liderazgo en enfermería, y la satisfacción de los cuidados prestados a los pacientes.

Objetivos

El objetivo general de este proyecto es identificar los conocimientos que los usuarios pueden tener sobre la profesión enfermera, partiendo de los elementos simbólicos que la acompañan en su actuación, teniendo como hipótesis que la sociedad actual identifica a los profesionales de enfermería con valores técnico-manuales comunes a otras profesiones sanitarias, demandando por el contrario una imagen más humanista y menos técnica.

Metodología

Búsqueda bibliográfica sobre: teorías del símbolo, lenguaje no verbal y lenguaje simbólico del arte, tanto relacionado con enfermería como con otras profesiones que tienen como campo de actuación la salud.

Se realizan un total de 269 encuestas realizadas en Centros hospitalarios y Centros de salud para usuarios – pacientes y profesionales sanitarios no enfermeros, con el posterior análisis de los datos.

Revisión de revistas y documentos existentes en la biblioteca del Hospital Morales Meseguer de Murcia con relación a la iconografía utilizada para representar a las enfermeras y su trabajo. Se hace una revisión histórica de la iconografía encontrada (libros, estampas, publicidad, sellos, etc...), así como de la evolución histórica de la profesión haciendo mención a los elementos simbólicos que nos encontramos, y que definen hasta nuestros días la imagen de la profesión enfermera.

Resultados

En relación a las 137 encuestas realizadas a los usuarios: el 67,88% no tiene ningún familiar enfermera/o; el 35,0% refiere poder reconocer a la enfermera/o en la institución (tabla 1) y en el 42,78% esta identificación se realiza por sus actos frente al 24,87% que lo hace por el nombre en el uniforme (tabla 2); el 45,98% declara que no siempre es fácil reconocer a la enfermera (tabla 3); los usuarios creen que las acciones de la enfermera son ordenadas por el médico en el 36,49%.

Respecto a las 132 encuestas realizadas a trabajadores de instituciones sanitarias que no eran enfermeras: el 46,21% son auxiliares de enfermería; el 64,39% refiere poder reconocer a la enfermera/o en la institución (tabla 1) y en el 36,97% esta identificación se realiza por sus actos frente al 21,42% que lo hace por el nombre en el uniforme (tabla 2); el 46,96% declara que no siempre es fácil reconocer a la enfermera (tabla 3); y creen que las acciones de la enfermera son ordenadas por el médico en el 26,51%. En ambos grupos de encuestados se valoran en mayor proporción como elementos referenciales de la enfermera/o las características de profesionalidad, responsabilidad, cariño, educación y de actividad (tablas 4 y 5) frente a instrumentos y elementos simbólicos como tipo de ropa, instrumental y aparatos, signos externos (cruz, cofia...). (tablas 6 y 7)

Se realiza la revisión iconográfica de 103 publicaciones de enfermería, en las que en el 58,25% aparecen imágenes de enfermeras (81,66% mujeres); en el 90,98% realiza una actividad asistencial; en el 38,33% aparece utilizando algún tipo de material (50% es un fonendoscopio)

Conclusiones

1. La asunción de los símbolos clásicos (cofia, cruz, capa) no surge de manera espontánea, cumpliendo la función de identificar a estos profesionales.
2. Si la profesión cambia, también cambia sus símbolos.
3. El cambio de símbolos sin duda expresa un cambio en el grupo y en la función social.
4. El grupo encuestado identifica a los profesionales de enfermería mediante elementos instrumentales, relacionados con el desarrollo de técnicas específicas (jeringa, fonendoscopio, aparato de tensión) y menos con elementos decorativos o de imagen (cofia, zuecos, uniforme..).
5. La demanda por el usuario de elementos humanísticos en la enfermera puede permitir la identificación de su rol específico complementada con la actividad técnico-manual.

Bibliografía

1. ALBERDI, R. La identidad profesional de la Enfermera. Rev Rol de Enfermería, nº 170 pag 39-44. 1992
2. ANTÓN, M^aV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid. 1998
3. CASAS, MF; MIRALLES, MT. Análisis antropológico de la imagen de la enfermera. Monografía XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED. 1996
4. GOMEZ, R; TORRALBA, M^aJ. El niño y su imagen de la enfermedad. Revista de Enfermería de la Infancia y Humanidades. Nº 6 pag 36-38. 1999
5. GOFFMAN, E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1997
6. VAZQUEZ, M^aA. Et al. Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. Revista Enfermería Clínica. Vol 7, nº 3 pag 105-111. 1997

A. Emami: Who benefits from culturally profiled care?.

Introducción

Increased global migration has resulted in a growing awareness of, and interest in, the notion of culture in recent research. The variety of health beliefs, perceptions and expectations of medical treatment and health care interventions among people who live in a multicultural society require a health care system that meets people's different needs. In health care research many attempts have been made to develop theories and models, which would enable a response to the multifaceted needs of people from different social and cultural backgrounds.

Interventions, attempting to establish health care services aimed at granting different health care needs to different cultural groups, depart from central issues such as; what adjustments are to be made, which participants are to be adjusted and how these adjustments are to be motivated. The ways these issues are taken into consideration are based upon the underlying assumptions and theoretical approaches when establishing such interventions. In nursing literature, the care that takes the patients' cultural background, health and/or healing models into account is often called "culturally 'adjusted', 'appropriate', 'competent', 'comprehensive', 'consistent', 'congruent' or 'sensitive' care", seemingly interchangeably.

Utilising meta-analysis, this study aims to illuminate the characteristic aspects in various research studies on culturally appropriate care (CAC) interventions. The analysis questions were

- 1 What is regarded as CAC?
- 2 What are the explicit and implicit benefits of such cultural appropriation?
- 3 For whom is the CAC provided for and why?
- 4 Who provides the CAC?
- 5 What are the aspects that are perceived as culturally appropriate?

The inclusion criteria for our study was studies using qualitative methods, with a description of some kind of CAC program or intervention. Studies where mixed methods were used were also included if they had separate parts where qualitative methods were used.

Those 7 studies that filled the inclusion criteria were:

Jezevski (1990), Boyle *et al* (1992), Huttlinger & Tanner (1994), Resick *et al* (1997), Emami *et al* (2000), Jackson *et al* (2000) y Tobin (2000)

The selected studies were analyzed in three phases. First, by analyzing them one by one, partially by analyzing the studies theoretical foundation and partially by analyzing the interventions or descriptions of the program. In the second phase, the characteristics for CAC interventions were identified. In phase three, the studies were compared, taking into account their commonalities and diversities.

Findings

We found some variations in the characteristics of the CAC interventions. Some of interventions were:

- 1 Interventions that modified the existing programs/interventions by bringing forth culturally bound aspects in care.
- 2 Some were Interventions where care was provided by the culture's own representatives.
- 3 Some were Interventions for facilitating the access to existing and dominant health care.
- 4 And finally some were Interventions where the goal was to increase sensitivity to the individuals' needs.

We found that the initial need of establishing such intervention also varied in the studies. The needs were based on the need to:

- 1 Discover new models, relevant for the special needs of the client groups.
- 2 Planning and organizing the intervention including the care providers and the participants altogether.
- 3 Based on research results that were the foundation of knowledge for planning CAC, involving culture brokers to teach the relevant needed changes in the care delivery.

Our analysis showed that the CAC interventions departed from various point of views regarding the issue of “who/what” was adjusted:

- 4 In some studies the organizational grounds for the care delivery were not changed, although some adjustments were made.
- 5 In some studies the clients’ culturally bound lay beliefs were regarded as those suitable for adjustment. Thus, the clients were to be adjusted to the mainstream (biomedical) health care system.
- 6 In some studies to adjust the health care system to the needs of the clients was the obvious ground for establishing CAC intervention.
- 7 In some studies during the intervention, the organization of care delivery was adjusted to the clients’ needs, while the basic concept (the goals of the care delivery) stayed unadjusted to clients’ needs. It was also required that, although an understanding of cultural barriers is imperative in order to fulfill the task of establishing CPC intervention, the basic model should depart from the ordinary Western perspective.

Conclusions

Our analysis shows that when culture is used as the focus for care interventions, we risk to stereotype the clients as merely bearers of a culture, assuming that a person’s country of origin identifies the most significant dimensions of his/her experiences. Thus, the changeable nature of culture and the individual life histories among people within a cultural group risk to go unnoticed. As Triandis, (1994) suggests, our interpretation of a particular event is contingent upon our frame of reference, which is acquired by our life experiences and habits, that is of the culture we are socialized to and our individual experiences. When providing care to persons from another cultural group than our own, without sensitivity to individuals’ life histories the stereotyping of cultural aspects lead to stigmatizing the clients and increases their vulnerability in care encounters.

Thus, those studies, which often underlie the challenge for public policy to be reformed, should not merely aim to distinguish differences based on cultural background, race, language and ethnicity. The aim should be to meet the common needs of individuals across these aspects for maintaining health and services. The interventions where the care appropriation was based on individuals’ needs, where culture was merely one of the aspects to be taken into account, and where the care providers were also viewed as bearers of their culture, made it possible to provide care that was both suitable to the clients’ cultural beliefs and needs and took their individuality into account and thus decreased the clients’ vulnerability in the health care encounters.

Our findings show that although an increased awareness of the impact of culture in care, the ethnocentrism of Western biomedical view seems still to rule, unfortunately, even in culturally appropriate care interventions. Culture has more often seen as a problem than a natural part of all people’s way of being. As we see it, until cultural concepts are integrated throughout the entire nursing discipline, the risks for ethnocentrism and regarding the clients’ culture as peculiar, exotic or harmful are inevitable. First when culture is woven into every aspect of the nursing curriculum and practice then the nurses would view cultural aspects of care as part of day-to-day life and not as “problem” or “otherness”. Cultural appropriation should not be a special procedure but a natural part of care giving.

M. L. Perälä: An experimental study on the effects of a care- management hospital discharge.

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtenerla pueden ponerse en contacto con el autor.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in further information contact to the author.

Conferencia: Transformational Leadership: the key to nursings' transformations". Patricia Claessens. Institute of Nursing Science, University of Basel, Basel, Switzerland

Introduction

Despite the current turmoil in the hospital environment, research shows that nurses are experienced as the most trusted health care professionals by the general public and other health care professions. Nursing seems to be one of the top priorities in the development of the health care system of the future. Yet, the malaise or crisis that is being perceived, especially in hospital setting, can not be ignored.

Research shows that clinical care delivery is being affected by health care reforms and reengineering operations and nursing resources unfortunately often seem to be one of the prime targets in these processes. Increased dissatisfaction with working conditions and the perception of patients' and nurses that there is deterioration in the quality of care are seen as the results of these dynamics. Results that are being substantiated by recent reports on the negative impact of insufficient care and poor nurse work environment on nurses and patient outcomes.

Magnet hospitals, however, seem to be able to attract and retain nurses even in times of nursing shortages. The American Academy for Nursing therefore decided to assess the characteristics of these hospitals. This research showed that not only quantity and quality of nursing care impacts patient outcomes. Characteristics of the environment where nurses provide care have a substantial impact on the nursing and patient outcomes. Based on this research, 9 characteristics of a favorable nursing work environment were defined: working with clinically competent nurses, good nurse-physician relationships and communication, nurse autonomy and accountability, supportive nurse manager/supervisor, control over nurse practice environment, support of education, adequate nurse staffing, concern for patient in paramount (Kramer & Schmalenberg, 2002; Aiken et al., 1997, 2002, in press).

Besides the description of the characteristics of these magnet hospitals, links between these characteristics and nursing and patients' outcomes were studied. Magnet hospitals not only were better in nursing outcomes, such as retention, burnout, job turnover and nurse safety; they also showed favorable results in view of patient outcomes. More specifically, there was higher patient satisfaction, lower morbidity and lower mortality (Aiken et al., 1997, 2002, in press).

Based on this evidence it becomes clear that looking for a way to stimulate a favorable nurse working environment is a key issue to guarantee good nursing and patients' outcomes. This however will demand system changes in many of the health care settings, needing strong leadership, good communication, adequate resources and nurses who are proactive partners in designing a new health care system for the future. The question that remains is how this chasm can be crossed and what instruments can support this move from the old paradigm to a new paradigm.

The current health care environment is highly interconnected, unstable and characterized by multiple changes. This complex organization therefore demands innovation, adaptation and creativity. In order to survive in this unpredictable environment old hierarchical ways of managing have to be abandoned and a new way of leading has to be introduced (Cowan et al., 1994; Goldstein, 1998). Transformational leadership-in contrast to creativity stifling, old fashioned management in health care-promotes shared vision and keeps staff motivated in unstable environments (Dixon, 1999).

One leadership theory that best fits the changing health care environment (Ohman, 1999; Medley & LaRochelle, 1995), and likewise emerges as the leadership style prevailing in magnet hospitals, is the leadership model from Bass (1985). It is based on the distinction between two higher order components, transactional and transformational leadership, both at the end of a continuum. Transactional leadership is based on an economical interaction between leader and employee. This interaction aims at satisfying the material and psychological needs of the employees in exchange for accomplishing the agreed-upon objectives (Bass, 1985; Graen & Cashman, 1975; Howell & Avolio, 1993). In contrast, transformational leaders motivate their followers to do more than initially expected; they stimulate their employees to critically evaluate the work environment. Transformational leaders promote their employees to be open to changes, to use problem solving techniques and to contribute, as a team, to the general goals of the organization. These leaders instill faith and respect (charisma), treat each employee as

an individual (individual consideration), arouse innovative ways of problem solving (intellectual stimulation) and communicate a vision of the future (inspirational role).

Evidence from magnet hospitals and non health care related fields show that transformational leadership results in higher employee satisfaction and commitment which in turn positively impacts consumer satisfaction. Given this emerging evidence the Royal College of Nursing developed the Clinical Leadership Project in order to promote this kind of leadership in head nurses working in the hospital setting.

The starting point was to promote better practice by enhancing transformational leadership skills of head nurses in order to deliver patient centered care (Royal College of Nursing, 1997). The intervention was based on action research. This method helps individuals and systems to learn within their organization and puts emphasis on the effective and pragmatic solution for a problem (Marsick & O'Neil, 1999; Raelin, 1997). It is defined as a way through which individuals can grow by taking the task as the vehicle for learning. It is based on the premise that there is no learning without action and no action without learning (Revans, 1998). Through using a combination of techniques, such as personal development, observation of care, patient stories, workshops, action learning sets, individual feedback and mentorship; the Clinical Leadership Project allows to achieve the stated goals.

Findings of the pilot study, which was based on a pre-posttest design and an intervention of 18 months, showed significant positive effects on leadership skills of head nurses and contained indications for significant positive effects on nurses and patients outcomes (Cunningham & Kitson, 2000). Unfortunately, because of the observational design, causal relationships could not be drawn from the results. Moreover, effects on nurses and patients' outcomes were not measured and thus likewise conclusions concerning the effect of transformational leadership on these outcomes could not be formulated.

Given these limitations an adapted Clinical Leadership Project was started in Belgium and Switzerland. The purpose of this research was threefold:

- 8 To test the transferability of the adapted CLP to the Belgian and Swiss setting
- 9 To evaluate the processes and outcomes of the CLP as part of the action research process
- 10 To test the effectiveness of CLP-intervention on selected head nurses, nurses and patient outcomes

Methodology

During this study a combination of an action research design and a quasi-experimental design is used. Head nurses in 4 university hospitals (University hospitals Leuven, University hospitals St. Luc, University Hospital Basel and University hospital Bruderholz) were asked to participate. Based on inclusion criteria 52 head nurses were retained and divided into an intervention (n=30) and a control group (n=22). After pretest data were gathered, an intervention was done during 12 months with the intervention group, based on action research. The control group did not receive any kind of intervention. Afterwards the same data were gathered during the posttest.

Three levels of outcomes were distinguished, based on the available evidence on leadership and theoretical assumptions. Outcomes were measured on head nurses, nurses and patient level. Only those variables that were assumed to be the most sensitive to the intervention (based on a dilution effect) were withheld. The intervention itself was similar to the original RCN intervention as discussed before. Two adaptations were carried through. The guiding principle transcending the project was changed from patient centeredness to skilled companionship (Campbell, 1984; Titchen, 2000) and the intervention was 12 months instead of 18 months.

Variables were assessed using both quantitative (various questionnaires) and qualitative research techniques (interviewing, focus groups, case studies). Quantitative analysis was based on descriptive and inferential statistics, where linear mixed models were used to assess the effect of the intervention. Qualitative data were analyzed using techniques inherent to Grounded Theory.

Results

The selected findings from this study are presented in four categories. First of all there is a cross-sectional analysis which describes the relationship between transformational leadership of head nurses and nurses' performance criteria. Second, there is the evaluation of the action research process and thirdly there is the description of the effect of the intervention based on the action research and on the quasi-experimental design.

Cross-sectional analysis

Cross-sectional analysis at the pretest (yet also reflected in the posttest measurements) show a positive relation between head nurses transformational leadership skills and the performance criteria (cf. table 1) such as perceived effectiveness, job satisfaction, affective commitment and satisfaction with the leader, confirming previous evidence in this regard.

Head nurses'		
Nurses performance criteria	Transformational Leadership	Transactional Leadership
Perceived effectiveness	0.28**	0.14**
Job satisfaction	0.25**	0.07
Affective commitment	0.30**	0.06
Satisfaction with leader	0.71**	0.23**

** p<0.01

Evaluation of the action research process

The next set of selected findings is based on the evaluation of the action research process. Through interviews with the participants and based on an evaluative questionnaire the intervention as such was evaluated. This showed that the most appreciated effect of the action research process was the impact that this intervention had on personal development of head nurses. They found this the most powerful experience and expressed this in different ways:

- It is the only training that provided me the time to think of what I have been doing for the past 20 years
- The project conveys the power of investment of true human contact

The analysis of the action research data and the effect of the intervention

Looking back at field notes that were taken throughout the whole intervention and the evolution head nurses had gone through it became clear that the Clinical Leadership Project had an effect on the personal development of the head nurses. The three most important aspects of the growth were higher self management, better management of teams and improved relationships with the organization. Head nurses expressed an improved self knowledge, were more able to manage their emotions. Likewise they learnt how to give positive feedback, to support constructive functioning, stimulate nurses with burn out and they were successful in asking themselves what their role was in the organization and how they could contribute to the general goals of the organization. In summary, head nurses evolved from being a combat trooper, a victim to being a proactive partner in the organization.

Effects of the intervention

The goal of the quasi experimental design was to test the effectiveness of the intervention on three levels of outcome parameters: head nurses, nurses and patients.

Table 2 shows the variables at different levels where a significant effect was found for the Belgian, Swiss and total group. Overall limited significant effects could be assessed.

As mentioned leadership is a continuum from transactional to transformational leadership. A negative intervention effect was found in the Swiss setting as reported by the senior nurses.

The Belgian sample head nurses' reported a positive significant effect on transactional leadership style. Yet, the overall effects in transactional and transformational leadership were not significant.

	Belgium	Switzerland	Total
MLQ transformational leadership	No effect	Negative effect (as evaluated by senior nurses)	No effect
MLQ transactional Leadership	Positive effect* (as evaluated by head nurses)	No effect	No effect
Perceived effectiveness nurses	Positive effect	No effect	Negative effect
Job satisfaction	No effect	No effect	Negative effect
Unit climate	Negative effect	Negative effect	Negative effect

*

p<0.05

Concerning perceived effectiveness of unit and satisfaction with work, 2 nurse performance criteria, a negative overall effect was found, although when the Belgian sample was analysed separately there was a positive effect on perceived effectiveness of unit.

Finally and importantly for the interpretation, a variable from the EBT, assessing climate was negative as reported by the head nurses. This effect was found in the whole group as well as in Belgium and Switzerland.

Conclusion

Concluding it can be stated that the Clinical Leadership Project is transferable to a Belgian and Swiss setting if necessary adjustments and conditions are met. This project meets the needs of nursing and contributes to the development of more effective leadership in health care. More specifically it resulted in head nurses who, instead of being combat troopers, victims became proactive partners in the organization.

Leadership, however, is only one aspect of magnet hospitals and investment in all the aspects is needed to improve the nurse-working environment. Action research on the other hand has shown to be an effective strategy to enable system change and should therefore be integrated in different curricula to prepare students and to teach them how to adjust and work in a complex organization such as a hospital.

M. Roca: Calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de SIDA.

Introducción

La magnitud del cuidado de la salud de las personas dependientes por parte de sus familiares ha sido reflejada en diversos estudios, poniendo de manifiesto que la mayoría de los cuidados son prestados por mujeres^(1,2). En España, el sistema sanitario formal (Atención Primaria y Especializada) dispensa el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud; el 88% restante lo realiza el sistema informal o familiar en el ámbito doméstico⁽³⁾.

Además, el hecho de cuidar repercute en diferentes áreas de la vida del cuidador y de la vida familiar y social del mismo. Esta repercusión pone de manifiesto el riesgo que existe de que el cuidador principal se convierta en un enfermo secundario y por tanto en otro usuario del sistema sanitario.

Los avances en el tratamiento del SIDA han permitido que esta enfermedad sea considerada como crónica. Los cuidados de los enfermos de SIDA repercuten sobre la calidad de vida de quienes los prestan, sobre todo en la esfera psico-emocional⁽⁴⁻⁶⁾. Las repercusiones en la calidad de vida de los cuidadores informales se puede minimizar si estos reciben un soporte adecuado por parte de enfermería⁽⁷⁾.

Existen diversos estudios que ponen de manifiesto esta problemática. Sin embargo, la mayoría de ellos se han desarrollado en el ámbito de las ciencias sociales y con una metodología cualitativa. Por este motivo, el equipo investigador, se propuso diseñar un cuestionario que permitiera cuantificar los cuidados y sus repercusiones, desde una perspectiva de enfermería, cuya validación obtuvo una subvención del Fondo de Investigación Sanitaria en la convocatoria de 1997 (FIS N° 97/0424). El cuestionario (ICUB97⁽⁸⁾) está basado en el modelo teórico de Virginia Henderson.

El estudio que se presenta forma parte de una línea de trabajo que pretende analizar la problemática de los cuidadores familiares. La primera fase tuvo como objetivo validar el cuestionario; ahora, se pretende estudiar cómo cuidan los cuidadores familiares de enfermos de SIDA y qué repercusiones les ocasiona en su salud y calidad de vida, utilizando para ello dicho instrumento. También se quiere poner de manifiesto la magnitud de la problemática de los cuidados prestados por los familiares e identificar qué tipo de recursos de ayuda se tendrían que planificar desde los servicios sanitarios y especialmente desde los de enfermería, ya que si los familiares claudican en el cuidado, éste deberá ser asumido por las instituciones.

Los objetivos planteados son los siguientes:

Objetivo general

Conocer las características de los cuidadores informales de enfermos de SIDA, así como las repercusiones sobre la salud de dichos cuidadores.

Objetivos específicos

- Conocer las características de las personas cuidadas (enfermos de SIDA).
- Conocer las características de los cuidadores informales.
- Identificar las tareas realizadas por el cuidador informal.
- Identificar las repercusiones que el cuidar ocasiona en el cuidador.

Diseño

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito

El estudio se realizó en los hospitales públicos con Unidad de referencia para el SIDA de Barcelona (Prnceps d'Espanya, Clínic, Germans Trias i Pujol), durante los años 2000 y 2001.

Sujetos de estudio

Se estudiaron los cuidadores informales de enfermos de SIDA que estaban adscritos a las unidades de referencia de dicha enfermedad.

Se entiende como cuidador informal aquella persona (generalmente un familiar) que presta la mayor parte de los cuidados y/o sobre la que recae la responsabilidad de los mismos, sin tener preparación para cuidar ni recibir ningún tipo de remuneración.

Para identificar a estos cuidadores se preguntó al propio enfermo.

Se ha utilizado la fórmula para estimación de proporciones, con los siguientes valores:

$p=0,5$, $d=7\%$ y nivel de confianza del 95%, con los que se ha obtenido un tamaño muestral de 185 personas. Para subsanar las posibles pérdidas se planteó estudiar 200 en total. La técnica de muestreo utilizada fue consecutiva, a medida que ingresaban los enfermos en los hospitales.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser cuidador en el periodo de tiempo en el que se realizó el estudio.
- Tiempo de prestación de cuidados del cuidador superior a 4 meses.

Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes:

- Imposibilidad de identificar al cuidador principal.
- Cuidadores menores de 14 años.
- Imposibilidad de localizar al cuidador para poder realizar la recogida de datos.
- No identificación del cuidador por negativa del enfermo.

Variables de estudio

- Características de la persona enferma de SIDA: edad, género, estadio de la enfermedad, vía de contagio, vida cotidiana, drogodependencia.
- Para medir su calidad de vida se ha utilizado el índice de Karnofsky.
- Características del cuidador: edad, género, relación con la persona cuidada, convivencia, profesión, nivel de estudios, tiempo dedicado a cuidar y ayuda de la que dispone.
- Cuidados que realiza el cuidador según las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson: respiración, alimentación, eliminación, movilización, dormir, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura del cuerpo, higiene, evitar peligros, comunicación, creencias y valores, realización, ocio y aprender.
- Repercusiones del cuidar sobre la salud del cuidador, en base a la alteración de las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson.
- Se les preguntó si estas repercusiones han aparecido desde que cuidan.
- También se preguntó sobre cual era su salud y calidad de vida antes de cuidar.

Instrumento para la recogida de datos:

Se elaboró una parrilla para recoger las variables sociodemográficas y clínicas de la persona enferma y su cuidador.

Para identificar los cuidados prestados por el cuidador así como las repercusiones del cuidar sobre su calidad de vida, se utilizó el cuestionario validado para ello (ICUB97©).

La recogida de los datos se realizó mediante entrevista personal, previa preparación de los entrevistadores para evitar sesgos e inducción en las respuestas

Tras la identificación de los cuidadores principales a partir del registro de los hospitales a los que estaba adscrita la persona cuidada, se concertó una entrevista con ellos para poder cumplimentar los cuestionarios en su domicilio.

Análisis de los datos:

El análisis estadístico se ha realizado con el paquete de programas estadísticos SPSS para Windows, versión 10.01.

Se ha realizado un análisis descriptivo para todas las variables, las cualitativas se han descrito con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías y las cuantitativas con media y

desviación estándar cuando seguían una distribución normal y con mediana, mínimo y máximo en caso contrario. También se han calculado los correspondientes intervalos de confianza al 95%

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se ha calculado la prueba de la Ji al cuadrado y para las variables cuantitativas, la t de Student o U de Mann-Whitney, en el caso de variables cualitativas de 2 categorías y ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis en caso de cualitativas con más de dos categorías; según seguían o no una distribución normal las variables cuantitativas

El análisis de la asociación entre dos variables cuantitativas se ha realizado con las pruebas: coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según la distribución de la variable. Para todo el análisis estadístico se ha asumido un riesgo alfa del 5% ($p < 0,05$)

Resultados

El número de sujetos estudiados ha sido de 221.

Los enfermos de SIDA presentaban el siguiente perfil: Edad media: 37 años (DE=9). Género: 153 hombres (69%). Vía de contagio: 108 pacientes (49%; IC al 95%: 42%-56%) vía parenteral y 98 (44%; IC al 95%: 38%-51%) vía sexual. Calidad de vida según el índice de Karnofsky: Mediana de 60 (mínimo 10, máximo 100), lo que supone que más del 50% de los casos estudiados necesita ayuda ocasional.

El perfil de los cuidadores ha sido: Edad media de 50 años (DE=15). Género: 173 (78%) mujeres. Meses que llevan cuidando: Mediana de 8 meses (mínimo de 4 meses y máximo de 144 meses). Parentesco con el enfermo: madre: 83(38%), esposo/a compañero/a: 84 (38%). Han dejado de trabajar o han adaptado el trabajo para cuidar 90 personas (41%; IC al 95%: 34%-47%).

Los cuidados que más prestaban los cuidadores fueron: 197(89%; IC al 95%: 84%-93%) compraban los alimentos del enfermo y 169 (76%; IC al 95%: 70%-82%) se los cocinaba; 170 (77%; IC al 95%: 71%-82%) cuidadores acompañaban a la persona cuidada a los servicios sanitarios; 170 (77%; IC al 95%: 71%-82%) cuidadores supervisan la medicación que toma el enfermo y 172 (78%; IC al 95%: 72%-83%) cuidadores hacen compañía a la persona cuidada.

Los resultados respecto a las repercusiones del cuidar sobre la salud del cuidador han sido los siguientes: Tienen dolor de espalda 101(46%; IC al 95%: 39%-52%); están más cansados 170 (77%; IC al 95%: 71%-82%); se sienten deprimidos 149 (67%; IC al 95%: 61%-74%); han visto reducida su economía 148 (67%; IC al 95%: 60%-73%) y tienen menos tiempo libre: 156 (71%; IC al 95%: 64%-76%).

Del total de repercusiones (43) incluidas en las 14 necesidades, la mediana de las que presentaban alteradas los cuidadores fue de 13 (min=1, max=29).

El número de necesidades alteradas es mayor cuanto menor es el Índice de Karnofsky del enfermo (indica más gravedad), siendo esta correlación negativa y estadísticamente significativa (Rho de Spearman=-0,515, $p < 0,001$).

De las cinco repercusiones más frecuentes sobre la salud del cuidador, dos de ellas están relacionadas con la edad del cuidador, siendo más frecuentes en los cuidadores de más edad y resultando esta diferencia estadísticamente significativa. Estas repercusiones son: Tomar medicamentos ($t=7,193$; $gl=216$; $p < 0,001$) y Reducción en su economía ($t=3,992$; $gl=216$; $p < 0,001$).

Se encontró también una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el número de repercusiones (Rho de Spearman=0,210, $p=0,001$); y entre el número de cuidados prestados y el número de repercusiones en el cuidador (Rho de Spearman=0,560, $p < 0,001$). No siendo así en relación a los meses que hacía que cuidaban dichos cuidadores (Rho de Spearman=0,042, $p=0,271$).

Con respecto al género de los cuidadores, presentan más repercusiones en su salud las mujeres que los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (U de M-W= 2978,5, $p=0,005$).

Discusión

Existen algunas diferencias respecto a otros estudios en el perfil del cuidador: la edad media de los cuidadores es algo inferior a los cuidadores familiares de personas con otro tipo de patología^(2,9-11). También encontramos diferencias en cuanto al parentesco del cuidar con el cuidado, siendo en este caso la madre y la esposa/o (compañero/a) los que mayormente prestan el cuidado a diferencia de otros estudios en los que la cuidadora principal son las hijas^(2,9-11). Los cuidadores de enfermos de SIDA disponen de menos ayuda para cuidar que los

cuidadores de otro tipo de enfermos⁽¹⁰⁾. Los cuidadores conviven con el enfermo en un porcentaje similar al encontrado en otros estudios⁽¹¹⁾. Los cuidadores de enfermos de SIDA presentaban algún problema de salud antes de cuidar en un porcentaje mayor al de cuidadores de enfermos de otros trastornos^(10,11).

Por el tipo de cuidados que prestan parece ser que los enfermos de SIDA necesitan más una supervisión de los autocuidados que cuidados directos, especialmente en la dimensión biofísica. Respecto a la esfera psicosocial y espiritual también hay diferencias puesto que asumen el papel de supervisor y no el de suplencia, especialmente si lo comparamos con otro estudio en el que se utilizó el mismo instrumento de medida⁽¹¹⁾.

Las repercusiones en los aspectos psíquicos del cuidador son similares a los hallados en otros estudios⁽¹⁰⁻¹²⁾. Los cuidadores de enfermos de SIDA presentan menos repercusiones de tipo físico, como dolor de espalda, que en otro tipo de cuidadores^(10,11). Respecto a la disminución que tienen de su tiempo libre y de ocio es elevada y similar a otros estudios^(10,11). También, como en otros estudios, se refleja la disminución de la economía familiar⁽¹³⁾.

Los cuidadores de enfermos de SIDA con el Índice de Karnofsky más bajo (los más graves), presentan un mayor número de repercusiones en su salud.

Conclusiones

Este estudio confirma los hallazgos de estudios anteriores en los que se señala que la mayoría de cuidadores son mujeres de mediana edad que prestan un elevado número de cuidados y cuya calidad de vida se ve alterada a consecuencia de la prestación de los mismos.

Las necesidades que presentan alteradas con mayor frecuencia son: Descanso y sueño y la de Recreación.

Los cuidadores de enfermos de SIDA con el Índice de Karnofsky más bajo (los más graves), presentan un mayor número de repercusiones en su salud

Bibliografía

1. Jamieson A. Atención informal en Europa. En: Jamieson A, Illsley R. Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas. Barcelona: SG editores, 1993.
2. Bazo T, Dominguez-Alcon C. los cuidados familiares de salud a las personas ancianas y las políticas familiares. Revista española de investigaciones sociológicas 1995; número monográfico: 1-22.
3. Duran MA. Desigualdad social y enfermedad. Madrid, Tecnos, 1983.
4. Flaskerud JH, Tabora B. Health problems of low-income female caregivers of adults with HIV/AIDS. Health Care for Women International. 1998; 19(1): 23-36.
5. Turner HA, Catania JA, Gagnon J 1994;
6. Leblanc AJ, London AS, Aneshensel CS (1997).
7. Baker S. Home care: addressing the needs of people living with AIDS and their caregivers. Nursing Clinics of North America. 1999; 34(1): 201-12
8. Fuentelsaz C, Roca M, Úbeda I, García L, Pont A, López R et al. Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of non professional caregivers of dependenten patients. J Adv Nurs 2001; 11(5): 179-83.
9. García MM, Mateo I. El cuidado de la salud. ¿Quién hace qué? Index de enfermería 1993; 6: 16-19.
10. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Rev Rol de enfermería 2001; 24 (3): 183-189.
11. Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Atención Primaria 2000; 26 (4): 217-223.
12. Mesa MP. El cuidador crucial: detección y medición de necesidades(ponencia). XVII reunión de la sociedad española de geriatría y gerontología. Zaragoza 1995. Rev Esp Geriat Gerontol 1995; 30:5.
13. Pérez JM, Abento J, Labarta S. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognitivo. Atención Primaria 1996; 18: 82-98.

R. Davies: Children's hospices and family nursing interventions: a practical response to meet the needs of children with life limiting conditions and their families.

Background

A substantial number of children in Europe, including the United Kingdom, are living and dying from Life Limiting (LL) conditions such as cancer, muscular dystrophy and severe cerebral palsy who meet the criteria for palliative care (ACT/RCPCH,1997). The majority of these will be those with non malignant conditions whose needs are considerable as more survive to adolescence and early adulthood because of advances in medical and nursing technology. These children represent increasing care levels and care years for families, particularly mothers who in most

cases are their main carers. Research has shown that this burden of care placed upon families results in physical, psychological and emotional exhaustion (Lenton et al. 2001) and respite to give families a break from care is in short supply (HoC,1997). Few families have access to family nursing support within the home or access to the 24 hours palliative care service they need during the terminal stage of their child's life and there is a lack of post bereavement support to families (NCHSPCS/ACT/ACH,2001). Whilst palliative care nursing services for children with malignant LL conditions are well developed (Hunt,1996) the same does not apply for the majority of children with non malignant conditions resulting in inequity of provision. Paediatric palliative care (PPC), as an emerging speciality within paediatric nursing and medicine is a practical response to overcome this inequity and is based on a holistic approach to care that encompasses respite, pain and symptom control, terminal care and post bereavement support. Children's hospices, all voluntary organisations, have played a vital role in promoting a philosophy of care that strives to meet the palliative care needs of children and their families (Davies,1998). Whilst research has identified the services these provide (Gold, 1997) to date there has not been a comparative analysis to identify the care experiences of parents with access to a children's hospice with those who do not.

Research Objectives

1. An exploration of the lived experiences of parents who care or have cared for a child with a LL condition
2. A comparison of the lived experiences of parents with access to a children's hospice with those who do not.

Methods

Qualitative- In depth interviews with 30 families (parents) 15 had access to a children's hospice and 15 did not. Sample- children cared for had a range of LL conditions, predominantly non malignant. Interviews included 10 bereaved families 5 with access to a children's hospice and 5 without. Interviews/field notes were transcribed verbatim. Interpretative Data Analysis assisted by NU*DIST software resulted in a number of themes.

Findings

Families with access to a children's hospices experienced :

- i)a continuum of care that included a range of respite options including family respite and emergency respite during family crisis, terminal care for their child (at home or at the children's hospice) as well as post bereavement support for mothers and well siblings
- ii)family nursing interventions; counselling, friendship and advocacy including liaison with statutory health and social services meant palliative care needs of families were met

In contrast, families without access to a children's hospice experienced:

- i)a lack of accessible or suitable respite options for their child and total lack family respite or emergency respite during family crisis. One family experienced difficulty in the provision of terminal care for their child at home. Three families whose child died in hospital experienced lack of privacy when caring for their dying child and no time or space to parent their child after death. Only one family whose child had died from cancer had post bereavement support.
- ii) with the exception of one family caring for a child with cancer, family nursing interventions were not accessible to the majority of families who experienced fragmented care and whose palliative care needs were not met.

Conclusions

This study has identified how a children's hospices through a range of family nursing interventions as well as services is able to provide a continuum of care to ensure the palliative care needs of children and their families are met. This also identified how as a voluntary body they were able to integrate care by working closely with statutory health and social services. In contrast, this study has highlighted how the current lack of interface between hospital and community health services as well as health and social services resulted in fragmented care for those without access to a children's hospice and family nursing interventions. Findings from this study demonstrate the need for investment in statutory service provision as well as need for integration of primary, secondary and tertiary levels of health and social care to overcome present inequities. These demonstrate the need for the continuing growth of children hospices as well as a national network of family nursing teams to ensure an integrated approach to care. Children's hospices currently number 22 with another 16 at the planning stage. Diana

community palliative care nursing teams provide palliative care to children with LL conditions in the family home, currently number 8 and were set up in 1999 as a memorial to the late Princess of Wales. Preliminary findings identify these are able to provide an integrated approach to care by working closely with health and social services as well as children's hospices (Davies,1999; Davies and Harding,2002).

References

1. Association for Children with Life – threatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health (1997) Report of the Joint Working Party, United Kingdom Bristol ACT/RCPCH
2. Davies Ruth Emily (1998) The Growth of Children's' Hospices in the United Kingdom Paediatric Nursing 10(8); 23-26
3. Davies Ruth (1999) The Diana community nursing team and paediatric palliative care British Journal of Nursing (1998) ;506-511
4. Davies Ruth and Harding Yvonne (2002) The first Diana Team in Wales :an update Paediatric Nursing 14(2):24-25
5. Gold Elizabeth-Anne (1997) The role and need of the children's hospice in the United Kingdom International Journal of Paediatric Nursing 3(5);281 –286
6. House of Commons Committee (1997) The Specific Health Needs of Children and Young People United Kingdom, Her Majesty's Stationery Office
7. Hunt Jane A (1996) Paediatric Oncology outreach Nurse Specialists: The impact of Funding Arrangements on their Professional Relationships United Kingdom, London, Cavendish Square, Royal college of Nursing, The Paediatric Oncology Nurses Forum
8. Lenton S, Stallard P, Lewis M and Mastroyannopoulou K (2001) Prevalence and morbidity associated with non-malignant, life –threatening conditions in childhood Child: Care, Health and Development 27(5); 389-397
9. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, Association for Children with Life-threatening or Terminal conditions and their Families, Association of Children's Hospices (2001) Joint Briefing: Palliative Care for Children United Kingdom, London NCHSPCS/ACT/ACH

C. Calvo Martín: "Intervenciones de Enfermería (NIC) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: Validación de las actividades"

Resumen

En la línea de buscar, a través de la descripción de la práctica enfermera, un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados que a la vez permita determinar los costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería y por tanto su aportación real al Sistema Sanitario, se pretende realizar la validación de las actividades incluidas en las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC 3ª edición) para los diagnósticos de la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA Taxonomía II) relacionados con las úlceras por presión (UPP)

Se realiza un estudio descriptivo transversal por encuestas en el Hospital Universitario de Getafe (febrero de 2002). Población a estudio: 201 enfermeras de las Unidades de Enfermería incluidas en el programa de Calidad de las UPP. El tamaño muestral se calcula partiendo de la hipótesis que se va a obtener un porcentaje de respuestas afirmativas del 70%, para una precisión absoluta del 7%, con un intervalo de confianza del 95%. (programa estadístico CQC, subprograma CTM 1.1, análisis de los datos SPSS 9.0)

Los resultados permitirán concluir que las enfermeras/os del Hospital Universitario de Getafe identifican las actividades incluidas en la intervenciones NIC relacionadas con las UPP como necesarias para la realización de dicha intervención.

Palabras claves: Intervención de enfermería (NIC), Actividades de enfermería, Clasificación de las intervenciones de Enfermería (CIE), Taxonomía de las Intervenciones de Enfermería.

Introducción

La mayor parte de los cuidados sanitarios son realizados por los profesionales de enfermería; a principio de los años 90 existían 2,2 millones de profesionales de enfermería registrados en Estados Unidos ¹ y aproximadamente 4,5 millones en todo el mundo ². Las enfermeras/os representan así el grupo más grande de entre los profesionales dedicados a prestar cuidados sanitarios, trabajando en gran variedad de lugares y desarrollando diversas funciones. Aun cuando los cuidados son cruciales para el bienestar de quienes los reciben, el impacto de estos es muchas veces poco valorado. Por ello siguen en pie preguntas básicas con respecto a la contribución de la Enfermería:

¿Qué hace un profesional de enfermería?

¿Suponen sus acciones alguna diferencia en la calidad de los cuidados recibidos?

¿Podría el aumento de la utilización de los cuidados específicos influir en la prevención de algunas condiciones médicas, la disminución de las complicaciones o la mejora de la salud y el bienestar?

¿Son algunos cuidados tan efectivos y menos costosos que los de otros proveedores de cuidados?

Enfermería, como profesión independiente, necesita describir, con un lenguaje común, aquello que realiza para facilitar el entendimiento profesional, la medida y valoración de su actuación y poder definir tanto el alcance del trabajo realizado como su aportación a la mejora de la salud de la población.

Desde comienzos de la década de los 90 se desarrollan diversos sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería³.

A finales del año 1997, el Departamento de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), constituye un grupo de trabajo con el fin conocer y analizar los distintos sistemas de clasificaciones de intervenciones de Enfermería y seleccionar el más adecuado y proceder a su posterior validación en los Centros Sanitarios de Atención Primaria y Especializada en el ámbito de la UCM. Se elige la "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (NIC), que se inicia y realiza en la Universidad de Iowa en 1987 por las Doctoras en Enfermería Joana C. McCloshey y Gloria Bulechek: este es el sistema más conocido en nuestro País y el de mayor aplicación en el mundo⁴.

El 13 de febrero de 2001, se firma un convenio, entre el Consejo General de Enfermería, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD para el desarrollo del proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería), circunscribiéndolo al proyecto "Análisis y desarrollo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en el Sistema Nacional de Salud" Del propio Ministerio.

Dos líneas definirán el proyecto NIPE:

- Definir un lenguaje común para la práctica de Enfermería.
- Establecer un sistema para el control de costes generados por Enfermería.

El objetivo de este trabajo es validar, en el Hospital Universitario de Getafe, las actividades incluidas en las intervenciones NIC para los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión, dentro del proceso de validación e implantación de un sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería emprendido por diversos grupos en España (Madrid, Andalucía, Cataluña...) además del propio NIPE comentado anteriormente.

Método

Se trata de validar las actividades incluidas en las intervenciones (NIC) de los Diagnósticos NANDA relacionados con las Úlceras por Presión, para saber si las actividades definidas en cada intervención son reconocidas, por las enfermeras/os consultados, como efectivamente pertenecientes a dicha intervención.

Se realiza un estudio descriptivo transversal por encuestas en el Hospital Universitario de Getafe, durante el mes de febrero de 2002.

Para determinar el tamaño muestral se parte de la hipótesis que se va a obtener un porcentaje de respuestas afirmativas del 70%, para una precisión absoluta del 7%, con un intervalo de confianza del 95%. Se estima que el tamaño de muestra suficiente para una población de referencia de 201 enfermeras/os es de 91, que se incrementarán a 110 enfermeras/os esperando unas pérdidas del 20%. (programa estadístico CQC, subprograma CTM 1.1).

Se realiza un muestro aleatorio simple, para seleccionar las 110 enfermeras/os con una tabla de números aleatorios.

Se decide realizar la encuesta mediante un grupo de 10 encuestadores. Estos son alumnos de 2º y 3º curso de la Unidad Docente de Enfermería de la Universidad Alfonso X el Sabio del Hospital Universitario de Getafe. Dichos encuestadores se forman en sesiones previas. La previsión inicial contemplaba el pasar personalmente la encuesta a cada encuestado, pero debido a la duración de la encuesta (de 20 a 30 minutos) y la gran presión asistencial existente en el momento de la realización del trabajo hubo que facilitar que el encuestado se llevara la encuesta a su domicilio y la realizara individualmente. De ahí el porcentaje de pérdidas esperados del 20% que nos hizo elevar la muestra de 91 a 110 enfermeras/os.

La muestra final obtenida ha sido de 99 encuestas, se elabora una base de datos, para cuyo análisis empleamos el paquete estadístico SPSS 9.0.

Se utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC 3ª Edición), correspondiente al año 2000.

Para determinar cuales son las intervenciones relacionadas con las úlceras por presión se parte de los diagnósticos NANDA relacionados son las UPP. Una relación se define como una vinculación o asociación entre un Diagnóstico de Enfermería y una Intervención de Enfermería que ocasiona su ocurrencia conjunta para obtener un resultado esperado en la resolución del problema de un paciente. Cada uno de estos diagnósticos tiene asociado un número de criterios de resultados (NOC), que tendrán tres niveles de intervenciones:

Intervenciones principales. Son las intervenciones más probables, más obvias para resolver el diagnóstico. Se escogieron a causa de su buena relación con la etiología del diagnóstico, tienen más actividades que resolverían el problema, pueden utilizarse en más situaciones y son mejor conocidas a partir de la investigación y del uso clínico para poder dar respuesta al diagnóstico.

Intervenciones sugeridas. Son intervenciones posibles para dar respuesta al diagnóstico pero no con la amplitud de las anteriores sino solamente en características más concretas.

Intervenciones opcionales. Están intervenciones solamente se aplicarán a algunos pacientes con el diagnóstico concreto permitiendo que el personal de enfermería adapte el plan de cuidados al paciente concreto.

Los diagnósticos NANDA relacionados con las UPP son:

- Integridad de la piel dañada (Skin integrity impaired)⁵.
- Definición: Estado en que el individuo tiene alterada la epidermis y/o la dermis.
- Criterios de resultado:
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Tissue Integrity: skin and mucous membranes, NOC 1101)⁷. Intervenciones principales:
- Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸
- Cuidado de las úlceras por presión (Pressure ulcer care, NIC 3520)⁹
- Vigilancia de la piel (Skin surveillance, NIC 3590)¹⁰
- Curación de la herida: por primera intención (Wound Healing: primary intention, NOC 1102)¹¹.

Intervenciones principales:

- Cuidado de las úlceras por presión (Pressure ulcer care, NIC 3520)¹⁵
- Cuidado de la herida (Wound Care, NIC 3660)¹³
- Integridad de la piel, riesgo de daño (Skin integrity, risk of impaired)⁶.

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Criterios de resultado:

- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (Immobility consequence: physiological, NOC 0204)¹⁵. Intervenciones principales:
- Cuidados del paciente encamado (Bed rest care, NIC 740)¹⁶
- Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Tissue Integrity: skin and mucous membranes, NOC 1101)⁷. Intervenciones principales:
- Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸
- Vigilancia de la piel (Skin surveillance, NIC 3590)¹⁰
- Prevención de las úlceras por presión (Pressure ulcer prevention, NIC 3540)¹⁷
- Curación de la herida: por primera intención (Wound Healing: primary intention, NOC 1102)¹¹. Intervenciones principales:
- Cuidados del sitio de incisión (Incision site care, NIC 3440)¹²
- Cuidado de la herida (Wound Care, NIC 3660)¹³
- Curación de la herida: por segunda intención (Wound Healing: secondary intention, NOC 1103)¹⁴. I

Intervenciones principales:

- Cuidado de la herida (Wound Care, NIC 3660)¹³

Para cada criterio de resultado, se han tenido en cuenta las intervenciones principales obteniéndose el siguiente listado:

- Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸
- Cuidado de las úlceras por presión (Pressure ulcer care, NIC 3520)⁹
- Vigilancia de la piel (Skin surveillance, NIC 3590)¹⁰
- Cuidados del sitio de incisión (Incision site care, NIC 3440)¹²

- Cuidado de la herida (Wound Care, NIC 3660)¹³
- Cuidados del paciente encamado (Bed rest care, NIC 740)¹⁶
- Prevención de las úlceras por presión (Pressure ulcer prevention, NIC 3540)¹⁷

A su vez de estas siete intervenciones dos, Cuidados del sitio de incisión y Cuidados de la herida, se obviarán ya que son genéricas de las heridas y no específicas de las úlceras por presión .

Así las intervenciones cuyas actividades se procederán a valorar empíricamente son:

- Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸
- Cuidado de las úlceras por presión (Pressure ulcer care, NIC 3520)⁹
- Vigilancia de la piel (Skin surveillance, NIC 3590)¹⁰
- Cuidados del paciente encamado (Bed rest care, NIC 740)¹⁶
- Prevención de las úlceras por presión (Pressure ulcer prevention, NIC 3540)¹⁷

La encuesta refleja la intervención objeto de estudio (nombre, definición y actividades) y se responde de forma anónima y voluntaria; para cada una de las actividades se aborda en un primer punto, si se identifica como propia de la intervención correspondiente, en caso negativo, si es así porque no pertenece a dicha intervención, o a que no se aplica en mi unidad pero debería realizarse.

Los resultados se presentan según metodología descriptiva básica mediante “n” y porcentajes, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para comparar hipotéticas diferencias entre subgrupos se empleó la prueba del Chi ² de Pearson.

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos para cada una de las Intervenciones identificadas.

Cuidado de las úlceras por presión (Pressure ulcer care, NIC 3520)⁹

Con un resultado de respuestas afirmativas de 92.6% con un IC (92.4 – 94.6), podemos afirmar que en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de IOWA son válidas en nuestro entorno.

Analizando actividad por actividad, la única actividad (de las 21 que consta esta intervención) que no consideramos perteneciente a esta intervención es “Utilizar una aguja de calibre 19 y jeringa de 35cc para limpiar úlceras profundas” con un porcentaje de respuestas afirmativas del 56.5% y un IC (46.2 – 66.5). (Tabla I)

Prevención de las úlceras por presión (Pressure ulcer prevention, NIC 3540)¹⁷

Con un resultado de respuestas afirmativas de 91.7% con un IC (90.6 – 92.8), podemos afirmar que en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de IOWA son válidas en nuestro entorno.

Analizando actividad por actividad, la única actividad (de las 25 que consta esta intervención) que no consideramos perteneciente a esta intervención es “Humedecer la piel seca intacta” con un porcentaje de respuestas afirmativas del 49.5% y un IC (39.2 – 59.7).

La actividad “Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos” pese a presentar un 66% de respuestas afirmativas (inferior al 70% que indicaría una alta relación) tiene un IC (56.5 – 75.8) con lo cual hemos de darla por válida.

Manejo de presiones (Pressure management, NIC 3500)⁸

Con un resultado de respuestas afirmativas de 94.9% con un IC (93.8 – 95.9), podemos afirmar que en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de IOWA son válidas en nuestro entorno.

Vigilancia de la piel (Skin surveillance, NIC 3590)¹⁰

Con un resultado de respuestas afirmativas de 99.6% con un IC (99.1 – 99.9), podemos afirmar que en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de IOWA son válidas en nuestro entorno.

Cuidados del paciente encamado (Bed rest care, NIC 740)¹⁶

Con un resultado de respuestas afirmativas de 96.8% con un IC (96.1 – 97.5), podemos afirmar que en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de IOWA son válidas en nuestro entorno.

Discusión

Los resultados confirman la validación propuesta de las actividades de enfermería incluidas en las intervenciones NIC referidas a UPP en el Hospital Universitario de Getafe, ya que las cinco intervenciones obtienen más de un 70% de respuestas afirmativas.

Al observar cada intervención y actividad por actividad, algunos resultados se prestan al análisis; algunos factores pueden haber influido en los resultados finales:

No haber podido realizar la encuesta de forma personalizada, como estaba previsto inicialmente, debido a la larga duración de la encuesta (alrededor de 25 ó 30 minutos) y a la gran carga asistencial que presentaba el Hospital en el momento de realizar la encuesta, ya que el encuestador podría haber facilitado la comprensión de algunos términos al contar con la formación previa.

La propia traducción de las intervenciones del inglés al español, ya que algunos términos pueden inducir a error en la interpretación del verdadero significado de la actividad.

En la intervención “*Cuidado de las úlceras por presión*” observamos:

La actividad “Utilizar una aguja calibre 19 y una jeringa de 35 cc para limpiar úlceras profundas”, con un 56.5% de respuestas afirmativas y un IC 46.2 – 66.5, es la única actividad (<70%) que no se reconoce en esta intervención; concretar calibre de la aguja y capacidad de la jeringa puede haber generado confusión ya que, por ejemplo, en el Hospital Universitario de Getafe no se utilizan las jeringas de 35 cc.

La actividad “Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según precise”, con un 74% de respuestas afirmativas y un IC 65 – 82.9, pese a estar validada tiene valores inferiores a la media de la intervención; puede que las enfermeras/os consultadas la hayan interpretado como más relacionada con el cuidado de las ostomías y no de las UPP

En la intervención “*Prevención de las úlceras por presión*”.

La actividad “Humedecer la piel seca intacta”, con un 49.5% de respuestas afirmativas y un IC 39.2 – 59.7, es la única actividad que no se considera con una alta relación de pertenencia a esta intervención; la traducción genera dudas de interpretación ya que la actividad es distinta si consideramos humedecer equivalente a hidratar.

La actividad “Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos”, con 66.7% de respuestas afirmativas y un IC 56.5 – 75.8, pese a quedar en un principio por debajo del 70% requerido, su intervalo de confianza la incluye como validada para esta intervención.

El bajo número de contestaciones afirmativas podría relacionarse con la identificación, por parte de algunas enfermeras/os, de que esta actividad es más propia del trabajo de otros profesionales del equipo y no lo llevan a cabo ellas/os directamente.

En la intervención *Manejo de las presiones*, todas las actividades que incluye, son reconocidas con un alto porcentaje de respuesta afirmativas; la actividad “Hacer las camas con pliegues para los dedos de los pies”, con un 78.8% de respuestas afirmativas y un IC 68.3 – 85.5, obtiene unos datos inferiores a la media y en ello puede haber influido desde la propia interpretación de la traducción, hasta la no identificación como propia de la realización de esta actividad.

Esta actividad también aparece en la intervención anterior y con el mismo porcentaje de respuesta, lo que parece proporcionar cierta coherencia, en ambas respuestas, en el sentido anteriormente propuesto.

En la intervención *Vigilancia de la piel*, todas las actividades han obtenido un mayor porcentaje de confirmación, lo que parece confirmar su estrecha relación con la prevención de las UPP y la sensibilidad profesional en este sentido.

En la intervención *Cuidado del paciente encamado*, todas las actividades han obtenido respuesta afirmativas por encima del 90% exceptuando “Monitorizar el estado pulmonar” con 78% y un IC 69.4 – 86.4, debido, probablemente, a su propia interpretación y relación con las UPP

Observando estos resultados surgen preguntas como:

¿Son todas estas actividades imprescindibles?

¿Existe una relación de jerarquía entre ellas?

Efectivamente en la clasificación NIC no existe una jerarquización de las actividades, por lo que sería necesario determinar que actividades son imprescindibles dentro de cada intervención, establecer una priorización según su importancia y cuáles se identifican en cada nivel de atención (Primaria y Especializada)

Estas reflexiones podrían dar lugar a nuevas vías de estudio en un futuro próximo.

Bibliografía

1. AJN newslines: RN population grows to 2,2 million; nurses age a bit but work more, Am J Nurs 94(10): 68,70,71, 1994

2. Lininger MM: Transcultural nursing: a worldwidenecessity to advance nursing know-ledge and practice. In McCloskey JC, Grace HK, editors: Currents issue in nursing, ed 3, St Louis,1990, Mosby, pp 534-541
3. Pacheco, E.: Focos de acción y tendencias en la clasificación terminológica de Enfermería, En: Clasificación de intervenciones de enfermería, J.C. McCloskey y G.M. Bulechek, Ed Sintesis, Madrid, 1.999
4. Daly,J.M.: "How nursing interventions classification fits in the patient information sustem patient core data set". Computers in nursing 1.997. 15(2) (supplement 1): S77-S81
5. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) "Second Edition Ed Mosby 1.996
6. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp 16-21
7. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp 21-40
8. Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey, J., Maas,M., Moorhead,S.. Nursing, Diagnoses & Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages. Mosby. (2001) pp. 305-307
9. Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey, J., Maas,M., Moorhead,S.. Nursing, Diagnoses & Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages. Mosby. (2001) pp. 437-440
10. Johnson, M., Maas,M., Moorhead,S.. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (2th ed). Mosby (2000) pp.343
11. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp. 562
12. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp. 266
13. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp. 766
14. Johnson, M., Maas,M., Moorhead,S.. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (2th ed). Mosby (2000) pp.240
15. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp. 295
16. McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M.. Nursing Interventions Classificatio (NIC) (3th ed). Mosby, (2000) pp. 262
17. Johnson, M., Maas,M., Moorhead,S.. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (2th ed). Mosby (2000) pp.241

Mesa Redonda: Cuidados de enfermería a personas mayores
Conferencia: "Dependencia y cuidados en la vejez: Retos de futuro!". M^a Teresa Sancho. IMSERSO. Experta del Consejo del Europa y la OCDE, en el área de protección social a las personas mayores dependientes

Introducción

Si tuviésemos que elegir dos entre las transformaciones sociales más importantes ocurridas en la segunda mitad del siglo XX, seguramente existiría acuerdo en señalar que la mayor ha sido la que atañe al rol social de las mujeres y su presencia progresiva en el ámbito de lo público. La otra es, sin duda, el envejecimiento de la población, con un alargamiento continuo e insospechado de la esperanza de vida y, consecuentemente, con un aumento sin precedentes del número de personas mayores. Los dos fenómenos, qué duda cabe, son fruto del desarrollo social y constituyen avances sociales muy positivos de las sociedades modernas. Pero, paradójicamente, el cruce de ambos ha originado la aparición de una nueva necesidad social: la de dar una respuesta colectiva a las demandas de atención y cuidados que precisan las personas mayores dependientes, que es preciso enmarcar en el ámbito de la escasa protección social que todavía tienen quienes sufren trastornos, discapacidades o enfermedades catalogados como "crónicos". Diversos estudios, nos informan de la existencia de un millón de personas que necesitan un gran caudal de atención y cuidados de larga duración .

Cuidadores informales.

Es bien conocido que la responsabilidad del cuidado a las personas dependientes sigue siendo un asunto que se resuelve en el plano de lo individual, de la intimidad familiar y a costa, casi siempre, del sacrificio y renuncia de las mujeres. Pero no olvidemos que en España, como en el resto del mundo, el perfil del cuidado, abrumadoramente femenino, se asocia también con carencias de todo tipo: bajo poder adquisitivo, escaso nivel de instrucción, empleo a tiempo parcial o dedicación total a las tareas domésticas, frecuentes problemas de salud, etc. Por si esto fuera poco, la propia evolución demográfica (tabla 1) advierte desde hace tiempo la

disminución que ha venido experimentando el indicador de potenciales cuidadoras, establecido siempre, y significativamente, en función de la relación entre el número de personas mayores y, en exclusiva, el de mujeres entre 45 y 69 años.

Tabla 1. **Evolucion del potencial cuidador femenino en españa**

OCDE: Potencial cuidador (Mujeres entre 45-69 años)
> 70 años

1960	1990	1998
2,8	1,53	1,27

Fuente: *Elaboración a partir de los correspondientes datos de población INE Observatorio de personas mayores.*

Por la simple observación de la evolución de este discriminatorio indicador, tiene forzosamente que concluirse que el cuidado de las personas mayores dependientes definitivamente tiene que dejar de ser casi exclusivamente femenino. Las hipótesis que desde diversos ámbitos se vienen propugnando, de cuidado compartido ofrecen expectativas mucho más esperanzadoras para al futuro inmediato.

Recursos sociosanitarios

Los países europeos más avanzados han puesto ya en marcha, dentro de sus sistemas de protección social públicos, dispositivos mediante los que se garantiza una amplia red de servicios sociosanitarios universales que colaboran con las familias en la prestación de los cuidados que precisan estas personas dependientes. Desde hace muchos años, los países nórdicos y Holanda; más recientemente, Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia, entre otros, han respondido ya a este reto. Aquéllos mediante la instauración de derechos de ciudadanía, sufragando los costes a través de impuestos; Alemania y Austria, vía cotizaciones sociales, como nueva contingencia cubierta por la Seguridad Social.

En España desde las diferentes administraciones públicas, se están desarrollando un conjunto de recursos para intentar dar una respuesta a la creciente demanda de servicios sociosanitarios. Pero se hace con diferente intensidad y desde concepciones y criterios heterogéneos, lo que origina que se esté produciendo cierta discriminación en la accesibilidad a los recursos según los territorios en que viven los ciudadanos. Si a ello se une la entrada de la iniciativa privada en el sector, masiva en los últimos años, y que ésta se está realizando de manera desordenada, sin obedecer a criterios objetivos de planificación obtenemos un bosquejo bastante incoherente e insuficiente los dispositivos de atención a las personas con dependencias que en la actualidad ofrece nuestro país. Todo ello, sin dejar de reconocer el gran impulso que han recibido los recursos sociosanitarios en los últimos años, como se puede observar, a modo de ejemplo, en las tablas 2 y 3 referidas a la evolución de dos de los más importantes recursos destinados a las personas mayores: ayuda domiciliaria y residencias.

Tabla 2. **Evolucion de los usuarios del sad. 1990-2000.**

Año	Población >65 años	Usuarios	Ratio
1990	5.359.908	34.181	0,48
1995	6.086.365	63.712	1.04
1998	6.196.300*	112.797	1.82
2000	6.739.559	138.101	2,05

Fuente: Imsero 1998. Evolución y extensión del SAD. Informe 2000. Las personas mayores en España. Ageing in Spain. (En prensa).

*A pesar de que existen pequeñas diferencias de población en función de la fecha de publicación de los datos INE, se conservan los utilizados en la fuente de referencia.

Tabla 3. **Evolución de las plazas residenciales en españa . Años 1975-2000**

Año	Población > 65 años	Plazas	Ratio
1975	3.757.754	55.000	1.46
1988	4.961.456	106.488	2.15
1994	5.761767	163.338	2.83
1998	6.196.300*	198.352	3.20
2000	6.739.559	213.398	3.17

Fuente: Datos de población INE varios años. IMSERSO . Elaboración propia.

*A pesar de que existen pequeñas diferencias de población en función de la fecha de publicación de los datos INE, se conservan los utilizados en la fuente de referencia.

Propuestas para análisis.

Además de la inaplazable decisión que ha de tomarse para poner en marcha un sistema integral de protección a las situaciones de dependencia, es necesario generalizar el debate sobre cuestiones conceptuales decisivas para el diseño de un modelo coherente de atención a este colectivo. Algunas de ellas son:

- Necesidad de desarrollar la solidaridad pública para mejorar la solidaridad familiar con recursos de apoyo eficaces.
- Prevenir la dependencia y evitar la enfermedad en los cuidadores.
- Garantizar la participación de las personas mayores y los cuidadores informales en la toma de decisiones.
- Diseñar un modelo integral de atención sociosanitaria que garantice la continuidad en los cuidados.

D. Peñacorba Maestre: Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud.

Antecedentes

El número de personas de edad mayor de 65 años crece actualmente en cifras absolutas y relativas en todo el mundo desarrollado. En España el porcentaje de mayores de 65 años, respecto del total de población, era del 15.60% en 1997, y se prevé que en el año 2010 se aproxime al 20%.

La población adscrita al C.S de Sama son 12893 personas, de las cuales 2958 son mayores de 65 años; es decir, el 22.94% de la población total.

El primer problema de salud que aparecen el anciano es una limitación de sus capacidades, que le lleva a una mayor facilidad para enfermar (capacidades sensoriales, mentales, motrices y regulación homeostática). Sólo si detectamos precozmente alguna de estas alteraciones podremos tratarlas adecuadamente, facilitando la independencia de la persona mayor y , por consiguiente, añadiendo “ calidad” a su vida.

Resulta imprescindible realizar exámenes de salud en ancianos, orientados a conocer el perfil del anciano que atendemos en nuestras consultas, haciendo referencia a 5 apartados básicos: entorno socio-familiar, valoración funcional, estado mental (demencia, depresión,...), órganos de los sentidos y medicación crónica.

Para diversos autores, estos exámenes deben ir dirigidos a los sujetos más vulnerables o de mayor riesgo, entre los que se encuentran los mayores de 75 años.

En el C.S de Sama se realizan actividades preventivas y de detección precoz de problemas a las personas mayores de 75 años. El registro de estas actividades se realiza en formato papel, en unas hojas estandarizadas para toda el Área Sanitaria; se trata de un registro bianual. Las personas adscritas al Centro de Salud mayores de 75 años son 1281, el 9.94% de la población total.

Objetivos

- Definir el perfil de la población mayor de 75 años que acuden al Centro de Salud de Sama.
- Conocer la proporción de ancianos de riesgo .
- Conocer las demandas asistenciales de los ancianos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: enero de 2000- enero de 2002 .

Se analizan los registros de las actividades preventivas llevadas a cabo en la consulta de enfermería a la población ≥ 75 años que acuden al Centro de salud y son incluidas en el programa del anciano.

Las variables estudiadas son :

Características sociodemográficas y clínicas del paciente (sexo, edad, agudeza visual, agudeza auditiva, incontinencia, caídas, nº de fármacos, nº de problemas agudos, nº de problemas crónicos, nº de ingresos, convivientes, problemas de enfermería).

Demandas asistenciales (nº de consultas en el último año, nº de consultas a demanda).

Valoración del riesgo (anciano de riesgo, Test de Barber, situación socio-familiar, Test de Barthel, Test de Pfeiffer

La captación se realiza en la consulta de enfermería.

La población de estudio son las personas ≥ 75 años pertenecientes al C.S de Sama (1281 ancianos). Se seleccionan aquellas personas incluidas en el programa del anciano, lo que nos resulta un número de 833 ancianos ≥ 75 años(65 %). El cálculo del tamaño muestral se estableció en función de los siguientes parámetros: población de 833, precisión de 5'5; prevalencia esperada del 50% (la que arroja un mayor tamaño muestral). El tamaño muestral necesario es de 230 individuos que serán seleccionados por muestreo sistemático a partir de un listado de los 833 pacientes ≥ 75 años incluidos en el programa del anciano, siendo la constante de muestreo $k= 3$.

Si es seleccionado un paciente que cumple los criterios de exclusión se seleccionará el siguiente del listado.

Criterio de inclusión: ≥ 75 años en programa del anciano.

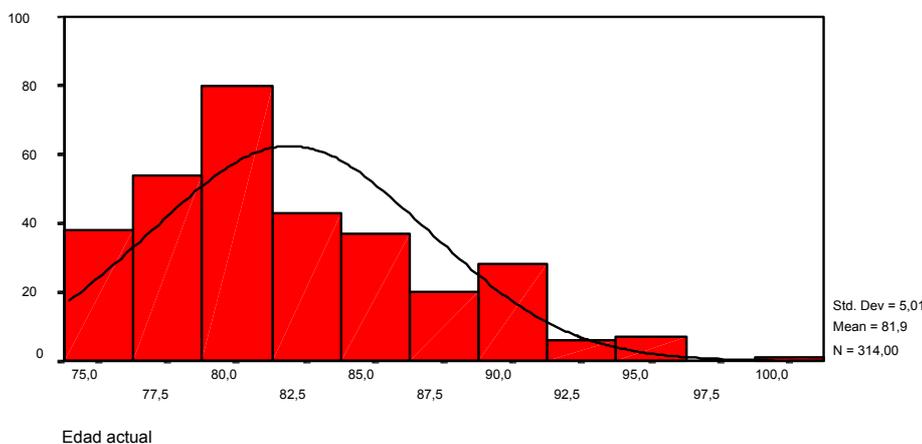
Criterios de exclusión: demencia senil u otro impedimento psíquico; pacientes que no puedan desplazarse al Centro de Salud; enfermos terminales; pacientes ingresado en residencias; desplazados; éxitus.

Se realiza un pequeño estudio comparativo con una muestra de 50 personas ≥ 75 años no incluidas en el programa del anciano, respecto aquellas variables que sea posible extraer de la historia clínica o del sistema informático, con objeto de estudiar la comparabilidad de ambos grupos y mejorar la generabilidad de los resultados.

Se muestran los intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Se estudió una muestra de 316 individuos, cuya edad media era de 81.9 años(d.s 5.01). IC 95%: 81.36- 82.46.



Respecto a la distribución por sexos: 62.7% eran mujeres (57.22- 67.87) y 37.3% varones (32.13 - 42.78).

El 37% (31.6 – 43) convivían con su pareja y el 27.8% (22.8 – 33.3) vivían solos.

Fueron considerados ancianos de riesgo a partir del Test de Barber el 56% de los ancianos (49.7 – 62.2). Entre estos la puntuación media del Test de Barthel fue de 6.89 (d.s 1.88) con un I.C95% entre 6.54 – 7.24. El 75% tenía más de 6 puntos. La puntuación del Test de Pfeiffer fue de 1.81 (d.s 2.44) con un I.C95% entre 1.34 – 2.28. Sólo el 25% de los pacientes tenía una puntuación superior a 3. Respecto a la Escala de Valoración socio-familiar, se obtuvo una puntuación media de 10.35 (d.s 1.95) con un I.C95% entre 9.9 y 10.8. El 25% tenían una puntuación de 12 o más.

El número medio de problemas crónicos era de 1.61 (d.s 0.88) con un I.C95% entre 1.51 y 1.71; siendo los más frecuentes: H.T.A, Diabetes tipo II, Hiperlipemia ,E.P.O.C y osteoporosis.

En el último año tuvieron una media de 4.2 problemas agudos(d.s 3.89) con un I.C95% entre 3.7 y 4.6. Un 25% tenían más de 6 problemas, hasta un máximo de 27. El número medio de ingresos hospitalarios fue de 0.1(d.s 0.32) con un I.C95% entre 0.07 y 0.15. El 89.7% de los ancianos no tuvieron ningún ingreso en los últimos 12 meses.

Los problemas de enfermería aparecen registrados sólo en 86 pacientes. Se recogieron un total de 116 problemas, siendo los más frecuentes :

Problema	n=.	%	Prevalencia
Estreñimiento	20	17,24	23,26
Deterioro de la integridad cutánea	17	14,66	19,77
Deterioro de la movilidad física	13	11,21	15,12
Dolor	9	7,76	10,47
Riesgo de caídas	8	6,90	9,30

De hecho el 25.6% de los ancianos(I.C95% : 20.48 – 31.28) tuvo al menos 1 caída en los últimos 2 años, principalmente por accidentes, resbalones y tropiezos.

El consumo medio de fármacos era 4.01(d.s 2.58) con un I.C95% de 3.72 – 4.3 fármacos diferentes. El 25% tomaban 2 o menos y otro 25% tomaban más de 5 fármacos. Sólo el 4.7% no tomaban ningún medicamento.

El número medio de consultas durante el último año fue de 22.58(d.s 18.32) con un I.C95% entre 15.5 y 18.4. El 25% de los ancianos tuvieron más de 30 consultas en el último año.

Se realizó un análisis bivariante en función de si era considerado anciano de riesgo o no y los resultados fueron:

Variable	De riesgo	No de riesgo	p=...
Edad	82.97	81.47	0.003
Nº total de caídas	0.4	0.24	0.041
Nº medio de fármacos	4.29	4.06	n.s.
Nº de ingresos	0.097	0.076	n.s.
Nº de problemas agudos	4.3	4.04	n.s.
Nº de problemas crónicos	1.76	1.57	0.104
Nº medio de consultas	24.49	25.73	n.s.
Nº medio de consultas a demanda	17.72	19.18	n.s.

Respecto a las diferencias entre pacientes incluidos en programa y no incluidos, los resultados fueron :

Variable	Incluidos	No incluidos	p=...
Edad	82.9	79.31	0.000
Nº total de caídas	0.34	0.67	0.145
Nº medio de fármacos	4.12	3.17	0.106
Nº de ingresos	0.1	0.14	n.s.
Nº de problemas agudos	4.24	3.34	n.s.
Nº de problemas crónicos	1.65	1.31	0.039
Nº medio de consultas	23.73	13.26	0.000
Nº medio de consultas a demanda	17.69	10.68	0.001
Sexo: Varón	36.1%	45.7%	0.177
Vive su pareja	38.2	63.2	0.03
Ingresos: Sí	10.2	11.4	n.s.

Conclusiones

Población anciana predominantemente femenina, con un subgrupo de mayores de 85 años importante (25%).

El 56% son ancianos de riesgo(Test de Barber ≥ 1) y presentan un buen estado cognitivo(Test de Pfeiffer con una puntuación media de 1.81) y funcional físico (Test de Barthel con una puntuación media de 6.89). Se encuentran en situación de riesgo social (Escala de valoración socio-familiar con una puntuación media de 10.35).

Los problemas crónicos más frecuentes coinciden con otros trabajos : H.T.A, DIABETES TIPO II, HIPERLIPEMIA, EPOCY OSTEOPOROSIS.

Los problemas de enfermería más frecuentes son: ESTREÑIMIENTO, DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA, DOLOR Y RIESGO DE CAÍDAS.

Resulta relevante el número de ancianos que sufrieron una caída(25.6%) por la morbilidad potencial, siendo prevenibles en la mitad de las ocasiones.

El 25% de los pacientes realizaron más de 30 consultas en el último año, de las cuales más de 24 fueron a demanda.

I. Aramburu Chinchurreta: Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer.

Introducción.

La enfermedad de Alzheimer afecta en el mundo a 23 millones de personas. Se calcula que en España pueda afectar a alrededor de 400.000 personas. La OMS la ha catalogado como “la auténtica epidemia mundial”. Ésta estima que habrá 240 millones de personas afectadas de la enfermedad de Alzheimer en el año 2025. En esta enfermedad que afecta a 20.000 personas de Euskadi, es indisoluble el binomio enfermo-cuidador, de ahí la importancia de atender y formar a ambas partes (1,2,3,4). Es de esperar el mismo aumento proporcional de cuidadores y, por consiguiente, de las enfermedades con ellos relacionados, ya que por otro lado, aumenta también la edad media del cuidador y se incrementan los problemas asociados (5) El perfil inicial de este responde a la figura de una mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio (3,5) sin excesiva ayuda profesional (6,7).

El cuidado se dispensa desde tres vías:

Autocuidado, *Cuidado informal*, cuidado prestado por familia, amigos, vecinos. *Cuidado formal*, cuidado proporcionado por profesionales. Estos dispensan el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud, mientras que el 88% restante lo realiza el sistema informal. El cuidado de la familia es un recurso vital para la sociedad (8). Son diversos los miembros de la familia quienes proporcionan los cuidados a los enfermos, así se detectan tres posibilidades: el cónyuge(30-50%), hijos/as-nueras (25-30%) y el resto otros miembros de la familia (3,7,8,9). Pero la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse equitativamente entre sus miembros. Aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado se considera “cuidador principal” (10). Las necesidades del cuidador principal varían según el estado de salud de la persona cuidada, pero depende especialmente de la capacidad de aceptación del rol de cuidador (11). Muy frecuentemente las personas que cuidan familiares mayores tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de éstos y a emplear la mayor parte de sus tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades (12). El cuidado continuo de una persona puede resultar agotador, el 75% de los familiares perciben carga por dicho cuidado(8). La carga del cuidador ha sido definida como los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que sufren los miembros de una familia que cuidan a un enfermo (13,14,15). La carga que siente el cuidador viene muy influenciada por las estrategias de afrontamiento al problema que tiene éste y los recursos que tiene a su disposición. Los modos de afrontamiento se han definido como estrategias que los individuos utilizan para manejarse ante los sucesos estresantes específicos (16). Se consideran activas aquellas estrategias que se emplean ante la posibilidad de cambio, y pasivas aquellas que ayudarían a disminuir el grado de trastorno emocional (17). Pedir ayuda en el cuidado de la persona con demencia es una estrategia por su alto nivel de adaptación (18). Montgomery y Borgatta vieron en 1989, que los cuidadores frecuentemente esperaban hasta tarde para pedir ayuda, siendo así los niveles de estrés y carga altos (19). El apoyo social se ha definido por Sundberg como “un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que juega un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo” (20). El apoyo social se puede recibir de dos maneras, apoyo informal, realizado por familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares y apoyo formal, que es el proporcionado por los profesionales de la salud. El cuidador demanda mayor ayuda formal, institucional y refleja que el soporte social de familiares, amigos... no es tan importante (2). Esto se puede deber a que la ayuda institucional ofrezca un contexto más clarificador y de mayor protección al cuidador (21).

El objetivo del estudio consiste en identificar las diferencias existentes respecto a depresión, carga familiar, estrategias de afrontamiento y apoyo social, tanto subjetivo y objetivo en dos grupos de estudio: uno de ellos constituido por cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otra demencia y el otro formado por cuidadores de ancianos con patología no invalidante.

Material y Métodos.

El estudio se encuadra en las poblaciones de Beasain, Ordizia y Legazpia, en el año 1999. Los cuidadores reciben asistencia en los centros de salud correspondientes, localizados en la Comarca Guipuzco-Oeste de Atención Primaria, y pertenecientes a la Red del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. En estas poblaciones actualmente viven 9000-12000 habitantes, de los cuales 14-18% son personas mayores de 65 años.

La población que ha participado es de 73 cuidadores, 42 son cuidadores principales de personas ancianas afectadas de Alzheimer u otras Demencias. El resto de la muestra, 31 personas, está constituida por cuidadores principales de personas ancianas con determinadas patologías crónicas, no invalidantes en estos casos (hipertensión, diabetes...) Se consideraron criterios de exclusión los cuidadores de personas institucionalizadas. La captación de la muestra no ha sido realizada de forma aleatoria. Han sido los cuidadores con mayor adaptación a la situación los que han colaborado en este estudio. Los medios existentes en los Centros de Salud por una parte, y por otra parte el contacto directo de los cuidadores principales, a la hora de darles a conocer el proyecto del estudio y en la posterior entrega y recogida de los cuestionarios (*bola de nieve*), han sido las dos vías principales en la localización de la población que participa en la investigación.

Se diseñó un estudio pre-experimental ex post facto en el que se valoraban las diferencias existentes respecto a las siguientes variables en las dos poblaciones descritas. En este estudio se incluyen las variables referentes a las características de los sujetos a estudio: edad, parentesco, estado civil, convivencia, clase social, ocupación, sexo, creencias. Las variables independientes medidas han sido grupos de cuidadores, estrategias de afrontamiento y soporte social. Las variables dependientes: depresión y carga familiar. Las variables de control: fármacos que toma el cuidador, relación de cuidadores familiares, apoyo social sanitario privado y formación.

Tras el contacto con la persona cuidadora se explicó verbalmente la intención del estudio, presentando el cuestionario de recogida de datos. Concluida la recogida de datos se procedió al análisis estadístico, principalmente a estadísticos descriptivos (frecuencia y proporción, medidas de tendencia central y de desviación) para la descripción de la muestra; test de significancia (t de student y análisis de Varianza, F de Snedecor) para analizar si era significativa la diferencia entre dos medias poblacionales de los dos grupos. Para ello se empleó el paquete SPSS/PC + Versión 3.0.

Los instrumentos utilizados fueron: Escala de depresión geriátrica (GDS), Escala de Estrés o Carga Familiar, Escala de afrontamiento, Nivel de apoyo social, Escala de soporte social subjetivo y Apoyo sanitario.

Resultados

La muestra está constituida por cuidadores entre 26 y 81 años, con una media de 57 años (desviación estandar-D.E.=11,47) Las características sociodemográficas se han distribuido de la siguiente forma. El 94,5% (n=69) pertenece a la clase social media. Se conoce que el 12,3% (n=9) tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al completo al cuidado de la persona.

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Mujer	64	88
	Hombre	9	12
Estado Civil	Casado	62	84,9
	Soltero	10	13,7
	Viudo	1	1,4
Ocupación	Actividades propias del hogar	53	73
	Operarios base	12	20
	Jubilados	5	7
Parentesco	Hijo/a	35	48
	Pareja	22	30
	Otros familiares	16	22

La media de los años que llevan cuidando a sus familiares es de 15 años (D.E.=6,5) Durante estos años, ha habido cuidadores que han podido y querido rotar con otros cuidadores familiares, concretamente un 33% (n=24). Un 27% (n=20) ha participado en programas de formación dirigidos a cuidadores. Se considera programas de formación, a los grupos de educación que por lo menos duran tres sesiones. Un 5% (n=4) reciben apoyo socio sanitario privado. El 87,7% (n=64) de los cuidadores se considera creyente.

Algunos cuidadores han necesitado tomar algún fármaco (ansiolítico, antidepresivo y/o inductores del sueño) por distintas alteraciones surgidas por el cuidado de la persona.

Según los resultados ambos grupos no difieren en niveles de depresión, estrategias de afrontamiento pasivas y apoyo social, sea este objetivo o subjetivo. En cambio si atendemos a las medias alcanzadas podemos observar que las medias de depresión para ambos grupos son superiores a 7, indicando una afectación moderada de esta característica. Respecto a la carga familiar, hay que señalar un mayor peso en el grupo de cuidadores G1 ($x=61,14$) frente al grupo G2 ($x=49,42$); si bien, como ha sido indicado, estas diferencias son significativas. Existen diferencias de carácter tendencial entre ambos grupos respecto a las estrategias de afrontamiento activas. Es reiterativo hacer notar, que las formas de afrontamiento pasivo en ambos grupos son equivalentes y que los niveles de apoyo social subjetivo y sanitario también son equivalentes.

Estos resultados conducen a rechazar tres hipótesis planteadas. Se acepta la existencia de una mayor carga familiar en el grupo de cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias. Sin embargo no existen mayores niveles de depresión, un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitantes, ni la percepción de un mayor soporte social en este grupo. Dado que los indicadores totales de las variables depresión y soporte social, no ofrecen diferencias, se opta por analizar la posible existencia de diferencias respecto a los ítems que componen cada una de estas escalas. Por otra parte, también se estudian ítem por ítem las diferencias existentes entre los dos grupos respecto a la variables carga familiar y estrategias de afrontamiento. (Tablas 3,4,5,6)

Discusión

El perfil del cuidador encontrado en este estudio es similar al propuesto por otros autores y el que se describe en el marco de referencia; responde a la figura de una mujer, casada, creyente, generalmente pareja o hija, entre los 50-65 años, ama de casa y de clase social media. En este estudio el parentesco existente entre cuidadores y cuidado, se agrupa en tres categorías; hijo/a, pareja y otros. 15 años de media llevan cuidando a su familiar y los cuidadores han participado en programas de Educación para la Salud. Hay constancia de programas que ayudan a los miembros a desarrollar pautas sanitarias de autocuidado en relación con la problemática concreta del cuidador. Los cuidadores de la muestra estudiada, tal como confirma la literatura revisada, se han enfrentado a dificultades de índole laboral, tal como pérdida del trabajo remunerado etc. Algunos han necesitado tomar fármacos por distintas alteraciones surgidas durante el cuidado del familiar; este aspecto se ve apoyado por la literatura que afirma que ha aumentado el uso de fármacos en los cuidadores.

Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias presentan mayor carga familiar comparándolo con el otro grupo de cuidadores. Si se consideran y analizan las respuestas dadas por los cuidadores ítem por ítem, en vez de la suma de ellos, el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo hace referencia a una mayor alteración de la salud del cuidador, mayor afectación por la conducta del familiar, mayor alteración de las actividades sociales, mayor alteración y necesidad de apoyo formal y mayor ataque a la familia nuclear.

El análisis estadístico realizado señala que el grupo de cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias tiene el mismo nivel de depresión que los cuidadores de ancianos con patología no invalidante. El marco de referencia de este estudio refleja dentro de las alteraciones psicológicas del cuidador, la depresión. La literatura sugiere, que el género, los problemas financieros, el estado físico de los cuidadores, el estado de demencia o la cantidad de las alteraciones del comportamiento del enfermo, son aspectos que predicen la depresión del cuidador. Un 80% de los cuidadores de personas con demencia respecto a otros grupos de cuidadores sufren fatiga, depresión o enfado, siendo las mujeres cuidadoras quienes se sienten más deprimidas frente a los hombres.

No existen diferencias entre los grupos en ninguna de las escalas utilizadas para medir la variable soporte social. A raíz de ello se han revisado las respuestas dadas por los cuidadores ítem por ítem, así el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo se sienten cercanos a los miembros de la familia. Este último aspecto puede responder en cierta medida al resultado anterior respecto a la depresión. El que se sientan cercanos a los miembros de la familia, puede considerarse un apoyo importante para el cuidador, y la seguridad que trasmite ello, puede ser la causa que modere la depresión de este grupo en este estudio. Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias reciben apoyo informal, es decir de vecinos, amigos... sin embargo en cuanto al apoyo recibido por el personal sanitario, el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo, siente la necesidad de una mayor ayuda respecto a información, accesibilidad y resolución de dudas. El marco de referencia afirma esta situación, ya que refiere que los cuidadores demandan un mayor apoyo formal. Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias son quienes van más a menudo, por causas propias, al centro de salud. Sin embargo, el otro grupo de cuidadores recibe más visitas a domicilio de la enfermera y médico. El estudio de Abengoza y Serra (1995) puede dar respuesta a este último resultado que se ha analizado, este refiere que existe un mayor entrenamiento de los cuidadores a medida que aumenta el tiempo de cuidado. Así pues disponen de mayores recursos personales a la hora de afrontar las diferentes situaciones.

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizados en los dos grupos, el análisis afirma una pequeña diferencia. Sin embargo, estudiando las repuestas ítem por ítem, se percibe claramente que ambos grupos utilizan estrategias de afrontamiento pasivas y activas indistintamente. El grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias ha utilizado estrategias de búsqueda de apoyo, reinterpretación positiva y crecimiento personal y se ha autorresponsabilizado de la situación. El estudio también refleja que los cuidadores han tenido momentos de aceptación fatalista, han optado por descomprometerse mediante alcohol y drogas, sin planear la resolución del problema.

Para finalizar y tomando como referencia el objetivo general del estudio, llegamos a poder confirmar que los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias afrontan una mayor carga familiar respecto a los cuidadores de personas con patologías no invalidantes. Se ha observado que los cuidadores en general están moderadamente deprimidos. Utilizan estrategias de afrontamiento pasivas y activas, y refieren necesidad de mayor apoyo formal frente al apoyo informal.

La aportación de este estudio remarca la realidad de todos los cuidadores. Si hasta ahora principalmente se ha investigado y trabajado con el cuidador de personas afectadas por demencias, este estudio refleja que todos los cuidadores en general necesitan apoyo e información, es decir que se trabaje con ellos. El ser cuidador no está definido por el enfermo a quien cuida, sino por la actividad que supone ser cuidador en general.

En el estudio se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas, que acarrearán consigo posibles sesgos. Los estudios ex post facto dejan escapar muchas explicaciones. Se plantea por tanto la necesidad de un estudio más controlado, longitudinal, con un seguimiento en el tiempo, analizando tanto al enfermo como al cuidador. Así se podrían analizar las interacciones entre ambos y las consecuencias de ello. Por otra parte, la muestra seleccionada ha sido pequeña. Aunque se sepa las dificultades existentes en conseguir una muestra mayor de cuidadores, se recomienda que esta sea mayor en los siguientes estudios. También se han detectado limitaciones respecto al método utilizado, algunas de las escalas no reflejan en su totalidad la situación de los cuidadores.

Las posibles líneas futuras de investigación planteadas son: explorar la posible influencia de la formación recibida, respecto a la forma de realizar los cuidados y la situación psicosocial del cuidador. Sería interesante también indagar en la percepción del cuidador respecto a su situación y su propio rol.

Bibliografía

1. Apezteguía F. La Diputación promete abrir este año el primer centro para enfermos de Alzheimer. *El Correo* 1998; miércoles 16 de septiembre.
2. Azpiazu A. J. Necesidades de los cuidadores familiares de enfermos con demencia senil. *Tesis curso Postgrado Enfermería Comunitaria* 1997
3. Martorell M^a A., Burjales M^a D. y Jiménez M^a F. Dinámica familiar y enfermedad crónica: la demencia tipo Alzheimer. *Rev. de Gerontología* 1996; 6: 48-52.

4. Velasco J.M. La lucha de los familiares de enfermos de Alzheimer. Montañas de paciencia. Velasco, Juan Manuel. *El Diario Vasco* 1998; lunes 21 de Septiembre.
5. Perez T. J.M., Alda A.J. y Labarta M.J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria* 1996; 18(4):82-98
6. Cortes B. M. Aspectos médicos y sociales en el familiar cuidador del demente tipo Alzheimer. *Gerontología* 1993; 9 (9): 411.
7. Úbeda B.I. Atención a la familia ¿ Utopía o realidad? *Revista Rol de Enfermería* 1995;203-204:25-30.
8. Padierna A.J.A. Apoyo socioasistencial a los familiares de los Enfermos de Alzheimer. *Zerbitzuan* 1993;22:47-54.
9. Wade S. Support for carers. *Journal of District Nursing* 1991; Nov. Pp13-18.
10. Úbeda B. I., Roca R.M. y García V. L. Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica* 1998;8 (3): 116-121.
11. Zunzunegui M^a V. La integración del cuidador principal en la atención sociosanitaria a las personas mayores. *Rev. de Gerontología* 1996; 6 : 141-142.
12. Izal F. M. Montorio C. I. y Díaz V.P. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. *Guía para Cuidadores y Familiares* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Imsero). ; Vol 1 . 1997
13. George L. K. and Gwyther L. P., Caregiver Well-Being : A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist* 1986; 26 (3): 253-259.
14. Among Caregivers of Individuals with Dementia. *The Gerontologist* 1991; 31 (1): 67-75
15. Zarit S. H., Todd P. A. y Zarit J. M. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longitudinal Study. *The Gerontologist* 1986; 26 (3): 260- 266.
16. Basabe N. y Páez D. Objeto y método de la investigación. *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Editorial Fundamentos. Bilbao. 1992
17. Abengozar M.C. y Serra D. E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 1997; 32 (5): 257-269.
18. Díaz D. M., Doménech C. N., Elorriaga H.C., Elorriaga H. S., Ortiz C. A., Perex F. M^oS., Sendacorta McD. B. *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. Bilbao. 1996
19. Mahoney F. D. y Shippee-Rice R. Training Family Caregivers of Older Adults : A Program Model for Community Nurses. *Journal of Community Health Nursing* 1994; 11(2): 71-78.
20. Bravo M. y Serrano G. *La psicología preventiva y el apoyo social*. Madrid. Ediciones Pirámide. 1992
21. Páez R. D. *Salud, expresión social de las emociones*. Psicología teórica, Promolibro.Valencia. 1993

J. Nolan: Community nurses knowledge and perceptions of older people a national survey in England.

As Lawton et al (1995) have noted, it is now a major contemporary policy goal to enable even frail older people to remain in their own homes wherever possible. Indeed this has been identified as a global aspiration (IAG 1998) resulting in countries throughout the world adopting a policy of community care. In the United Kingdom (UK) the Government has committed itself to rooting out ageism within health and social care and to this end has launched a National Service Framework (NSF) for Older People (DoH 2001) with the primary aim of ensuring high and consistent standards of care irrespective of geographical location.

Complementing this vision of supporting older people at home is a greater emphasis on health promotion and maintaining a good quality of life (Joseph Rowntree Foundation 1999) by creating new forms of partnership between service users and professional care providers which empowers older people to take greater control of their health (Bernard and Phillips 2000).

Clearly if such goals are to be attained it is important that health and social care professionals have a good understanding of the situation of older people and a positive attitude towards working with them. Community nurses are essential members of the Primary Health Care Team in the UK and it is estimated that they visit some 2.75 million people annually, making a total of some 36 million calls, the vast majority of which are to older people (Audit Commission 1999). However, relatively little is known about their knowledge of, and attitude towards, older people. It was the desire to address this deficit that was the impetus behind the study on which this paper is based.

A postal survey was therefore undertaken of a sample of 1500 community nurses drawn at random from the national register maintained by the then United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC). The questionnaire itself comprised two new instruments which had been designed as part of a larger three and a half year longitudinal study of the education of nurses for work with older people: The AGEIN (Advancing Gerontological Education in Nursing) Project (Nolan et al 2002). The two instruments were intended to explore the nurses' knowledge about older people and their perception of work with them. The first comprised factual, statistical information such as the percentage of people in the UK over 65, and the proportion of older people in nursing or care homes. Respondents were given a percentage figure and asked to say whether they thought this was too high, about right, or too low. The second instrument was based on a likert format and items were concerned with nurses' perceptions of: work with older people in general, for example, did they see it as interesting and challenging or simply about basic care; their experience of work with older people; and their feelings about the likely impact on their career of working with older people. Additional questions gathered demographic data about respondents and provided space for further additional comment.

Of the 1500 questionnaires forwarded 1003 were returned, a response rate of 67%. In addition to the quantitative data, respondents provided large volumes of rich qualitative comments. Questionnaires were analysed using SPSS and the qualitative data were subject to a content analysis.

Results

The vast majority of the respondents were female (97%) and came from one of two main groups, health visitors (48%) and district nurses (39%), most had several years experience of working in the community. Respondents generally demonstrated positive attitudes about working with older people but, despite their experience, had a relatively poor understanding of the demographic situation of older people.

For example, the majority (73%) overestimated the current numbers of older people in the UK but underestimated the projected future growth (97% underestimated). There was also limited knowledge of the number of people from ethnic minority groups. Generally respondents overestimated the use older people make of services such as residential care or hospital beds. For instance 82% considerably overestimated (by a factor of at least 5) the percentage of people between the ages of 60-74 living in residential or nursing homes and 83% overestimated the percentage of people aged 75+ who had an inpatient stay in hospital in any one year.

Paradoxically, and despite the emphasis on health promotion and the large numbers of health visitors in the sample, respondents underestimated the risk of accidental death. There was better, but still limited, knowledge of the help older people need with activities such as washing, dressing, using the toilet and climbing stairs, with about 50% of respondents showing awareness of the need for such support. Overall respondents (77%) underestimated the economic contribution of older people, for example, the percentage still in some form of paid employment.

Interestingly, parallel surveys of student nurses, a random sample of all nurses across the UK, the general public and student nurses showed that all groups had a similarly limited understanding (Nolan et al 2002).

On the other hand the respondents demonstrated highly positive attitudes towards work with older people, with eight out of ten viewing it as interesting, challenging and highly skilled, a perception reinforced in the qualitative data. Indeed the comments indicated that work with older people was often seen as more complex, demanding higher skills, and more rewarding than work with younger people.

Similarly, work with older people was not seen as a poor career move, with 82% of respondents not feeling it was a 'dead end job' and 92% disagreeing that it provided little job satisfaction. However, the qualitative data suggested that community nurses believed that not all nurses held such positive views, either of older people or work with this client group, and several cited examples of ageism they experienced in the acute health sector and of the low status that others gave to work with older people. This was reinforced in the survey data as only seven percent believed that work with older people had a high status.

Discussion

A major aim of the NSF for Older People in the UK is to root out ageism, which is widespread in terms of access to health and social care and employment (Help the Aged 2002), a situation not improved by the generally negative portrayal of older people in the media (BBC 1999).

Ageism often has its roots in a lack of understanding and knowledge, and whilst the survey results did not suggest ageist attitudes amongst respondents there is clearly a need to promote more widespread understanding of the needs of older people, not only amongst nurses, but also the general population. Furthermore, unless the status of work with older people is raised it is difficult to see how to attract nurses into this area of work. Improving education, professional and public, and raising the profile of gerontological nursing are major challenges for the profession and society as a whole.

References

1. Audit Commission (1999) First Assessment: A Review of District Nursing Services in England and Wales. Audit Commission, London.
2. BBC (1999) <http://news.bbc.co.uk/1/low/441379.stm> (accessed 22/8/2002).
3. Bernard M and Phillips J (2000) The challenge of ageing in tomorrow's Britain. *Ageing and Society*, 20(1): 33–54.
4. Department of Health (2001) National Service Framework for Older People. The Stationery Office, London.
5. Farrell C, Robinson J and Fletcher P (1999) A New Era for Community Care?: What People want from Health, Housing and Social Care Agencies. King's Fund, London.
6. Help the Aged (2002) Age Discrimination in Public Policy. Help the Aged, London.
7. International Association of Gerontology (1998) Adelaide Declaration on Ageing. *Australasian Journal on Ageing*, 17(1): 3–4.
8. Joseph Rowntree Foundation (1999) Developing a Preventative Approach with Older People. The Stationery Office, London.
9. Lawton MP, Moss M and Dunamel LM (1995) The quality of life among elderly care receivers. *Journal of Applied Gerontology*, 14(2): 150–171.
10. Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J and Nolan J (2002) Longitudinal Study of the Effectiveness of Educational Preparation to Meet the Needs of Older People and Carers: The AGEIN (Advancing Gerontological Education in Nursing) Project. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London (320pp).

D. Nuñez: Health Status a Behaviours of Vulnerable Older Adults: Cultural and Contextual Issues.

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtenerla pueden ponerse en contacto con el autor.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in further information contact to the author.

Conference: “The senses framework: A new approach to working with older people”. Mike Nolan. Prof. de Enfermería Gerontológica. Universidad de Sheffield.

As the world's population continues to age our understanding of the phenomenon of ageing itself increases. Maddox (1996) suggests that we can begin to understand ageing in terms of three 'revolutions'. The first revolution, the demographic one, has changed and is changing the profile of society in most countries such that the major users of health and social care are older people. Interest in the phenomenon of ageing has led to the emergence of disciplines such as gerontology, fuelling the second revolution, that of knowledge and understanding. However, as Bengston et al (1997) note, gerontology as a discipline is 'data rich but theory poor', in other words, we have numerous 'facts' about ageing but rather less in the way of well-developed theories which help us to interpret and gather meaning from such facts. The last revolution, that of seeing ageing as a time of possibility and hope still has some way to go. In this context two key questions are 'do our health and social care systems promote and support ageing as a time

of possibility and hope, and what forms of knowledge and theoretical understandings do we draw on to develop policies in respect of older people?'

Bernard and Phillips (2000) contend that the 1990's saw the emergence of a new language of social policy based on notions of participation and involvement in which the aim was to empower the users of health and social care and treat them as partners in care. As an indication of this several key concepts have emerged in both the academic and policy literatures promoting ideas such as 'successful ageing' (Grundy and Bowling 1999) and health related quality of life (O'Boyle 1997). However, an extensive consideration of the literature on gerontological (gerontic) nursing identified the notion of person or client-centred care as being one of the most pervasive current themes (Nay et al 2000). Although such concepts would appear to promote a positive view of ageing, it is important that we look more critically at them and consider whether they are in fact the most appropriate (Minkler 1996).

So, for example, whilst we promote the idea of partnerships and valuing the knowledge and contribution of older people, most health care systems are based on a vision of the professional as 'expert' and privilege scientific knowledge above the experiential (Barnes 1999). Furthermore, concepts and measures such as Health Related Quality of Life have been devised with a younger population in mind (O'Boyle 1997) and are based primarily on functional criteria which tend to 'loose the human-being' (Kivnick and Murray 1997). To compound matters a vision of successful ageing depends very much on who defines 'success' and what criteria are used to determine if one has aged 'successfully' or not. In a penetrating critique Schiedt et al (1999) argue that successful ageing is based primarily on an absence of disease, high levels of physical and mental functioning and an active engagement with life. Although this is something we would all wish for, defining success in this way excludes many older people, particularly the oldest and frailest, and denies them the opportunity to age 'successfully'. The inherent risk is that we will create a vision of 'super-ageing' to which all of us might aspire, but many fail to achieve (Feldman 1999).

Importantly, a vision of successful ageing, based primarily on the above premises, fails to account for the paradox of ageing in that some older people, despite 'terrible adversity' still view their lives positively, while others with 'minimal discomfort' seem able to enjoy nothing (Evans 1998).

The more we explore the experience of ageing the more obvious it becomes that ageing well is primarily a subjective perception and hinges on, for example, being able to create and sustain a feeling of: **being** (based on a physical, psychological and spiritual identity); **belonging** (sustaining relationships with significant others and our physical and social environments); and **becoming** (pursuing personal aspirations and seeing ageing as a time of continued growth) Renwick and Brown (1996).

An intriguing question that arises is whether a service philosophy, based on the promotion of person-centred care which 'respects others as individuals and is based around their needs' (DoH 2001), is consistent with the subjective experience of ageing well. I would argue that whilst appealing at an intuitive level, it fails fully to acknowledge the interdependent nature of relationships. This was recognised some years ago in the USA when a major taskforce on the future of health care promoted a vision of relationship-centred care which recommended that, in addition to cure and the return of function, that health care should be about maximising 'meaningfulness' in life (Tresolini and the Pew-Fetzer Task Force 1994). This requires an appreciation of the interactions amongst people as the foundation of any therapeutic or healing activity. The idea of a health care system which recognised the value of relationships is an important advance, but there is still a need to explicate the dimensions of such relationships (Tresolini and the Pew-Fetzer Task Force 1994).

Based on an extensive consideration of the theoretical literature (Nolan et al 2001), and one of the largest empirical studies on nursing and older people ever undertaken in the UK (Nolan et al 2002), a new theoretical framework termed the 'Senses Framework' has been developed. This explicitly recognises the nature of relationships and is built on the premise that if individuals do not experience certain qualities in a relationship then they will be unable to sustain this as a meaningful interchange. The framework comprises six 'senses' as listed below:

- | | |
|-------------------|--|
| Security | - to feel safe - physically, therapeutically and psychologically |
| Belonging | - to feel part of something |
| Continuity | - to be able to make and sustain connections and links |
| Purpose | - to have goals to aim for, a feeling of direction |

- Achievement** - to feel you're 'getting there', progress towards goals, a valued contribution
- Significance** - to feel that you, who you are, and what you do matter

Therefore if nurses do not experience feelings of security, belonging, continuity, purpose, achievement and significance in their own jobs they will not be able to create an environment in which older people experience similar feelings. We believe (Nolan et al 2002) that we must promote a vision of gerontological nursing based on 'possibility and hope' and that this requires new ways of working and thinking. The senses framework and relationship-centred care offer one such approach that challenges our traditional view of the way health and social care is delivered, and of the relationships between those giving and receiving care. We should not see this as a professional 'identity threat' but rather rise to the challenge of promoting a health care system that goes beyond cure and restoration and responds appropriately to the paradox that is ageing.

References

1. Barnes M (1999) *Public Expectations: From Paternalism to Partnership, Changing Relationships in Health and Health Services*. Policy futures for UK health, no. 10. Nuffield Trust, London.
2. Bengston VL, Burgessm EO and Parrat TM (1997) Theory, explanation and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology (Social Series)*, **52**(2): 572–88.
3. Bernard M and Phillips J (2000) The challenge of ageing in tomorrow's Britain. *Ageing and Society*, **20**(1): 33–54.
4. Department of Health (2001) *National Service Framework for Older People*. Department of Health, London.
5. Evans S (1998) Beyond the mirror: a group analytic exploration of late life depression. *Ageing and Mental Health*, **2**(2): 94-99.
6. Feldman S (1999) Please don't call me 'dear': older women's narratives of health. *Nursing Inquiry*, **6**: 269–76.
7. Grundy E and Bowling A (1999) Enriching the quality of extended life years: identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Ageing and Mental Health*, **3**(3): 199-212.
8. Kivnick HQ and Murray SU (1997) Vital involvement: an overlooked source of identity in frail elders. *Journal of Aging and Identity*, **2**(3): 205–25.
9. Maddox GL (1996) *The future of ageing: what can we expect? What can we do?* Majorie Cote Memorial Lecture, 28 March 1996, University of Sheffield.
10. Minkler M (1996) Critical perspectives on ageing: new challenges for gerontology. *Ageing and Society*, **16**(4): 467–87.
11. Nay R, Rowell G and Hock S (2000) *Nursing Care of Older People: Developments and Innovations Internationally*. International Council of Nurses, Geneva.
12. Nolan MR, Davies S and Grant G (2001) (Eds) *Working with older people and their families: Key issues in policy and practice*. Open University Press, Buckingham.
13. Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J and Nolan J (2002) *Longitudinal Study of the Effectiveness of Educational Preparation to Meet the Needs of Older People and Carers: The AGEIN (Advancing Gerontological Education in Nursing) Project*. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London (320 pp).
14. O'Boyle CA (1997) Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, **352**(136): 1871–9.
15. Renwick R and Brown I (1996) The Centre for Health Practitioners: Conceptual Approach to Quality of Life. Being, Belonging and Becoming. In Renwick R, Brown I and Nagler M (Eds) *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues and Applications*, 75-88. Sage, Thousand Oakes, California.
16. Schiedt RJ, Humphreys DR and Yorgason JB (1999) Successful ageing: what's not to like? *Journal of Applied Gerontology*, **18**(8): 277–282.
17. Tresolini CP and the Pew-Fetzer Task Force (1994) *Health Professions Education and Relationships-Centered Care: A Report of the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Education*. Pew Health Professions Commission, San Francisco.

C. Flórez Almonacid: El consentimiento informado y el derecho a la autonomía.

Introducción

Aunque parece ser que el concepto ancianidad esta cambiando día a día, factores como la progresiva elevación en la esperanza de vida de las personas y las tendencias sociales, hacen pensar que en los primeros decenios del siglo XXI la población mayor de 60 años supondrá casi una cuarta parte de la población total que viva en países industrializados. En el ámbito sanitario existe una tendencia reconocida a infantilizar a los ancianos y a ejercer sobre ellos una presión paternalista, no beneficiosa, que condiciona lo que debería ser una buena relación terapéutica basada en el respeto por la integridad e individualidad de las personas mayores, así como el reconocimiento del derecho a su autonomía.

La autonomía es considerada un valor en sí misma, independientemente del hecho que traiga beneficios o no al enfermo, en términos prácticos los actos de los sanitarios deberían consistir entonces en la ejecución de las acciones demandadas por el enfermo después de que este ha sido informado acerca de su diagnóstico, tratamiento sus beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento

Creemos que la falta de información es uno de los elementos que en mayor medida contribuyen a menoscabar ese derecho; dependiendo de cómo se facilite la información, la persona podrá decidir y participar en su propio proceso de salud, pero cuando la información se suprime o restringe por la opinión de familiares y profesionales y se considera que los ancianos ya no están en condiciones de entender bien, se le niega el derecho a tomar sus propias decisiones. Este hecho justifica la realización de este estudio cuyo objetivo es determinar si los enfermos / usuarios mayores de 60 años ejercen su derecho a la autonomía cuando dan el consentimiento para realizarles un cateterismo cardíaco o fibrobroncoscopia.

Sujetos y Método

El diseño del trabajo corresponde a un estudio transversal en el cual se incluyeron a 410 enfermos / usuarios de los servicios de Hemodinamia y Neumología del Hospital Reina Sofía de Córdoba a los que se les realizó un cateterismo cardíaco o Fibrobroncoscopia desde Agosto 2001 hasta septiembre 2002. Se ha dicotomizado la edad en enfermos / usuarios mayores de 60 años y menores de 60.

Los criterios de inclusión fueron: usuarios mayores de 18 años; los criterios de exclusión: a enfermos que se les practicó procedimientos de urgencia, con diagnóstico médico de demencia o alteraciones del estado de conciencia: desorientación, estupor, coma.

VARIABLES

Dependiente: autonomía, consideramos que el enfermo ejerce la autonomía cuando ha recibido información sobre qué es el procedimiento, cómo se realiza, riesgos y beneficios.

Predictoras: Edad, género, grado de información (suficiente, adecuada, insuficiente), nivel de estudios, información previa por amigos y/o familiares, realización del procedimiento anteriormente, tipo de procedimiento.

Otras variables: solicitud de consentimiento, clase de consentimiento (escrito, oral), quién solicito el consentimiento (quién realizó el procedimiento, otros), quién realizó el procedimiento, si el procedimiento se desarrolló como él esperaba (mejor, igual, peor), situación laboral, información sobre los derechos y deberes del usuario.

Para todas las variables se consideró la opción no sabe / no contesta y dato faltante.

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario de preguntas cerradas; a enfermos / usuarios que previamente habían sido aleatorizados. La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista directa, en la cual se le explicó el propósito de la misma y se le pidió su consentimiento. A los usuarios ambulatorios se entrevistaron inmediatamente después del procedimiento y a los hospitalizados dentro de las siguientes 24 horas del procedimiento.

Para el análisis estadístico se ha comenzado con estadística univariante y bivariante, construyendo posteriormente un modelo de regresión logística paso a paso (introduciendo todas las variables, probando interacciones plausibles y extrayendo secuencialmente los términos con p mayores). La edad se introdujo en el modelo dicotomizada.

Resultados

El grupo de mayores de 60 años representa el 60.5% de la muestra, entre los cuales al 42.2% le realizaron una fibrobroncoscopia y al 57.7% un cateterismo cardíaco; los menores de 60

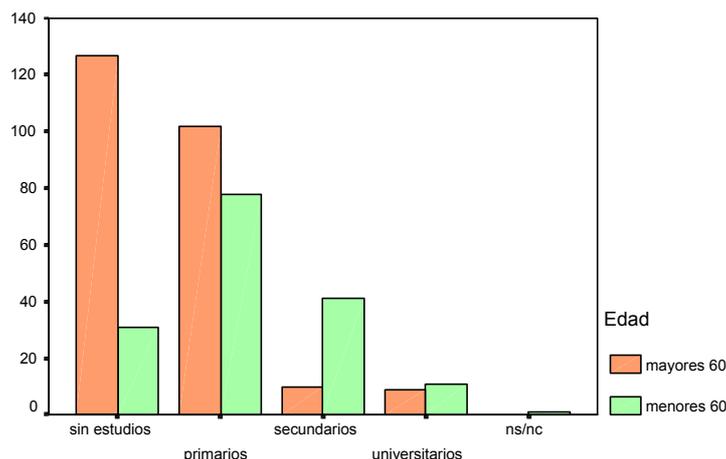
años representan el 39.5%, entre los cuales al 42.6% le realizaron fibrobroncoscopia y al 57.6% cateterismo cardíaco.

La edad media para el grupo de mayores de 60 años es de 70.59 años (IC 95% 69.82-70.39) y para el grupo de menores de 60 años de 49.75 años (IC 95% 48.23-51,26).

En el grupo de mayores de 60 años el 77.8% son hombres y el 22.2% mujeres y en el grupo de menores de 60 años el 69.1% son hombres y el 30.9 % mujeres.

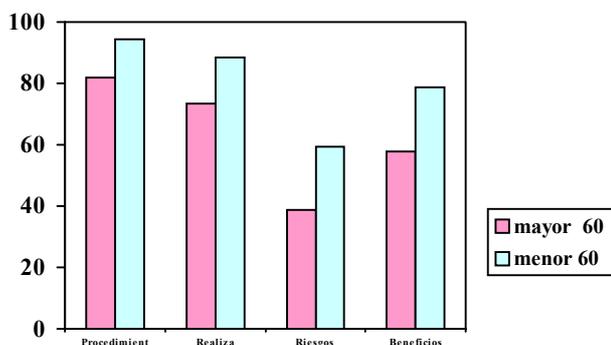
El 51.2% de los usuarios mayores de 60 años no tiene estudios (grafica 1); el 74.2% están jubilados

Nivel de estudios



A los enfermos / usuarios mayores de 60 años se le informa sobre qué es el procedimiento en un 81.9%, cómo se realiza al 73.8%, sobre los riesgos del procedimiento un 38.7% y los beneficios en un 57.7% (grafica 2)

Información recibida sobre Qué es el Procedimiento, Cómo se realiza, Riesgos y Beneficios



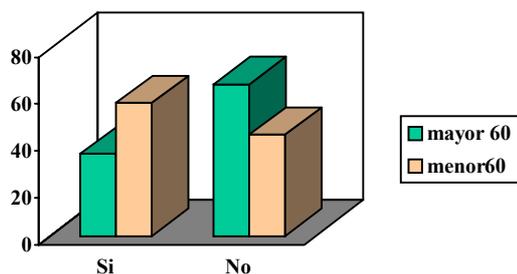
Los usuarios mayores de 60 años manifiestan en un 79.7% que la información recibida fue suficiente y/o adecuada, y los menores de 60 años en un 85.9%.

El 2.4 % de los mayores de 60 años conoce los derechos y deberes de los usuarios y 12.3% de los menores de 60 años.

Al 96% de los enfermos/usuarios se les solicitó el consentimiento por escrito; éste fue solicitado por quien le realizó el procedimiento en un 31.5% en el caso de los mayores de 60 años y en un 46.3% en los menores de 60 años. Si atendemos aquellos consentimientos que fueron solicitados por la enfermera estas cifras se invierten observándose un 56% en el grupo de mayores de 60 y 45.1% en el de menores de 60 años.

El 35.1 % de los enfermos/usuarios mayores de 60 años ejercen el derecho a la autonomía (gráfica 3).

Derecho a la autonomía



Los usuarios menores de 60 años ejercen su derecho a la autonomía con una OR de 2.3 (IC del 95% 1.45-3.90) respecto a los usuarios mayores de 60 años.

Los usuarios a quienes se les realizó un cateterismo cardíaco ejercen el derecho a la autonomía con una OR de 4.34 (IC del 95% 2.62-7.18) respecto a los usuarios a quienes se les realizó una fibrobroncoscopia.

Conclusiones

Existen tres hechos que queremos entresacar y destacar de la interpretación de los resultados obtenidos:

Parece que se ejerce más la autonomía cuando el aspecto sobre el que debe decidir la persona tiene un riesgo mayor (cateterismo: mortalidad 1 por 10.000 / fibrobroncoscopia: 1 por 100.000); lo que sugiere más la idea de utilización del consentimiento como medida de “protección legal” para evitar posibles denuncias y problemas judiciales que como una exigencia moral emanada del propio derecho del paciente a su autonomía: “la participación en las decisiones sobre su salud”.

Parece perdurar el paternalismo hacia los mayores, quizás bajo una concepción equivocada de que “no podrán entenderlo bien” pues a los menores de 60 años se “les da” la oportunidad de ejercer su autonomía 2,3 veces más.

Quizás asociado a esta concepción expresada en el punto anterior: el paternalismo hacia los mayores y al tradicional rol de la enfermera como mujer encargada del cuidado de otros, “haciéndoles” las funciones que las personas no pueden, se delega en la enfermera, con mayor frecuencia, la solicitud del consentimiento en los casos de personas mayores de 60 años. Este concepto choca de frente con las actuales concepciones holísticas más presentes en la disciplina enfermera que en la médica y que contemplan a la persona como el principal actor en sus cuidados. Sin olvidar que según el artículo 10 de la Ley General de Sanidad “el enfermo tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable de su caso” (médico).

Bibliografía

1. Armstrong P; Cole AA: Informed consent: are we doing enough?. J Plast Sug 1997 Dec, 50(8)637-640
2. Newton-Howes PA, Bedford ND. : Informed consent: What do patients want to know?. NZ Med J. 1998 sep 11, 111(1073): 340-342
3. Matot I, Pizov R, Sprung C. Evaluation of Institutional review board review and informed consent in publications of human research in critical care medicine. Critical care medicine. 1998 sep, 26(9): 1596- 1602.
4. Arroyo MP., Cortina A., Torralba MJ., Zugasti J. Aspectos éticos-legales relativos a los ancianos. En : Arroyo MP., Cortina A., Torralba MJ., Zugasti J. Ética y legislación en Enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid 1997
5. Pérez Moreno, Pérez Cárceles. Información pre-operatoria y consentimiento informado en pacientes quirúrgicos. Revista Española de Anestesiología y reanimación. 1998, Abril, 45(4): 130-135.
6. Cardinona Gasco, Vicenta. Confidencialidad y consentimiento informado. Revista Rol de Enfermería. 1998; Nº 234: 21-30
7. Downig MT, Way DP, Caniano DA: Results of national survey on ethics education in general surgery residency programs. American Journal of Surgery. 1997, (3):364-368
8. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA: Parental Desire for perioperative information and informed consent. Anesthesia and analgesia. 1997, vol. 84 (2): 299-306

9. Daugherty CK, Rotain MJ, Mirami H: t control Study of cohort-specific consent and patient in phase I cancer trial. Journal of clinican Oncology 1998 July 16(7).2305-2312.
10. Declaración Universal sobre los derechos de los ancianos. ONU. Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena 1982.

E. González María: Calidad de vida según COOP/WONCA en los mayores de 65 años.

Objetivo

El objetivo del estudio que se presenta es conocer la calidad de vida percibida por la población mayor de 65 años residentes en una zona de salud rural.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo.

Población

La población estudiada fueron residentes en la zona de salud de Nava de la Asunción (Segovia), mayores de 65 años en el momento del estudio, con historia clínica abierta y capaces de responder por sí mismos al cuestionario de calidad de vida. Se entrevistaba cada día a las dos primeras personas que entraban en las 9 consultas de enfermería de la zona y cumplían los requisitos. Participaron 242 personas.

Variables

Para medir la calidad de vida se precisaba un instrumento que pudiera ser autoadministrado, por lo tanto de manejo sencillo, comprensible, breve, utilizable con población general y creado para atención primaria. Las viñetas COOP/WONCA cumplen estas condiciones, además de existir una versión validada en castellano por Lizán y Reig (1999), por lo que fue el instrumento utilizado. Las viñetas COOP/WONCA están constituidas por 9 láminas; cada lámina contiene un ítem referido al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas. Cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida. Estos ítems son: 1 forma física, 2 sentimientos, 3 actividades cotidianas, 4 actividades sociales, 5 cambio en el estado de salud, 6 estado de salud, 7 dolor, 8 apoyo social y 9 calidad de vida; las láminas o viñetas se deben pasar en este orden. Cada lámina consta de un título, una pregunta referida siempre a las dos últimas semanas y a continuación una viñeta con cinco dibujos que acompañan las cinco posibles respuestas; junto a cada dibujo-respuesta figuran por orden creciente los números del uno al cinco en donde el 1 es la puntuación que indica el mejor estado. La interpretación de resultados es individual para cada viñeta, es decir, no se agrupan resultados en un indicador global.

Se recogieron datos relativos a las siguientes variables: edad, sexo, número y tipo de patologías recogidas en la historia clínica, número y tipo de patologías percibidas por el anciano, número de medicamentos consumidos habitualmente según la historia clínica, si vive en residencia de ancianos y nivel de estudios. Esta última variable se clasificó según la siguiente escala: I. analfabeto, II. leer y escribir, III. primaria o "acabó el colegio", IV. secundaria o "siguió estudiando cuando acabó el colegio", y V. universitario. Excepto los datos relacionados con la historia clínica (patologías y número de medicamentos), el resto se obtuvo preguntando a los pacientes, si bien todos eran datos contrastables en los ficheros de las consultas; el tipo de patologías percibidas se formuló como pregunta abierta.

Antes de iniciar el estudio se hizo una sesión de entrenamiento con las 9 enfermeras/os.

Análisis

Las viñetas se analizan individualmente, se da la media y la distribución de resultados para cada una. Igualmente se da la media y desviación estándar en las variables cuantitativas, y proporciones para las variables cualitativas.

Se comparan las puntuaciones medias de cada viñeta según los valores del resto de variables, usando ANOVA o pruebas no paramétricas en el caso de variables cualitativas, y regresión lineal múltiple en el caso de variables cuantitativas. El programa utilizado es EPIINFO 6.04.

En el caso del nivel de estudios se observó que los niveles I, II, y III agrupaban valores homogéneos y diferentes en tres viñetas a los obtenidos en los niveles IV y V. Se agrupan los tres primeros niveles y los dos últimos por separado, a pesar del escaso número de casos en el grupo alto. En cuanto a la edad, para realizar algunos análisis se transformó la variable en

cualitativa, considerando dos grupos alrededor de la media (74 años), entre 65 y 74 años, y mayores de 75 años.

Se analizaron posibles relaciones entre sexo y estudios, edad y las variables número de medicamentos, número de patologías de la historia clínica, número de patologías percibidas, y vivir en residencia, y vivir en residencia con las variables número de patologías de la historia clínica, número de patologías percibidas y número de medicamentos consumidos.

Se utilizan niveles de confianza del 95%.

Resultados

Nuestros resultados nos dan una muestra distribuida del siguiente modo: El 58'3% son mujeres; la media de edad es de 74'4 años (I.C. 95%: $\pm 0'8$), concretamente el 53'3% de la muestra es menor de 75 años; viven en su domicilio el 95'9% (I.C.95%: 92'5-98'0), no cursaron estudios o lo hicieron hasta primaria el 96'3% (nivel I el 3'7%, nivel II el 51'2% y nivel III el 41'3%). El número de medicamentos habituales consumidos es 2'5 (I.C.95%: $\pm 0'25$); perciben 7'5 (I.C.95%: $\pm 0'4$) problemas de salud y finalmente el número de problemas registrados en la historia clínica es de 2'95 (I.C.95%: $\pm 0'3$)

Respecto a los principales problemas de salud percibidos, tal y como la población los ha definido, son en orden decreciente: artrosis, pérdida de visión, HTA, problemas de dentición, insomnio, varices, pérdida de oído, pérdida de memoria, obesidad, problemas afectivos, incontinencia, problemas en los pies, estreñimiento, hemorroides y problemas cardiovasculares; estos quince problemas representan el 77% de todos los que manifestaron. Entre las patologías registradas en la historia clínica las principales son: HTA, artrosis, patología cardiovascular, diabetes mellitus, hiperlipemias, patologías digestivas, obesidad, varices, pérdida de visión, patología prostática, problemas psiquiátricos o afectivos, patología respiratoria y tumores; estas trece patologías representan el 79'3% de todas las registradas

Los resultados de las viñetas se muestran en la tabla 1. La peor percepción es para la forma física y el estado de salud, lo que podía ser esperable dada la edad de nuestra muestra. La mejor percepción es para las actividades sociales y las actividades cotidianas; esto es explicable si tenemos en cuenta el medio en que vive nuestra población, con núcleos pequeños, de población envejecida, con nivel económico bajo, con lazos familiares y de vecindad estrechos, donde la actividad social no es muy influenciada por el estado de salud, excepto cuando surgen problemas de inmovilización.

Tabla 1: Resultados de las viñetas COOP / WONCA

VIÑETAS	MEDIA	I.C. 95%
1 Forma física	3'4	$\pm 0'11$
2 Sentimientos	2'0	$\pm 0'15$
3 Actividades cotidianas	1'8	$\pm 0'14$
4 Actividades sociales	1'4	$\pm 0'11$
5 Cambio en el estado de salud	2'8	$\pm 0'08$
6 Estado de salud	3'1	$\pm 0'11$
7 Dolor	2'5	$\pm 0'17$
8 Apoyo social	2'7	$\pm 0'14$
9 Calidad de vida	2'3	$\pm 0'08$

I.C.: Intervalo de confianza.

En la tabla 2 se muestran los resultados de las viñetas en relación con el sexo, edad, nivel de estudios y vivir en residencia de ancianos. Excepto en forma física, cambio en el estado de salud y estado de salud, las mujeres tienen una peor percepción en su calidad de vida, con mayores diferencias en sentimientos y dolor; sin embargo con mayor edad tan solo hay peor percepción en forma física y calidad de vida. En cuanto al nivel de estudios, se observa una tendencia general donde a mayor nivel de estudios mejor percepción, si bien sólo es significativo en estado de salud, dolor y calidad de vida. Igualmente ocurre con los que viven en residencia de ancianos, cuya tendencia es presentar peor percepción de su calidad de vida aunque sólo significativa en el caso de la forma física; en el caso de las actividades cotidianas tienen una peor percepción los que no viven en residencia de ancianos. Los resultados respecto a nivel de estudios y vivir en residencia se deben interpretar con cautela dado el escaso número de personas con nivel de estudios alto o viviendo en residencias.

Tabla 2: Resultados de las viñetas según las características sociodemográficas del paciente.

VIÑETAS	SEXO			EDAD			ESTUDIOS			RESIDENCIA		
	MUJER	HOMBRE	P	<75	>75	P	BAJO	ALTO	p	SI	NO	p
1 Forma física	3'4	3'4		3'2	3'7	<0'0001	3'5	3'1		4	3'4	0'02
2 Sentimientos	2'4	1'6	<0'0001	2	2'1		2'1	1'6		2	2	
3 Actividades cotidianas	1'9	1'6	0'02	1'8	1'9		1'8	1'4		1'1	1'8	0'03
4 Actividades sociales	1'5	1'2	0'02	1'4	1'4		1'4	1		1'7	1'4	
5 Cambio en el estado de salud	2'9	2'8		2'9	2'8		2'9	2'9		3'1	2'8	
6 Estado de salud	3'2	3'1		3'1	3'3		3'2	2'3	0'003	3'2	3'2	
7 Dolor	2'8	2'1	<0'0001	2'5	2'5		2'6	1'4	0'02	1'9	1'5	
8 Apoyo social	2'9	2'4	0'0002	2'8	2'7		2'8	2'6		2'9	2'8	
9 Calidad de vida	2'4	2'1	0'0002	2'2	2'4	0'03	2'3	1'7	0'01	2'3	2'3	

Se muestra el valor de p únicamente cuando es significativa

Se observó que a más edad más medicamentos, pero no mayor número de patologías percibidas ni registradas en la historia clínica. Los que viven en residencia toman más medicamentos que los que no viven en residencia, tienen en promedio nueve años más y tienen mayor número de patologías en historia clínica, pero no hay diferencias en el número de patologías percibidas.

Se analizó la relación entre el resultado de las viñetas y las variables número de medicamentos consumidos, edad, número de patologías percibidas y número de patologías según la historia clínica, mediante regresión múltiple con todas ellas. En la tabla 3 se muestran las variables que persisten en el modelo, una vez eliminadas las variables no significativas. Si bien existe una relación significativa entre estas variables y el resultado de seis viñetas (excepto actividades cotidianas, cambio en el estado de salud y apoyo social), los coeficientes son muy bajos, siendo el mínimo valor para actividades sociales (0'06) y el máximo para estado de salud (0'22). La variable que está siempre presente en las seis viñetas es el número de patologías percibidas. Tan sólo en forma física, actividades sociales y estado de salud el número de medicamentos consumidos parece tener mayor peso que las restantes variables analizadas.

Tabla 3. Resultados de las viñetas según características sanitarias del anciano

VIÑETAS	r ²	NÚMERO DE MEDICAMENTOS	EDAD	Nº PATOLOGÍAS HISTORIA CLINICA	Nº PATOLOGÍAS PERCIBIDAS
1 Forma física	0'15	0'08	0'03		0'05
2 Sentimientos	0'14			0'09	0'1
3 Actividades cotidianas					
4 Actividades sociales	0'06	0'08			0'04
5 Cambio estado de salud					
6 Estado de salud	0'22	0'1			0'099
7 Dolor	0'15				0'15
8 Apoyo social					
9 Calidad de vida	0'13				0'077

Se señalan los coeficientes de determinación y los coeficientes Beta con significación estadística en la regresión múltiple.

Por último se muestran en la tabla 4 las diferencias de puntuación para cada viñeta entre los que presentan patologías de la historia clínica o patologías percibidas y los que no las presentan. Las diferencias son en todos los casos negativas, es decir, con peores resultados para quienes presentan la patología. Para este análisis se realizó ANOVA o Kruskal-Wallis.

Tabla 4. Relación entre las viñetas y las patologías de historia clínica y percibidas.

Viñetas / Patologías de historia clínica									Patología	Viñetas/ Patologías percibidas								
V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9		V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9
									Cardiovascular	0'3			0'3		0'3		0'3	
		0'4						0'2	Obesidad	0'3		0'6				0'5		
0'3									Diabetes									
	0'4							0'4	Hiperlipemia					0'3				
	0'6								P. respiratoria									
					0'3	0'5			Artrosis			0'4			0'3	0'9		0'2
0'3					0'6	0'6			Varices									
									Hemorroides						0'2			
	0'9	0'5	0'6					0'5	P. afectivos		0'9	0'6	0'4		0'4	0'5		0'5
									P. Audición									0'2
									Pérdida memoria		0'4				0'2			
									Insomnio		0'4			0'2	0'3	0'5		0'2
									Estreñimiento	0'3					0'3			
									Incontinencia	0'2		0'6		0'2	0'4	0'5		0'3
									P. dentición		0'3							
			0'4		0'3				P. digestivos									
									P. pies	0'3	0'7				0'2	0'5		0'2

Se muestran las diferencias estadísticamente significativas

Las viñetas que se relacionan con un mayor número de patologías tanto de historia clínica como percibidas son estado de salud, dolor y calidad de vida. Las patologías percibidas por el anciano que se asocian con peor resultado en un mayor número de viñetas y por tanto con peor calidad de vida en más dimensiones son, por orden decreciente, problemas afectivos, incontinencia, insomnio, problemas en los pies, artrosis, patología cardiovascular y obesidad. En cuanto a las patologías de la historia clínica, las que se asocian con peor resultado en mayor número de viñetas son problemas psiquiátricos o afectivos, varices, obesidad, artrosis y problemas digestivos. Estas diferencias entre la influencia de las patologías de historia clínica y percibidas se puede deber a un peor registro en la historia clínica de síntomas y problemas considerados menores, o de difícil solución desde las consultas, como por ejemplo pérdida de audición, problemas no traumatológicos en los pies, etc.

Conclusiones

Los resultados de este estudio se muestran coherentes con otros estudios sobre calidad de vida en mayores de 65 años y con los que utilizan las viñetas COOP/WONCA, donde las mujeres presentan peor percepción en su calidad de vida que los hombres, y con menos estudios existe una tendencia a tener peor percepción. Esta tendencia se observa igualmente entre quienes viven en residencia de ancianos. Al contrario que en otros estudios que utilizan las viñetas COOP / WONCA, en éste no se observa peor calidad de vida al tener más edad; esto puede deberse a que nuestra muestra abarca un intervalo de edad relativamente corto comparándolo con los mencionados estudios, en donde la edad es desde los 15 años y las diferencia que se encuentran no son muy grandes.

Considerando conjuntamente edad, número de medicamentos, número de patologías de la historia clínica y número de patologías percibidas, es ésta última la que explica mejor el resultado de las viñetas, si bien débilmente. Los problemas afectivos (ansiedad, depresión, angustia) tanto percibidos como de la historia clínica, son los que se asocian con peor resultado en mayor número de viñetas.

El principal interés del estudio reside en conocer la calidad de vida desde el punto de vista de los pacientes, y fundamentalmente en conocer qué es lo que el paciente percibe como problemas de salud que tienen relación con su calidad de vida, ya que parecen existir un número importante de problemas percibidos, considerados “banales” en la consulta, que condicionan la calidad de vida tanto como otros problemas considerados más importantes por los sanitarios.

E. Nieto García: Representación social que tienen los cuidadores de personas dependientes respecto a la atención de los profesionales de enfermería de A. Del C. S. Delicias.

Introducción

Una de las claves para el éxito de las instituciones sanitarias, es la orientación hacia el usuario. No por casualidad, el Plan Estratégico del INSALUD, incorpora este elemento como pieza básica en su desarrollo (1).

El progresivo incremento de la esperanza de vida en los países desarrollados conlleva un aumento del grupo de personas mayores de 65 años (2). En este grupo se presenta una elevada prevalencia de patologías crónicas, algunas de éstas y especialmente en los mayores de 75 años, resultan invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda sanitaria, social y familiar. En esta situación aparece el cuidador familiar, que es la persona o personas que atienden al individuo dentro de la propia familia (3), El perfil del cuidador es de una mujer, hija o esposa de la persona afectada, de una edad media de 56-57 años, que en un 90% tienen estudios medios- bajos, (primarios), que se dedica actualmente al trabajo doméstico, y con un nivel socioeconómico medio- bajo (4,5).

En un reciente estudio sobre los costes invisibles de la enfermedad, los cuales se valoran en una unidad de medida de tiempo, se ha calculado que el 88 % del coste recae en personal no remunerado: "el cuidador". Además sabemos que el cuidador principal, tiene un riesgo incrementado de padecer morbilidad psíquica y física: las quejas más frecuentes son los problemas de artralgias, cefaleas, astenia, tristeza, e insomnio (5).

La opinión de estos cuidadores es desconocida sobre la atención que recibe por parte del personal de Enfermería, sobre la visión que tiene la persona que ejerce el rol del cuidador sobre el apoyo que recibe por parte de estos profesionales(6).

Las preguntas que nos planteamos algunos profesionales de la Enfermería giran en torno a la necesidad de conocer las demandas de estas personas, la valoración que hacen de nuestra labor, las necesidades no expresadas, estas cuestiones tienen como objetivo la mejora y el incremento de la ayuda que reciben o podemos ofrecerles.

Si mejoramos la atención y el apoyo que podemos proporcionar a estas personas que cuidan de otros, contribuiremos en primer lugar a mejorar su salud y a afrontar las dificultades que acompañan a su situación y también mejoraremos la salud de la población dependiente.

El usuario es quien mejor nos puede indicar la calidad de nuestro servicio, al aportar su opinión sobre los elementos generadores de satisfacción o insatisfacción (7).

Justificación

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (8) no define con claridad quienes deben ser los profesionales que realicen las diferentes actividades. Esta falta de objetivos por profesional, trasciende a los usuarios, quienes no tienen muy claro que tipo de servicios deben/pueden demandar al profesional de Enfermería. Actualmente las Direcciones de Enfermería de las diferentes Áreas de Salud de AP están realizando esfuerzos para mejorar esta situación. Se han realizado campañas de divulgación de la actividades/servicios que la Enfermería presta (9) Según las indicaciones de la Unión Europea (U.E). Para la atención al paciente dependiente, la 1ª prioridad consiste en dar servicios a la Familia, para mejorar la calidad de vida de paciente y cuidador En alguno de estos puntos la Enfermería de A.P. debería ser dadora principal de esta prestación. (10). En la bibliografía técnica de cuidados de Enfermería, se describen dos diagnósticos de Enfermería de la taxonomía NANDA relacionados directamente con los cuidadores: Cansancio en el desempeño de rol de cuidador, definido como: "la dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia", y Riesgo de cansancio de desempeño de rol de cuidador, definido como: "El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia" (11) Y en los cuales las intervenciones sugeridas para la resolución del problema, siguiendo la clasificación NIC, son:

1. Apoyo al cuidador principal
2. Asistencia de mantenimiento en casa
3. Potenciación de roles
4. Estimulación de sistemas de apoyo
5. Apoyo a la familia
6. Asesoramiento
7. Cuidados intermitentes

8. Estimulación de la integridad familiar
9. Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
10. Grupo de apoyo

Entre otras. La primera intervención es la que más se identifica con casi la totalidad de las intervenciones hacia los cuidadores. **Apoyo al cuidador principal**, el cual se define como el suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios(12).

Mejorar la accesibilidad del usuario al personal de Enfermería es un paso fundamental dentro de la gestión de un Centro de Salud (C.S.).

Habitualmente es el cuidador la persona que realiza la mayor parte de los cuidados que necesita el paciente dependiente y es quien acude al personal de Enfermería para buscar soluciones, información, afrontar problemas o recibir consuelo.

Objetivo Principal

Conocer la representación social que tienen las personas cuidadoras de pacientes dependientes de la atención que reciben de los profesionales de enfermería de A.P. del C.S. Delicias.

Objetivos Secundarios

1. Identificar la imagen que tienen los cuidadores/as de los profesionales de Enfermería.
2. Conocer la opinión de las personas cuidadoras con respecto a la adecuación de la actividad realizada por Enfermería a sus necesidades y expectativas.
3. Identificar la percepción del cuidador/a sobre los factores que influyen en la relación con el personal de enfermería.
4. Conocer propuestas de mejoras y alternativas que sugieren las personas cuidadoras para mejorar su situación

Material y método

Dado los objetivos que nos hemos propuesto, que van encaminados a obtener un conocimiento sobre la representación social que tienen los cuidadores de pacientes dependientes, se hace pertinente usar una metodología cualitativa que nos dé una amplia información sobre la perspectiva y vivencias de la población a la que atendemos.

La investigación cualitativa toma como referente teórico el marco de la fenomenología ya que quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del sector social. "Se centra en los individuos y trata de captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones. A este fin se preocupa de entender el mundo subjetivo de los participantes en el estudio." (27). La tarea del fenomenólogo es por tanto aprehender ese proceso de interpretación, intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas"(28)

El discurso social está plagado de imágenes, símbolos, valores, creencias y es a través del análisis de este discurso que es posible recoger el estado de opinión de un grupo con respecto a un tema. (29)

La investigación cualitativa se utiliza para "definir las imágenes sociales y para contextualizar e interpretar, en términos socio culturales concretos, las actitudes y motivaciones básicas de los distintos grupos sociales"(1)"y están orientadas a captar la realidad de forma concreta y comprensiva, a analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigados." (30)

Y dentro de las técnicas cualitativas se ha elegido el uso de entrevistas abiertas. Esta es especialmente adecuada cuando queremos recoger la heterogeneidad de los discursos prototipo o arquetipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista "representantes" de las diversas posturas que pudieran existir. (31)

El discurso social está plagado de imágenes, símbolos, valores, creencias y es a través del análisis de este discurso que es posible recoger el estado de opinión de un grupo con respecto a un tema. (29)

La investigación cualitativa se utiliza para "definir las imágenes sociales y para contextualizar e interpretar, en términos socio culturales concretos, las actitudes y motivaciones básicas de los distintos grupos sociales"(1)"y están orientadas a captar la realidad de forma concreta y comprensiva, a analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigados." (30)

Y dentro de las técnicas cualitativas se ha elegido el uso de entrevistas abiertas. Esta es especialmente adecuada cuando queremos recoger la heterogeneidad de los discursos prototipo o arquetipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista "representantes" de las diversas posturas que pudieran existir. (31)

Por otra parte decir, que es la técnica más apropiada a las condiciones del grupo estudiado, debido a que es una población que dispone de poco tiempo libre. El empleo de esta técnica también nos posibilita el que el investigador acuda al domicilio del paciente sin que él tenga que desplazarse y con ello abandonar sus tareas de cuidador principal. Con esto también ganamos en confianza del sujeto entrevistado pues al ser abordado en su propio espacio puede sentir mayor libertad para expresar su punto de vista.

Posteriormente se realizará la transcripción y análisis de las entrevistas, esta etapa forma parte de la Técnica de entrevista ya que esta es registrada magnetofónicamente y transcrita mecanográficamente, resultando un texto para analizar. (33)

Para identificar a la población se ha utilizado el registro de inmovilizados del centro del año 2002. En este registro viene especificado la presencia /ausencia de cuidador, así como su nombre y parentesco

- Criterios de inclusión:
- Mujeres cuidadoras con relación de familia
- Mujeres cuidadoras profesionales, que pasen en el domicilio del paciente mas de 12 horas al día, diurnas.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores de enfermos institucionalizados recientemente
- Enfermos que carezcan de cuidador
- Enfermos que vivan solos
- Enfermos fallecidos antes de realizar la recogida de datos.
- Enfermos que cambien de domicilio o zona básica antes de realizar la recogida de datos.
- Mujeres cuidadoras profesionales, que pasen en el domicilio del paciente mas de 12 horas al día, nocturnas, ya que no tienen relación con las Enfermeras del Centro de Salud

Cuidadores o enfermos asignados al cupo de la investigadora. Al realizar la propia enfermera asignada las entrevistas podría ocasionar un sesgo a favor de la enfermera para mantener una buena relación con ella.

La captación se realizó a través de llamada telefónica directa del investigador al cuidador, y se concertó la entrevista en el domicilio del cuidador, para facilitar la aceptación, ya que hay que considerar la dedicación de 24 horas del cuidador y la falta de tiempo libre para otras actividades que incluyan desplazamientos.

Se decidió realizar dos entrevistas por profesional, seis en total

Resultados

Imagen de los profesionales de Enfermería:

Los cuidadores tienen una visión del personal de Enfermería como profesional autónomo, que realiza su trabajo con un alto grado de profesionalización. La opinión expresada por parte de los entrevistados es que estos profesionales realizan sus servicios con eficacia, una atención con un alto grado de eficiencia:

"creo que puede hacer muchísimo a cualquier cosa que necesite la enferma, porque ummhh me parece que es bastante competente"

Esta percepción de profesionalización se ve respaldada por las actividades que reconocen cómo tareas de la Enfermera, principalmente las funciones técnicas, que son las que conocen, y las que históricamente se han vinculado con el trabajo de este colectivo: los cuidados de la piel, el control de la Tensión Arterial, realización de analítica.

"...pues ha habido una relación muy buena porque ella viene todos los meses, la toma la tensión, la mira lo del azúcar le hace el análisis, la ve y la cura porque"

Aparte de la realización de labores técnicas las personas entrevistadas valoran muy positivamente la información y educación sanitaria sobre la enfermedad y los cuidados que pueden proporcionar estos profesionales.

"me han dado información para cuidar a mi madre que tiene Alzheimer, y el curso que hicimos en el centro estuvo fenomenal"

La demanda de atención dirigida a la cuidadora es mayor en las personas que realizan sus tareas por motivos familiares que en aquellas que lo realizan profesionalmente.

“cuando estas estresada, pues como dice ella vente a hablar aquí y ya está”

las cuidadoras opinan que aunque no conozcan exactamente otras funciones,, la enfermera estaría capacitada para ofrecerles más ayuda en caso de que fuera necesario

“no se que más cosas le pueden pasar pero creo que ella estaría capacitada para resolverlo, es muy profesional, si bueno yo estoy segura de que no habría problemas”

Según opinan las informantes, en la coordinación entre el médico y el paciente, el profesional de la Enfermería ocuparía un papel relevante, siendo un puente para resolver problemas, dudas o situaciones que pueden ser competencia del profesional médico pero que pueden primero pasar por el tamiz de enfermería, quien tiene una visión más cercana y cotidiana del paciente y del cuidador:

“cuando pasa algo a la señora pues entonces la llamamos la primera a ella y ella nos dice si es ella quien nos lo resuelve o si ella no puede pues se lo dice a la doctora y entonces se acercan las dos, o nos dice ella la solución al problema,, o nos llama la doctora”

Opinion/Satisfacción:

Los cuidadores tienen una visión muy positiva de la atención que reciben por parte de estos profesionales y se sienten satisfechos con esta relación.

“creo que tengo una atención muy buena”

Un factor importante, es la accesibilidad a la Enfermera. La atención directa y la disponibilidad manifestada por estos profesionales son vividas como un elemento fundamental del servicio que reciben::

“y lo hace y no le importa venir mas veces, si tiene que venir pues ya está, viene incluso todos los días, está muy pendiente de nosotros”.

El hecho de tener asignado un solo profesional de enfermería, que observa la evolución de los acontecimientos cotidianos y vitales, les aporta una sensación de seguimiento y continuidad en los cuidados

“la enfermera de la señora es Alicia, siempre ha sido ella”

La adecuación a los horarios, la puntualidad en las citas o en las visitas, la percepción de no hacerles perder tiempo, es uno de los elementos que destacan de la asistencia que se les presta

“siempre ha venido bien, siempre a tiempo, siempre, bien si me han dicho esta tarde pues esta tarde, a primera hora, a primera hora”

Aceptación/ Rechazo:

Los aspectos humanos de la atención son los más agradan a los cuidadores: el trato cordial, la amabilidad, refleja la necesidad de que exista un tono cálido y personal en la relación:

“pues la amabilidad con la que tratan al enfermo con cariño, le tratan con mucho cariño”

La empatía es un factor mas a tener en cuenta.

“que si además el carácter de ella es también muy abierto como el mío yo yo creo que si que congeniamos en ese sentido”

Mejoras

La atención que reciben por parte de estos profesionales es bien valorada y aceptada, con lo cual resulta difícil que hagan críticas o sugerencias dirigidas a la atención sanitaria que reciben por parte de los profesionales de Enfermería. Aún así, hay una petición que confiesan que les haría su tarea mas fácil, y es la accesibilidad inmediata a través del teléfono.:

“Para mi sería lo del teléfono,pero hay momentos en que yo necesito algunas veces, porque el venir es absurdo, es que no es para nada, solamente es para hacer una pregunta,”

De cualquier modo, el grosor de las demandas se relaciona con la falta los recursos sociales y no tanto con la asistencia que reciben de los profesionales de Enfermería

“, yo me he visto impotente total, sin ayuda ni apoyo de ningún medio social,

Discusión

Aparece como resultado más importante, que la atención de Enfermería, en el marco de la Atención Primaria, ha ocupado un espacio importante en el cuidado de la salud de la población.

Este espacio, antes vacío, ha sido ocupado por el personal de Enfermería al demostrar un alto grado de profesionalidad, un trabajo constante, bien dirigido y que llega a los usuarios de forma

clara. Así como, el compromiso que adquiere el personal de Enfermería, con el usuario, respecto al nivel de exigencia que el usuario demanda.

La definición de tareas que la enfermera debe realizar en relación con un paciente dependiente y su cuidador, no es concretada por parte de los cuidadores, pero no supone un conflicto, pues no tienen dudas respecto a quién van a solicitar ayuda en caso de necesitarlo, ese profesional al que solicitan colaboración y ayuda es la enfermera.

Las labores técnicas, aquellas que culturalmente han sido transmitidas a los cuidadores como las funciones propias de los profesionales de Enfermería, ya que siempre se han realizado en el ámbito hospitalario, se mantienen íntegras, no han sido desdibujadas al estar la Enfermera en el ámbito de la salud pública y comunitaria.

Pero las tareas que el personal de Enfermería, incluye en la prestación de sus servicios, desde la reforma de la sanidad en la década de los '80, dirigidas fundamentalmente a la protección de la salud y prevención de la enfermedad, no están integradas en el discurso de los cuidadores, funciones que se realizan tanto hacia ellos como hacia las personas que precisan sus cuidados. En particular uno de los objetivos principales, que los profesionales de Enfermería, se plantean para el cuidado del cuidador, que es la evitación de problemas de salud derivados del cansancio del rol del cuidador.

El cuidador ve una unión imprescindible entre el personal de Enfermería y Medicina, para sentirse completamente atendido, de una forma integral. Y que la enfermera aparece como agente de contacto del cuidador hacia el equipo sanitario (Médico – enfermera) del que depende.

Los cuidadores exteriorizan su opinión a cerca de la satisfacción sentida en relación con la atención del Personal de Enfermería de una forma clara y explícita. Sin “peros”, lo que representa una visión muy positiva hacia el colectivo.

El éxito de esta relación se ve influenciado por la accesibilidad percibida por el cuidador para contactar con la enfermera, tanto a niveles asistenciales como personales:

En el ámbito asistencial, la respuesta rápida a sus demandas, la adecuación de horarios en función de sus peticiones, la organización del tiempo y del servicio en general.

Y a escala personal, la accesibilidad se demuestra con los aspectos relacionales que el profesional de Enfermería maneja de una forma profesional: la empatía, la escucha, el trato cordial, la amabilidad... Estos factores hacen que el cuidador no tenga reparos en acercarse al personal de Enfermería para buscar colaboración, ayuda y consejo.

Otro de los componentes más importantes de la relación con el profesional de Enfermería es el clima de confianza, que la enfermera fomenta. Esta confianza se afianza, gracias, a la asignación de una única enfermera como responsable de sus cuidados, que sigue todo sus procesos de una forma secuencial y continuada.

En general no plantean mejoras en la atención de los profesionales de enfermería. Se sienten satisfechos en su totalidad con el servicio.

Las demandas de cambios que plantean, son respecto a ayudas en prestaciones sociales, precisan un servicio social más integrado en el sistema sanitario.

Recomendaciones

Desde las Instituciones sanitarias se debería favorecer una clarificación sobre las funciones y tareas de las que los profesionales de Enfermería de Atención Primaria son responsables y hacer llegar esta información a los usuarios del servicio.

Desde la organización de los centros de Salud se debería ofertar servicios especiales para el cuidador, como cursos para evitar el estrés, cuidados mínimos al paciente dependiente, o mejoras de la autopercepción del cuidador, por ejemplo. Implicando de forma individual al cuidador a través de su enfermera, y fomentando su seguimiento personalizado.

De la misma forma se debería implicar más a la Enfermera responsable, del paciente y del cuidador, en la gestión de los recursos sociales disponibles, creando un sistema sociosanitario implicado con las personas, y dirigido a tratar la ayuda real de cada necesidad.

A niveles institucionales se debería dar una mayor cobertura de servicios sociales, con mayor variedad, para llegar a todos los cuidadores.

La Enfermera de los centros de Salud debería tener reflejada su productividad de TSI individual y no grupal, esta identificación de pacientes reafirmaría el trabajo del personal de Enfermería en los Equipos de Atención Primaria de Salud.

Para próximos estudios sería interesante aportar la visión de esposas cuidadoras, que no han salido reflejadas en este estudio, así como evitar la inferencia que se produjo al exteriorizar la entrevistadora su calidad de enfermera, lo que ha podido inferir en el discurso.

Bibliografía:

- 1 Plan estratégico. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de la Coordinación Administrativa. 1998. N. Publi. INSALUD:1996.
- 2 Ministerio de asuntos sociales. La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el periodo de 1986-2010. Madrid. 1991.
- 3 López Pisa R.M. Maymó Pijuan N. Giró Bulta E. Atención Primaria, En: Martín Zurro A., Cano Pérez JF. Manual de Atención primaria. Ed. Doyma. 1987; 234.
- 4 Gomez M^a L, Poleo A. Perfil de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de Salud. Diciembre del 1997. 686-694)
- 5 Rubio M.L, Sanchez A. Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿ Se trata de un paciente oculto? Atención Primaria. Vol 16nun. 4.15 Septiembre 1995. 181-186.
- 6 Búsqueda bibliográfica cuidador- enfermera- percepción. CUIDEN, MEDLINE
- 7 García León, D. " El estado de la atención primaria según los usuarios" I jornadas de Promoción y Educación par la Salud C.U.S.P. 1994.
- 8 Cartera de Servicios, documento del INSALUD. Edit Misterio de Sanidad y Consumo 2001.
- 9 Folleto. En el cuidado de su salud... consulte a su enfermera. Area XI. INSALUD. MADRID.
- 10 Consejo de la Unión Europea Documento de Febrero 2002..
- 11 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2001-2002. Hartcourt.2001.
- 12 McCloskey, J. Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería(CIE) Nursing Intervencions Clasification (NIC) 2^{ao} Edición. Editorial Síntesis.1999.
- 13 Memoria 2001, C. S. Delicias INSALUD. MADRID.

E. Oltra Rodríguez: Úlceras por presión y su relación con el final de la vida.

Introducción

La prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes inmovilizados es uno de los grandes campos de actuación de los profesionales que componen los equipos sanitarios, especialmente de las enfermeras, tanto en los hospitales como en la atención primaria de salud (APS). Tanto la eficacia de la prevención, como la calidad del tratamiento se consideran criterios de valoración de la calidad global de los cuidados.

La valoración del riesgo de UPP, cuantificado mediante escalas, siempre se ha tenido como un importante instrumento para planificar las medidas de prevención⁽¹⁾.

Sin embargo en los pacientes terminales o en final de vida, la realidad puede ser otra y la prevención primaria una utopía frustrante para los cuidadores, por no obtener con ella los resultados deseados. Clásicamente se ha postulado que en la aparición de UPP existen factores sistémicos como son los trastornos inmunológicos, las alteraciones en el transporte de oxígeno, las deficiencias nutricionales, las alteraciones de la eliminación y otros factores locales más específicos de la piel como son el déficit de perfusión cutánea o de hidratación^(1,2,3). En los pacientes en final de vida confluyen un gran número de factores de riesgo debido al gran deterioro físico general que sufren.

Señalar, como ejemplo, que Waterlow en su índice de riesgo de úlcera por presión, valora la situación de terminalidad y le da una gran importancia, atribuyendo 8 puntos a lo que él denomina estado terminal, frente a los 3 puntos que adjudica a la doble incontinencia o a los 4 que atribuye a la movilidad nula, entre otros ítems ⁽²⁾.

En la práctica clínica cotidiana, es frecuente ver cómo muchos profesionales, de forma empírica, consideran la aparición o empeoramiento importante de las úlceras por presión en pacientes terminales, un indicio de final cercano, partiendo siempre del supuesto de que la persona esté recibiendo unos cuidados adecuados.

Objetivos

1. Conocer la evolución del estado de la piel y del riesgo de úlceras por presión (UPP) en un grupo de pacientes terminales y en otro similar de pacientes inmovilizados.
2. Estudiar el estado de la piel como signo de situación terminal y como factor de mortalidad.

Ámbito y diseño

El estudio se realizó en una población mixta rural / semi-urbana, correspondiente a la zona básica de salud del municipio de Llanera – Asturias, que cuenta con unos 11.000 habitantes y cuya atención sanitaria está a cargo de un equipo de atención primaria en funcionamiento desde hace 15 años. Este estudio fue realizado por un grupo de 5 enfermeras.

Se identificó a los pacientes inmovilizados de la zona básica de salud en un corte transversal, que resultaron ser 48. Se elaboró un cuestionario que recogiese sus características. Se les hizo

un seguimiento del estado de la piel y del riesgo de padecer UPP mediante las escalas Norton modificada y Braden ^(1,2,4,5,6,7,8).

A lo largo del periodo estudiado (6 meses), la población total es dividida en dos grupos: Grupo de pacientes terminales (15), aquellos que entraron en un estado diagnosticado como terminal y grupo de pacientes inmovilizados (33) que no entraron en dicho estado. Al segundo grupo la última evaluación se realiza a los 6 meses y al primero al exitus, que en todos los casos se produjo antes de finalizar el estudio.

Tanto los pacientes inmovilizados como los terminales se clasificaron siguiendo las definiciones de Cartera de Servicios del INSALUD.

Se excluyeron aquellos pacientes que:

- Al inicio del estudio presentaban un pronóstico de paciente terminal.
- Su inmovilidad tuviese una causa psico-social, que impidiera su desplazamiento autónomo fuera de sus hogares, pero que no les limitase su movilidad física normal.
- Residiesen en una institución y no en su domicilio o en el de algún familiar.

Análisis

Se ha realizado el siguiente análisis estadístico:

Una descripción univariante de las características generales de la población mediante porcentajes y medias con desviación estándar (DS).

Un análisis bivariado, teniendo en cuenta los dos subgrupos por un lado y el conjunto de variables potencialmente diferenciadoras por otro (características de los sujetos). Igualmente se ha estudiado la existencia de asociación estadística entre subgrupo y estado de la piel. Para ello se han utilizado las pruebas de Chi cuadrado (el nivel de significación es de $p < 0,05$) y T de Student. Finalmente se valoró la concordancia entre las escalas utilizadas mediante el coeficiente Kappa.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa informático SPSS.

Resultados

1. Características de los sujetos:

En la población total estudiada al inicio de las valoraciones, cabe destacar las siguientes características generales:

Predominaba la inmovilización tipo cama/sillón sin desplazamiento o con desplazamiento mínimo (70,8%) frente al encamamiento total (10,4%) y a la silla de ruedas sin autonomía de movimiento (18,7%).

El 33,3% había tenido algún episodio de UPP antes del estudio.

El cuidador informal principal era de sexo femenino (cuidadora) en un 91,7% de las ocasiones (hija: 37,5%, nuera: 14,5%, esposa: 6,2% y otras: 51,8%).

El cuidador informal secundario también era femenino en un 50%, frente a un 31,2% masculino. Destacando que un 18,8% de los inmovilizados no tenían ningún cuidador secundario, con la sobrecarga de trabajo que esto supone para el cuidador primario.

El nivel sociocultural del grupo se podría distribuir: 0% muy alto o muy bajo, 8,3% alto, 47,9% medio/alto, 35,4% medio/bajo y 8,3% bajo.

Entre los terminales la media de edad se situaba en los 85,7 años (DS 7,2) y entre los no terminales era 82,8 (DS 12,1). Respecto a la distribución por sexos, entre los terminales había un 26,7% de hombres y un 73,3% de mujeres y entre los inmovilizados 32,9% hombres y 77,1% mujeres.

Ni en el sexo, ni en la edad se encontraron diferencias estadística entre ambas subpoblaciones (sexo, $p=0,35$; edad, $p=0,69$)

Tampoco ambos grupos eran estadísticamente diferentes en los siguientes parámetros estudiados:

Número de patologías encontradas en terminales \bar{x} (media)= 4,68 (DS 1,8) y en no terminales \bar{x} = 4,31 (DS 1,8), siendo $p=0,51$.

Número de tratamiento farmacológicos que realizaban los pacientes terminales \bar{x} = 3,37 (DS 1,7) y los no terminales \bar{x} =3,53 (DS 2,6), siendo $p=0,92$.

Tiempo de inmovilización de los terminales \bar{x} = 28,4 meses (DS 30,8) y de los inmovilizados \bar{x} = 47,5 meses (DS 36,8), siendo $p=0,06$.

Cuidador principal ($p=0,28$) y secundario ($p=0,17$), nivel socioeconómico ($p=0,23$), tipo de inmovilización ($p=0,08$), antecedentes de UPP ($p=0,10$).

La única variable que apareció con una diferencia entre ambas subpoblaciones estadísticamente significativa fue el tipo de inmovilización, con una $p=0,014$. Que quizás responda a la mayor gravedad del proceso terminal, con el mayor encamamiento que eso supone.

2. Comparación del estado de la piel en ambas subpoblaciones:

A continuación se puede observar cómo ambas subpoblaciones al inicio del estudio eran similares tanto en porcentajes de estado de la piel (íntegra/alterada en relación con las UPP) como en las puntuaciones obtenidas en las escalas de Braden y de Norton (Gráficos del 1 al 4). En la valoración inicial, la piel estaba íntegra en un 78,7% en la población que no falleció y en un 66,6% en la que fue éxitus. En la valoración final (a los 6 meses o al éxitus, si este ocurrió antes), la piel estaba íntegra en un 81,8% en la primera población, lo cual supone que había mejorado en un 3,1% de los pacientes, pero había descendido hasta un 40,0% en la segunda población, lo que significa que había empeorado en un 26,6% de estos pacientes terminales en el momento de su fallecimiento (Gráfico 1).

Los pacientes que se ulceraron se duplicaron en la población no éxitus en los seis meses, pero se multiplicaron por 8 en la población de pacientes que fallecieron, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p=0,002$) (Gráfico 2). Incluso se ha obtenido un riesgo de muerte de los pacientes que se ulceraron 3,3 veces, de media, mayor que en los que no se ulceraron (Para un intervalo de confianza del 95%, la ratio de riesgo se encontraba entre 1,65 y 6,8).

La escala Norton detecta que en 6 meses incrementó el riesgo en la población de inmovilizados no éxitus en 0,8 puntos y en la población que falleció en 3,0 puntos. (Gráfico 3)

La escala Braden detecta que en 6 meses incrementó el riesgo en la población no éxitus en 0,8 puntos y en la población que falleció en 3,3 puntos. (Gráfico 4)

Las diferencias en la valoración al inicio del estudio, cuando ningún paciente tenía pronóstico de "terminal" (era uno de los motivos de exclusión) no eran estadísticamente significativas ($p=0,76$ para la escala Norton al inicio respecto a ambas poblaciones y $p=0,94$ para la Braden). Existe una correlación aceptable de los valores cuantitativos obtenidos en ambas escalas. Coeficiente Kappa (Coeficiente máximo de concordancia excluido el azar) = $0,38 \pm 0,06$.

Conclusiones

Las características del grupo de pacientes terminales, incluidas las de los cuidadores informales ^(10,11) y con la excepción del tipo de inmovilización, no difieren de las del grupo de inmovilizados no terminales y el equipo profesional que los atendió fue el mismo en todos los casos y actuó según los protocolos consensuados, dentro de los programas de "Paciente inmovilizado" y "Paciente terminal" acreditados en el Área Sanitaria al que pertenece este centro de salud.

A pesar de lo expuesto en el punto anterior, el comportamiento de la submuestra de pacientes terminales, en lo relativo al estado de salud de su piel y a la predicción de riesgo con las escalas empleadas, fue diferente al del grupo general de inmovilizados no terminales, presentando mayor riesgo y mayor deterioro (Gráficos 1 a 4).

A la vista de los resultados, estos parecen confirmar la idea general de que el estado de terminalidad es un factor de alto riesgo para la aparición de úlceras por presión y así mismo parecen sugerir que la ulceración de la piel, en pacientes inmovilizados cuyos cuidados sean los adecuados, podría interpretarse (dentro del contexto global del paciente) como uno de los indicios predictores de acercamiento al final de la vida.

Las conclusiones presentadas, en ningún caso pueden justificar un abandono o una mala atención a los pacientes en final de vida en lo referente a los cuidados de su piel. Si bien parece que en los últimos momentos y como consecuencia de la cascada de deterioro orgánico que acontece irremediablemente en quien está en su última etapa, no siempre es posible evitar las úlceras de piel en términos absolutos. La prevención secundaria y terciaria de las mismas, dentro de un plan de cuidados paliativos globales y respecto a la piel en particular evitan sufrimiento, son un derecho de los pacientes y una prioridad ética de primer orden de los profesionales.

Bibliografía

1. Elorriaga Ameyugo B, Royo Pascual D, Garcia Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cervantes Y, Cayón Cuarental P, Buisán Pelay R et al. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid. Ed. INSALUD, 1.996; p. 25-40.

2. Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Madrid. Ed. Grupo Masson. 1.998; p. 49-68 y 135-141.
3. Alcalá A, Almendáriz MJ, Caja T, Casamada N, Martínez JR, Oltra E. Heridas crónicas y agudas. 100 preguntas más frecuentes y soluciones. Barcelona. EDIMSA, 1.999; p. 22-28.
4. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 1.987, Jul-Aug 36:4 205-210.
5. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1.994, Dec 17:6 459-70.
6. Bergstrom N, Braden B. Predicting pressure ulcer risk a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. Nurs Res 1.998. Sept-oct 47:5 261-9.
7. Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Rol de Enfermería. Abril 1.997; N° 224, p. 23-30.
8. Fortes Alvarez JL. Pulido de la Torre MD. Torres Alaminos MA. Revenga Arranz F. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. Atención Primaria. 1, 1.997; Vol. 19: 51-56.
9. López E. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid. Ed. Panamericana. 1.998. p. 59-64.
10. Domínguez Alcón C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Index de Enfermería. 1.998; VII – 23.
11. Francisco C, Mazarrasa L. Cuidados informales. Rol de Enfermería. 1.995; 202.

Nota: Por razones de edición se han eliminado los gráficos a los que el texto hace referencia. Las personas interesadas en los mismos deberán solicitarlos a los autores.

Ponencia: VI Programa Marco

Octavi Quintana Trias. Directorate F – Life sciences: Research for health. Comisión Europea.

NOTA: Por razones ajenas al autor de la conferencia, a fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtener las diapositivas pueden ponerse en contacto con la secretaría del Encuentro.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in slides of the presentation contact the secretariat.

Día 23 de Noviembre

Mesa Redonda: Atención domiciliaria: modelos y nuevas tecnologías

Video-Conferencia: Nick Santamaría. Australia

NOTA: Por razones ajenas al autor de la conferencia, a fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtener las diapositivas pueden ponerse en contacto con la secretaría del Encuentro.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in slides of the presentation contact the secretariat.

J. Pérez Gómez: La calidad de vida en el paciente sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) consiste en el deterioro lento y progresivo de las funciones renales (formar la orina y mantener la homeostasis) como consecuencia de la destrucción irreversible de las nefronas. Se trata de un concepto funcional que en la práctica significa una disminución crónica con la consiguiente elevación de la creatinina plasmática.

La capacidad de adaptación del riñón es muy amplia y por ello, la situación patológica es bien tolerada hasta que solo quedan intactas un número mínimo de nefronas, que es cuando se ven afectados todos los órganos y sistemas y se desarrolla el cuadro conocido como síndrome urémico o sencillamente uremia.

La IRC puede ser provocada por enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, hipertensión no controlada, obstrucción del tracto urinario, trastornos vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos. Y aunque, como

vemos, las causas son muy diversas, después de un periodo variable desembocan en una situación terminal muy similar en todas ellas. En el estadio final de la enfermedad la supervivencia del paciente depende del mantenimiento de la diálisis o del trasplante renal. Dentro de la diálisis existen dos modalidades diferenciadas que serán la hemodiálisis que en la práctica clínica se viene considerando el tratamiento básico y rutinario de la insuficiencia Renal Crónica Terminal y la diálisis peritoneal.

La Diálisis Peritoneal (DP) es una técnica de diálisis intraabdominal, en la que se utiliza el peritoneo como membrana dializante. Por medio de un catéter, se accede a la cavidad peritoneal, donde introduciremos un líquido con unas características determinadas que hace que por convección y difusión pasen líquidos y tóxicos, que hay en exceso en la sangre, a través del peritoneo a este líquido y que posteriormente podamos drenar al exterior una vez saturado. Aunque su uso está siendo cada vez más frecuente, ha sido una técnica poco estudiada y usada, quizás por los problemas de infección que presentó en un principio, actualmente esos grandes problemas han quedado minimizados, al conseguir unos accesos peritoneales más seguros, unos líquidos de diálisis más fisiológicos y a la vez más fiables en su envasado, tendente a evitar las infecciones que se producían por esta causa, así como una serie de máquinas para DP, de fácil uso para un personal no experto, pero con un conocimiento de asepsia, facilitando con un sencillo adiestramiento su uso por parte del propio paciente en su domicilio.

Al considerarla menos cruenta y asequible a la mayoría de los pacientes y familia, hemos considerado oportuno realizar un estudio para conocer la Calidad de Vida del paciente sometido a esta técnica.

Tras la búsqueda bibliográfica consultada en diferentes bases de datos (CUIDEN, LILLACS, MEDLINE y CSIC), observamos que la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en España es menos utilizada si la comparamos con otros países de nuestro entorno. Además los estudios realizados de calidad de vida, están fundamentalmente basados en parámetros analíticos sanguíneos y líquidos usados, que ciertamente van a ser unos buenos indicadores de eficacia y de mejoría o empeoramiento del estado general del paciente, en otros casos los estudios que priman son de carácter psicológico, pero escasean resultados de estudios realizados con parámetros enfermeros y los que entran en ello lo hacen muy tímidamente. Por todo ello nos entusiasma llevar a cabo este estudio, del cual la comunicación hoy expuesta es un avance. En él nos marcamos tres objetivos:

1. Conocer la calidad de vida de los pacientes con DPCA, en su entorno natural.
2. Conocer cómo influye esta técnica en la modificación de valores y creencias.
3. Conocer el grado de implicación de la familia en el proceso.

Metodología

Se ha realizado un estudio cualitativo observacional, descriptivo y trasversal de la totalidad de la población en tratamiento con DPCA, dependiente del Servicio Andaluz de Salud en la Provincia de Granada, mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas, siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y con observación en su ámbito natural. Las entrevistas fueron hechas en parejas de entrevistadores y grabadas en cassette, previo consentimiento informado y asegurando el anonimato del entrevistado y tras darles una información sobre los objetivos del estudio y técnicas a utilizar. En caso de que fuera deseo de los entrevistados, se les permitió la presencia de un familiar durante el transcurso de la entrevista (en ocho de ellas hubo familiar presente).

Se han transcrito literalmente todas las entrevistas y posteriormente, se ha hecho un análisis del contenido

Resultados

De los 15 sujetos de estudio localizados en un principio, 8 mujeres y 7 hombres, finalmente se entrevistaron a 12, ya que uno de los pacientes había fallecido (por accidente de tráfico) y otros dos rehusaron participar en nuestro estudio.

El intervalo de edad de éstos es amplio oscilando entre 25 y 69 años. Procediendo 9 de ellos de medio rural, con unas distancias del Centro Hospitalario de Referencia de hasta 190 Km.; y los 6 restantes de Granada capital. En el nivel educativo predomina el primario aunque también se da el medio y superior. Con respecto a su actividad laboral, cuatro de ellos están en activo, trabajando dos durante media jornada y los otros dos con jornada completa, el resto son pensionistas. Todos viven en su domicilio y acompañados, salvo la de mayor edad que vive sola pero muy próxima a dos hijos casados. Cuatro no tienen hijos, permaneciendo dos de

ellos solteros. Como característica general de la unidad familiar destaca estar compuesta por pocos miembros, lo más común solo dos, en uno de los casos si se excede este número.

El tiempo que llevan en Diálisis Peritoneal está en torno a los 2 años. En cuanto a las causas que han originado la Insuficiencia Renal son heterogéneas, destacando las Infecciones Urinarias y la Diabetes Mellitus de tipo 1 y de muy prolongada evolución.

Aunque para nuestro estudio hemos seguido los Parámetros Funcionales de Marjory Gordon, debido al tiempo asignado a la comunicación solo expondremos cuatro de ellos:

- **Percepción de la enfermedad.-** Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y como maneja su salud. También incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de salud, adherencia a prácticas preventivas, prescripciones médicas o enfermeras y seguimientos de cuidados. Destacamos que en ninguno de los casos tienen, ni han tenido sensación de gravedad, si les impactó el tener que someterse a técnicas cruentas, fundamentalmente pensado en que la única opción era la hemodiálisis, a la cual todos le veían numerosos inconvenientes. Ante esta situación a la que se enfrentaban, fue en el Servicio de Nefrología donde se le planteó esta posibilidad, salvo en un caso que fue la propia paciente por información obtenida a través de un familiar, escogieron la Diálisis Peritoneal, destacando el elevado grado de satisfacción que todos manifiestan con ella, incluso aquellos que han padecido infección peritoneal, continúan con ella: “no comprendo como no hay más personas que utilicen este método”, comentaba una paciente. Nos ha sorprendido que el trasplante renal no es opción anhelada, hasta se niegan, uno nos decía: “Virgencita que me quede como estoy” . Dos sí han sido trasplantados: uno sufrió un rechazo y espera un nuevo trasplante y el otro ha sido trasplantado recientemente. El grado de adherencia a la técnica y el seguimiento de prescripciones médicas y enfermeras es satisfactorio, en algunos estricto pero nunca obsesivo y centrado en la enfermedad. Esto último quizás esté justificado por el hecho de que existen largos espacios en el tiempo sin visitar el centro de referencia y depender poco de estos.
- **Patrón de Autoconcepto-Auto percepción.-** Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. La percepción de las capacidades cognitivas, afectivas y físicas han mejorado desde que están en DPCA en todos los casos, el sentido general de la valía es muy satisfactorio, siendo en algunos casos apoyo y ayuda en actividades de la vida diaria a otros familiares, y las limitaciones que se han observado en este aspecto han estado motivadas por otras patologías que padecen. Sí se ve afectada, al menos en un 50% de los casos, los cambios de imagen, que le ha supuesto algunas modificaciones, como la talla en la vestimenta: “parezco una bola, no me puedo comprar la ropa que me gustaría”.
- **Rol-Relaciones.-** Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles. Los compromisos y relaciones familiares y sociales, si se han visto afectadas al menos en algunas de sus manifestaciones. Y aunque pueden viajar, ya que la casa proveedora les proporciona el material necesario allá donde vayan, la gran mayoría opta por no hacerlo al considerar los trastornos que pueden ocasionar en el domicilio familiar al que se trasladan, una nos comentaba “Me ha gustado tanto viajar y ahora no puedo”. Pero es de reseñar que en todos los casos las relaciones familiares, y en algunos las sociales, se han visto fortalecidas. Siendo todos ellos, menos en un caso, autónomos en sus cuidados básicos. La actividad laboral está disminuida significativamente aunque hay que considerar que la edad es un factor a tener en cuenta.
- **Valores creencias.-** Describe los patrones de valores, resultados o creencias que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Los Valores creencias que consideran importantes en la vida son preferentemente la salud y la familia, especialmente los hijos, ocupando el primer lugar antes de la salud en aquellos que los poseen. Aunque en uno de los casos en primer lugar era la tranquilidad, y en otro lo más importante, y que no puede realizar, es la cacería hablándonos de ello con pasión y entusiasmo.

Conclusiones

Este estudio no es más que una parte de un proyecto mucho más amplio con el que pretendemos corroborar nuestros resultados mediante un análisis comparativo, con una muestra de la población sometida a Hemodiálisis.

Queda patente, como se ha manifestado en los resultados, que la calidad de vida de los pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal es elevada, siempre y cuando se acompañe de una higiene corporal y de hábitat adecuada, y una correcta técnica de lo que es el proceso mecánico.

No cabe duda que el apoyo familiar ha sido de vital importancia en la aceptación y acompañamiento de la enfermedad y en el buen desarrollo de la técnica.

Nos llama la atención que la salud, aunque la consideran importante no es tan prioritaria en su escala de valores.

Vemos que la DPCA ha sido muy aceptada e integrada como algo natural y rutinario en su vida: "hablo con la máquina".

Siendo esta técnica más proclive a la flexibilidad de horarios a la hora de realizarla, que ha de ser preferentemente mientras duerme, disponiendo durante el día de total libertad de movimiento, echamos de menos una mayor incorporación a sus actividades laborales, sino a las previas a otras nuevas según su capacidad: "echo de menos trabajar, podría ser recepcionista o algún trabajo sin esfuerzo". Es probable que se vaya produciendo tal incorporación, conforme vayan aumentando el número de individuos que realicen esta técnica y su posible proceso de naturalización.

Todo ello nos hace pensar y concluir apostando por un futuro en el que prime la diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria dentro de las diferentes posibilidades.

E. A. Mathews: A descriptive study of patients experiences of self care at home after day care surgery in a single Health District in UK.

Introduction

The focus of this study was to describe and explore the patients' lived experiences of day care surgery. In the United Kingdom Day Care Surgery as a method of surgical management has experienced rapid growth. The reason for this appears to be the need to meet Government Health care targets relating to the reduction of surgical waiting lists. Day Care Surgery as a method of managing surgical patients enables hospitals to process large numbers of surgical patients whilst keeping resource costs to a minimum. To improve the efficiency of hospital based services the use of Day Care Surgery as a method of health care management will increase in the future. Indeed the development of Day Care Surgical services is seen as essential in the future modernisation of the National Health Service.

Whilst this method of surgical management may meet the needs of Hospital Trusts and Government Directives, very little is known about patients' views. Moreover anecdotal evidence suggests that health care practitioners are identifying concerns about how day care patients may be left to manage on their own when discharged from hospital.

Research Questions

- Given the above this research study was designed to answer two broad questions:
- What happens to patients at home after day care surgery?
- How do patients manage self - care at home after day care surgery?

Research Aims

To identify what happens to patients at home after day care surgery by analysis of questionnaire data.

To describe how patients' managed self care at home after day care surgery by analysis of semi-structured interview data.

To explore how health care practitioners can develop practice in light of the findings

Research Methods

Data were collected in two stages: Stage 1 involved a purposive sample of adult patients (n=152). Self completed questionnaire were administered on two occasions to three categories of day care surgical patients

(General surgery n=48, Orthopaedic surgery n=55, Plastic surgery n=48); immediately after their initial day care surgical appointment and no later than two weeks after surgery.

Data were analysed for simple frequencies using SPSS.

Stage 2 involved semi-structured telephone interviews with a sub-sample (28) of stage 1 patients selected to represent positive and negative experiences. Data were analysed using ethnographic techniques as described by Strauss and Corbin (1990).

Findings

Findings in this study indicate that the majority of day care surgical patients liked the idea of day care surgery and identified their experiences as positive. Little or no disruption to their daily life or that of their family was identified. They particularly liked going home on the day of surgery and identified few problems during their recovery. Patients particularly liked the speedy nature of the service and felt that it caused little or no disruption to their lifestyle. Certainly the process of day care surgery (from the perspective of this study) appears to be efficient in the way patients are selected for surgery enabling fast access to surgical services.

However patients having more complex and intermediate surgery did identify a number of issues that they felt unsure about when thinking about their experiences at home after surgery. This substantial minority (33%) described surprise at the longevity and degree of post-operative morbidity they experienced. They described feeling abandoned after discharge from hospital with little or no support from health care professionals. Moreover when support was given the information they received was confused and unclear, reinforcing their feeling of abandonment. Women more than men described that they felt pressured into returning to unpaid household activities within the home very quickly after surgery. Indeed in some instances women having intermediate surgery were cooking and cleaning within hours of being discharged from the hospital. Men described returning to paid work on the day or following morning after surgery. The reason for this appears to be economic. During recovery at home a variety of post-operative symptoms were experienced by patients. Yet little or no information had been given to them in regard to how they problem solved or evaluated changes in their surgical progress.

Patients described the impact that their surgery had on their family and how they coped and managed through the period of recovery. Most patients described that they were surprised at the degree of disability they experienced after surgery and that they were unprepared for the limitations this placed on their mobility and ability to perform everyday activities. Thus suggesting that patients are unprepared for their experiences and that their expectations about their activities at home following surgery are unrealistic.

Findings also indicated that the burden of caring for someone after surgery has shifted from hospital based to community services. Moreover that the social and economic burden of care is carried by the family (particularly women), who are given little if any support from health care organisations. Indeed patients were unprepared for managing self-care at home after surgery with little or no information relating to the specific concerns that they identified.

Recommendations for practice

Given the findings the following recommendations for practice are focused around two areas.

Informational needs of day care patients, and the development of procedural support systems for patients after discharge from hospital.

Information

- Information should be gender specific to meet the different needs of men and women.
- Information needs to be surgery specific to enable patients to evaluate their surgical progress.
- Information needs to be clear and continuous across all health care groups who are in contact with day care surgical patients
- Lay carers should be involved during the information giving process about self-care at home after day care surgery.

Procedural

- Clear routes of communication between hospital and community based services.
- Re-enforce current hospital based support systems for the first 24hrs after surgery e.g. pro-active telephone service
- Initial contact with community services directed by hospital staff rather than patients.
- Formal surgical follow up by GP or community nursing service.

S. Sancho Viudes: Evolución y análisis del programa de atención domiciliaria en Mallorca: Propuesta de mejora.

Introducción

La atención domiciliaria es una de las estrategias básicas de intervención de los equipos dentro del marco de la Atención Primaria de Salud (APS)¹, situándose entre los programas prioritarios de salud y bienestar social por una serie de motivos:

- la tendencia al envejecimiento de la población, (se estima que en año 2006 el grupo de edad de personas > de 75 años habrá aumentado un 38% con respecto a 1991)²
- el aumento de esperanza de vida (más acentuado en mujeres)³
- el aumento de las tasas de dependencia tributario del descenso en años recientes de las tasas de natalidad y fecundidad³
- la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral (tradicionalmente cuidadoras informales de ancianos y discapacitados)³

En el área de salud de Mallorca se han llevado a cabo una serie de iniciativas relacionadas con la atención domiciliaria:

En el año 1993 se puso en marcha el Programa de Atención Domiciliaria (PAD)⁴, con la finalidad de “facilitar la atención sanitaria a todas las personas que, por su problemática social o sanitaria, tuvieran algún impedimento para desplazarse al centro de salud (CS), así como conseguir la coordinación necesaria entre todas las instituciones implicadas, sociales y sanitarias, para que la atención a estos pacientes y familias pudiera llevarse a cabo en las condiciones adecuadas”.

En el año 1996 la unidad de cuidados paliativos (UCP) del Hospital Universitario de Son Dureta y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) firman un acuerdo institucional para dar apoyo a la atención domiciliaria de enfermos oncológicos en situación terminal y se empieza a aplicar el Plan de cuidados de enfermería al paciente terminal y su familia⁵.

En 1999 se pone en marcha un equipo de soporte a la atención domiciliaria (ESAD), con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta a los pacientes incluidos en el PAD⁶.

En el año 2000 se institucionaliza en el área el informe de enfermería tras el alta hospitalaria para los pacientes que necesitan continuidad de cuidados⁷. También en ese año se inicia el Programa de atención al anciano³ (PAA) en el área de AP de Mallorca.

Objetivos

1. Analizar los resultados de las evaluaciones del PAD desde su puesta en marcha hasta el año 2000.
2. Realizar propuestas de mejora con respecto a la atención domiciliaria.

Método

Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se han revisado:

- la actividad asistencial de las enfermeras en visitas domiciliarias programadas, 1994-2000
- los informes de evaluación del PAD desde su puesta en marcha hasta el año 2000, en los que constan los indicadores de evaluación propios de la gerencia de atención primaria (GAP) de Mallorca⁸⁻¹²
- los indicadores de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD (SGAP) de los servicios relacionados (servicio 313 y 314) desde el año 1998 a 2000¹³⁻¹⁴
- los indicadores del PAD con ESAD, 1999-2000⁶
- las actividades de formación continuada organizadas por la GAP de Mallorca con respecto a la atención domiciliaria (1993-2000)
- los proyectos de investigación sobre atención domiciliaria realizados en el ámbito de AP de Mallorca.

Resultados/discusión

En primer lugar se ha revisado la actividad programada de atención domiciliaria de enfermería (Tabla 1) cuyos datos se refieren a pacientes inmovilizados y a pacientes terminales incluidos en el PAD. Estos datos en el año 1994 y 1995 se obtuvieron de la evaluación del PAD, donde el nº de visitas era el declarado por los responsables del programa en cada CS. A partir del año 1996 se obtienen de los registros de actividad diaria de enfermería, recogidos por el sistema de información de la GAP. Se observa un aumento considerable del número de visitas y de la

128

población incluida a lo largo de los años, atribuible a la extensión del modelo de AP reformada (Tabla 2) y por tanto a la adhesión de los nuevos equipos de atención primaria (EAP) a los programas y protocolos vigentes en el área.

Tabla 1. Actividad programada de atención domiciliaria de enfermería

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Número visitas enfermería (PAD)	11.582	22.311	51.843	54.766	69.529	87.867	97.011
Población incluida	1.546	2.403	3.425	3.726	4.297	4.868	4.553

Tabla 2: Numero de equipos de atención primaria según nuevo modelo

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Número de Centros	19	21	28	30	33	34	34	39

Con respecto a los pacientes inmovilizados la cobertura va aumentando durante el periodo 1994-1998 (Gráfico 1). En el año 1999-2000 hay un descenso de la cobertura atribuible a un cambio de criterios de inclusión y al método de recogida de los datos. Inicialmente se realizaba por declaración de los profesionales y a partir de la evaluación del 1999 se realiza por auditoria de historias clínicas, con estrictos criterios de inclusión. En este sentido, el seguimiento de la actividad asistencial que se realiza en la GAP no nos ha manifestado un descenso en la actividad domiciliaria programada (Tabla 1).

Se observa una mayor cobertura en la zona urbana que en la rural, este hecho puede ser atribuido a que las plantillas de los centros urbanos tienen una mayor dotación de enfermeras, las infraestructuras técnicas (informatización) y de personal administrativo son mayores y la dispersión geográfica es menor que en los centros rurales.

El número de pacientes inmovilizados a los que se les realiza valoración conjunta entre el médico y la enfermera tiende a aumentar a lo largo de los años (Gráfico 2). Se observa una diferencia entre los registros de Palma y de la zona rural seguramente debido al motivo anteriormente comentado referido a la dotación de plantillas de enfermería.

En el Gráfico 3 se observa que a partir del año 1995 aumenta de una manera importante el porcentaje de pacientes inmovilizados con al menos 4 visitas anuales y se mantiene en un nivel alto (entre el 83,8% y el 99,1%) en el resto de los años, tanto en Palma como en la zona rural, lo cual indica que los pacientes incluidos en PAD reciben un mínimo de visitas programadas anuales.

En relación con la cobertura de pacientes terminales (Gráfico 4), se observa que en el año 96 existe un pico probablemente debido al apoyo de la UCP y la AECC en la atención a estos pacientes y a la puesta en marcha de un Plan de cuidados de enfermería para el paciente terminal y su familia⁵. Posteriormente podemos observar una ligera disminución de la cobertura hasta el año 1999, que vuelve a aumentar ligeramente en el año 2000, probablemente influenciada por la puesta en marcha del ESAD.

Se observa una mayor cobertura en la zona rural, creemos que podría ser debido a que el cuidado informal en domicilio está más instaurado en la población rural que en la urbana.

Respecto al número de pacientes terminales a los que se les ha realizado una valoración conjunta (médico-enfermera) (Gráfico 5), si observamos la línea referida al área de Mallorca, va aumentando a lo largo de los años estabilizándose a partir de 1997 en un nivel muy alto (90%).

A los pacientes terminales incluidos en PAD se les debe realizar un mínimo de 1 visita semanal (Gráfico 6), en la línea del total del área observamos que este indicador va aumentando, estabilizándose en cifras superiores al 80% a partir de 1997.

En el año 2000 se ha realizado la evaluación del Servicio 313: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y el Servicio 314: atención a pacientes terminales, evaluándose las historias de pacientes atendidos exclusivamente por el EAP, los que la atención ha sido compartida con el ESAD y los que han sido atendidos exclusivamente por ESAD.

En la siguiente tabla se señala el resultado sintético de la norma técnica (NT), (el estándar definido por la SGAP para la NT de inmovilizados es del 81% y la de terminales del 50%).

Tabla 3: Resultado sintético normas técnicas

Resultado sintético		
	Inmovilizados	Terminales
EAP	81,17%	49,62%
EAP-ESAD	80,67%	69,14%
ESAD	90,17%	62,48%

Podemos observar que los resultados en inmovilizados se encuentran en el estándar de la SGAP cuando los pacientes son atendidos por EAP y por EAP con soporte del ESAD, mejorando algo cuando son atendidos exclusivamente por el ESAD.

En el caso de la atención a pacientes terminales mejora cuando se atiende a estos pacientes con soporte del ESAD.

La siguiente tabla recoge las actividades de formación continuada relacionadas con la atención domiciliaria y organizadas por la Unidad de Docencia de la GAP, desde el año 1993 hasta el año 2001.

Tabla 4: Actividades formativas GAP

año	Actividad formativa	horas docentes	nº participantes
1993	Curso atención al proceso terminal	20	38
1994	Curso atención al proceso terminal	24	35
	Geriatría	9	13
1995	Cuidados paliativos enfermos oncológicos terminales		
	Taller manejo de las úlceras por presión	17	23
1996	Cuidados paliativos enfermos oncológicos terminales:		
	Dolor	8	37
	Atención psicosociales	8	36
	Control otros síntomas	8	32
	Taller plan de cuidados estandarizado paciente terminal	15	41
	Demencias	10	23
1997	Taller:		
	Dolor	8	21
	Otros síntomas	8	21
	Curso atención domiciliaria para trabajadores sociales	9	23
	Seminario de actualización en salud mental: proceso de duelo	9	19
1998	Técnicas de consejo asistido en la atención a enfermos en fase terminal	12	19
	Curso básico de cuidados paliativos	12	23
1999	Taller de geriatría básica	13	18
2000	Taller valoración geriátrica integral	4	20
2001	4 Talleres sobre el Programa de atención al anciano		43
	Sesiones ESAD:	8 (32 total)	624
	• Uso de morfina	nº sesiones	
	• Uso de co-analgésicos	17	
	• Manejo de la vía subcutánea	7	
	• El enfermo terminal geriátrico	13	
	• La atención a la agonía en el domicilio	8	
	• Síndromes geriátricos: el delirium Manejo de síntomas en el enfermo terminal	11	
	• Control de síntomas	5	
	• Control de síntomas	1	
	• Vía Central	10	
	Proyecto de formación Gestión de Cuidados de enfermería	38	85

Así mismo desde el año 1997 se vienen realizando rotaciones/reciclajes por la UCP del Hospital Universitario de Son Dureta, generalmente la rotación es de una semana de duración.

Tabla 5: Rotaciones

Año	Profesionales
1997	2 enfermeras
1998	6 enfermeras
1999	10 enfermeras

En cuanto a proyectos de investigación, enmarcados en la línea “calidad de vida, discapacitados y terminales” seguida por la GAP desde hace años se señalan a continuación los proyectos financiados por agencias evaluadoras externas, en los últimos años:

Tabla 6: Proyectos de investigación

FIS 93/0479	Periodo terminal de los pacientes oncológicos. Duración, calidad de vida y uso de servicios sanitarios.
FIS 96/0851	Atención a pacientes oncológicos terminales: actitudes, dificultades y necesidades formativas de los médicos y enfermeras de Atención Primaria
FIS 96/1676	Valoración de las necesidades no cubiertas en ancianos >74 años confinados en su domicilio
FIS 97/0026-00,01	Características del SIDA en fase terminal: evaluación clínica, calidad de vida y uso de servicios
FIS 99/0542	Variaciones en los recursos sanitarios y no sanitarios utilizados en la atención a los pacientes con accidente vascular cerebral: impacto sobre los costes y los resultados

Conclusiones

- Se ha producido un aumento tanto de la actividad relacionada con la atención a pacientes inmovilizados y terminales como de la cobertura poblacional alcanzada.
- Los programas en los que se sustentan estas actuaciones se han ido revisando y modificando a lo largo de estos 7 años. También se han producido modificaciones en los sistemas de registro, en los criterios de inclusión y en los indicadores empleados para su evaluación.
- La creación del ESAD como nuevo recurso específico para la atención domiciliaria se ha traducido en una mejora en la calidad de la atención prestada.

Propuestas

- Integrar las acciones que se realizan en atención domiciliaria y que actualmente están recogidas en tres documentos diferentes: el PAD, el PAA y el Programa de atención domiciliaria con ESAD de la SGAP (PAD-ESAD).
- Unificar los soportes de información de los diferentes programas; hoja valoración del individuo y la familia (PAD), hoja de valoración del anciano (PAA), hoja de atención en domicilio, etc. adaptándolos a la historia clínica informatizada.
- Extender la informatización integral (historia clínica, registros de actividad asistencial, interconexión con otros niveles asistenciales,...) a todas las zonas básicas de salud.
- Proponer indicadores que evalúen la calidad asistencial. Evaluación anual del informe de enfermería al alta.
- Adaptar las plantillas de profesionales a las necesidades reales de la población.
- Organizar actividades de educación para la salud a grupos de cuidadores de pacientes incluidos en PAD.
- Organizar la creación de grupos de voluntariado social para el apoyo/acompañamiento a familias con pacientes incluidos en PAD.
- Potenciar la coordinación con los organismos e instituciones tanto de servicios sanitarios de otros niveles asistenciales como de servicios sociales con competencias en este ámbito.
- Proseguir con la línea de formación continuada en temas de atención domiciliaria en general, atención a pacientes terminales, atención al anciano, etc. Así como continuar con el proyecto de formación en gestión de cuidados de enfermería según la adaptación del modelo de Virginia Henderson.
- Desarrollar proyectos de investigación relacionados con la atención a domicilio.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud, Dirección general, Subdirección General de Atención Primaria. Líneas de actuación en Atención Primaria. Madrid: SGAP, SGAS; 2000.
2. Institut Balear d'Estadística, Conselleria d'Economia i Hisenda. Padrón Municipal de Habitantes PMH-1996. Palma de Mallorca: Institut Balear d'Estadística; 1998.
3. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Programa de atención al anciano. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 2000.
4. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Programa de Atención Domiciliaria. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 1995
5. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Plan de cuidados al paciente oncológico terminal y su familia. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares. 1996
6. Instituto Nacional de la Salud, Dirección general de atención primaria y especializada, Subdirección General de Atención Primaria. Programa de Atención Domiciliaria con equipo de soporte (ESAD). Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa, INSALUD; 1999.
7. Dirección territorial INSALUD-Baleares. *Informe d'infermeria a l'alta*. Palma de Mallorca, 1999
8. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Programa de Atención Domiciliaria. Informe del pilotaje. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 1993.
9. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Programa de Atención Domiciliaria. Informe-evaluación, 1994. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 1995.
10. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. Programa de Atención Domiciliaria. Informe-evaluación, 1995. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 1996.
11. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD Baleares. *Informe de la verificació de l'evaluació del Programa de Atenció Domiciliaria, any 1995 document intern*. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria, INSALUD Baleares; 1996.
12. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, INSALUD. Indicadores de la medición del producto. Documento interno. Palma de Mallorca: Gerencia de atención Primaria; 1993.
13. Instituto Nacional de la Salud. Manual de procedimientos. Evaluación de la Cartera de Servicios 2000. Madrid: INSALUD, 2000.
14. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección general de atención primaria. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa INSALUD, 1999.

P. Basalobre López: Altas en contra de la opinión clínica (A.C.O.C) de toxicómanos activos en una unidad de enfermos infecciosos.

Introducción

De acuerdo a un estudio piloto, la incidencia de *altas voluntarias/altas por fuga (AV/AxF)* en el servicio de Enfermos Infecciosos del HGU Gregorio Marañón en los 5 primeros meses de 1998 fue 12,3 veces superior a la media hospitalaria (7.03% vs 0,57%). Se trataba de enfermos con procesos infecciosos agudos sobre la base de una infección por VIH y/o una politoxicomanía asociada, que en un 42% de los casos volvió al hospital en un plazo inferior a 15 días.

Además de los riesgos que comporta para la salud pública por la alta prevalencia en este tipo de pacientes de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, con una incidencia creciente de procesos multi-resistentes, este comportamiento se asocia a un incremento innecesario en el consumo de recursos:

Alta tasa de reingreso de pacientes, que no sólo vuelven sino que además lo hacen más deteriorados, a los que hay que repetir pruebas diagnósticas (sobrecargando innecesariamente el servicio de Urgencias), y en los que los costosos tratamientos antibióticos, además de haber sido inefectivos, pueden haber quedado inutilizados por el alto riesgo de resistencias microbianas asociadas a un tratamiento antibiótico subóptimo.

En un estudio realizado en la Unidad de Enfermos Infecciosos del H.G.U. "Gregorio Marañón" sobre cumplimiento terapéutico³, los autores describen la toxicomanía activa como un factor que condiciona la adhesión al tratamiento. Y la hospitalización es un requerimiento íntimamente

ligado a la administración de muchos de estos tratamientos. En sus conclusiones, este estudio recoge la siguiente afirmación: “Los pacientes que además tienen otro tipo de problemas, como la adicción a drogas, únicamente se plantean la enfermedad en el momento del ingreso hospitalario y muchas veces esta reflexión no es suficiente para conseguir su adhesión al tratamiento”.

La posibilidad de que el abandono precoz del régimen de hospitalización en este tipo de pacientes estuviese muy condicionado por su dependencia de drogas, planteó la necesidad de profundizar en el conocimiento del rol jugado por esta circunstancia, de tal forma que permitiera el diseño de intervenciones encaminadas a su control, aunque solo durase lo que el ingreso. Dicho control podría ser rentable tanto para las arcas del sistema sanitario como para la salud pública y del enfermo.

No se han encontrado en la revisión de la literatura estudios que aborden específicamente el tema del ACOC, y sus consecuencias económicas, en toxicómanos activos ingresados por procesos agudos en unidades hospitalarias.

Existen dos términos administrativos que hacen referencia a nuestro fenómeno de estudio: *Alta Voluntaria* y *Alta por Fuga*, existiendo como única diferencia entre ambos el hecho de que en el primer caso el enfermo, que abandona el hospital sin la autorización del médico responsable, asume explícitamente y por escrito la responsabilidad sobre las consecuencias que se puedan derivar de su acción. En este sentido, el equipo investigador ha considerado la conveniencia de agrupar ambos términos bajo una única denominación: *Alta en Contra de la Opinión Clínica*, en un intento de simplificar y, sobretodo, de reconocer el papel del resto de profesionales sanitarios que, si bien no tienen capacidad legal para firmar el alta de un paciente, si asumen la mayor parte del esfuerzo a la hora de intentar un cambio de actitud en el paciente que quiere abandonar la institución de forma voluntaria.

Objetivo

Establecer la desviación económica en el coste/estancia entre el grupo de pacientes toxicómanos activos con ACOC y Alta Nomal (AN).

Material y Métodos

Diseño: Estudio observacional y prospectivo.

Sujetos de estudio: Toxicómanos activos ingresados en el Servicio de Enfermos Infecciosos del HGU Gregorio Marañón entre el 1/Oct/99 y el 30/Sep/00: 284 sujetos de estudio.

Unidad de Estudio: Episodios de ingreso (EI) de cada uno de los sujetos de estudio, definido como el período comprendido entre el momento de ingreso y su alta médica.

En el caso de pacientes con ACOC este período dependió de la existencia o no de **Reingreso Clínico (RC)**, entendido como el registro *de novo* del paciente en el Servicio de Admisión del hospital en los 15 días siguientes al ACOC (**Reingreso Administrativo**) y con diagnóstico clínico similar o relacionado con el presente en el momento de su marcha prematura:

- A. Sin RC: Desde la fecha de ingreso hasta la fecha de ACOC
- B. Con RC: Todas las estancias generadas por el sujeto de estudio desde su ingreso hasta que fue dado de alta por un facultativo (excluyendo los períodos intermedios en los que no estuvo ingresado).
- C. Pacientes con ACOC, RC y reincidencia de ACOC con o sin RC: Todas las estancias generadas por el sujeto desde su ingreso en el hospital hasta la fecha del último ACOC o alta facultativa (excluyendo los períodos intermedios en los que no estuvo ingresado).

Variables de estudio

Sociodemográficas	Clínicas	Administrativas
Iniciales Nº Hª	Diagnóstico médico al alta Diagnóstico médico al reingreso	Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR) Coste/estancia estimado por GDR Fecha de ingreso Fecha de alta Tipo de alta (Normal/ACOC) Fecha de reingreso Tipo de reingreso (Clínico/Administrativo)

Análisis de los datos

1.- Alta normal

A partir del coste/estancia establecido en nuestra institución para cada GDR en los años 99 y 00 y el número de estancias se estimó el **Coste** de cada **Episodio de Ingreso (CEI)**

Posteriormente se agruparon todos los casos por GDR y se obtuvo un **coste corregido por estancia** ajustado al número de estancias que cada GDR había generado entre los sujetos de estudio. Para ello se dividió el sumatorio del coste de todos los episodios de ingreso por el número de estancias generadas para dicho GDR.

2. ACOC

En el caso de pacientes con ACOC en primer lugar se procedió a recalcularse el GDR en el momento de su alta, con objeto de evitar la homogeneidad que confiere al mismo el criterio administrativo de AV/AxF, utilizando exclusivamente el resto de variables que conforman cada uno de los GDR. Posteriormente, con objeto de calcular el **CEI** de cada uno de los sujetos con ACOC se segregó a los mismos en 4 grupos:

- *Pacientes con ACOC que no cumplieron criterios de reingreso clínico:* El **CEI** fue calculado de acuerdo al esquema explicado para los pacientes con AN.
- *Pacientes con ACOC y reingreso clínico en el Servicio de Urgencias:* El **CEI** fue calculado de acuerdo al esquema anterior sumando al mismo el coste de la asistencia en Urgencias facturado por el hospital para pacientes que no son ingresados en planta (18526 pts en 1999 y 19312 pts en 2000).
- *Pacientes con ACOC y reingreso clínico en la unidad de hospitalización:* El **CEI** se calculó a partir de la suma de cada uno de los sub-episodios de ingreso.
- Para el caso de sujetos con más de un episodio de ACOC para el mismo Episodio de Ingreso se procedió siguiendo el esquema anterior y en el caso de un último reingreso en Urgencias se sumó el coste relacionado con tal asistencia.

Cada **CEI** se dividió por el sumatorio de estancias asociadas a cada sub-episodio de ingreso, calculando un **Coste/estancia corregido nominal**. Todos estos valores se agruparon para el GDR que presentaban los sujetos de estudio en el momento del ACOC, procediendo a calcular el valor medio de los mismos. Así obtuvimos un **coste corregido por estancia** para los GDR asociados a los sujetos con ACOC.

Finalmente se analizó la desviación porcentual del **Coste/Estancia** (recalculado) por GRD en los grupos de pacientes con ACOC y con AN. Los GDR en el grupo de pacientes con AN que no habían generado ninguna estancia en el grupo de pacientes con ACOC se obviaron por no ser relevantes para los objetivos de nuestro estudio.

Nota: Por razones de edición se han eliminado los gráficos a los que el texto hace referencia. Las personas interesadas en los mismos deberán solicitarlos a los autores.

Resultados

1. En torno al 90% de los episodios de ingreso fueron agrupados en 6 GDR: 714 (47.92%), 541 (8.85%), 709 (8.85%), 710 (7,81%), 101 (7,29%) y 715 (7,29%). Esta distribución se mantuvo relativamente homogénea al segregar por tipo de alta.
2. La neumonía en VIH+ (GRD 714) fue el motivo de ingreso más importante.
3. Las desviaciones por tipo de alta (ACOC/normal) en el coste estancia corregido por GDR fueron inferiores al 10%, excepto para los GDR 714 (61,28%) y 89 (-14,22%).
4. Cuando ponderamos las desviaciones entre grupos de acuerdo al peso porcentual de cada GDR por número de estancias generadas en el grupo de ACOC, obtenemos una desviación global del coste generado por el paciente con ACOC del 29,44 %.

GRD	AN		ACOC		Coste/estancia corregido		Desviación		
	n	%	n	%	AN	ACOC	Pts	%	Ponderada
89	6	3,84	1	2,78	52.224 pta	44.931 pta	-7293	-14	-0,39%
96	0	0	1	2,78		149.175 pta			
101	12	7,7	2	5,55	59.552 pta	56.123 pta	-3429	-5,76	-0,32%
316	0	0	1	2,78		70.091 pta			
540	1	0,64	1	2,78	51.997 pta	51.997 pta	0	0	0
541	16	10,25	1	2,78	67.163 pta	65.397 pta	-1766	-2,63	-0,07%
561	0	0	1	2,78		87.295 pta			
580	0	0	1	2,78		91.775 pta			
704	2	1,28	1	2,78	47.234 pta	47.177 pta	-57	-0,12	0%
709	14	9	3	8,33	49.487 pta	47.892 pta	-1595	-3,22	-0,27%
710	13	8,33	2	5,55	47.117 pta	47.598 pta	481	1,02	0,06%
711	5	3,2	2	5,55	38.277 pta	37.603 pta	-674	-1,76	-0,10%
714	74	47,43	18	50	44.197 pta	71.144 pta	26947	60,97	30,49%
715	13	8,33	1	2,78	44.047 pta	44.628 pta	581	1,32	0,04%
Total	156	100	36	100					29,44%

Conclusiones

- El coste estimado por estancia en pacientes toxicómanos activos ingresados por un proceso agudo puede llegar a encarecerse hasta casi un 30% en sujetos con ACOC.
- Es necesaria la puesta en marcha de medidas que disminuyan la incidencia de ACOC en esta población y de estudios que analicen su impacto económico.

Conferencia: “Atención domiciliaria en Europa...una aproximación”. Gonzalo Duarte Climent. Técnico del Servicio de Planificación y evaluación (Servicio Canario de Salud).

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtener las diapositivas pueden ponerse en contacto con la secretaría del Encuentro.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in slides of the presentation contact the secretariat.

M^a.V. Delicado Useros: Percepción de enfermería respecto a las cuidadoras informales de personas dependientes.

Antecedentes

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean la actualidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes. Se define como persona *dependiente* “aquella que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria” (Consejo de Europa, 1998). Estos cuidados (asistencia, ayuda) se realizan en gran medida en el seno de las familias (CIS, 1996; Durán, 1999) y en menor medida en la red de servicios socio-sanitarios.

El llamado *cuidado informal* es aquel que se presta a personas dependientes por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración por la ayuda que ofrecen. El cuidado informal se caracteriza por ser generalmente gratuito, realizarse en el ámbito privado (doméstico) y por ser asumido en nuestra sociedad como una extensión de las tareas domésticas (García Calvente, 2000). Estos rasgos y el hecho de que es una labor fundamentalmente realizada por mujeres, repercuten en que sea una tarea invisible y poco valorada en nuestra sociedad.

Los profesionales implicados en la atención a la dependencia y en el apoyo a las familias que cuidan enfrentan varios retos. Uno muy evidente es la necesaria coordinación entre los servicios sociales y sanitarios para hacer efectiva una atención de calidad. Los procesos a incluir en el denominado “*espacio socio sanitario*” (Gutiérrez, 2000) son aquellos que precisan cuidados de larga duración (CLD) que afectan a personas con niveles de dependencia moderada y grave para las actividades de la vida diaria (AVD), en los que se asocian simultáneamente patología, dependencia e impacto social. Las intervenciones socio-

sanitarias se dirigen tanto hacia la persona dependiente como hacia su entorno familiar (o social).

Un elemento fundamental es la labor de apoyo a la familia y cuidadora principal así con el establecimiento de una verdadera relación de ayuda que resulte funcional para la persona dependiente sin olvidar las propias necesidades de quien cuida (a menudo un verdadero paciente oculto) (Díez, 1995).

La atención domiciliar de enfermería está más arraigada en otros países en los que existe la figura de enfermera comunitaria o visitadora, cuyas tareas de intervención socio sanitaria con familias tienen una amplia tradición y probada eficacia. La OMS, a través de su estrategia **Health 21** se propone reforzar el papel de la enfermería en las familias (OMS,2000).

En el ámbito anglosajón se ha investigado en particular las intervenciones de enfermería con las personas que cuidan (Ward-Griffin C; McKeever P, 2000) y las relaciones establecidas entre ellas. Al estudiar las dadas enfermera-cuidador-a se describieron cuatro modelos según los roles y la simetría de relación entre ambos sujetos. Estos modelos son: enfermera / ayudante; trabajador / trabajador; directivo / trabajador y enfermera / paciente. Sólo en el último tipo de modelo la enfermera ve al cuidador familiar como una persona necesitada de sus cuidados y su atención aunque éste no era el modelo más frecuente.

La percepción que la enfermeras de nuestro medio tienen sobre las personas que cuidan a pacientes confinados en su domicilio depende de factores relacionados con su acercamiento teórico, su propia experiencia vital (personal o de su entorno), su experiencia profesional, su formación académica básica y postgrado, etc. Todo ello constituye la representación social (quizá no única) del colectivo de Enfermería sobre las personas que proporcionan cuidados a sus allegados dependientes. Por representación social designamos un tipo de conocimientos práctico y social que sirve para captar, interpretar y reconstruir la realidad (Elejabarrieta, 2001) y que indudablemente orienta los comportamientos.

Los profesionales socio sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) tienen ante sí una tarea importante en la atención a las personas dependientes y sus cuidadoras. Esto exige probablemente ciertos cambios y adaptaciones en las formas de trabajo y en la formación previa; requiere movilizar recursos comunitarios y compartir el saber profesional con quienes atienden en cada momento a la persona dependiente.

Objetivo General

Averiguar las representaciones sociales que las enfermeras de Atención Primaria de Albacete tienen de los cuidadores informales de personas dependientes.

Objetivos específico

Determinar la información y sus fuentes, la imagen y las actitudes que tienen las enfermeras de las cuidadoras informales.

Metodología

Diseño: Investigación cualitativa con grupos de discusión.

Sujetos de estudio: Profesionales de Enfermería que trabajan en Atención Primaria en Albacete y provincia.

Muestra: Se establecieron dos grupos de discusión de enfermeras de Atención Primaria (AP), con experiencia en visita domiciliaria.

Variables: Para poder captar la variedad discursiva de las diferentes clases de hablantes se seleccionaron a los sujetos según las variables edad, experiencia en AP, género y años de terminación de estudios.

Fuentes de datos: Discurso de los grupos.

Recogida y análisis de los datos: Para conseguir la producción del discurso de los grupos se estableció una técnica rigurosa en la selección de participantes captación de los mismos y conducción y dinámica del grupo. Se grabó el discurso y se transcribió posteriormente. El análisis de la información recogida ha seguido las pautas recomendadas para la investigación cualitativa. (Taylor y Bogdan, 1990). En el análisis se deconstruyó el discurso de los hablantes para construir un texto nuevo (el informe sobre el objetivo del estudio) (Ribot Catalá et al. 2000).

Resultados

Información que tienen las enfermeras sobre los cuidadores familiares

- Características sociodemográficas de las personas que cuidan. Perfiles y tipologías.

Las principales características de las personas que cuidan a sus parientes inmovilizados en su domicilio son bien conocidas por el personal de Enfermería de Atención Primaria. Así se relata la mayoritaria presencia femenina en esta labor de cuidado, las vinculaciones familiares que suelen unir a la persona dependiente y su cuidadora (cónyuge, hija-o, nuera), la problemática de la unidad familiar que aparece con frecuencia y la edad elevada de muchas de las cuidadoras. Constatan también la presencia masculina en estas tareas, sus características, su aportación y los tipos de cuidadores-as, la presencia de cuidadores primarios y rotatorios (o secundarios).

Yo creo que hay dos tipos de cuidadores que son: los cuidadores que conviven, el caso de la mujer que cuida de su marido o.. la hija que vive con sus padres, de sus padres y, por otro lado, están los hijos, que tienen su propia familia, que tienen trabajo...

Los pacientes estos "golondrina", que llaman ... eso es que se da mucho. Me refiero a los pacientes que tienen varios hijos, entonces están un período con cada uno.

También se reconoce en su discurso las diferencias, las especificidades y minorías en este colectivo, los cuidadores pagados-as, los inmigrantes que trabajan como cuidadores, etc.

Aparecen las diferencias en el medio urbano y rural, según la posición económica y el nivel educativo. El modo de vida rural más tranquilo, más cercano y más tradicional conlleva ciertas diferencias en los cuidados de familiares dependientes. Por ejemplo suelen ser más reacios a plantearse el ingreso permanente o temporal en un centro por la negativa consideración social (abandono, falta de compromiso) que esto supone ("el qué dirán").

- **Cambios sociales y crisis de los cuidados.**

En el discurso de las enfermeras-os de Atención Primaria de Albacete surgen los cambios sociales que afectan a la cuestión de la dependencia y el cuidado "informal": El envejecimiento de la población, la más alta esperanza de vida, los cambios en la estructura y funciones de la familia, los nuevos roles sociales de las mujeres, menos cuidadores potenciales y más personas dependientes.

De hace unos años para acá se está planteando otro problema y es que la cuidadora trabaja fuera de casa y los ingresos pues debe ser que no les llega como para que alguien esté toda la jornada laboral, entonces ¿qué pasa ahí?

Me preocupa la soledad de algunos ancianos. Son ancianos que se levantan, que se visten que son válidos para hacer las necesidades básicas, les llevan la comida, la nuera o en fin quien sea, pero que, a lo mejor, viven con un hijo que trabaja, y se queda sola todo el día.

- **Consecuencias del cuidado en la salud y calidad de vida de las cuidadoras.**

El contacto con las cuidadoras y su experiencia amplia en la atención domiciliaria hace a las enfermeras conocedoras de la situación de salud y calidad de vida (más bien de deterioro de la salud y de malestar) de las personas que cuidan, así como de su soledad y los conflictos interpersonales que surgen en las familias cuando aparece una situación de dependencia. Manifiestan cierta inseguridad para informar de síndromes específicos pero son conscientes de las manifestaciones de ansiedad, estrés, depresión, tristeza, fatiga, etc.

Es que cuando es un cuidado de mucho tiempo, con la misma persona... la cuidadora acaba muy mal, de las cervicales, de las lumbares,... toda la problemática y luego además influyen mucho las relaciones que tuviera con el pariente que está cuidando. Esa relación es muy importante... porque si hay una mala relación acaban de los nervios.

- **Recursos existentes y necesarios: centros, servicios, programas, asociaciones, profesionales.**

Las enfermeras conocen y valoran los recursos ya existentes: Ayuda a domicilio con auxiliares que van al domicilio dos horas al día, les ayudan a levantarlos (aunque soluciona poco una o dos horas diarias), Teleasistencia, Centros de día (se valoran como muy importantes), Estancias temporales (para descanso de los familiares cuidadores, sus vacaciones) y otros servicios a domicilio (comidas).

Respecto a la atención domiciliaria de profesionales de salud, hay referencias al papel de los profesionales de Atención Primaria (enfermera y médico), con una mayor presencia de las enfermeras en los domicilios, respecto a los médicos. Explican las diferencias entre el medio rural y urbano: en los pueblos las visitas domiciliarias suelen ser conjuntas (médico y enfermera) y se dispone de más tiempo porque la población a atender es menor lo que favorece que se conozca mejor a los pacientes, su evolución, circunstancias, etc. En las ciudades el médico no suele tener tiempo de hacer atención domiciliaria programada y sólo suele hacer las urgencias que le llegan. Se confía en realizar una labor preventiva de la dependencia pero se constata la falta de programas en ese sentido así como de programas de apoyo a cuidadores.

Se valora positivamente la labor de servicios especializados como el ESAD y los equipos oncológicos de atención domiciliaria, destacando de ellos la labor de apoyo al cuidador familiar y a la enfermera de AP. También se aprecia la labor de asociaciones de afectados, voluntariado y ONGs, a los que derivan cuidadores y/o pacientes.

Surge la dificultad de acceso a recursos y las limitaciones de éstos. Comentan las pocas plazas residenciales, las trabas burocráticas (papeleo, baremos, etc) para acceder a ellas y las dificultades económicas, entre otras, pues algunas de estas prestaciones conllevan un copago, no son gratuitas para los usuarios o resuelven poco (escasa horas y prestaciones del servicio de Ayuda a domicilio, por ejemplo).

Imagen de los cuidadores desde las enfermeras:

- *Personas cansadas, con falta de información y, a veces, con poca motivación.*

El perfil predominante entre las enfermeras es que se trata de mujeres, mayores, amas de casa, que recibe poca ayuda y con la salud quebrada.

Desconocen muchos aspectos relacionados con la salud o mejor con la enfermedad que está creando la dependencia, hace que estas personas, sobretudo al principio del proceso, demanden mucho más de los profesionales de la salud:

".../... hay un desconocimiento y una falta de sentido común tremenda .../..."

".../... al principio la gente está muy agobiada y entonces demanda absolutamente todo ... "

La información y la seguridad que proporciona tener el apoyo del personal sanitario hace que el cuidador pueda actuar más con más autonomía y tranquilidad.

- *Son vistos como personas muy dependientes y bastante demandantes.*

".../... los veo bastante dependientes de nosotros .../..."

Esto permite entender que en algunas ocasiones se afirma por parte de los profesionales que los cuidadores no quieren implicarse en el cuidado o su colaboración sea poca:

".../... colaboran poco ... se hacen muy dependientes del cuidado puntual que tú das .../..."

".../... tu vas y curas la úlcera y el resto no se limpia .../..."

E incluso pareciera que quieren descargar toda la responsabilidad en la enfermera:

".../... piensan que es tu obligación y que tú (y solo la enfermera) tiene que ir a curarle ... y muchas veces no aceptan tus explicaciones .../..."

Señalar que el grado de implicación de los cuidadores tiene relación con múltiples factores como la motivación personal, el parentesco con la persona dependiente (se atribuye en líneas generales mayor implicación en el caso de las mujeres que cuidan a sus cónyuges, o hijas que cuidan a sus padres y disminuye cuando los lazos familiares son más lejanos) o condicionantes culturales del contexto rural o urbano. Se valora que la implicación en los cuidados es independiente del nivel cultural y económico de las familias.

- *Diferencias entre medio rural y urbano.*

Las familias en el medio rural parece que son más cercanas a los problemas familiares, circunstancia favorecida por la proximidad, por la mayor concienciación y las mejores relaciones de vecindad.

".../... estamos en un pueblo, la gente se hace cargo casi de más, he visto muy buenos resultados".

"Yo creo que la gente de los pueblos está más motivada".

- *Deterioro de salud y otros problemas.*

El proceso de cuidado suele ser largo y penoso y esto repercute en la salud física y psíquica de la persona que cuida. El deterioro es más patente cuando la cuidadora no tiene apoyos, tiene una mala salud previa y es de mayor edad. La duración del proceso y las relaciones con la persona dependiente son factores que influyen en la aparición de problemas.

".../... Caen en una depresión, la mayoría ante una enfermedad larga ... al final el cuidador primario ... se deprime, vive con angustia y al final no puede con la carga que tiene."

".../... pero el tema es que no descansa, está cansado física y psíquicamente ..., el sufrimiento de ver que tu madre ... que es lo que le cansa más ... Al principio tienen una actitud más de entrega, luego ... como no pueden más, empiezan a delegar más ... e incluso también con nosotros, aparecen más problemas ..."

Actitudes de las enfermeras respecto a las cuidadoras familiares

- *Actividades que realizan con los cuidadores principales:*

Formación e información a la persona que cuida. Son actividades importantes para las enfermeras, a las que dedican tiempo y de las que se hace una valoración positiva de los resultados. Incluye conocimientos e información sobre la enfermedad, higiene de una persona encamada, cambios posturales, dieta adecuada a sus condiciones, medidas preventivas y de seguridad, etc.

Respecto a la comunicación con los cuidadores las enfermeras son conscientes de su importancia y de la necesidad que éstas tienen de hablar, resolver sus dudas, ser escuchadas.

Así en el discurso de las enfermeras-os aparecen sus competencias y actitudes para facilitar la comunicación: disponibilidad, escucha, apoyo psicológico, etc.

- *Relaciones entre enfermeras y cuidadoras-es.*

Las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y los cuidadores se basan en una buena comunicación para permitir al cuidador -y al paciente- sentirse a gusto para contar sus dudas y temores. Las relaciones son valoradas como buenas por las enfermeras, aunque también hay excepciones. Se implican con la familia que de verdad se quiere implicar y cuando el cuidado es de larga duración las personas se sinceran, cuentan sus problemas y se llegan a hacer amistades. Hay que confiar mucho en los cuidadores. Los factores que más influyen en estas relaciones son: la duración y continuidad en los cuidados, la implicación de la familia, la motivación del cuidador y las diferencias entre medio urbano y rural.

- *Captación de las necesidades de las cuidadoras*

Piensan que por su falta de formación e información son bastante dependientes de la enfermera y consideran que es necesario educar y formar sobre los cuidados básicos de las personas dependientes. Informarlos y formarlos corresponde a la enfermera ya que tú puedes ser el eje central, que plantea las demandas y les da guías.

Son también conscientes de la sobrecarga que supone para la mayoría de ellas-os la labor de cuidado y de la soledad con la que muchas se enfrentan. Tienen cierta sensibilidad para detectar los problemas de salud de la persona que cuida aunque, en general, no la consideran "su paciente". Los consejos sobre la salud del cuidador y la prevención de problemas aparecen, aunque no de manera general, en el discurso de enfermería.

- *Gestión de recursos y apoyos de otros profesionales*

Se constata una carencia de recursos para la atención a las personas dependientes que repercute en las condiciones del cuidado familiar y en las posibilidades del trabajo de enfermería. Para acceder a esos recursos y para paliar esa escasez, las enfermeras intervienen de diversas formas y con relación a diversas instituciones y organizaciones. Intentan organizar los pocos recursos disponibles y expresan una queja porque esta falta limita su labor de apoyo a las cuidadoras-es.

En general, las relaciones enfermeras, médicos y trabajadoras sociales respecto a la atención a la dependencia son valoradas como intensas y positivas, habiendo una buena coordinación y colaboración entre ellos-as.

- *Limitaciones de la enfermería para cuidar a las familias que cuidan*

Un importante condicionante es la propia consideración que tienen sobre a quién corresponde la atención de una persona dependiente (anciana, inmovilizada o terminal). En general predomina la visión de que esta responsabilidad es de la familia, aunque hay referencias respecto a la crisis de la familia como sistema de soporte y de apoyo. Esto influye en la implicación de la enfermería, en el reconocimiento de la labor de cuidado de los familiares y allegados y en la propia consideración del objeto de su trabajo (¿sólo el paciente incapacitado?, ¿también el cuidador y la unidad familiar?) apreciándose cierta ambigüedad en ello.

Quizá la limitación más importante que se desprende del discurso es la falta de tiempo para dedicar una rato a conversar, escuchar, educar. Esta falta de tiempo tiene que ver con las condiciones de trabajo (cargas, horario, funciones, etc.). No se entiende que haya que incrementar la atención domiciliaria sin esos apoyos.

Se reconoce una falta de formación para realizar la labor de apoyo al cuidador y la necesidad de formación continuada. En algunos casos no se ve como propio el apoyo psicológico y se reclaman más psicólogos. Aparece también la impotencia ante ciertas situaciones o preguntas de los usuarios y la carga emocional que esto conlleva para las enfermeras.

- *Algunos criterios de trabajo: capacidades y virtudes de la enfermería comunitaria .*

Las enfermeras en su discurso reflejan algunas predisposiciones (disponibilidad, continuidad, empatía, etc.), pautas de trabajo (orientación científica: preguntan, observan, planifican, evalúan) y criterios de trabajo (visión holística, atención integral, preocupación por la educación y orientación a la prevención) que, sin duda, son un buen bagaje para realizar eficazmente su labor con las personas dependientes y sus cuidadoras familiares. Son además conscientes de la importancia del llamado "cuidado informal" y de la creciente dimensión de la dependencia y la atención socio sanitaria, que los profesionales de Enfermería debieran liderar.

Discusión y conclusiones

La amplia experiencia de las enfermeras en la atención domiciliaria las hace conocedoras de los cambios sociales y de su influencia en la dependencia y el cuidado informal. Son conscientes de la situación de salud y calidad de vida de los cuidadores informales, así como de su soledad y los conflictos interpersonales que surgen en las familias cuando aparece una situación de dependencia.

Se concluye una falta de información, motivación y desconocimiento de la situación por parte de los cuidadores, lo que hace necesaria la educación sanitaria de éstos para evitar la dependencia y la excesiva demanda. Las enfermeras tienen asumida su función educativa a pesar de las limitaciones de horario y servicio.

En general predomina la visión de que la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente es de la familia, y se aprecia una preocupación por la falta de recursos y de apoyos.

La cuidadora familiar debería ser considerada objeto del trabajo de las enfermeras para paliar la sobrecarga que supone la labor de cuidado, detectar problemas e incidir en ellos en la medida de lo posible. De momento predomina una visión del cuidador como recurso y apenas se reconoce a este como paciente.

Hay que ser cuidador de cuidadores.

Bibliografía

- 1.- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) . Ayuda informal a personas mayores. Estudio CIS nº 2117, 1996
- 2.- Consejo de Europa: Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros relativa a la Dependencia. 18 septiembre de 1998.
- 3.- Díez Espino, J et al. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. MEDIFAM 1995; 5:123-130
- 4.- Durán, M.A. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBV, Madrid: 1999
- 5.- Elejabarrieta, F. Las representaciones sociales. En: Investigación cualitativa en salud. Material del curso impartido por el CUSP de la Universidad Autónoma de Madrid, 2001
- 6.- García Calvente, M.M. El sistema informal de atención a la salud. España. Ponencia en web: www.comft.es/pediatria/ Congreso_AEP_2000 recuperada el 24-01-02
- 7.- Gutiérrez Fernández, R. Atención socio sanitaria. Una perspectiva desde los Servicios Sociales. Ponencia en: Libro blanco de la atención sanitaria JCCLM, 2000
- 8.- OMS. Enfermeras de familia. Entrevista a Ainna Fawcett-Henesy. Diario Médico, 3 de Mayo de 2000
- 9.- Ribot, C, Fernández-Tenllado, MA, García de León, D. Una investigación cualitativa en Atención Primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. Aten Primaria 2000; 25: 343-348
- 10.- Taylor, SJ; Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992
- 11.- Ward-Griffin, C.; McKeever, P. Relationships between nurses and family caregivers. Advances in Nursing Science 2000, 22(3): 89-103

S. Regoyos: El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal.

NOTA: A fecha de publicación no había información disponible sobre esta presentación. Las personas interesadas en obtenerla pueden ponerse en contacto con el autor.

NOTE: At publication time there was not available information about this presentation. Please if you are interested in further information contact to the author.

J. Jurado Campos: Evaluación de la Neuropatía y diferentes Factores de Riesgo en un grupo de Diabéticos tipo 2 de edad avanzada en Asistencia Primaria. Estudio preliminar al proyecto FIS 01/0846.

“Evaluation of Neuropathy and Different Risk Factors in a Group of Elderly Type 2 Diabetic Patients in Primary Care”. A Preliminary Study (FIS 01/0846).

Aim: to evaluate the neuropathy and the cardiovascular risk factors in a group of elderly type 2 diabetic patients and exploring their correlation with biochemical variables. **Material and Methods:** 112 patients with DM2, (Aged: 66.18 + 9.6; evolution of diabetes: 12.7 + 9.31 years, HbA1c: 7.82 + 1.76%; BMI: 29.42 + 4.57) were included in the sample. DPN screening was performed by the Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), DPN risk study by the Neuropathy Symptom Scale and the Neuropathy Disability Score by assessment reduced

scale. Foot risk evaluation for ulceration was evaluated in four risk levels. CVRF parameters were evaluated in all patients. **Results:** No adequate MNSI values more than 2.0 (screening value risk of DPN) were shown in 66.1% of patients and DPN risk was 48,6% in the total group. Foot risk at 3 and 4 level (high risk for foot ulceration) was presented in 21.4% of type 2 diabetic patients in our study. Two or more CVRF were observed in 75.0% of patients. Multiple stepwise regression analysis identified a significant correlation between DPN and Dyslipidemia ($p=0.012$) and Tryglyceride levels ($p<0.01$). CVRF also correlated to the non adequate metabolic control ($HbA1c>7.4\%$) ($p<0.01$) **Conclusions:** A high frequency of DPN was observed in elderly type 2 diabetic population. DPN correlated with several components of Metabolic Syndrome. Our diabetic population manifested high prevalence of CVRF and correlated with metabolic control. The increase incidence of DM2 all over the world, needs to improve the diabetologic therapy and education at primary care medical level. (Supported by FIS 01/0846).

Introducción

La polineuropatía diabética (PNPD), es una de las complicaciones más frecuentes en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y su presencia representa un elevado riesgo de ulceración del pie y amputaciones, especialmente si está asociada a isquemia periférica. Además el pie diabético es una de las principales causas de ingreso hospitalario y su prevención primaria y secundaria no requieren de importantes inversiones. El riesgo asociado en la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares en la actualidad suponen entre el 70 y 80% de causa de muerte en el paciente con DM2. Ambas cuestiones, el cribado de la PNPD y la identificación de los factores de riesgo cardiovascular son esenciales para el adecuado control de la DM2.

El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de la PNPD en pacientes con DMT2 de edad avanzada, identificar los factores de riesgo cardiovascular y explorar la correlación con variables bioquímicas, posibilitando las intervenciones para un correcto control.

Sujetos

Muestra sistemática de 112 pacientes diagnosticados de DM2 (según criterios de la OMS) de edad media $66,18 \pm 9,6$ años, en una Consulta de Educación Diabetológica en el Área Básica de Salud de Olot (Girona), con consentimiento informado.

Metodología

El cribado de PNPD se valoró con el Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), considerándose como anormal un puntaje >2 . El diagnóstico de PNPD se estableció con el sistema de puntuación de la escala reducida del NSS+NDS. El pie de riesgo se estableció mediante el protocolo del Grupo de Estudio para la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPs). Para evitar la contaminación de la muestra, se descartaron los pacientes con posible neuropatía de otro origen como la ingesta de alcohol. Como factores de riesgo cardiovascular se valoraron: fumador (fumador / no fumador), dislipémia (cuando los pacientes efectuaban tratamiento previo o con valores actuales de: Colesterol >250 mg/dl, HDL <35 mg/dl, LDL >125 mg/dl, Triglicéridos >150 mg/dl), hipertensión (definida por tratamiento específico y/o valores superiores a 140/85 mm/Hg), obesidad (establecida con el índice de masa corporal igual o superior a 30 ($IMC \geq 30$ kg/m²) y la presencia y los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Se valoraron la HbA1c, la ingesta de alcohol (en gr. de alcohol puro /día), los pulsos pedios dorsales y tibiales posteriores, la flexibilidad por tests estándar y la autonomía visual por escala de agudeza visual. El bajo nivel socio económico (sí o no). La correcta o deficiente higiene de los pies, si el calzado era adecuado o no, si vive en forma autónoma, así como la educación diabetológica recibida.

En el análisis estadístico se estudiaron los valores descriptivos de media, desviación estándar, tablas de contingencia, coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente de correlación de Spearman en análisis bivalente.

Resultados

Un 67,9% de los pacientes presentó una puntuación relevante en el cribado mediante el MNSI. Un 48,60.0% de la muestra presentó PNPD. El 21,4 % de los pacientes estudiados presentan elevado riesgo de ulceración. Tenían historia de úlcera un 6,3% y un 0.9 % presentaron amputaciones menores. Un 34,8% de sujetos presentaban importantes deformaciones en la estructura del pie y deformidades menores un 27,7%.

Destaca que un 75% de los pacientes presentaban dos o más factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, tabaquismo, obesidad y presencia o antecedentes familiares de CPI) y llama la atención el bajo porcentaje de hábito tabáquico (5,4%).

No se encontró correlación entre el tiempo de evolución conocido de la diabetes y la PNPD ni entre el grado de control metabólico y la presencia de PNPD.

La presencia de neuropatía se correlacionó especialmente con la dislipemia, aunque no cuantitativamente, y con el nivel patológico de triglicéridos. Se observó que el incremento en la presencia de dos o más FRCV estaba significativamente relacionado, con el grado de control metabólico de la diabetes. En relación a otros factores en el cuidado del pie se apreció: calzado inadecuado (48,2 %), falta de higiene en los pies (43,8 %), falta de autonomía (13,4 %). Sólo un 34,4 % de pacientes habían recibido educación diabetológica.

Conclusiones

Se ha encontrado en nuestra población diabética una elevada prevalencia de PNPD (superior al 40 %) explicable por ser una población con edad media avanzada. No hemos observado relación significativa entre PNPD y la HbA1c media del último año de los pacientes. Destaca la relación de la PNPD con dislipemia y triglicéridos, de difícil explicación y alto valor como estudio preliminar y que aconseja profundizar en el estudio de las relaciones entre las alteraciones de los lípidos y los parámetros de cuantificación de PNPD y de riesgo de úlcera. Llama la atención la relación entre la PNPD y la existencia de falta de visión y pruebas básicas de flexibilidad, lo cual posibilita un menor cuidado de los pies. Es relevante el 75% de sujetos con dos o más factores de riesgo cardiovascular que, pese a un bajo porcentaje de fumadores (5,4%), condiciona un alto riesgo y aconseja extender e intensificar las acciones para el control-modificación de dichos factores.

La OMS estima para España una prevalencia de la DM2 del 9.5% en el año 2025, pudiendo superarse los tres millones. La no resolución del problema de prevención del pie diabético posibilitará que exista un progresivo incremento de ulceración en el pie diabético y del riesgo de amputación representando un aumento de gastos socio-sanitarios y un desplazamiento hacia la asistencia hospitalaria. El elevado riesgo entre estos pacientes en presentar amputaciones aconseja intensificar la terapia y la educación diabetológica especialmente en la atención primaria.

Con el soporte del proyecto FIS 01/0846.

B. Del Pino: Análisis descriptivo del proceso de enfermería en pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria en Atención Primaria. (GORDON-NANDA-NIC)

Antecedentes

La enfermera es uno de los profesionales básicos en la provisión de cuidados a pacientes incluidos en el programa de atención a domicilio, detectando problemas de salud y dando una respuesta a los mismos, bajo una esfera bio-psico-social.

Este trabajo que realiza, basado en aplicación del proceso enfermero, se encuentra con distintas barreras para su correcto desarrollo.

Dentro de estas dificultades, fueron especialmente dos, las que han concentrado gran parte del esfuerzo del equipo investigador:

La persistencia de un modelo biomédico en el que los cuidados de Enfermería son planificados en función del diagnóstico médico, de esta forma es la enfermedad y no la persona la que se convierte en el centro del cuidado, dificultando una visión integral del individuo y la utilización del proceso enfermero, pese a la evidencia cada vez mayor de la insuficiencia de estos criterios biologicistas para valorar adecuadamente los requerimientos de los cuidados de los usuarios atendidos en sus domicilios.

La desconexión entre la teoría y la práctica. Según Zabalegui “aumentando la cooperación entre teóricos y clínicos y haciendo partícipes a los clínicos del desarrollo conceptual, contribuiremos a reducir la separación entre estos dos campos. Su experiencia también es necesaria para interpretar los hallazgos y para reedificar o modificar la teoría. Con la intención de paliar o solucionar estos problemas intentamos utilizar un método de trabajo fundamentalmente práctico y ágil, y también para determinar de forma más exacta el producto enfermero a domicilio, desarrollamos un proyecto que fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sociosanitarias, con el título “*Coste De Las Intervenciones Enfermeras En Los Usuarios De Atención Domiciliaria De Atención Primaria Según El Nivel De Dependencia En*”

Las Actividades Básicas De La Vida Diaria". Por este motivo y tratando de ser rigurosos y trabajar con las taxonomías más actuales e internacionalmente aceptadas se eligieron:

- Los **Patrones funcionales de M. Gordon** para organizar los datos de la valoración enfermera, debido a que nos permite tener un enfoque bio-psico-social del paciente, muy acorde con los principios fundamentales en los que se basa la Atención Primaria de Salud.
- **La taxonomía NANDA**, reconocida internacionalmente para la identificación de problemas enfermeros.
- **La taxonomía NIC**, para los tratamientos enfermeros. Son muchas e innumerables las ventajas que ofrece, el tener una clasificación tan completa y exhaustiva de las intervenciones de Enfermería: informáticas, mejoras en la investigación y enseñanza, y **asociaciones con los diagnósticos NANDA**, lo que nos permitirá en un futuro determinar los tratamientos enfermeros más eficaces para cada problema de Enfermería y el PRODUCTO ENFERMERO de una forma más exacta.

Objetivos

Describir el perfil, los diagnósticos de Enfermería y las Intervenciones de Enfermería más prevalentes en usuarios incluidos en el programa de Visita Domiciliaria de Atención Primaria.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo realizado en el Area XI de Atención Primaria de Madrid, (IMSALUD).

El proyecto se dividió en tres etapas:

1^º etapa: de 1999 a Mayo 2000. Durante este periodo se elaboró un manual de ayuda para la realización del proceso enfermero y se impartieron talleres de formación a las 100 enfermeras que iban a participar en la investigación realizando la recogida de los datos.

Se realizó un cuestionario validado mediante consenso de 100 enfermeras de Atención Primaria, donde se incluían:

1. La valoración por Patrones Funcionales de Salud expuesta por Marjory Gordon.
2. 86 Etiquetas Diagnósticas según la 2ª clasificación de 1992-93 de la NANDA, elegidas como las más utilizadas en Atención Primaria mediante la técnica de consenso del grupo nominal.
3. 271 Intervenciones enfermeras (NIC, 2ª ed.) mediante consenso entre grupo de expertos, excluyendo sólo aquellas intervenciones que no podían ser realizadas en la atención domiciliaria en Atención Primaria.

Este cuestionario fue validado mediante consenso de 100 enfermeras durante los talleres de formación.

2ª Etapa: de Mayo de 2000 a Mayo de 2001: se realizó el trabajo de campo en el que finalmente participaron 80 enfermeras, de 26 centros de salud, tanto rurales como urbanos.

3º etapa: recogida, tabulación y procesamiento informático de todos los datos obtenidos, usando como software, el programa SPSS.

Presentación de los primeros resultados.

Determinación del coste de la visita de Enfermería a domicilio a través de los datos obtenidos y tablas de gastos.

Muestra

649 usuarios atendidos en visita domiciliaria. Se ha excluido de este análisis la atención domiciliaria en la que no se utilizó metodología enfermera.

En el estudio participaron 80 enfermeras para la recogida de datos.

Resultados

PERFIL DEL PACIENTE SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

P. Percepción Mantenimiento de la salud: La edad media fue de 82,3 años, mujeres un 71.2%, viudas en un 50.5%. El 71,6% estaban clasificados como anciano frágil (según los criterios de la OMS) y el 92.8% presentaban un test de Barber positivo.

P. Nutricional - Metabólico: El 77,2% presentaba un estado nutricional bueno y el 72.4% no presentaba lesiones cutáneas.

P. de Eliminación: El 50.7% presentó incontinencia urinaria, de los cuales el 69.6% precisaban uso de absorbentes.

P.4. de Actividad - Ejercicio: El 44.1% presentaba movilidad con ayuda, frente a un 8.3% que presentó inmovilidad total. El 23.6% presentaba un índice de Katz G y solo un 16,3% son totalmente independientes (índice de Katz A).

P. de Sueño - Descanso: No mostraban problemas de sueño en un 60.8% de los casos.

P. Cognitivo - perceptivo: La alteración más frecuente en este patrón con un 56.6% es la visión. Un 42.6% presentan problemas de memoria, resultando el 45.3% positivo en el test de Pfeifer.

P. de Autoestima - Autopercepción: El 42,6% presentó un estado emocional alterado.

P. de Rol - Relaciones: El 91% vive acompañado de un familiar (hijo/a 47.1%, esposa/o 33%) y el 92% dicen tener cuidador principal. El 64.9% de los cuidadores recibían ayuda.

P. de Sexualidad y Reproducción: El 98.6% no verbaliza problemas en este patrón.

P. de Adaptación - Tolerancia al estrés: El 8.4% está clasificado como anciano itinerante, y en un 92.7% la familia es capaz de resolver los problemas del anciano.

P. de Valores y Creencias: El 98.7% no presenta conflictos entre sus valores, creencias y la salud.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA MAS PREVALENTES

Se han identificado todas las etiquetas diagnósticas seleccionadas en diferentes porcentajes y frecuentación.

La media de diagnósticos enfermeros detectados por usuario es de 8,19 (+- 0,18).

Los 10 diagnósticos más prevalentes son:

1. Deterioro de la movilidad física: 74.9%
2. Riesgo de traumatismo: 51.8%
3. Deterioro de la integridad cutánea: 30.5 %
4. Riesgo de infección: 29.4
5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: 25%
6. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador: 21.6%
7. Alteración del patrón del sueño: 21.4%
8. Alteraciones sensorceptivas (Visuales): 21.3%
9. Deterioro de la memoria: 20.5%
10. Incontinencia urinaria total: 20.2 %

Los diagnósticos con menor prevalencia, con un 0.5% son Diarrea y Disfunción sexual.

INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC) MAS PREVALENTES

La media de intervenciones usuario/año es de: 60 +_ 6

La media de intervenciones por visita es de: 9,7 +- 0,3

Las 10 intervenciones más realizadas son:

1. 6680.- Vigilancia periódica de signos vitales: 8,28%
2. .- Prevención de caídas: 4,79 %
3. .- Cuidado de las heridas: 3,86 %
4. .- Cuidado de las úlceras por presión: 3,84 %
5. 221.- Terapia de ejercicios: deambulación: 3,49 %
6. 224.- Terapia de ejercicios: movilidad articular: 3,27 %
7. 6540.- Control de las infecciones: 3,18 %
8. 3590.- Vigilancia de la piel: 3,04 %
9. 3584.- Cuidado de la piel: 2,95%
10. 7140.- Apoyo de la familia: 2,94%

Conclusiones

Aunque, al igual que en otros estudios los problemas enfermeros que pertenecen a la esfera física / biológica son los más prevalentes (Deterioro de la movilidad: 74,9% deterioro de la integridad cutánea: 51,8%, incontinencia urinaria: 20,2% ...), nos llama la atención que otros diagnósticos como los de riesgo y los pertenecientes a la esfera social / psicológica (Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador: 21,6%, alteración del patrón del sueño: 21,4%, deterioro de la memoria: 20,5%) aparezcan dentro de los diez diagnósticos mas prevalentes. Esto nos puede hacer pensar que la utilización de un valoración enfermera (Patrones Funcionales de M. Gordon) que aborde al individuo desde un punto de vista bio-psiquico-social nos permite diagnosticar todos sus problemas y no solamente los físicos y también tener un visión de los aspectos preventivos del individuo.

Otro de los problemas importantes que aparecen en el paciente domiciliario son los problemas cognitivos, muchos de ellos no diagnosticados médicamente pero que la enfermera describe como real en un 20.5% de los casos, que contrasta con un 16.4% de los diagnósticos de demencia senil y Alzheimer detectados en los pacientes del estudio.

Los menos diagnosticados son los referentes al patrón de sexualidad con una prevalencia del 0,5%.

Al igual que en los problemas identificados los tratamientos enfermeros más frecuentes son los orientados a tratar problemas enfermeros físico-biológicos.

No obstante intervenciones como: apoyo a la familia, apoyo al cuidador principal y enseñanza individual aparecen en el puesto décimo, onceavo y duodécimo respectivamente, lo que nos confirma el importante trabajo que la enfermera realiza con la familia y el cuidador principal, para los que es el centro de la provisión de cuidados y nos abre la esperanza de que Enfermería, oferta así, unos tratamientos cada vez más completos a sus usuarios.

Otro dato interesante es cómo las enfermeras coinciden en la elección de intervenciones asociadas a los diagnósticos NANDA, eligiendo como máximo 1-2 NIC con porcentajes de utilización superiores al 20 %, lo que demuestra otra ventaja de la utilización de un lenguaje común, también para los tratamientos enfermeros, como es la taxonomía NIC.

Bibliografía

1. Villacañas Novillo E, Casado Lollano A, Sánchez Pérez C, et al.
2. Manual de Enfermería para la valoración, diagnóstico e intervenciones en pacientes domiciliarios en Atención Primaria. Proyecto FIS(99/0414): Coste de las intervenciones enfermeras en los usuarios de atención domiciliaria de Atención Primaria. Madrid, 1999.
3. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación .3ª ed. Barcelona: Mosby / Doyma, 1996
4. Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial.3ª ed. Madrid:Harcourt-Brace, 1998
5. NANDA. Diagnósticos de Enfermería: definición y clasificación, 1999-2000.
6. aniversario. Madrid:ed.Harcourt-Brace, 1999.
8. Mc Closkey J, Bulechek G.M.. Clasificación de Intervenciones Enfermeras(NIC). 2ª ed., Mosby.
9. Alfaro R. Aplicación del proceso de Enfermería a. Ed. Doyma Enfermería. Barcelona,1999
10. Guirao Goris J.A.(2000); Situación de los Diagnósticos de Enfermería en la Atención Primaria española. pg 117-125 En: II Jornadas Nacionales de Invierno de A.E.C. Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria de Salud: aplicación práctica.

Conferencia de clausura

Investigación en cuidados y género. Los cambios sociales y su reflejo en la relación entre las familias y el sistema sanitario. Dra. María Ángeles Durán. Catedrática de Sociología (CSIC).

Los cambios sociales y su reflejo en la relación entre las familias y el sistema sanitario.

La relación entre los enfermos y el sistema sanitario se produce en un contexto social que la mediatiza. No es una novedad del siglo XXI, pero sí es novedosa la proporción, cada vez más alta, de pacientes y de sanitarios que se encuentran en el contexto de grandes organizaciones: la Seguridad Social, las aseguradoras privadas, los servicios sanitarios de las empresas o las organizaciones sin ánimo de lucro. Las instituciones marcan los límites y reglas en los que ha de desarrollarse la relación. Además de esta mediación general, la relación del paciente con los sanitarios se produce habitualmente a través de otra mediación más próxima, con reglas menos definidas, que es la familia.

En los últimos cincuenta años se han producido en España grandes cambios sociales, que influyen sobre el tipo de respuesta que las familias, los ciudadanos y las instituciones sociales piden a los profesionales y a las instituciones sanitarias. El cambio principal es el *aumento del nivel medio de educación*, que hace a los pacientes más conscientes, menos distantes socialmente del médico o personal sanitario, más capaces de autocuidarse y más exigentes respecto a los expertos de todo tipo (no sólo sanitario) con los que se relacionan. Este cambio afecta sobre todo a la población joven.

El segundo cambio deriva de la *emergencia de una gran clase media*, que incluye a los trabajadores manuales. Con procesos de fuerte movilidad social acumulados durante varias décadas, la mesocratización de la sociedad se ha producido generacionalmente, con el acceso a la educación de nivel medio y alto de las generaciones jóvenes en las familias de origen social obrero y campesino: muchos abuelos y abuelas con estudios primarios tienen nietos universitarios. El acceso a los beneficios del Estado de Bienestar (educación, atención médica, pensiones) es una de las condiciones de creación de la propia clase media. Actualmente, la cobertura sanitaria se extiende prácticamente a toda la población, aunque en los sectores medio-alto y alto es frecuente el mantenimiento de varios sistemas de cobertura (la seguridad social obligatoria, las aseguradoras privadas y la medicina de libre ejercicio).

El tercer cambio contrarresta parcialmente los anteriores. La prosperidad y las facilidades para el desplazamiento están atrayendo a España grandes contingentes de población no integrada en la sociedad española: *los turistas y los inmigrantes*. Los turistas sólo establecen contactos breves y periféricos con la sociedad española, la mayoría están cubiertos por sus propios sistemas de aseguramiento y, en muchos casos, existen convenios sanitarios para su atención entre las instituciones españolas y las de sus países de procedencia. Si entran en contacto con el sistema sanitario español es por accidentes o procesos agudos, especialmente en verano y en zonas costeras. Otra situación muy distinta es la de los inmigrantes, a quienes nos referiremos posteriormente con más extensión. El inmigrante no trae consigo un sistema de cobertura sanitaria, trata de integrarse plenamente en la sociedad española y la relación con el sistema sanitario es una de sus vías de integración y de participación en el Estado de Bienestar.

Junto a los tres tipos de cambios señalados habría que citar un cuarto cambio de carácter más profundo y menos perceptible a simple vista, que es el *proceso de individualización y secularización*. Este proceso tiene más de dos siglos de existencia, es característico del mundo moderno, y si hubiera que ponerle una fecha histórica de arranque, bien conocida de todos, podría ser la de la Revolución Francesa. A pesar de sus muchas diversificaciones, estancamientos y vueltas atrás, este es un proceso de enormes consecuencias filosóficas, políticas, éticas y sociales. La medicina y sus prácticas no han quedado al margen del proceso: muy al contrario, los médicos fueron desde sus comienzos agentes destacados en la propagación de las nuevas ideas y los valores de la sociedad emergente.

Dos conceptos que resultan afectados por estos procesos sociales, y que tienen mucho que ver con la medicina, son los de *naturaleza* y *sujeto*. Hasta el momento actual, el *sujeto* ha tenido una definición *natural*, individualizado gracias a sus contornos y características físicas. Pero la definición "*natural*" de los sujetos humanos (por no hablar de los animales o vegetales) cada vez deja más paso a su definición *técnica*, o *técnico-política*. Cada vez debe más nuestro cuerpo a la tecnología (o sea, a la política científica), al préstamo de otros sujetos humanos (el trasplante, la cesión) y al préstamo o producción de otras especies con fines terapéuticos.

Los recursos necesarios para la re-definición física de los sujetos individuales son muy costosos, sólo pueden lograrse mediante organizaciones públicas o grandes organizaciones privadas. A pesar del proceso paralelo de individualización (política, moral, filosófica), los sujetos individuales dependen cada vez más del Estado o las grandes organizaciones para acceder a los recursos potencialmente existentes. Es contradictorio que un sujeto individual que ha conquistado un amplio margen de libertad frente al Estado (derecho de voto, derecho a ser elegido como representante, control periódico democrático de la organización del Estado mediante las urnas), no pueda afirmar su autonomía personal en el reducido que, pese a su apariencia de privacidad, recibe la máxima presión colectiva: *la relación con su propio cuerpo*.

La relación con el propio cuerpo requiere conocimientos especializados que a menudo sólo poseen los médicos; pero los médicos no crean la relación de cada individuo con su cuerpo, sino que son eslabones intermedios que ofrecen o niegan sus saberes. Debido al proceso constante de conquista de libertades individuales y de mayor educación, cada vez es más contestada (y, simultáneamente, más demandada) la actuación de los expertos. Tradicionalmente, algunos colectivos profesionales (jueces, sacerdotes, médicos, legisladores, políticos, etc...) han ejercido como mediadores entre los sujetos individuales y el Estado, o han tenido el monopolio en la creación y vigilancia de las normas sociales. Estos grupos juegan un papel importante como expertos o depositarios de especiales saberes en la representación del Estado y en el ejercicio del poder y la violencia legitimada. En relación con el propio cuerpo y con las llaves individuales de la vida y de la muerte, los médicos han tenido tradicionalmente un poder extraordinario sobre los individuos, y sus diagnósticos no han sido sólo médicos sino también sociales, esto es, veredictos. La segunda mitad del siglo XX ha traído a todo el mundo desarrollado la generalización del control de la natalidad, que significa su re-definición social como el derecho individual a la libertad de procreación. Como paulatinamente sucedió con la anticoncepción y con el aborto, y está empezando a suceder ahora con la eutanasia pasiva, la desobediencia a las normas sociales se inicia por el desuso y a lo largo de muchos años van asentándose nuevos valores y nuevos argumentos, hasta la siguiente formalización en nuevos (y siempre cambiantes) sistemas de normas. A los médicos no les queda otra posibilidad que implicarse en el proceso y, finalmente, aceptar las leyes y la nueva conciencia ética de la sociedad de la que forman parte.

Evolución de los tipos de familia y de la relación con el sistema sanitario.

En sentido amplio, una familia es una red de parientes consanguíneos (los propios) y afines (los vinculados por matrimonio). En España, el tamaño de este grupo familiar amplio puede estimarse en unas cien personas, aunque es una cifra bastante variable. En sentido más restringido, se equiparan familia y hogar. El hogar es el núcleo reducido de personas que comparten vivienda y el sistema sanitario se apoya para su organización interna en esta definición de familia como equivalente a familiares que comparten un hogar. No obstante, como luego veremos, las formas tradicionales de familia en que el espacio compartido acogía a las relaciones familiares más intensas, se han debilitado mucho. Debido a la prolongación de la esperanza de vida y la reducción del número de hijos, cada vez son más frecuentes los familiares de primer grado (por ejemplo, padres e hijos, o hermanos) que viven en hogares diferentes. La etapa llamada *de nido vacío* (el matrimonio cuyos hijos ya han abandonado el hogar) dura más años a pesar de la prolongación de la edad a la que los hijos dejan el hogar de origen. A comienzos del siglo XXI, las familias son muy diferentes, de hecho y de derecho, de lo que fueron hace algunas décadas. Los hogares de hoy expresan nuevas aspiraciones y deseos respecto a la vida familiar, el cuerpo y el modo de relacionarse con él, que han puesto de relieve numerosas encuestas, entre ellas varias de CIRES sobre Familia y Uso del Tiempo. La salud es uno de los valores que más aprecia la sociedad española, y también es una de las necesidades a cuya cobertura dedica más recursos, tanto de dinero (seguridad social, otros seguros, fármacos, etc...) como de tiempo. Los recursos se dedican al propio cuidado y al de otros familiares. Según la Encuesta CIRES sobre Uso del Tiempo (1996), analizada en el libro *“Los costes invisibles de la enfermedad”*, el 8% de los españoles mayores de dieciocho años dedicó algo de tiempo a cuidar enfermos el último día laborable anterior a la encuesta. La proporción es más del doble entre las mujeres que entre los varones. Los sábados, esta proporción es aún más elevada. Aunque el porcentaje no parezca muy alto, traducido a cifras significa que cualquier día del año hay más de dos millones y medio de personas que dedican algo de su tiempo a cuidar a enfermos, casi siempre miembros de su familia.

Tabla 1. TIPOS DE HOGARES

Tipo de hogar	%
PAREJA E HIJOS	54
PAREJA	18
UNIPERSONALES	13
HIJO/S ADULTOS (23 O MÁS AÑOS) Y SU PADRE O MADRE	9
OTROS	5
MONOPARENTAL CON HIJOS MENORES DE 22 AÑOS.	1
TOTAL	100

Fuente: Elaboración de M.A. Durán. Para la distribución de frecuencias, sobre datos del Panel de Hogares de la Unión Europea, 1995.

Para el conocimiento de la estructura de los hogares y familias españolas, a la espera de que se publique el Censo del 2002, son útiles los datos de la encuesta (Panel) europea de Hogares (PHOGE, 1995). Según este panel, de cada cien hogares españoles sólo la mitad (54%) responden al modelo tradicional de pareja e hijos.

Como puede verse en la Tabla 1, el tipo de hogar más abundante es el constituido por padres e hijos; pero estos hogares no sólo incluyen a los hijos en edad infantil o adolescente sino también a los adultos. Sólo en la mitad de los hogares de este grupo hay uno o varios hijos de quince años o menos. En conjunto, el prototipo de familia tradicional, en que la autoridad de la primera generación sobre la segunda está bien definida por razones de edad, sólo se da en España en el 29% de los hogares. Los niños no se relacionan directamente con el médico, sino a través de sus familiares. Habitualmente es la madre quien realiza el primer pre-diagnóstico y decide si hay que contactar con el sistema sanitario. Cuando los hijos convivientes superan los dieciséis años, y especialmente a partir de los dieciocho (mayoría de edad legal) o a partir de la inserción en el mercado de trabajo (derechos económicos y sanitarios individualizados), la relación con su salud y con el sistema sanitario comienza a independizarse de los padres.

Los adultos jóvenes alargan la permanencia en el hogar, retrasando la formación de hogar propio; la consecuencia médica inmediata es la reducción de las demandas pediátricas y la expansión de las necesidades relacionadas con la sexualidad, a menudo insuficientemente

percibidas por los interesados, que precisamente no convierten sus necesidades en demandas para evitar la mediación y control familiar. El alto grado de independencia real de los jóvenes hace que los padres tengan escaso control sobre aspectos de su conducta con inmediatas consecuencias para la salud (hábitos alimentarios, tabaco, bebidas, riesgo deportivo, conducta sexual, estupefacientes, conducción, etc...).

Los adultos solteros jóvenes generan tipos específicos de demandas, sobre todo las relacionadas con la atención estética. Muchos productos sanitario/estéticos de alto precio, especialmente los quirúrgicos que no cubren la Seguridad Social ni otras aseguradoras, son consumidos principalmente por ellos. Entre estos jóvenes hay una minoría de altísima capacidad de compra de servicios sanitario/estéticos, que deben no tanto a sus ingresos cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas por la familia en la que conviven.

En los hogares de edad intermedia y joven se ha generalizado el acceso de la mujer al empleo, lo que cambia radicalmente su papel tradicional de cuidadoras de enfermos o prestadoras de servicios de salud. Según las *Encuestas de Salud* del Ministerio de Sanidad, se produce la paradoja de que —a igualdad de las demás condiciones— son las cuidadoras de la salud familiar quienes menos tiempo dedican a cuidarse a sí mismas, especialmente cuando combinan el papel de amas de casa y el de activas en el empleo. El cambio en el papel social de la mujer afecta al sistema de cuidados de todos sus familiares.

Los hogares compuestos únicamente por una pareja son el segundo tipo más numeroso (18% del total de hogares). Entre los jóvenes son frecuentes las convivencias no legalizadas por matrimonio, con claras consecuencias para la cobertura de su asistencia sanitaria; también es frecuente que cada uno pertenezca a un sistema de cobertura sanitaria diferente y, consecuentemente, no puedan compartir el médico de familia. Entre los de edad media o avanzada abundan los jubilados. Un colectivo nuevo, de mayor visibilidad mediática que estadística, es el de los hogares basados en relaciones no heterosexuales o que no pretenden la procreación.

La frecuencia de los hogares compuestos solamente por una pareja tiende a aumentar. Muchos de estos hogares son insuficientes para el cuidado en caso de enfermedad o para relacionarse con el sistema sanitario; los muy jóvenes dependen de la ayuda del hogar de los padres y los muy mayores, de los hogares de los hijos.

Los hogares unipersonales están aumentando rápidamente: se debe al aumento de la esperanza de vida y a la mejora de las condiciones económicas. En España, por comparación con otros países de la Unión Europea, hay pocos jóvenes independizados porque la inserción al mercado de trabajo es tardía y no existen políticas eficaces de vivienda o alquiler para jóvenes. Los ancianos viven independientemente si, además de desearlo, pueden sufragar el coste de la vivienda individual, lo que cada vez está más al alcance de los jubilados españoles.

En los hogares unipersonales son mayoría las mujeres de edad avanzada y los pensionistas. En este tipo de familias u hogares abundan los enfermos crónicos y es común la dificultad para autocuidarse y recibir cuidados ajenos. El mero desplazamiento o gestión de la relación con el sistema sanitario tiene que hacerse con ayuda de familiares o profesionales. La relación con el médico de las personas que han perdido capacidad a causa de su edad no es espontánea ni directa, necesitan de la mediación de sus familiares para acompañarles, gestionar la relación con el sistema sanitario y aplicar o seguir la aplicación del tratamiento. Una dificultad añadida es la escasez de recursos económicos de los ancianos para la compra de servicios médicos. La oferta de cuidado institucional es muy insuficiente (centros de día, atención domiciliaria, residencias), y la oferta privada es inasequible para la mayoría de los pensionistas e, incluso, para sus hijos. Entre el año 2000 y el año 2050 se triplicará el número de personas mayores de 80 años en Europa. Las demandas geriátricas crecerán aún más del triple porque aumentan también las expectativas y exigencias de este grupo de edad.

Las familias filiales todavía no tienen un nombre claramente establecido, pero ya son un nuevo y creciente prototipo con sus propias necesidades médicas. Frecuentemente se trata de hijos o hijas (más frecuente lo segundo) que se hacen cargo de su padre o madre (más frecuente esto último), o de hermanos minusválidos. No están desglosados, por ahora, de las familias que se hacen cargo de sus hijos adultos minusválidos.

Todavía no se han estudiado suficientemente, aunque es tema en auge, las consecuencias que tiene para el cuidador la adscripción del cuidado de sus familiares. Cuando el médico fija el nivel de cuidados que requiere un paciente, con frecuencia se inicia un conflicto familiar de muy difícil solución, que es la decisión sobre quién ha de encargarse de proporcionar los cuidados o los recursos económicos para administrarlos. En muchos casos el cuidado de un enfermo conlleva la pérdida del empleo, la dependencia económica, las dificultades afectivas y de

acceso a los bienes culturales, además de un gran desgaste físico y psicológico. Los cuidados se concentran habitualmente en un cuidador principal, y duran meses, años, a veces décadas. En las familias monoparentales predominan mujeres con hijos, incorporadas al mercado de trabajo y en precaria situación económica. La sobrecarga de papeles hace difícil su supervivencia si no cuentan con la ayuda de la familia extensa para los cuidados sanitarios.

Otros tipos de familia menos frecuentes son las familias trigeracionales, los hogares constituidos por parientes sin núcleo matrimonial, y los hogares no familiares. La inmigración ha traído como consecuencia un rápido incremento –aunque poco estudiado- de nuevos tipos de hogares así como la acumulación de convivientes en espacios reducidos y mal dotados de servicios. Las familias inmigrantes padecen algunos tipos de patologías poco habituales en España, o no definen como patológicas o anormales algunas conductas que son definidas de este modo en España. Y a la inversa. A menudo carecen de conexión “documentada” con el sistema sanitario. En mayor medida que el conjunto, utilizan los servicios de urgencia y de organizaciones sin ánimo de lucro. La relación con los médicos es discontinua, lo que dificulta las tareas de prevención y seguimiento.

En resumen, la estructura interna de los hogares ha cambiado tanto que en las estadísticas referidas al último decenio es apreciable el descenso del tamaño medio (número de personas), el descenso de familias multigeracionales, el aumento en la edad media de los familiares, el acusado descenso de personas disponibles en los hogares para hacerse cargo de los enfermos y la llegada de un amplio número de inmigrantes con cobertura sanitaria precaria. El dato más positivo es la disponibilidad de varios millones de varones jubilados en buenas condiciones de salud, que aunque carecen del hábito y la tradición de encargarse del cuidado de enfermos, constituyen una nueva gran reserva, al menos potencialmente, para el cuidado de sus familiares o de otros enfermos a través de organizaciones de voluntariado.

Nuevas necesidades y aspiraciones de la población en relación a la salud.

Cada tipo de hogar tiene unas necesidades médicas diferentes, y unos recursos también diferentes de dinero, formación, movilidad, cobertura aseguradora y tiempo disponible para el autocuidado y el cuidado de otros familiares. Cada tipo de necesidad médica se corresponde con un tipo de profesional sanitario y con un tipo de relación entre el paciente y el sistema sanitario. La relación entre los pacientes y el sistema sanitario tiene un amplio espectro, desde las muy directas cara a cara, hasta las muy diluidas por el contexto organizativo.

La tabla nº 2 sintetiza los tipos de demandas que realizan los hogares al sistema sanitario, según que se relacionen con la reproducción, la prevención, la cura de enfermedades, la producción social del cuerpo, la época terminal de la vida, las demandas de tipo burocrático u organizativo y, finalmente, las nuevas patologías relacionadas con las condiciones de vida de la población inmigrante. Estas demandas permiten predecir el tipo de médicos requeridos y el tipo de relación que establecerán las familias con ellos.

Como conclusión podría decirse que la relación personal, cara a cara, entre personal sanitario y enfermos, es cada vez una parte más reducida del tiempo que unos y otros dedican a la salud. Cada vez son más fuertes los componentes organizativos, sociales y económicos que forman parte de la relación entre pacientes y profesionales, así como la especialización de funciones entre el personal sanitario: es el signo de la época en que vivimos y traspasa hasta las más estrictas puertas de los consultorios.

Tabla 2. TIPOS DE DEMANDAS DE LOS HOGARES AL SISTEMA SANITARIO.

Tipo de demanda	Tipo de relación con los profesionales sanitarios
1.- Demandas relacionadas con la reproducción (evitarla, planificarla, conseguirla, atenderla, etc.).	Las decisiones básicas corresponden a los individuos. Descenso en las demandas de atención en embarazo y partos, y en las demandas pediátricas básicas, aumento en las de planificación y fertilidad. Componentes ideológicos importantes.
2.- Demandas relacionadas con la prevención de enfermedades (estilos de vida saludable, vacunación, revisiones, etc.).	La decisión y la ejecución corresponde básicamente a los individuos, con mediaciones importantes de los hogares. Los profesionales sanitarios ejercen funciones de creación de opinión y asesoramiento. Alto componente organizativo.
3.- Demandas relacionadas con la curación o tratamiento de enfermedades, accidentes y minusvalías.	Es la relación tradicional entre la población y el sistema sanitario, y sigue siendo la más habitual. Importancia creciente de las actuaciones socio-sanitarias debidas al envejecimiento de la población y prevalencia de crónicos. Alto componente técnico.
4.- Demandas relacionadas con la producción social del cuerpo (estética, identidad)	La iniciativa corresponde a los individuos. Presiones sociales, moda. El paciente es un consumidor/cliente. Alto componente económico.
5.- Demandas relacionadas con la muerte (paliación, atención a terminales, actuaciones de certificación, etc.).	Nuevas demandas derivadas de los cambios tecnológicos y de nuevos valores y nuevas situaciones legales. Componentes ideológicos importantes.
6.- Demandas de tipo burocrático u organizativo.	El profesional sanitario ejerce funciones de relación con la organización sanitaria y con otras organizaciones (laborales, de justicia, de pensiones y servicios públicos, etc.). Creciente absorción del tiempo del profesional para estas tareas y presión sobre el médico para que satisfaga las demandas de las familias. La calidad en el ejercicio de esta función no depende tanto de la capacitación técnica como de otros tipos de formación y cualidades personales.
7.- Nuevas demandas procedentes de familias inmigrantes, carentes de cobertura sanitaria.	Un reto para el sistema sanitario por la precariedad de condiciones de vivienda, laborales, accesibilidad, comunicación, dispersión del núcleo familiar y distancia cultural. Patologías derivadas de estas circunstancias.

Textos de los Posters Científicos

(Sólo aparecen aquellos póster de los que se ha recibido el texto completo)
(In this section only appear posters with complete information)

Póster 2 - Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico

M.P. Robles, T. Córcoles, M. Torres, F. Muñoz, Y. Cantos, S. Arias, M.L. Parra, M.I. Alia. Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Getafe (Madrid)

Introducción

Al paciente en estado crítico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se le proporcionan diferentes cuidados de enfermería con el fin de cubrir prácticamente la totalidad de sus necesidades básicas. El aseo como parte fundamental de las actividades encaminadas a cubrir la necesidad de higiene es una técnica rutinaria pero no por ello exenta de riesgos. Existen pocos datos en la literatura sobre la frecuencia de aparición de eventos adversos durante la realización del mismo así como de la importancia directa que dichos eventos tienen sobre el estado clínico del paciente.

Objetivo

Por todo ello en nuestra Unidad quisimos medir la frecuencia de aparición de determinados eventos adversos durante el aseo del paciente crítico y las consecuencias directas sobre el estado del paciente.

Material y Métodos

Se elaboró un estudio prospectivo de cohortes sobre pacientes ingresados consecutivamente en la Unidad del Hospital Universitario de Getafe, una UCI polivalente de 18 camas. El periodo de estudio fue de 5 meses comprendidos entre 01/08/01/ y el 31/12/01 y durante el mismo se monitorizó el aseo realizado a todos los pacientes críticos mayores de 18 años que cumplían al menos uno de los siguientes Criterios de Inclusión en la 24 h. previas a su ingreso en el estudio:

1. **Respiratorio:** paciente con ventilación mecánica y niveles de $F_iO_2 > 50\%$ y/o PEEP > 10 cm de agua.
2. **Hemodinámico:** paciente con perfusión de fármacos vasoactivos.
3. **Hemofiltración:** paciente que requiere hemofiltración veno-venosa continua.
4. **Reanimación cardiopulmonar**
5. **Cardiológico:** paciente con alteraciones del ritmo cardíaco y repercusión hemodinámica.
6. **Neurológico:** paciente con patología aguda del SNC y GCS < 8 .
7. **Neuroquirúrgico:** paciente portador de catéter intraventricular y monitorización de la presión intracraneal (PIC)
8. **Traumatismo abdominal grave:** con hemorragia activa o elevado riesgo de presentarla.

Fueron excluidos los pacientes con traumatismo térmico severo por sus especiales características. Abandonaban el estudio los pacientes que dejaban de cumplir los criterios de inclusión y los que fallecían.

Los eventos adversos se midieron durante el aseo y hasta 1h. después fueron: desaturación, desadaptación, hiper/hipotensión arterial, hemorragia, parada cardiorrespiratoria, bradicardia, taquicardia, fibrilación auricular rápida, contracciones ventriculares prematuras, retirada de dispositivos (sondas, tubos, catéteres y drenajes) e hipertensión intracraneal. Todos ellos fueron previamente definidos y la condición para que fueran registrados como eventos era que no existieran antes de comenzar el aseo y que no se pudieran imputar a la realización de otra técnica cualquiera.

Resultados

De los 331 pacientes que ingresaron en la unidad 90 (27%) fueron incluidos en el estudio. El total de aseos monitorizados fue de 603, de ellos 568 se realizaron y 35 no (11% por orden médica y 94% a criterio de enfermería). La estancia media en el estudio fue de 5'4 días y la mediana 4 días. En el momento de la inclusión los pacientes tenían una puntuación media de TISS 28: 37'9 y NEMS: 36'5. En el 52% de los aseos realizados apareció algún evento adverso y en el 48% no.

Los eventos adversos más frecuentes se muestran como porcentaje e intervalo de confianza al 95%:

Desaturación		Hipotensión arterial		Hipertensión arterial		Hipertensión intracraneal	
Total aseos (n=568)	Aseos CI* 1 (n=402)	Total aseos (n=568)	Aseos CI* 2 (n=397)	Total aseos (n=568)	Aseos CI* 2 (n=397)	Total aseos (n=568)	Aseos CI* 7 (n=33)
17'8% (15-21)	23'1% (19-28)	11'4% (9-15)	15'4% (12-19)	20'6% (18-25)	19'4% (16-24)	3'4% (2-5)	51'5% (34-69)

*CI: casos que cumplen el criterio de inclusión correspondiente.

Conclusiones

En el estudio se midió un elevado porcentaje de eventos adversos, la mayoría desaparecía al finalizar el aseo sin consecuencias graves para el paciente, pero un 12% se mantuvo durante al menos 1h. precisando la aplicación de medidas correctoras. Por ello destacamos la importancia de la monitorización continua durante todo el aseo para la detección y tratamiento precoz de los eventos así como el desarrollo de protocolos de enfermería para realizar la técnica de forma eficiente.

Poster 4 - El proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo en atención especializada

Isabel Guerra Cuesta, Araceli Tejedor Franco, M^a Jesús González Sánchez, Agustín Mayo Iscar, Elena M^a de la Fuente Fombellida, Ana Carmen Elices Villagrà. Dirección: Escuela Universitaria de Enfermería; C/ Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid. isabelg@enf.uva.es

Introducción

Este trabajo surge ante la evidencia de la falta de coherencia entre los conocimientos recibidos por las enfermeras en su periodo de formación y la realidad a la que se enfrentan en su práctica habitual, así como determinar cuáles son las causas que influyen en ésta disparidad entre lo aprendido y lo realizable.

Partiendo de la afirmación que la ciencia de enfermería necesita un método que identifique de forma específica el papel de la enfermera dentro del sistema sanitario decidimos plantear los siguientes objetivos:

Objetivos

- Analizar en qué medida la población enfermera se siente identificada con el proceso de atención de enfermería (PAE) como método de trabajo.
- Analizar los requisitos necesarios para llevar a la práctica el PAE.
- Identificar cuáles son los factores que dificultan la aplicación del PAE en la actividad asistencial.

Material y método

Mediante un estudio observacional transversal con una muestra aleatoria.

La población del estudio fueron enfermeras de atención especializada de los hospitales públicos de Valladolid y provincia en las áreas de hospitalización de médica y quirúrgica. La muestra estaba compuesta por 204 enfermeras que representaban un 50 % de la población objetivo. El instrumento elegido para medir las variables de interés fue un cuestionario anónimo de elaboración propia.

Resultados

El 66 % de las enfermeras de la muestra contestaron a la encuesta con gran coherencia. El 79% de ellas reconocieron el concepto de profesión enfermera: "independiente dedicada a la prestación de cuidados al individuo y la sociedad en términos de salud y enfermedad". Sólo en el 55%, este concepto se adapta a su trabajo "alguna vez". El 40% sigue trabajando por tareas y asignación de pacientes. Un 33% no contesta a las preguntas relativas al PAE y, las que lo hicieron, reconocieron asignando una nota de media superior a 7 (en una escala de 0 a 10) las ventajas del mismo destacando: "la unificación de criterios de intervenciones de enfermería, asegura la continuidad de los cuidados, aumenta la satisfacción de la enfermera, reconoce y cuantifica el producto enfermero" Sólo el 40% ordenaron correctamente las etapas del PAE.. Al igual que mostraban su disponibilidad en una media de 7.1 (sobre 10) para trabajar con él. Sorprende que un 38% manifieste no haber tenido acceso a este tipo de formación.

Conclusiones

A pesar de sentirse identificadas con el PAE y de reconocer el proceso como algo beneficioso que unifica acciones, criterios y continuidad de los cuidados de enfermería, hay situaciones que deben ser abordadas por las direcciones de enfermería para corregir las variables que hagan de este método de trabajo algo real y útil.

El análisis de los datos nos conduce a una propuesta de puntos de mejora:

Adecuación de plantilla a las cargas de trabajo. Ya que el ratio enfermer@ paciente hemos observado que se establece por encima de 1/20 llegando en algunos casos superior a 1/30.

Formación específica sobre el PAE, reforzando alguna de sus etapas como son los diagnósticos.

Formación continuada en habilidades de comunicación.

Incentivos asociados al rendimiento personal.

Registros unificados y modelo de enfermería según las características de cada hospital.

Creemos que la aplicación de estos puntos facilitaría a los profesionales la utilización del PAE en todas sus fases, ya que aunque utilizan parte del mismo, reconocen sólo trabajar acorde con su concepto de enfermera "alguna vez."

Consideramos imprescindible que exista una filosofía de cuidados en el hospital que guíe la acción de enfermería de forma homogénea y que delimite nuestra área de competencia para reconocimiento de los propios profesionales y de la sociedad.

Poster 5 - Dificultades en la atención al embarazo a mujeres de origen magrebí. Percepciones de las matronas de asistencia primaria de la provincia de Barcelona.

J. Goberna Tricas^{*1}, C. Gómez Moreno¹, H. Viñas Llebot¹, A. Palacio Tauste^{1,2}, M. Galí García², A. Paulí Cabezas^{1,2}.

¹Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona; ²Institut Català de la Salut. Atenció Primària

Introducción

La atención integral a la embarazada siempre ha supuesto un reto para la matrona al que en la actualidad se añaden los aspectos de multiculturalidad provocados por la inmigración.

Objetivo general

Identificar las dudas e inquietudes de las matronas de atención primaria de la provincia de Barcelona, en relación al control del embarazo de las mujeres procedentes del Magreb.

Objetivos específicos

Determinar los aspectos socio-culturales que dificultan la asistencia a estas mujeres

Identificar que aspectos de educación sanitaria resultan más problemáticos en su abordaje.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal, con recogida de datos a través de un cuestionario elaborado al efecto. El estudio se ha llevado a cabo a lo largo del año 2000, entre las matronas que realizan atención a la mujer embarazada, en los centros de asistencia primaria de la provincia de Barcelona.

Resultados

Han participado el 70 % de los sectores sanitarios de la provincia, (se excluyeron los centros de Barcelona ciudad). El número medio de mujeres embarazadas magrebíes visitadas en el último año, por cada matrona, fue de 14 (rango 1-50).

El 66 % de las matronas consideran que el desconocimiento del idioma por parte de la embarazada supone una dificultad bastante o muy importante para la realización de la educación sanitaria.

Las embarazadas suelen acudir acompañadas de interlocutor, el marido en el 75% de los casos, otra mujer en el 20% de los casos y un menor de edad en el 2%. Las matronas expresan dificultades en que llegue el mensaje, (43%).

La educación sanitaria relacionada con la práctica de ejercicio físico es el parámetro que presenta más dificultades, seguida de la sexualidad y los hábitos alimentarios.

Existe una alta correlación entre las dificultades expresadas por la matrona en la realización de la educación sanitaria y el cumplimiento de las indicaciones por parte de la embarazada.

Conclusiones

En todos los casos las matronas han visitado a mujeres procedentes del Magreb y han manifestado dificultad en la realización de la educación sanitaria, especialmente por el desconocimiento del idioma. Se observa una escasa participación de mediadores culturales y dificultades en la llegada del mensaje. Los aspectos más dificultosos en cuanto a la educación sanitaria: ejercicio físico, sexualidad o alimentación, ponen de manifiesto diferencias culturales que reflejan una necesidad de recursos específicos tanto personales como institucionales para su correcto abordaje.

Poster 6 - Validación y consenso de tiempos estimados en las intervenciones de enfermería en domicilio en atención primaria.

Rafael Domingo Martín. Emilia Villacañas Novillo. M^a Pura Cantero García. Esther Nieto García. Manuela Monleón Just. Jorge Diz. Benito del Pino. Amparo Casado Lollanos. Covadonga Sánchez Pérez. Margarita Domínguez. Dirección de contacto: Rafael Domingo Martín. N^o C/ Granada, 26 1^o-A 28007-Madrid. Correo electrónico: rdomingom28@enfermundi.com

Introducción

El presente trabajo comparte y complementa la investigación en curso del Proyecto FIS titulada "Costes de las intervenciones enfermeras en los usuarios de Atención Domiciliaria en Atención Primaria, según el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria" (Proyecto FIS núm. 99/0414). Con ella se pretende contribuir a los esfuerzos por definir el producto enfermero en el ámbito de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria.

Objetivo

Validar y consensuar el tiempo que requiere para la realización de las intervenciones y/o cuidados que las enfermeras realizan en la Atención Domiciliaria, utilizando para ello la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) elaborada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa (EE.UU.).

Metodología

Primera fase. Técnica de grupo nominal :

El grupo nominal, formado por diez miembros del equipo investigador, seleccionó un total de 271 intervenciones enfermeras de entre las 433 que componen la taxonomía. El criterio de validación y de selección de cada una de ellas estuvo determinado por su utilización en el contexto de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria, aun cuando la probabilidad de su ejecución fuera baja o muy baja.

Segunda fase. Método Delphi:

Se han realizado 3 Rondas. Se diseñaron dos paneles de 35 expertos, que trabajaron simultáneamente y con independencia el uno del otro a lo largo de tres rondas, que sufrieron pérdidas a lo largo del proceso. Se definió como criterio de expertos lo siguiente:

1º PANEL: Enfermeros socios de SEMAP que trabajan en Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) en el Área 11 de Salud, que es la zona geográfica donde se desarrolla el proyecto FIS N^o 99/0414.

2º PANEL: Enfermeros socios de SEMAP que trabajan en E.A.P. en el resto de Áreas de la Comunidad de Madrid. Experiencia de trabajo, como mínimo, de un año en EAP. Tengan o no responsabilidades de gestión dentro de los Centros de trabajo, Aunque en la actualidad no trabajen pero hayan trabajado en la asistencia en EAP.

Requisitos de exclusión:

Que trabajen o hayan trabajado en unidades asistenciales que no estén organizadas como E.A.P.

Que pertenezcan a un mismo centro de trabajo.

Criterios de validación: se han validado aquellas intervenciones en las que la respuesta afirmativa a la pregunta *¿Conoce la intervención?* ha superado el 80% del total.

Criterio de consenso: se ha considerado consenso de la estimación de tiempos, cuando el valor de la desviación típica, estuviera comprendida entre 0 y 1.

Resultados

Validación de las intervenciones: (se presentan solo los resultados del 1º Panel).

Se han validado 192 intervenciones, de las 271 seleccionadas, han obtenido la validación, lo que supone el 70,84% del total. (Tablas. 1,2,3,4 y 5 relación cualitativa de NIC) El total de intervenciones validadas ha sido clasificado en tres grupos: A, B y C .

El grupo A describe el número de intervenciones que han superado afirmativamente el 80% de las tres preguntas planteadas: *¿Conoce la intervención?* *¿Tiene entrenamiento?* *¿La realiza con frecuencia?* . Contiene 57 intervenciones, que representan el 21,04% del total de las respuestas afirmativas. (Tabla. 1).

El grupo B describe el número de intervenciones que han superado el 80% de la respuesta afirmativa a las preguntas *¿Conoce la intervención?* y *¿Tiene entrenamiento?* Este grupo incluye 61 intervenciones; esto es, el 22,50% del total de respuestas afirmativas. (tabla. 2).

El grupo C describe el número de intervenciones que solamente han superado el 80% de respuesta afirmativa a la pregunta *¿Conoce la intervención?* El grupo ha validado 74 intervenciones, que suponen el 27,30% del total.

(Tabla. 3).

El grupo D reúne aquellas intervenciones que no han sido validadas forman un total de 79 intervenciones, que se corresponden con el 29,16% del total. (Tabla. 4).

Consenso de la estimación de tiempos:

A la luz de los resultados obtenidos, no se puede afirmar que se haya alcanzado el consenso en la estimación de tiempos, aunque en algunos se haya llegado al criterio estadístico fijado. (Tabla. 5).

Conclusiones

Se han validado 192 intervenciones, lo que nos revela una alta equivalencia en el lenguaje descriptor de la actividad profesional entre el contexto anglosajón, de donde procede la nomenclatura utilizada, y el contexto español. En otras palabras: la terminología utilizada por el NIC es reconocida y validada por los expertos como intervenciones y/o cuidados de enfermería que se desempeñan en la práctica del trabajo asistencial.

De estas 192 intervenciones, las enfermeras y los enfermeros tienen entrenamiento en 118 de ellas (esto es, la suma de las intervenciones validadas por los grupos A y B). Asimismo, son capaces de reconocerlas y de identificarlas como cuidados que pueden realizarse. Ello nos ofrece una visión del desempeño de las tareas que estos profesionales realizan o pueden realizar en el domicilio del paciente/usuario de Atención Primaria.

De este modo, llama la atención que, incluso en el grupo A , que contestó afirmativamente a las tres preguntas formuladas, no se obtuviera un grado mayor de consenso de tiempos en el número de intervenciones. En relación con esto, algunos componentes del panel de expertos han señalado que el consenso habría sido posible si las intervenciones se hubieran planteado en contextos específicos de protocolos, donde se delimitaran las características de los pacientes/usuarios que reciben las intervenciones. (Tablas. 1,2,3,4 y 5 relación cualitativa de NIC utilizados)

Poster 8 - Enfermería comunitaria y educación sanitaria: la investigación desde el aula.

Carrasco P*, Gallardo C*, Valcárcel Y, Esteban J, Larrauri A, Anegón M, Jiménez R, Gil A. (Unidad de Docencia e Investigación en medicina Preventiva y Salud Pública).

Introducción

La integración de la labor investigadora como algo implícito a la actividad profesional del colectivo de enfermería, surge como tema relevante en la actualidad. Cabe señalar que la investigación no aparece como materia en el currículum de pregrado. La unidad de Docencia e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Rey Juan Carlos, puso en marcha en el año 1999 un espacio para la investigación que cristalizó en las denominadas *Jornadas de Salud Pública*, donde los alumnos de la Diplomatura de Enfermería comienzan a desarrollar su actividad investigadora.

Objetivos

Estimular al alumno para iniciarse en la investigación científica, así como dotarle de las herramientas metodológicas necesarias para elaborar su primer trabajo de investigación.

Métodos

En la elaboración de los trabajos participan alumnos de los tres cursos de la diplomatura de Enfermería. La investigación se desarrolla en el marco de la programación de las asignaturas de Enfermería Comunitaria (1º y 2º curso) y Educación Sanitaria (3º curso).

Enfermería Comunitaria:

Los alumnos se organizan en grupos de trabajo y seleccionan y definen aquellas situaciones relacionadas con la Salud Pública susceptibles de investigar por su interés o pertinencia. Una vez seleccionado el tema central de la investigación, y bajo la supervisión de un tutor, ponen en práctica todos aquellos conocimientos y herramientas que han ido adquiriendo a lo largo del curso, orientados hacia como debe elaborarse un protocolo de investigación así como el procesamiento, análisis y presentación de los resultados obtenidos.

Educación Sanitaria:

Los alumnos que eligen esta asignatura actualmente optativa, llevan a cabo sus prácticas en el ámbito de atención primaria en las áreas 8 y 9 del IMSALUD. Tienen por objetivo capacitar al alumno para intervenir en educación para la salud. Desde el centro de salud donde realizan sus prácticas, se organizan en grupos de trabajo, se elige el tema a llevar a cabo entre el equipo del centro y los propios alumnos, siendo supervisado por un tutor. El eje central del trabajo radica en realizar una intervención con la población en el marco de la educación para la salud bajo el diseño de un programa.

Todos los trabajos realizados por los alumnos se presentan durante el desarrollo de las Jornadas de Salud Pública, en forma de comunicaciones orales o presentación de pósters.

Resultados

Durante el mes de mayo de 2002 se han celebrado por cuarto año consecutivo las *Jornadas de Salud Pública* en nuestra Universidad. Durante todos estos años se han realizado un total de 135 trabajos donde se abordaron materias relacionadas con el perfil de salud en las diferentes etapas de la vida del individuo, la morbilidad percibida, la utilización de los servicios sanitarios públicos y privados, así como programas de intervención en EPS en enfermedades crónicas, EPS y estilos de vida y EPS en etapas vulnerables.

La difusión de estos trabajos se ha realizado periódicamente a través de una serie de publicaciones donde aparecen reflejadas a modo de resumen, todas las investigaciones realizadas por los alumnos.

Conclusiones

Desde el marco del aula universitaria y tras la realización de un trabajo de campo el alumno se inicia en el proceso investigador.

La EPS dentro del currículum de enfermería, implica y proporciona conocimientos y habilidades para trabajar en EPS dentro del marco de la Atención Primaria.

El método epidemiológico se desarrolla como herramienta para la realización de la labor investigadora.

El proceso de investigación desde el aula lleva implícito un aprendizaje del trabajo en equipo.

Poster 9 - Health care needs of the spanish-speaking population

Jennifer Engel, BSN Student & Deanna Reising, PhD, RN, CS. Indiana University School of Nursing

Introduction

By 2005, Hispanics will be the largest minority group in the United States. Currently, there are roughly 32.8 million Hispanics in the United States accounting for 12% of the nation's population with 8.3 million who do not know English (Gravely, 2001). While there have been increasing efforts to reach out to Hispanic residents on local, state, and national levels, health care needs for the Spanish-speaking only population, have not been adequately addressed. The purpose of this study is to determine if day-to-day health care needs of Spanish-speaking clients are being met while they are in the health care situations.

Results indicate that day-to-day health care needs of Spanish-speaking people are not being met in South-Central Indiana.

Regardless of the documentation status of Spanish-speaking people, there are three main issues concerning day-to-day health care needs: access to health care, language barriers, and financial barriers. The latter two themes are connected to access issues making access to health care the over-arching theme. The day-to-day health care needs of Spanish-speaking

people need to be addressed in a manner that is consistent with the lifestyles of the population. Many issues concerning barriers to more traditional health care services exist, in particular, issues related to navigating the health care system at the point of entry.

Reference

Gravely, S. (2001). When your person speaks Spanish and you don't [Electronic version]. *RN*, 64(5), November 2001.

Poster 11 - Children with cancer and their families.

M. Björk, RN., RCSN. & I. Hallström, RN, RCSN, Ass Prof. Address: Childrens Hospital, University Hospital, Lund, S-227 38 Lund, Sweden. Telephone: +46 46 17 83 61 Fax: +46 46 17 22 99 Email: Inger.Hallstrom@omv.lu.se

Background

Children are major consumers of health care, but are seldom asked about their needs and experiences. Instead parents or staff are consulted and their descriptions of the child's needs accepted as representing what the child thinks. It is often assumed that staff who work with children know how children think and feel. In the last few decades medical progress has provided great changes in perspectives of childhood cancer. Childhood malignant diseases affect not only the child, but the whole family. Siblings often feel unimportant during the child's treatment. Parents often feel inadequate in meeting the siblings' needs.

Objectives

The aim of this study is to investigate how children with cancer, their siblings and parents cope, and to investigate and map out the needs and satisfaction of those needs. Also, we are interested in how needs and lived experiences change during the child's treatment.

Methods

For a year, consecutive series of children under 13 years, with cancer, their siblings and parents will be followed with interviews, questionnaires and observations sixth-monthly throughout the child's illness and treatment.

Findings

A pilot study revealed that children distinguished between needs during "good" or "bad" periods. They needed someone to talk to about their disease and were pleased when this need was met. Parents thought it was important for the child and the family to continue their normal life although this was sometimes hard to do. Current information about the disease and the child's situation was important both for them and it was very important to be able to tell siblings and other family members about the child's condition. Siblings found themselves in a conflict situation, as they knew that their sibling needed much care, but had needs of their own that had to be acknowledged and met.

Conclusions

Few studies have followed families during the course of the child's illness and treatment and examined their implications for all the family members. For professional caregivers it is important to see the family as a whole to know what they really need in these situations.

Poster 12 - La percepción de las mujeres sobre la menopausia. Un estudio cualitativo.

Concepción Carratala, Luis Cibanal, Encarnación García, Dolores Saavedra, et al*

Introducción

Durante muchos años la menopausia ha sido y es todavía considerada desde una perspectiva social, como una "desgracia" para las mujeres y en ocasiones esta percepción ha estado alimentada por algunos profesionales de la salud, que han llegado a considerarlo casi una enfermedad, al catalogarlo como una endocrinopatía, basándose en que el hipoestronismo, era el causante de un fracaso ovárico, sin tener en cuenta que este supuesto fracaso viene determinado genéticamente y depende de la dotación folicular que se establece durante la vida intrauterina.

Existen evidencias de que intervenciones educativas sobre diferentes tipos de población producen resultados positivos porque mejoran sus conocimientos e inducen cambios en sus

estados de salud. La creación de programas de educación para la salud (ES) en mujeres perimenopausicas y menopausicas mejora su bienestar y produce un aumento de su autoestima, como planteamiento alternativo a la medicalización

La finalidad de este estudio se basa en conocer las creencias, percepciones y valores que las mujeres tienen de la menopausia, desde una metodología cualitativa. .

Objetivos

1. Conocer la percepción de las mujeres de clase media y baja urbana acerca de la menopausia , en relación con los comportamientos cotidianos (situación familiar y social del entorno en que viven) aspectos culturales y aspectos sobre su salud y sus creencias.
2. Analizar la calidad de vida de estas mujeres mediante un cuestionario validado en atención primaria : las láminas COOP-WONCA .
3. Identificar factores modificables, relacionados con la percepción que las mujeres tienen sobre la menopausia, para elaborar posteriormente una estrategia educativa, de acuerdo con las necesidades manifestadas por las participantes, sirviendo como base para confeccionar una “ guía de actuación en la menopausia.”

Métodos

Diseño: Metodología cualitativa y la técnica elegida para la recogida de la información, son los grupos de discusión (focus group)

La población a estudio son mujeres de clase media y baja urbana de 40-60 años, usuarias de los centros de salud del área 18 de la Comunidad Valenciana correspondiente a población de Alicante y municipios circundantes. Participan 3 Centros de salud: Alicante -La Florida, Alicante-Ciudad Jardín y San Vicente del Raspeig. Los barrios adscritos a estos centros , son de nivel socioeconómico medio y bajo, según los indicadores que hemos utilizado (nivel de instrucción, ingresos del cabeza de familia, y tasa de analfabetismo) , obtenidos del censo de población

Muestral Diseño: Se decide incluir como variables de homogeneidad, el nivel socioeconómico y la edad y de heterogeneidad, las que algunas componentes del grupo poseen y otras no, la maternidad, el trabajo remunerado, y el asociacionismo.

Se realizaron 8 grupos de discusión por cada centro de salud, cada grupo estaba formado por 7-8 mujeres.

Instrumento de recogida de datos, se realizo a través de un guión semiestructurado, donde se identifica las percepciones , opiniones sobre la menopausia y sobre la importancia que tiene la información en esta etapa vital de la vida.

Resultados.

Son todavía preliminares. Estamos en la fase de transcripción (terminada) y análisis con el programa NUDIST., vamos a presentar unos resultados preliminares, pues estamos analizando, dos grupos por cada centro de salud, para el mes de Diciembre, estarán todos los grupos analizados. Destacar dos cosas que han salido en el análisis inicial: La falta de información que tienen las mujeres, durante esta etapa, y la vulnerabilidad generacional en mujeres de 60-65 años, mientras que las mujeres entre 45-59 años su percepción de esta vivencia es mejor y sobre todo aquellas que pertenecen alguna asociación de mujeres o trabajan fuera de casa. La mayoría no conoce bien la Terapia Hormonal Sustitutiva. Y sus posibles efectos secundarios,.

Poster 13 - Prevención del cáncer de mama entre alumnos de enfermería de la universidad estadual de minas gerais/inesp – Minas Gerais – Brasil

PSC Miranda; MG Martins * ; MCC Sousa; ZML Pacheco; FF Oliveira; RAC Xavier; M Medeiros; JM Ribeiro. Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais; Escola de Enfermeria de la Univesidad Estadual de Minas Gerais/INESP Dirección: Rua Divinópolis – 263 – Apto. 301 – Santa Teresa – 31.010-370 – Belo Horizonte – Minas Gerais–Belo Horizonte (Brasil). Tfno: 00 55 31 3 4631853. Fax: 00 55 31 3 2489802. mail: pmiranda@medicina.ufmg.br

Introducción

El cáncer de mama es uno de los principales cánceres de las mujeres en todo el mundo. En Brasil y en la provincia de Minas Gerais, con sus 17 millones de personas, se pasa igual. Entre los exámenes que pueden ayudar al diagnóstico, uno de ellos, el Auto examen de las mamas (AEM) tiene una característica muy específica pues puede ser hecho por la mujer misma, donde no es caro, y no tiene contraindicaciones, aunque haya controversias sobre su

efectividad. En Brasil, estudios del Ministerio de la Salud prueban que 80% de los cánceres de mama son descubiertos por la misma mujer. Conocer la práctica de AEM en toda la población brasileña es muy caro y difícil. Pero se pueden hacer hipótesis de lo que se pasa en ella conociendo la práctica de AEM en grupos de personas que tienen más información y acceso a los servicios de salud.

Objetivos

Evaluar la práctica de AEM en alumnas de distintos periodos del curso de enfermería de la Universidad Estadual de Minas Gerais, ubicada en Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, en el año de 2002.

Métodos

Se ha hecho un estudio transversal observacional con 154 alumnas de los periodos primero, tercero, cuarto y séptimo del curso de enfermería a través de un cuestionario que ha preservado el anonimato de los investigados. Estudio similar fue realizado por Fernández MTR et al., en Zaragoza, en 1999.

Resultado

Uno 26% de todos los alumnos del curso de enfermería de la universidad estadual de Minas Gerais/INESP jamás han hecho AEM. Estos datos se muestran más expresivos en los primeros años del curso. Poco a poco se baja el número de alumnos que jamás han realizado AEM. No obstante, se observa que aunque los alumnos de los periodos más adelantados del curso de enfermería sí hacen el AEM, solo el 71% lo hacen en la periodicidad indicada por el consenso (AEM mensual). La media general de los que lo hacen mensual es 45%. Los demás lo hacen en una frecuencia no sistemática. Las justificativas para la "no realización del AEM" son distintas entre los distintos alumnos de los distintos periodos, pero se concentran en a) "Olvido"; b) "No tener síntomas"; c) "no saber hacer AEM".

Conclusión: Los datos obtenidos para los alumnos del primero periodo del curso son similares a los de los estudios de población en la edad de estos alumnos. Después con la evolución del curso los alumnos hacen más AEM. O sea, con información e entrenamiento se pueden aumentar la práctica del AEM. Esto debe ser el objetivo de los trabajos con la promoción de la salud, sea de una escuela de enfermería o de la población, en general.

Poster 14 - Mentorship preparation - the way forward.

Moira Davies

Background

The preparation and role of mentors is a popular subject (Neary et al 1994, Spouse 1996, and Watson 1999). The support given by a mentor is important for a clinical nurse's successful clinical experience and is vital to the assessment of competence.

The aim of the study-

To focus on the current preparation of mentors their attitudes, and the workload in relation to the role.

Research Design

A survey approach was selected using a questionnaire comprised of open and closed questions to gather general information, together with a Thurstone scale for measuring attitudes. Questions were formulated from semi-structured interviews with mentors and a literature review. The criteria for inclusion in the study was qualified nurses who had undergone mentorship preparation, convenience sampling was used and this encompasses the four branches of nurses.

Results

The attitude of Mentors to the role was elicited via a Thurstone scale. This was devised so that mentors only had to tick a box – the range of the scale was +12 to -12.

The Thurstone attitude scale showed that the rating scale ranged from -12 to + 12, with 88% of Mentors scoring in the positive range.

The attitude scale indicates that 88% enjoy working with motivated students and 69% enjoy the role of mentor.

Mentors often highlight time restraints as a problem, 68% agreed that they had too little time to spend with students.

However although respondents indicated that time to work with the students was limited, the number of students allocated per mentor over the period of 1 year was less than expected.

The results show that 75% of mentors had students allocated to them for 20 weeks or less and that 82% had 5 students or less over the last year.

Conclusion

Overall it can be concluded that the attitude of Mentors to their role was positive, although comments from the respondents indicated that regular updates and more support was required. The number of students that the mentors were allocated were less than expected and these results indicate that assumptions about the capacity for clinical placements can be challenged.

Reference

- Neary M, Phillips Rand Davies B (1994), *The Practitioner-Teacher: A study in the introduction of Mentors in the Pre-Registration Nurse Education Programme in Wales*, School of Education, University of Wales: Cardiff
- Spouse J (1996), The effective mentor: a model for student-centered learning in clinical practice, *Nursing Times Research* 1(2): 120-34
- Watson N (1999), Mentoring today— the students' view, An investigative case study of pre-registration nursing students' experiences and perceptions of mentoring in one theory/practice module of the Common Foundation Programme on a Project 2000 course, *Journal of Advanced Nursing* 29(1): 254—262

Poster 15 - Fuentes de conocimiento que utilizan las enfermeras en su práctica clínica

P.L. PANCORBO HIDALGO¹; F.P. GARCIA FERNÁNDEZ²; I.M^a LOPEZ MEDINA¹: 1 Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. 2 Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Neurotraumatológico. Grupo de investigación "Enfermería".CTS 464. III PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACION

Introducción

En los últimos años el movimiento de la práctica clínica basada en la evidencia, está introduciendo cambios en la práctica asistencial de enfermería. La utilización consciente y juiciosa de los mejores resultados procedentes de la investigación, como método para mejorar los cuidados, es una de sus premisas. Sin embargo, aún existen dificultades para la diseminación y utilización en la práctica clínica de los resultados procedentes de la investigación.

Objetivos

Conocer las fuentes de información que las enfermeras/os y auxiliares de enfermería reconocen utilizar en su práctica asistencial.

Métodos

Población: Enfermeras y auxiliares de enfermería de 3 hospitales públicos de Jaén. Muestreo: Accidental (asistentes a un curso sobre Enfermería basada en la evidencia). Recogida de datos: Nov de 2000 a Oct 2001. Cuestionario auto administrado sobre fuentes de conocimiento usadas en la práctica asistencial con 16 ítems de escala Likert (puntuados de 1 (nunca usado) a 5 (siempre lo usa))(adaptado de C.A. Estabrooks). Análisis descriptivo (media, desviación estándar y mediana) y análisis de la varianza.

Resultados

Se obtienen 59 cuestionarios válidos. Según categoría profesional son Diplomados en enfermería, 71.2 % y auxiliares de enfermería, 28.8 %. La experiencia profesional es amplia, entre 5 y 10 años (39 %) y más de 20 años (28.9 %). Las fuentes de conocimientos que las enfermeras declaran utilizar son variadas, por lo que se han agrupado en tres categorías: a) Basadas en la experiencia personal o la tradición (experiencia personal, el trabajo a lo largo de los años, la forma en que siempre se ha hecho, etc); b) Basadas en fuentes de conocimiento informales (Información compartida con otras enfermeras, información aprendida sobre cada paciente, etc); c) Basadas en fuentes de conocimiento formales o de investigación (Manuales y protocolos, Información aprendida en la Escuela de Enfermería, Revistas de Enfermería, Libros

de texto, etc). Presentamos los datos de las distintas fuentes ordenadas de mayor a menor frecuencia de uso:

Categorías de fuentes de conocimientos	Posiciones según frecuencia de uso
Basadas en la experiencia o tradición	1ª, 2ª, 10ª, 12ª
Basadas en fuentes informales	3ª, 8ª, 11ª, 14ª, 16ª
Basadas en fuentes formales o de investigación	4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 9ª, 13ª, 15ª

Destacamos que en los primeros lugares figuran las fuentes basadas en la experiencia y la tradición seguidas por fuentes informales de conocimiento. Las fuentes formales o basadas en investigación ocupan a partir del 4º lugar. Los libros y las revistas de enfermería son fuentes usadas relativamente poco (posiciones 13ª y 15ª. Las revistas de enfermería son utilizadas con mayor frecuencia por diplomados frente a auxiliares (3.09 / 2.40, $p < 0.05$), mientras que con los medios de comunicación se produce la situación contraria (1.78 / 2.47, $p < 0.005$). Ni la experiencia profesional ni el hospital de procedencia tienen influencia en las fuentes de conocimiento utilizadas

Conclusiones

Las enfermeras y auxiliares utilizan como primeras fuentes de conocimientos para su práctica clínica las basadas en la experiencia y la tradición. Las fuentes de información formales (manuales de procedimientos, Escuelas de Enfermería, etc) y las basadas en la investigación (publicaciones) se utilizan con menor frecuencia. La utilización de libros y revistas de enfermería como fuentes de información para la práctica es poco frecuente. Estos resultados son muy similares a los hallados por Estabrooks en una investigación realizada entre enfermeras de Canadá. (Will evidence-based nursing practice make practice perfect? Can. J. Nurs. Research. 1999. 30:273-94)

Poster 18 - Decision-making during hospitalisation: parents' and children's involvement, and how they may be influenced by ideas of "ownership" of the child.

I. Hallström, L. Shields, G. Kristjansdóttir, J. Hunter. Address: I. Hallström, Dept of Nursing, Lund University, Box 157, 221 00 Lund Sweden. Telephone: +46 46 178361 Fax: + 46 46 1722 99. Email: Inger.Hallstrom@omv.lu.se

Background

Children are a vulnerable group and health professionals need to support them and their parents when ethical issues such as decision-making for their children are raised. Very little is known about how every day decisions are made and in what way children and parents are involved when a child is hospitalised.

Objectives

The aim of this study was to describe children's and parent's involvement in decisions during a child's hospitalisation.

Methods

During a nine-week period 24 children and their parents were followed during the course of events at the hospital. In total 135 hours of observations were made. Field notes were analysed by manifest and latent coding in different steps. In step one, 218 situations which included a decision-making process or parts of a decision-making process were identified. In step two each of these situations were scrutinised with respect to 1) who was present, 2) what decision was made, 3) who made the decision, 4) reaction to the decision, and 5) if the decision was reconsidered after protest from child or parent.

Findings

Most commonly, decisions were made in consultation with those affected by the decision. However, although one or more persons protested in 83 of the described situations decisions were seldom reconsidered.

Conclusions

These results may be influenced by concepts of ownership of the child. While the idea of owning another is anathema to many, some notions are emerging that interactions between

parents, children and staff within a health service environment may be coloured by concepts of who "owns" the child. Is autonomy of the child and parent influenced by this? Are the results found here, in particular the reluctance to reconsider decisions, influenced by concepts of possessiveness towards the child? This paper suggests that such mechanisms may be in place and discusses them from an ethical, legal and moral perspective.

Poster 19 - 1^{er} Estudio Nacional de prevalencia de las úlceras por presión en España. Estudio gneaupp-huntleigh-uifc 2001

Joan-Enric Torra i Bou (*), J. Javier Soldevilla Agreda, Justo Rueda López, José Verdú Soriano. Fernando Martínez Cuervo. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)
Dirección: Hospital de Terrassa, Ctra de Torrebonica s/n, 08227 Terrassa, Barcelona, Teléfono y Fax: 93 731 91 01
Email: jtorra@cstdt.es

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante para el sistema de salud y para las personas que las sufren. Las UPP constituyen un problema institucional e interdisciplinar que repercute de una manera muy directa en el trabajo de los profesionales de enfermería en los diferentes niveles asistenciales y son consideradas como un indicador de calidad en muy directa relación con los cuidados de enfermería. La disponibilidad de información epidemiológica sobre realidades suprainstitucionales es un elemento básico para la definición de un problema, así como para el planeamiento de estrategias orientadas hacia su prevención, abordaje, así como para la concienciación de la sociedad acerca del mismo. En el año 1997 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) puso en marcha un estudio para determinar la epidemiología de las UPP en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gracias a una beca educativa de Huntleigh Healthcare, el GNEAUPP en colaboración con la Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas del Consorci Sanitari de Terrassa (UIFC-CST), diseñaron y llevaron a cabo en los años 2001-2002 un estudio nacional de prevalencia de UPP en España.

Objetivos

Determinar las tasas de prevalencia de UPP en instituciones hospitalarias, socio - sanitarias y centros de atención primaria. (b) Determinar variables que puedan aportar información complementaria a la prevalencia (estadaje, localización, dimensiones y origen de las UPP) y (c) Determinar diferentes variables relacionadas con la prevención de las UPP (existencia de comisiones de UPP, disponibilidad de material de prevención, utilización de escalas de riesgo etc).

Método

La población objeto de estudio la constituyen los usuarios atendidos por miembros del GNEAUPP. Para ello se diseñó y validó un cuestionario de administración postal que fue enviado a los miembros del GNEAUPP. Se solicitó a los destinatarios del cuestionario que diesen información acerca de su unidad (hospital o socio - sanitaria) o lista de usuarios (atención primaria). El envío constaba del cuestionario y de un sobre con franqueo previo para su respuesta.

Resultados

Se administraron 2000 cuestionarios y se recibieron contestados 459 (un 23%). 198 cuestionarios (un 43,1%) corresponden a unidades de hospitalización en hospitales de agudos, con un total de 5811 pacientes teóricos y 5483 pacientes ingresados al pasar el cuestionario (94,35% de ocupación). En los hospitales de agudos se determinó una prevalencia total del 8,24% (un 9% en unidades médicas, del 3,83% en unidades quirúrgicas, de un 10,3% en unidades mixtas y del 16,12% en unidades de cuidados intensivos. 85 cuestionarios (un 18,5%) correspondieron a centros sociosanitarios, con un total de 6060 pacientes teóricos y 6028 pacientes ingresados (99,5% de ocupación). En ésta población se determinaron una prevalencia total del 6,43% (5,91% en unidades geriátricas, 8,53% en unidades de crónicos, 16,6% en unidades de convalecencia y un 12,5% en unidades de paliativos). Finalmente 176 cuestionarios (un 38,4%) correspondieron a atención primaria, los cuales correspondían a 335 235 usuarios mayores de 14 años, 68 818 mayores de 65 años y 4480 de usuarios atendidos en programa de atención domiciliaria, con unas prevalencias del 0,11% de mayores de 14 años, 0,545 de los mayores de 65 años y 8,34% de las personas atendidas en atención

domiciliaria. Se obtuvo información de 841 pacientes, de los cuales un 63,5% de los de hospitales utilizaban una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) , un 70,5% en las instituciones sociosanitarias y un 38,5% en la atención primaria.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio nos permiten constatar que las UPP son un importante problema para todos los niveles asistenciales, en el que no existe una generalización de la medida más importante de prevención y tratamiento (la utilización de SEMP) el cual tiene características diferenciadas para cada nivel asistencial las cuales se deberían tener en cuenta en el momento de diseñar políticas concretas.

Poster 20 - Los enfermeros de UTI, ¿una familia diferente?

Sánchez, Romero, Jofré, Celi, Padován. Dirección: 2000 Argentina. Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Dirección Provincial Complejo Sanitario. Teléfono:0341 – 4119135. Email: mirpadovan@yahoo.com

Introducción

Los enfermeros de UTI son miembros integrantes del equipo de salud; conjuntamente con otros profesionales en su área contribuyen a brindar la mejor atención de calidad al ser humano que lo necesita.

Asumen grandes responsabilidades frente al paciente crítico, con una base de conocimientos y basados en la experiencia que fueron adquiriendo oportunamente con el correr del tiempo y de las diferentes circunstancias que se le presentan a diario, tanto en las urgencias como así también en las emergencias de la terapia intensiva; aquí la rapidez, dinamismo y seguridad juegan un rol importantísimo para la vida del paciente.

La imagen profesional no radica en ser enfermeros de UTI; la experiencia, la destreza, el dinamismo, los conocimientos, se van adquiriendo en cualquier área donde uno desempeñe su labor de enfermería, como resultado de un autoconcepto positivo y de una integración de elementos cognoscitivos e interpersonales del yo profesional dentro de la profesión de enfermería.

“La opinión que tienen los enfermeros de sí mismo y su sensibilidad hacia otros, desde el punto de vista profesional, se relacionan estrechamente con el éxito que logra al pasar de una situación a otra; aunque quienes son valiosos para algunos, no lo sean para otros” (Leddy,S. Pág. 65, año 1990)

Objetivo

Conocer la opinión que tiene el personal de enfermería de otros servicios sobre los enfermeros de UTI.

Material y Métodos

Se realizó una encuesta al personal de enfermería que trabajan en distintos servicios de una institución pública municipal de la ciudad de Santa Fé; por medio de un formulario con preguntas estructuradas y de respuestas con varias opciones. De carácter anónimo, no obligatoria, no se tuvo en cuenta el sexo, no hubo límites para la edad, como tampoco se tomó la variable de nivel de formación.

El instrumento se entregó al personal de toda la institución, en los cuatro turnos diferentes para poder abarcar el mayor número de encuestados. El personal de enfermería de éste efector está constituido por Licenciados, Enfermeros y Auxiliares de enfermería en un total de 258, de éstos, 6 presentaron ausentismo imprevisto (partes de enfermo).

Resultados

Sobre un total de 252 encuestados, respondieron 198 personas (78%)

1-Qué opinan de los enfermeros de UTI?

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| • Poseen mayor preparación | 142 | 72% |
| • Superiores a otros | 15 | 8% |
| • Iguales a otros | 41 | 20% |

2-Los enfermeros de UTI, deben rotar por distintos servicios?

- | | | |
|------|-----|-----|
| • SI | 67 | 33% |
| • NO | 131 | 66% |

3-Enfermeros de otros servicios deberían rotar por UTI?

- | | | |
|------|-----|-----|
| • SI | 174 | 88% |
| • NO | 24 | 12% |

4-Usted rotaría por el servicio de UTI?

- | | | |
|------|-----|-----|
| • SI | 37 | 18% |
| • NO | 161 | 81% |

Conclusiones

El personal de enfermería del efector municipal, opina de los enfermeros que cumplen sus tareas en UTI, que poseen mayor preparación con respecto al resto de los otros servicios; un menor porcentaje consideran que son iguales a otros, que no deberían rotar por otros servicios, pero sí que de otros servicios rotaran por UTI para poder así adquirir más conocimientos y capacitación.

Se observa también un elevado porcentaje de las personas encuestadas, las cuales expresan personalmente que no rotarían por UTI bajo ningún motivo, ni siquiera por autosuperación.

De esto se rescata, que los enfermeros que se hallan en cuidados intensivos “aparentemente” resultan un equipo o familia de trabajo diferente, y que el resto de los enfermeros del efector, prefiere que sigan allí, dentro de su sala, dentro de su casa

Poster 21- Educación para la Salud en el trasplantado de corazón. Ensayo controlado con asignación aleatoria de un programa educativo frente a la práctica informativa habitual.

M. Solís^a, M.J. Casado^b, A. Iza^c, A. Barragán^b, T. González^b Unidad de Epidemiología^a, Unidad de Trasplantes^b. H.U. Puerta de Hierro. Madrid. Unidad de Cuidados Intensivos^c. Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Introducción

La morbimortalidad de los pacientes trasplantados de corazón (TC) ha disminuido considerablemente en los últimos años gracias a los avances medicoquirúrgicos y farmacológicos. Existen pocos estudios sobre las repercusiones que la educación para la salud en el Trasplante Cardíaco tiene para conseguir y mantener una óptima calidad de vida.

Objetivo

Conocer la eficacia de un Programa Educativo (PE) en los pacientes trasplantados de corazón en la adquisición de conocimientos, habilidades de autocuidado y percepción de su salud.

Método

Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria, en la Unidad de Trasplantes del Hospital Puerta de Hierro, en pacientes trasplantados de corazón por primera vez. El grupo intervención recibió el PE. El grupo control recibió la práctica informativa habitual. El *programa educativo* se basa en un Manual de TC para Enfermería, que diseñamos con objeto de actualizar los temas relacionados con el TC. Consta de 12 sesiones individualizadas y diarias, de 20-30 minutos de duración, cada sesión dedicada a un tema diferente de interés para el paciente TC (rechazo, tratamiento inmunosupresor, infecciones, alimentación, aspectos psicológicos, sexualidad, etc.), se cuenta con material didáctico de apoyo (pósters y folletos informativos), se planifica y se realiza un seguimiento educativo para cada paciente. La *práctica informativa habitual* carece de contenidos unificados y actualizados, suele ser esporádica y desestructurada, en ocasiones, se da el mismo día del alta. No se suele planificar ni registrar la información que se da.

A todos los pacientes del estudio se les pasó un cuestionario con 40 preguntas cerradas, con más de 100 ítems, cuando ingresaban en la unidad para la primera revisión después del alta hospitalaria. Las variables de resultados se agruparon en 20 variables finales en tres áreas de interés: conocimiento, autocuidado y percepción de salud. Un análisis factorial permitió identificar cinco factores, capaces de explicar el 60 % de la variabilidad total, que representan la relación existente entre el conjunto de las 20 variables estudiadas. El factor 1 relacionado con la inmunosupresión (conocimientos sobre rechazo, infecciones, signos/síntomas de alerta y autocuidado respecto al tratamiento), el factor 2 relacionado con su enfermedad, la sexualidad y otras actividades, los factores 3 y 4 relacionados con las medidas de prevención de cardiopatía isquémica y el factor 5 relacionado con cambios físicos y trastornos neurológicos. La comparación de los cinco factores entre los grupos control e intervención se realizó mediante el contraste no paramétrico U de Mann-Whitney.

Resultados

El estudio se realizó con 60 pacientes, 30 en el grupo del programa educativo y 30 en el grupo de la práctica informativa habitual. Los dos grupos fueron comparables en todas las variables iniciales.

El valor más alto de las medianas para cada factor representa un mayor nivel de conocimiento y de autocuidado de un grupo respecto al otro. El grupo intervención presenta los valores más altos en 4 de los 5 factores, pero sólo es significativo el resultado del factor 1, relacionado con la inmunosupresión. Las medianas de las puntuaciones del factor 1 en los grupos Control e Intervención fueron, respectivamente, de -0.23 y 0.54 ($p=0.009$). Al comparar los otros factores no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones

El Programa Educativo mejora el nivel de conocimientos en relación al rechazo, las infecciones y los signos y síntomas de alerta y mejora el nivel de autocuidados en relación al tratamiento inmunosupresor.

Poster 22 - Study of the enhancement of nursing education in czech republic during 2000

Dagmar Mastiliakova¹, Miroslav Pradka². Dept.of Nursing, ²Dept.of Pathology, Medico-social faculty, University of Ostrava, 70386 Ostrava, Czech Republic, e-mail: dagmar.mastiliakova@osu.cz, miroslav.pradka@osu.cz

Background

To achieve a higher level of health care services and their extent, availability, effectiveness and efficacy, all of us need to introduce a modern type of management in the terms of standardization, quality guarantees, multidisciplinary and multisector cooperation, including evidence-based practice. As the outnumbering group of health professionals, nurses face a number of challenging tasks (e.g., the expansion of professional roles) in the era of worldwide health care changes. In their countries, nurses should follow the following crucial functions:

1. to provide and control nursing care, 2. to educate clients/patients and health care personnel, 3. to actively and effectively participate in the health care team, 4. to advance nursing practice, critical thinking and nursing research. The four functions given can only be accomplished with a change in the content of professional nursing education and in the delimitation of competencies. Although much work has been done in this field in the last ten years in the Czech Republic, there is still a capacity for further enhancements concerning the nurses' knowledge, skills and attitudes.

Methods

The data was collected via a questionnaire in random groups of nurses in clinical settings, allowing for all specializations and positions. Personal histories (professional curricula) of nursing students engaging in their practical training were used throughout the Czech Republic to make the picture more complete.

Sample (cohort)

255 of valid questionnaires (out of the 500 distributed) among four groups of respondents working in hospitals (44 matrons, 49 I.C.U. and emergency nurses, 76 bedside nurses in standard wards, 86 ward sisters).

Results

All the respondents had passed the old-fashioned professional training at secondary nursing schools in the Czech Republic.

1. The preconditions for complying with a particular professional position:

Matrons (44 female respondents)

A high mean age of 46 years; a relatively long nursing practice over 20 years (71 per cent); 48 per cent not taking any in-service education courses; 100 per cent following professional journals; 95 per cent have not mastered the English language; 5 per cent having passed Further Undergraduate Education in Nursing; 16 per cent currently studying at a university;

Ward sisters (86 female respondents)

A high mean age of 46 years again; a relatively long nursing practice over 15 years (85 per cent); less than 10 years of nursing practice in 15 per cent; 70 per cent not taking any in-service

education courses; 36 per cent following professional journals regularly; 81 per cent have not mastered the English language; 3 per cent currently studying at a university;

I.C.U. and emergency nurses (49 female respondents)

A low mean age of 27 years; less than 5 years in nursing practice in 51 per cent; 6 to 10 years in nursing practice in 30 per cent; 86 per cent not taking any in-service education courses; 20 per cent following professional journals regularly; 2 per cent not following professional journals at all; 25 per cent having mastered the English language; 10 per cent currently studying at a university;

Bedside nurses in standard wards (76 female respondents)

Mean age 31 years; less than 5 years of nursing practice in 45 per cent; over 20 years of nursing practice in 18 per cent; 83 per cent not taking any in-service education courses; 26 per cent following professional journals regularly; 3 per cent not following professional journals at all; 17 per cent having mastered the English language; 5 per cent currently studying at a university;

Conclusion

The nursing process is only superficially understood by nurses. Thus, it is unlikely for the nurses to be able to implement this process correctly. Outdated legislative maintains and keeps the traditional hierarchy of leading positions with doctors as the final nursing decision-makers. The current professional structure of health care personnel lacks properly delineated competencies. As a corollary of staff economy measures and as a result of budget cuts in crucial quality health care equipment, the quality of care is lower than needed.

Poster 23 - Evaluación del estado de la boca en enfermos con patología crónica evolucionada antes y después de una intervención educativa al personal de enfermería

I.SIMÓ SÁNCHEZ, N.COLLELL DOMENECH, M.GUIRAO GENÉ, G.JULIÁN CASTRO.

Introducción

Observados los beneficios de los programas educativos de higiene bucal efectuados en individuos sanos, nos hace pensar en el beneficio que puede suponer aplicarlos a población de riesgo en función de su patología crónica. Habitualmente los problemas bucales que observamos en la población a estudiar, provocan una serie de consecuencias tales como: sequedad de la lengua y mucosas, dolor, halitosis, trastornos del sabor, disfagia, anorexia, dificultad en el habla, deshidratación.

La presencia de estos síntomas puede conducir a una serie de complicaciones que afectaran directamente al bienestar del paciente, a la evolución de la enfermedad y al desarrollo del trabajo propio de enfermería y de otros profesionales como por ejemplo el logopeda.

Todos estos factores, pueden provocar enfermedades asociadas, unas a nivel local, como es el caso de la micosis, y otras a nivel sistémico, que requerirán de soporte asistencial, farmacológico y nutricional específico, lo cual derivará en un incremento del gasto económico y la estancia en el hospital.

Objetivo general

Prevenir complicaciones bucales en pacientes que presentan patologías crónicas evolucionadas mediante una intervención educativa dirigida a los profesionales de enfermería.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar el porcentaje de pacientes que presentan problemas bucales, antes y después de la intervención educativa.
- ✓ Valorar los cambios en los conocimientos de los profesionales de enfermería, antes y después de la intervención educativa.
- ✓ Medir el porcentaje de registros de enfermería donde consta la pauta de los cuidados de la boca.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de 50 pacientes, realizándose dos cortes de prevalencia, el primero antes de la intervención educativa al personal de enfermería responsable de los cuidados directos del paciente y del asesoramiento del cuidador principal y el segundo tres meses después.

Para evaluar a los pacientes se registró en un cuestionario: variables demográficas, diagnósticas, farmacológicas, nutricionales, estado de la cavidad bucal y registro de pautas de cuidados bucales ofrecidos.

La intervención educativa se realizó mediante seminarios teórico-prácticos.

Resultados

Tras realizar el estudio estadístico se determinó que, el 48% eran varones y el 52% mujeres. La edad media fue de 74.5 años. Las dos patologías de riesgo principales fueron la HTA 32.5% y la diabetes 39.5%. Los grupos farmacológicos de riesgo encontrados fueron; antiagregantes (62%), antibióticos (50%), corticoides (27.5%) y antidepresivos (24%). El número de fármacos de riesgo utilizados por paciente era en un 50% superior o igual a 3 fármacos y el promedio total de fármacos por paciente era de 7.5.

Aparece un elevado porcentaje de pacientes con problemas bucodentales y factores de riesgo previos a su ingreso. Se detectaron mejorías en los problemas registrados en los siguientes valores: Candidiasis lingual del 17% al 2%, Candidiasis de la mucosa del 14% al 4%, sequedad bucal del 44% al 36%, lengua saburral de 47% al 34%, aftas del 8% al 2%, halitosis del 20% al 10%. El registro de pautas de enfermería del 2% al 68%.

Conclusiones

La intervención educativa sensibiliza al profesional de enfermería de la importancia de los cuidados bucales, disminuyendo así los problemas y complicaciones, ofreciendo confort al paciente.

Poster 25 - Incidencia de factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria (tca), en escolares

Magdalena Díaz Benavente (Coordinadora Investigación en Enfermería. H.U.V.R). Felipe Rodríguez Morilla (Supervisor de Psiquiatría. H. Vigil de Quiñones). Cándido Martín Leal (enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Pilas)

Introducción

En las dos últimas décadas se ha detectado un incremento espectacular de los TCA, con una prevalencia que oscila en un 0,5 - 4% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes del mundo occidental. Llegando a representar la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes en nuestro medio. Y como una de las medidas primordiales para la prevención primaria de los TCA se centra en: implementación de programas de detección de sujetos con alto riesgo de sufrir estos trastornos y sobre todo en la *Identificación de estos grupos de riesgo*. Nos planteamos el *Objetivo* de detectar la incidencia de factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, en una comunidad de escolares, en Andalucía

Material y método

Estudio descriptivo, transversal, realizado durante el primer Trimestre del año 2001 en la provincia de Sevilla. La muestra aleatoria por conglomerados estuvo constituida por 789 escolares, de 5 Centros de enseñanza secundaria y sus familias. Para la recogida de información se utilizaron los siguientes cuestionarios: A). **EAT** o Eating Attitudes Test-40. B). **CIMEC 26**. Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal. C) **FES**. o Family Environment Scale, Evalúa y describe las relaciones entre todos los miembros de la familia. Tras la recogida de los cuestionarios, cada alumno/a fue pesado y tallado. Para el Análisis de los datos: se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 10.0 para Windows. Para su tratamiento se emplearon herramientas de estadística descriptiva (distribución de frecuencias y medias, con intervalos de confianza del 95%) y analítica inferencial (ji-cuadrado).

Resultados

Del total de 789 alumnos censados en los 5 Institutos cumplimentan el estudio 769 estudiantes 97%. (334 chicas y 430 chicos), la diferencia sobre el 100%, es debido a encuestas invalidadas. El 37,2% de las familias han contestado adecuadamente el cuestionario que se les envió a través de sus hijos. Estado Nutricional: Un 6,9 % de los encuestados presentan un índice de Masa corporal (IMC) entre 15 a 17, índice correspondiente con una desnutrición. Las observaciones de los padres sobre la conducta de sus hijos ante las comidas y ante el ejercicio y el reposo indican: (Estudia o trabaja mucho: 42,6%) , (están casi siempre de pie, andando o corriendo: 35,1%), (22,5% suelen ser muy caprichoso o selectivo con las comidas), (19,1% se quejan por la excesiva cantidad de comida). Valoración paterna de las relaciones familiares, el

aspecto más destacable es la importancia que se otorga al hecho de tener éxito o triunfar en la vida (32,4%) y hacer comparaciones entre ellos sobre sus éxitos (31,3%) y el escaso apoyo entre los distintos miembros de la familia (26%).

Puntuaciones en las escalas.

E.A.T: La puntuación Media de los encuestados fue de 15,27, con una desv. típica: 9,99. De ellos, con un punto de corte = a 30, 68 sujetos (8,8%), presentan una puntuación significativa (si no sufren la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%, 20 chicas y 5 chicos) podrían ser diagnosticados de TCA según criterios de la DSM-IV

CIMEC: La puntuación media fue de 16,55, con una desv. típica de 11,17. De ellos 104 sujetos (13,5%) se muestran significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran como muy vulnerables

FES: No presenta resultados significativos.

Global Relaciones	50,15	4,94
Global Desarrollo	50,01	5,40
Global Estabilidad	52,63	6,71

Estadística inferencial

Existe relación entre las observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos con las puntuaciones en las escalas EAT y CIMEC ($p = 0.01$). Lo que demuestra que los padres pueden detectar sin problemas estos trastornos aunque sean en estadios precoces.. No se observan relaciones estadísticamente significativas entre el Clima familiar FES y las puntuaciones obtenidas en el CIMEC y EAT. Los alumnos de los Institutos situados en zonas rurales (Pilas y Castilleja) o barrios periféricos (Alcosa), presentan puntuaciones mas altas en el EAT ($p=0,04$) y CIMEC ($p=0,01$) que los alumnos pertenecientes a los institutos situados en la zona urbana/centro

Discusión

Se considera que el EAT es un índice de estado, mas que de rasgo, y no es posible considerarlo como criterio diagnostico, pero sí es muy apropiado para detectar, conductas de riesgo relacionadas con trastornos en la conducta alimentaria. (27)

Nuestros resultados presentan una puntuación positiva en el Eating Attitude Test-40, = 3,3%, y aunque es mas baja que en estudios similares 4,69, 4,52, 4,15, %(13, 14, 15), se puede considerar con igual significado en la incidencia, porque en estos estudios la muestra es mayor.

Nos parece fundamenta tomar medidas de para contar con más unidades especializadas y desarrollar estrategias para conseguir mayor concienciación de padres, médicos y educadores. Palabras claves: anorexia, bulimia, trastornos en la conducta alimentaria, factores de riesgo.

Poster 26 - Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.

E. Nieto Blanco, J. Camacho Pérez, B. Fonseca Redondo, P. Ledo Gracia, P. Moriano Bejar, M.Pérez Lorente, L. Serrano Molina, V. Davila Álvarez; Grupo de investigación de enfermería del Área 6º Madrid y el grupo GECAPIUM; Grupo colaborador de enfermeras de Atención primaria para la Incontinencia Urinaria de la mujer. Dirección: Unidad de Investigación. Avda. España nº 7, 28220 Majadahonda, Madrid. Teléfono: 91/6026912 Fax: 91/6394501. Email: enieto@gapm06.insalud.es

Introducción

La incontinencia urinaria (IU), es un problema de salud común en las mujeres mayores. La prevalencia estimada varia según los estudios, de un 10% a un 40 %. En un estudio reciente realizado en este área sanitaria en población general y en mujeres de 40-65 años, se encontró una prevalencia del 15,6%. Es un problema por el cual no se consulta con los sanitarios, en el estudio anteriormente citado, solo el 14 % había consultado por este motivo. Sin embargo, se sabe que las consecuencias sociales y psicológicas son importantes.

Distintos estudios han revelado que existe un determinado número de problemas psicológicos y sociales asociados a la IU, aunque no sean graves o no produzcan incapacidad total. El impacto de la IU en la calidad de vida (CV), es menor en población general que en poblaciones seleccionadas. Distintos instrumentos se han diseñado e investigado para medir de forma objetiva la repercusión de la IU en la CV, si bien, la opinión de las pacientes debe igualmente tenerse en consideración.

Objetivo

Determinar el impacto que la IU tiene en la CV de las mujeres de 40-65 años.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal sobre una muestra aleatoria de base censal, estratificada por zona básica de salud y edad (en quinquenios) y que fueron diagnosticadas en el estudio epidemiológico previo como incontinentes, en total 75 mujeres con distintos tipos de IU.

Mediciones

Cuestionario validado en castellano (I-QOL)* para la medición de la CV, consta de 22 ítems con 5 posibles respuestas y agrupados en 3 subescalas: *comportamiento de evitación y limitación de la conducta, impacto psicosocial y sentimiento de vergüenza en la relación social*. La puntuación del test global está comprendida entre 0 puntos (la peor calidad de vida) a 100 puntos (la mejor calidad de vida).

Intervenciones

A todas las mujeres que fueron diagnosticadas de cualquier tipo de IU se les ofertó la posibilidad de cumplimentar este cuestionario que fue autoadministrado.

Determinaciones

Estadística descriptiva, comparación de proporciones y contraste de hipótesis.

Resultados

El 72% de las mujeres con IU responden al cuestionario sobre calidad de vida (I-QOI). La media global de las puntuaciones fue de 57,6 (un 62,30 para la IU de urgencia, 63,29 para la UE y 30,13 para la mixta) con un rango de distribución entre 0 y 95 ($p_{25} = 41$, $p_{50} = 58,5$ y $p_{75} = 74,2$). Se comprobaron las puntuaciones de calidad de vida en las mujeres de estudio se distribuye normalmente mediante test de Kolmogorov-Smirnov.

Para conocer si existía diferencias en la calidad de vida autopercibida entre los distintos tipos de IU se realiza un test de Anova, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de IU, $p = 0,001$. El análisis a posteriori de Bonferroni indica que el grupo de mujeres con IU mixta es el que muestra un nivel diferencialmente más bajo de calidad de vida. Mediante un análisis similar (Anova y test a posteriori hecho individualmente para cada subescala del test de calidad de vida en dos de ellas (*evitación y limitación de la conducta y sentimiento de vergüenza en la relación social*)) existe una mayor afectación entre las mujeres con incontinencia mixta.

No se han encontrado asociación significativa estadísticamente entre la edad de las mujeres (<50 y >51) y la puntuación de calidad de vida.

Conclusiones

En la población general de mujeres de 40 a 65 años del Área sanitaria estudiada y diagnosticadas de algún tipo de IU, todas las mujeres tienen afectación de su CV en mayor o menor grado, siendo las mujeres con IU mixta son las que peor calidad tienen. La repercusión de la IU en la CV es menor la población general que en población específica. No se encuentran diferencias entre la afectación de la CV, la edad o los lugares de residencia. Es necesario incorporar a la práctica enfermera tanto la detección precoz del problema, como la puesta en marcha de intervenciones educativas con planes de cuidados específicos.

*Incontinence Quality of Life instrument. D.L. Patrick, M.L. Martin, D.M. Bushnell, I.Yalcin, T.H. Wagner and D.P. Buesching

Poster 29 - The influence of psycho-educational supportive program for menopausal women on the perceived severity of their symptoms

Mrs. Mina Rotem, Dr. Mally Ehrenfeld, Dr. Ruth Levin, Dr. Talma Kushnir

Background

The definition and the meaning of menopause are different in different societies therefore physiological, physical and social components take on a variety of patterns. 80% of the women in Western societies report a decline in their quality of life due to menopausal related symptoms. A correlation was found between the number and intensity of the symptoms and women's

attitudes towards menopause. Numerous studies show no direct relationship between hormonal levels and symptoms. There is a significance relationship between social and cultural factors and menopause. In spite of these increasing researches, to the contrary, the health systems continue to use hormone replacement therapy as the dominant treatment for women in middle age. Little attention has been paid to both the psychological aspects of menopause as well as to non-medical treatment. A reduction in menopausal symptoms and improvement in the quality of life might be affected by educational support groups although at this time they have not been researched sufficiently to draw any conclusions .

Methods

The study is based on the model: "Menopause attitude formation and Influence on menopause" (Bowles, 1990).

A group of 82 women ranging in age from 40 to 60 years old was chosen as the sample. 36 of these women participated in the program. The groups met for 10 weeks, one meeting a week for 2 hrs. Professional staff provided menopausal information during the meetings. Women were given the opportunity to ask questions as well as to discuss their personal experiences. Special emphasis was placed on developing supportive relationships amongst the women in the group. The control group included 46 women. This group was not included in the workshops. Two different types of questionnaires were administered: before and after the program. The first questionnaire was constructed to evaluate attitudes toward menopause. The second, a psychometric scale was administered to check the perceived severity of the symptoms. 13 questionnaires from the control group and 4 questionnaires from the test group weren't useable. Therefore the research group only includes 65 women .

Findings

A significant correlation was found between positive attitudes toward menopause and the reduction in the severity of perceived symptoms comparing the two groups. Participants in the program indicated that there was a significant and positive change in their attitudes and a reduction in their symptoms .

Table 1: Repeated measures MANOVA analysis of symptoms before and after intervention

	Source of variance		
	Time X Group F	Group F	Time F
Physiological symptoms	10.19**	1.5	22.15***
Psychological symptoms	17.36***	1.95	4.77*
Social symptom	9.77**	7.2**	3.31

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Conclusions

Women who participated in the program benefited from it. The program improved their attitudes and symptoms. There was a significant relation between attitudes and symptoms although the research did not show a significant relationship between change in attitudes and change in perceived symptoms. The supposition is that this kind of program can be used as a therapeutic tool alone, or as an adjunct with other therapeutic tools. While Hormone Replacement Therapy efficiency remains debatable, Nurses have significant role in improving Menopausal women's quality of life.

Poster 36 - Importancia de la base de datos en la búsqueda bibliográfica. Primer paso de una revisión sistemática.

M. Subirana*¹, I. Solà¹, J.M. García², A. Guillamet³, E. Paz¹, G. Urrútiá², X. Bonfill^{1,2}. 1.Hospital de Sant Pau; 2.Centro Cochrane Iberoamericano; 3. Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna Direcció: Hospital de Sant Pau. Servei de Epidemiologia Clínica i Salut Pública. C/ St. Antoni Ma. Claret, 171 (Casa de Convalescència). 08041 BARCELONA. Email: msubirana@hsp.santpau.es

Antecedentes

El crecimiento del conocimiento científico y de las bases de datos (BD) a disposición del investigador hace que sean necesarias búsquedas cada vez más complejas, para poder recopilar la cantidad de información más completa y de mejor calidad sobre el tema que se

pretende investigar. En consecuencia aparece la pregunta de cual es la BD más adecuada para este propósito. En enfermería existe el referente de CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, 1982), pero el carácter multidisciplinar de los temas de interés para enfermería también hace necesario consultar otras BD como MEDLINE (producida por la National Library of Medicine, 1966). Varios autores han comparado ambas BD con el fin de saber cual de ellas es la que puede proporcionar la mejor búsqueda, llegando a la conclusión generalizada de que, para una búsqueda minuciosa, es aconsejable consultar conjuntamente las dos BD.^{1,2}

Objetivos

Siguiendo esta línea de investigación, nos planteamos analizar el número de referencias identificadas y cuantificar su relevancia para llevar a cabo una revisión sistemática de los instrumentos que miden la adecuación de la actividad de enfermería y su repercusión sobre los resultados en salud.

Método

Basándose en el tema de la revisión sistemática, se ha diseñado una estrategia de búsqueda específica (ajustándose a términos thesaurus) para cada BD: CINAHL y MEDLINE. En ambas BD, las variables a analizar son: a) número de referencias recuperadas, b) grado de solapamiento entre las BD, c) número de referencias recuperadas con abstract, d) accesibilidad a los documentos originales en nuestro entorno, e) grado de relevancia de las referencias, y f) grado de concordancia del juicio emitido por los revisores. La accesibilidad de los artículos se ha establecido basándose en su disponibilidad 1.en el centro; 2.en Cataluña; 3.en España, y 4.en el extranjero. El grado de relevancia se ha establecido en función del siguiente criterio: 1.relevante (claramente adecuado); 2.poco relevante (existen dudas respecto a la adecuación); y 3.irrelevante (claramente inadecuado). Una vez identificadas las referencias, se envía a dos revisores cegados un listado que incluye el autor, año de publicación y título de cada referencia para que juzguen su relevancia.

Resultados

Se han recuperado 116 artículos, 49 (42.2%) en CINAHL y 67 (57.8%) en MEDLINE, sin que se haya producido solapamiento. De las referencias recuperadas el 60.3% (70) incluyen abstract, el 26.5% (13) en CINAHL y el 85.1% (57) en MEDLINE. MEDLINE recupera más referencias con abstracts que CINALH ($\chi^2=40,5$, $gl=1$, $p<.0005$). El 62.9% (73) de las referencias identificadas pueden obtenerse en bibliotecas españolas, 42.5% (31) en CINAHL y 57.5% (42) en MEDLINE ($p=ns$). Los revisores han identificado individualmente 44 referencias relevantes (el 32.9%). Al comparar los valores extremos del grado de relevancia (relevante e irrelevante) se ha obtenido una concordancia con un índice $\kappa= 0.86$ ($n=44$, $p<.005$). Finalmente se han considerado relevantes 23 (18.9% del total), de las cuales 7 (30.4%) se han identificado en CINAHL y 16 (69.6%) en MEDLINE ($p=ns$).

Conclusiones

Para la búsqueda bibliográfica del tema de la revisión sistemática es imprescindible consultar ambas bases de datos, ya que el porcentaje de referencias recuperadas en cada una de ellas es muy próximo al 50%, y además no se ha producido solapamiento. El hecho de seleccionar la relevancia de la referencia bibliográfica a partir del título tiene sus limitaciones, lo que explica que los revisores tan sólo coincidan en la clasificación de la relevancia en la mitad de las referencias identificadas. En las referencias en las que los revisores han expresado dudas respecto su relevancia, el abstract es de gran utilidad, por lo que MEDLINE ofrece una mejor respuesta. Un aspecto a tener en cuenta es el del coste del material bibliográfico, ya que es imprescindible la obtención de todas las referencias relevantes para garantizar la calidad metodológica de la revisión sistemática. Dado que la financiación para llevar a cabo estas revisiones es limitada, es importante saber que sólo la mitad del material requerido puede encontrarse en nuestro entorno (coste medio por artículo de 6 euros), y el resto se debe solicitar en el extranjero (coste que oscila entre los 20 y los 70 euros).

Para una revisión sistemática de calidad lo más importante es identificar y recuperar todos los artículos relevantes, por lo que se recomienda consultar ambas bases de datos y ser cautelosos en la clasificación de aquellas referencias que sólo reportan el título.

1. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; (24):868-875 . 2. *Metas*. 1999; (14):21-27. Proyecto financiado por la AETS núm. de expediente 01/10089

Poster 37 - Análisis bibliométrico de la producción de enfermería en las unidades de alergia

M^a Teresa Miralles Sangro. Prof. Asoc. Departamento de Enfermería. Universidad de Alcalá. Madrid. Dirección: Samaria nº 4. 28009 Madrid. Email: tmiralles@jazzfree.com

Antecedentes

Situamos la relevancia del estudio en la importancia de los cuidados de enfermería a las personas alérgicas por ser una alteración de la salud presente en nuestra sociedad y con previsión de aumento. El estudio que nos proponemos ofrecerá una visión de la enfermería que se dedica al cuidado de estos pacientes que reflejará la actividad científica del grupo y ofrecerá puntos de reflexión para mejorar y avanzar en el desarrollo de la actividad asistencial.

Objetivos

Conocer en que medida las publicaciones profesionales recogen el campo de actuación de enfermería en las Unidades de Alergia.

Conocer las áreas de interés, a través sus publicaciones, de la investigación enfermera en el campo de la asistencia a personas con problemas producidos por alergia.

Crear una base documental que describa características de la expansión del conocimiento en el área de enfermería clínica.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los artículos de revista indizados en la base de datos bibliográficos (BDB) CUIDEN con los descriptores: enfermería cuidados alergia hipersensibilidad. Publicados durante los años 1990 al 2001. La búsqueda se realizó en enero 2002. Se excluyeron del estudio todos aquellos artículos de revistas indizadas en la BDB que no estuvieran firmados por enfermería. En total fueron 143 los trabajos analizados.

Resultados

Del total de las revistas de enfermería que aparecen en la base de datos CUIDEN publicadas en el periodo estudiado, solamente 16 contienen artículos que traten sobre las actividades asistenciales de la enfermería a pacientes alérgicos.

La Producción artículos encontrados es 143, lo que representa un 2,5% del total de los artículos de CUIDEN en el periodo estudiado. El año 1988 es el de mayor producción (20) de la década estudiada. La mayoría de los artículos, 79,9%, se realizaron en colaboración.

El núcleo de Bradford lo ocupa la revista ROL de Enfermería con 21 artículos que representan un 14,6% del total. La segunda zona de Bradford la forman cinco revistas que suman 49 artículos, representando un 34,2% del total. Las áreas temáticas que abordan los artículos profundizan en técnicas específicas representan un 48,2%, seguido de los que hacen referencia a la alimentación (17,2%) y al látex (13,7%), siendo los de menor porcentaje los temas referidos al material y utillaje (3,4%).

Conclusiones

El campo de actuación de enfermería en las Unidades de Alergia tiene menor desarrollo que otras áreas de enfermería.

El trabajo en equipo está bastante consolidado aunque carece de grandes productores.

Presenta un crecimiento sostenido y amplias posibilidades de desarrollo.

El área de interés de las enfermeras, que se refleja en el estudio, son las técnicas específicas para el diagnóstico y tratamiento de las personas alérgicas.

ANEXO 2. Ley de Price: Número global de artículos y distribución de artículos por año. Tendencia creciente de número de artículos a medida que pasan los años

Año	nº artículos	Año	nº artículos
1991	5	1998	20
1992	7	1999	47
1993	4	2000	20
1994	8	2001	14
1995	4		
1996	5		
1997	9		
Total Artículos 143			

Análisis de autores

ANEXO 3.- Ley de Lotka: Nivel de productividad y nº de firmantes por trabajo

- Afirma que el número de autores que publican n trabajos es inversamente proporcional a n^2
Responde a la ecuación: $A(n) = A(1) n^{-2}$
- El número de autores que aparecen es de 322 en 143 artículos, con una media de 0,40 artículos por autor (2,24 autores/artículo)
- Distribución del número de firmantes por trabajo

Nº firmantes	nº trabajos
1	29
2	45
3	26
4	15
5	24
6	4

Análisis de revistas

ANEXO 4.- Ley de Bradford. Número de revistas de enfermería que publican artículos sobre atención a pacientes alérgicos.

Partiendo de los descriptores :	Enfermería alergia cuidados	46
	Hipersensibilidad Cuidados Enfermería	28
	Técnicas Enfermería Alergia	69
	Total artículos	143

-Si se clasifican las revistas por el número de artículos que contienen sobre un tema determinado, se obtiene un núcleo de revistas que contiene un mayor número de artículos y un resto de revistas que contienen un número cada vez menor de artículos.

-Observamos que la primera zona de Bradford, la ocupa la revista ROL Enfermería con un 21 artículos, que representan un %

-La segunda zona la forman	Nursing	18
	1. Matronas Hoy	14
	2. Enfermería Científica	12
	3. Enfermería Clínica	12
	4. Metas Enfermería	11

El valor de la constante de Bradford se mantiene estable para las distintas zonas.

Poster 39 - La intervención de enfermería protocolizada ¿disminuye los riesgos durante la hospitalización de los pacientes ancianos?

E.M.Carrascal *; S.Ibarrola *; A.Canga **; M^aJ. Narvaiza **. Clínica Universitaria *. Escuela Universitaria de Enfermería **. Universidad de Navarra.

Introducción

La hospitalización en los ancianos conlleva en ocasiones una pérdida de su capacidad funcional y sensorial con la consiguiente alteración de la movilidad y del nivel de autonomía. A su vez, estas pueden ser la causa de nuevas complicaciones, de un deterioro en la calidad de vida, de un aumento de la estancia hospitalaria y un incremento de los costes y de la morbimortalidad. Durante la hospitalización, en ocasiones se produce un deterioro, que requiere continuar con cuidados domiciliarios que previamente no precisaban e incluso puede llevar al ingreso en un centro residencial.

Objetivos

1. Identificar las complicaciones secundarias a la hospitalización. 2. Evaluar la efectividad de una intervención de Enfermería protocolizada durante el ingreso, con el fin de disminuir los factores de riesgo de la hospitalización.

Material y método

Se ha realizado un ensayo aleatorizado de intervención utilizando el programa Epi-Info. El estudio se llevó a cabo en dos Unidades de Hospitalización de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular y Torácica de la Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Se han estudiado un total de 31 pacientes, 18 pertenecían al grupo control y 13 al grupo intervención. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 70 años que al ingreso tenían una

puntuación máxima de 10 en la escala de Crichton. Los motivos de exclusión fueron una estancia inferior a 3 días y ancianos con patología neurológica y/o psiquiátrica inicial.

Las variables estudiadas fueron: presencia de lesiones cutáneas, secreciones en vías aéreas, déficits nutricionales, incontinencia fecal y/o urinaria, confusión o delirio, caídas, alteraciones del sueño, de la movilidad y del autocuidado. **Instrumentos de medida:** Se valoró a todos los pacientes al ingreso y al alta mediante: 1-*Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS)*: aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo. 2-*Escala de valoración de la piel*. 3-*Estado nutricional*: Índice de masa corporal (IMC) y factores que lo puedan modificar. 4-*Secreciones en vías aéreas*: auscultación, presencia de tos y expectoración.

El grupo control recibía los cuidados habituales y al grupo intervención se aplicó un plan de cuidados protocolizado. Los datos se analizaron con el programa SPSS 9.0.

Resultados

Las variables categóricas se analizaron mediante descripción de frecuencias y en las cuantitativas se calculó la desviación media y la desviación estándar.

Para comparar los grupos control e intervención y valorar las diferencias entre ambos grupos en el tiempo se utilizó la t de Student para los cambios en las medias y en el caso de las variables que no seguían una distribución normal la probabilidad exacta Man-Witney. Para comparar las proporciones entre ambos grupos se calculó la Chi cuadrado de Pearson y en la mayoría de las variables que no seguían una distribución normal el test exacto de Fisher.

Ambos grupos eran similares respecto a la edad ($p=0,83$), sexo ($p=0,45$), tipo de vivienda: sólo ($p>0,99$), acompañado ($p=0,74$) y motivo del ingreso ($p=0,54$). En el estado nutricional no se encontraron diferencias significativas, ni al ingreso (IMC: $p=0,86$) ni al alta (IMC: $p=0,62$). Al ingreso y durante la hospitalización no presentaban ni se produjeron lesiones cutáneas. En relación a la marcha era estable y con buen equilibrio al ingreso, pero en ambos grupos encontramos al alta casos de inestabilidad, aunque en los factores que pudieran influir negativamente no hubo diferencias: alteración de la visión ($p=0,17$), fármacos depresores del SNC ($p>0,99$), temblor ($p=0,21$). El calzado fue considerado inadecuado por los investigadores en ambos grupos ($p>0,99$). La mitad de los ancianos presentaban tos y expectoración al ingreso que mejoró durante la hospitalización en ambos grupos ($p=0,72$). Existía un déficit de conocimientos sobre los cuidados al alta tanto en los ancianos ($p>0,99$) como en los cuidadores ($p=0,21$).

La puntuación de la escala de Crichton al ingreso no mostró diferencias significativas ($p=0,52$) entre los dos grupos. Al alta en el grupo control se encontró un mayor deterioro en la movilidad y para el autocuidado, con una diferencia significativa ($p=0,02$) respecto al grupo de intervención.

Conclusiones

1. Las complicaciones que sufren los ancianos durante la hospitalización afectan a la movilidad y a la pérdida de autonomía para el autocuidado. 2. Una intervención de enfermería protocolizada es más efectiva para disminuir los factores de riesgo de la hospitalización, que los cuidados que se proporcionan habitualmente.

Poster 43 – Pain measuring as 5th Vital sign

Lopes M.AP ; Chambel M.T.; Martins M.;Rosad ,R

Objectives

To improve the individualization of nursing care using acute pain as a real problem to minimize, using «VAS» (Visual Analogical Scale) as a tool to evaluate pain

Methods

2.1 Research subjects- the whole Surgery II Department nursing team a specialist nurse from Pain Unit a teacher (ESE MFR), working in partnership with nursing team (HGO)

Involved 2 years in a learning-investigation-action

Project implementation-

a)-Diagnosis of the problem

b) Defined the following strategies:

To whom measure the 5.th vital signal ? When? How? Measuring period? Where to record? Evaluation ?

2-2 Data collection instruments nursing records, semi-structured interview: to patients and nurses.	c) <u>All nurses using a similar approach about «VAS»</u>
--	---

Success of the research-action project

<p><u>The regular control/evaluation of all small changes</u></p> <p>Comparison between expected results and the real one was a driving force for the changing process</p>	<p><u>Pedagogical principles</u></p> <p>*The reflexion on action drive the learning process</p> <p>*<i>Second understanding</i> of the experience.</p> <p>*<i>Active neutrality</i> from leaders,</p> <p>*consensus of the group, at any change</p> <p>*nursing team find and share solutions</p> <p>*learning events: mostly informal.</p> <p>*formal events requested</p>
--	---

Results

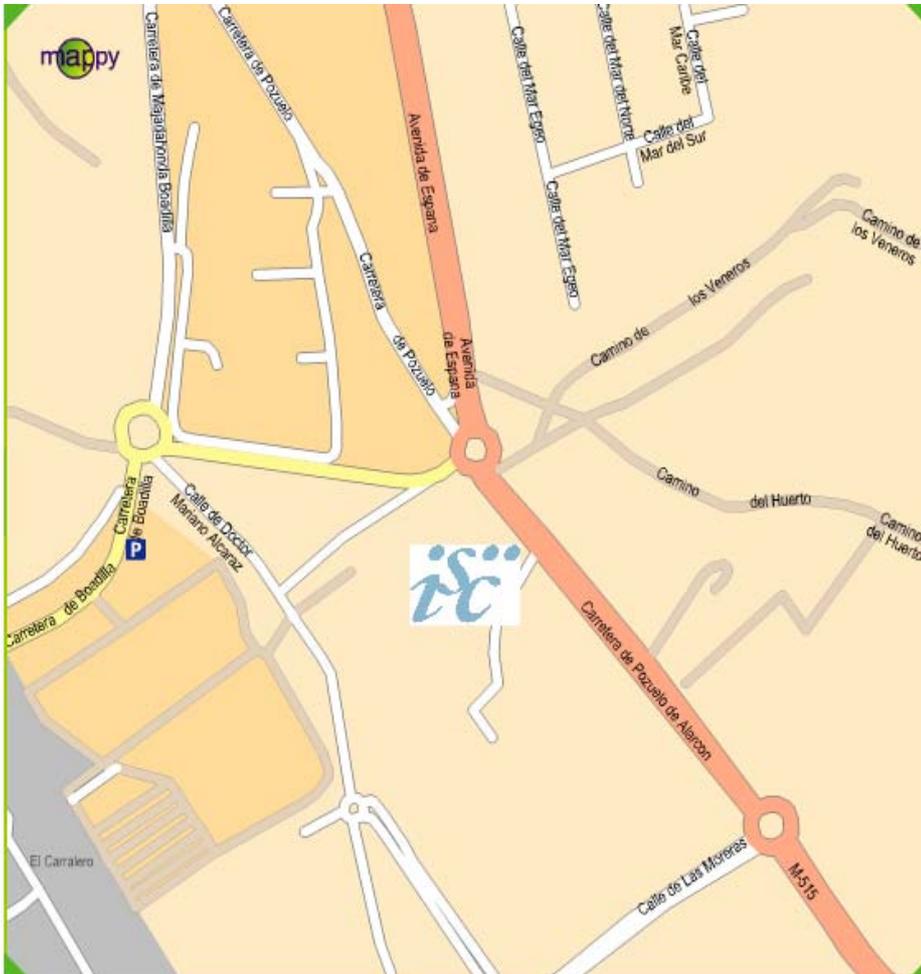
<p><i>Nurse's practice was improved</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients pain is a more real problem to minimize. - Spend more time with patient, - Knew the patient better, - Organization nursing care changes - Practice became wiser, new routine - Better communication with doctors 	<p><i>For patient:</i></p> <p>Gets more attention from the nurses.</p> <p>Pain is quickly relieved.</p> <p>He thinks himself as a <i>partner</i>, uses the same language as the professional.</p> <p>Saw nurses as good professionals</p>
--	---

Conclusions

Working environment has a learning potencial- The changes are slow and progressive
 This model of job training is usefull: nurses understand the meaning and importance of their acts for patients and families, they (re)discover the concept of nursing care. Nursing team must be empowered if we want they empower patients and families

Otra información de interés

¿Cómo llegar?



Para llegar en coche:

A-6 (N-VI) [Salida 11b hacia M-40]

BADAJOS

M-40 [Salida 41-dirección FREMAP]

**A CORUÑA
MAJADAHONDA
FREMAP**

M-503 [Salida 10. Majadahonda Sur]

MAJADAHONDA SUR

Salir **M-515 (Carretera de Pozuelo de Alarcón) [1.5 km]**

Dirección **MAJADAHONDA**

A la derecha **Carretera de Majadahonda Boadilla [40m]** y después **Carretera de Pozuelo (500m)**

Transportes públicos

Autobuses:

Moncloa- Majadahonda 651-652-653

Majadahonda-Pozuelo-Aluche 561

Ferrocarril:

Estación de Majadahonda y autobuses Majadahonda-Pozuelo-Aluche 561

Subdirección General de Laboratorios y Servicios de Salud Pública - Instituto de Salud Carlos III

**Crta. de Majadahonda-Pozuelo, Km 2,200
Majadahonda. Madrid**

Horarios y Paradas de autobuses

Los autobuses de la empresa Esteban Rivas, estarán identificados con el nombre del VI Encuentro de Investigación en Enfermería.

21 de Noviembre:

Salidas 07:45h am	Plaza de Castilla, (junto depósito agua, canal Isabel II).
08:00h am	Plaza de Cuzco (junto al hotel Cuzco).
Salidas 07:45h am	C/ Gran Vía esq. Valverde (junto Edif. Telefónica)
08:00h am	Plaza España(junto Hotel Crowne Plaza).
Salidas 07:45h am	Plaza Cibeles (junto al Edificio de Correos).
08:00h am	Plaza Atocha (junto Hotel NH Nacional).
Regreso a Madrid desde Majadahonda 18:30h pm	

22 de Noviembre:

Salidas 08:00h am	Plaza de Castilla, (junto depósito agua, canal Isabel II).
08:15h am	Plaza de Cuzco (junto al hotel Cuzco).
Salidas 08:00h am	C/ Gran Vía esq. Valverde (junto Edif. Telefónica)
08:15h am	Plaza España(junto Hotel Crowne Plaza).
Salidas 08:00h am	Plaza Cibeles (junto Edif.. Correos).
08:15h am	Plaza Atocha (junto Hotel Nh Nacional).
Regreso a Madrid desde Majadahonda 19:00h pm	

23 de Noviembre:

Salidas 08:00h am	Plaza de Castilla, (junto depósito agua, Canal Isabel II).
08:15h am	Plaza de Cuzco (junto al hotel Cuzco).
Salidas 08:00h am	C/ Gran Vía esq. Valverde (junto Edif. Telefónica)
08:15h am	Plaza España(junto Hotel Crowne Plaza).
Salidas 08:00h am	Plaza Cibeles (junto Edif.. Correos).
08:15h am	Plaza Atocha (junto Hotel Nh Nacional).
Regreso a Madrid desde Majadahonda 14:00h pm	

Se han establecido dos paradas en cada uno de los tres trayectos con una duración de 10 minutos cada una.

Las paradas se han seleccionado en función de la cercanía a los hoteles contratados por el Instituto.

English Program

November 21st

- 8:00h. Registration**
- 8:45h. Welcome**
- 9:15h. Opening Conference: Providing Culturally Congruent Health Care: Issues, Strategies and Priorities for Research. Marilyn “Marty” Douglas.** Associate Chief of Nursing for Research, Assistant Clinical Professor and Editor, Journal of Transcultural Nursing.
- 10:15h Concurrent Session: Health promotion for infants and adolescents.**
Chair: Teresa Moreno. Centre for coordination and development of Nursing Research. Investén – iscii.
- 1st Conference: “La salud reproductiva de los jóvenes: naturaleza de la evidencia e implicaciones”**
Carmen de la Cuesta. Antioquia University. Colombia
- 10:35h.** J. J. Gámez Requena: Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga, en mujeres cuyos partos finalizaron por vía cesárea.
P. Serrano Andrés: Evolución del riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria en una población adolescente, tras una intervención preventiva.
I. M^a Barrio Cantalejo: Resultados de la aplicación del modelo PRECEDE de educación para la salud a un grupo de pacientes obesos en un centro de atención primaria.
O. Hernández: Intención, actitud, norma subjetiva y percepción del control en la relación a la utilización del double dutch en adolescentes..
- 11:45h. Coffee break / Poster viewing**
- 12:15h. Debate: “New Tendencies in the Biomedical Research, nursing research status”**
Juan Rodés Teixedor: Presidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 12:45h. 2nd Conference: “Health promotion for infants” “La promoción de la salud en la escuela”.**
Javier Gallego Diéguez. Jefe de la sección de la educación para la salud. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- 12:50h.** O. López de Dicastillo: ¿Qué opinan los niños sanos sobre la visita médica, la hospitalización y ciertos procedimientos?
R. Escuriet Peiró: Asociación entre el consumo de sustancias tóxicas y las relaciones sexuales entre los jóvenes del area de Granollers.
B. Quilchano Gonzalo: La educación para la salud vista por sus agentes: un estudio cualitativo.
M.L López González: Riesgo conductal de cáncer y factores asociados en el modelo A.S.E., en pacientes de A. P. S.

- 14:00h. Lunch / Fringe**
“New Technologies and European Management of Nursing Knowledge in Nursing Practice”.
 Chair: Claire Anne Hale.
“Care Researching in elderly people”.
 Chair: Teresa Moreno, Pilar Comet, Carmen Fuentelsaz.
- 15:30h. Concurrent Session: Nursing interventions in pain management**
 Chair: Rosa Gonzalez. Centre for coordination and development of Nursing Research. Investén – iscii
1st Conference: “Nursing interventions in chronic pain management”
 Carmen Auzmendi. Coordinator Consulting Group of Acute Care. Donosti Hospital.
- 15:50.**
E. Abad Corpa: Exploración de la experiencia vivida y el proceso de adaptación de la persona ostomizada
I. Mier González: Registro del dolor posquirúrgico en los cuidados de enfermería.
P. Schofield: An alternative environment for the management of chronic pain- an experimental study.
J. Tomás Sábado: Ansiedad ante la muerte en enfermería: diferencias según el puesto de trabajo.
- 17:00. Coffee break / Poster viewing**
- 17:30. 2nd Conference:** “Nursing interventions in Acute Pain Generating and using evidence”.
 Dr. Kate Seers; Head of Research. RCN Institute. Radcliffe Infirmary. Oxford. UK
- 17:50.**
E. Chirveches Pérez: Impacto de la visita preoperatoria de enfermería en el control de la ansiedad y el dolor en cirugía programada.
K. Vehviläinen-Julkunen: Factors influencing nurses' use of non-pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients.
M. Ehrenfeld: Nurses and student nurses avoidance from responding to non-physical needs of patients.

November 22nd

- 9:00h. Concurrent Session: Care management and integration of primary, secondary and tertiary levels of care.**
 Chair: Carmen Fuentelsaz, Centre for coordination and development of Nursing Research. Investén – iscii.
1st Conference: Evaluación de una propuesta de mejora de la Atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud: la enfermera comunitaria de enlace.
 Dolores Izquierdo Mora. Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- 9:20h.**
M. Hatano: Effect of Kyomation care (new approach) case study.
A. Paredes Sidrach: Reconocimiento social de la actividad profesional enfermera a través de elementos simbólicos.
A. Emami: Who benefits from culturally profiled care?.

- M. L. Perälä*: An experimental study on the effects of a care-management hospital discharge.
- 10:30h. Coffee break / Poster viewing**
- 11:00h. 2nd Conference:** “Transformational Leadership: the key to nursings’ transformations”
 Patricia Claessens. Centre for Biomedical Ethics and Law, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium
- 11:20h. *M. Roca*:** Calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de SIDA.
R. Davies: Children’s hospices and family nursing interventions: a practical response to meet the needs of children with life limiting conditions and their families.
C. Calvo Martín : "Intervenciones de Enfermería (NIC) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: Validación de las actividades”.
- 13:00h. Lunch / Fringe**
“Network of Qualitative Researching on Health (Redics)”
 Chair: Carlos Calderón.
“Genetic Researching and Infirmary”
 Chair: M^a Concepción Martín, Donna M. Mead.
- 14:30h. Concurrent Session: Nursing care for the elderly.**
 Chair: M^a Concepción Martín. Centre for coordination and development of Nursing Research. Investén – iscii.
1st Conference: M^a Teresa Sancho. IMSERSO. European Council expert.
- 14:50h. *D. Peñacorba Maestre*:** Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud.
J. Nolan : Community nurses’ knowledge and perceptions of older people: a national survey in England.
D. Nuñez: Health Status and Behaviours of Vulnerable Older Adults: Cultural and Contextual Issues
- 16:00h. Coffee break / Poster viewing**
- 16:30h. 2nd Conference:** “The senses framework: A new approach to working with older people”.
 Professor Mike Nolan. Gerontological Nursing. Sheffield University
- 16:50h. *C. Flórez Almonacid*:** El consentimiento informado y el derecho a la autonomía.
E. González María: Calidad de vida según COOP/WONCA en los mayores de 65 años.
E. Nieto García: Representación social que tienen los cuidadores de personas dependientes respecto a la atención de los profesionales de enfermería de A. P. del C. S. Delicias.
E. Oltra Rodríguez: Úlceras por presión y su relación con el final de la vida.
- 18:00h. Plenary Session. VI Framework Programme.**
 Octavi Quintana Trias. Directorate F – Life sciences: Research for health. European Commission.

November 23rd

- 9:00h.** **Concurrent Session: Home care; Models and New Technologies.**
Chair: Pilar Comet. Centre for coordination and development of Nursing Research. Investén – iscii.
1st Conference: Video-Conference: "A multi-site clinical evaluation of the Alfred/Medseed Wound Imaging System".
Nick Santamaria. Assoc Profesor. The Alfred Hospital (Australia)
- 9:20h.** J. Pérez Gómez: La calidad de vida en el paciente sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria.
E. A. Mathews: A descriptive study of patients experiences of self care at home after day care surgery in a single Health District in UK.
S. Sancho Viudes: Evolución y análisis del programa de atención domiciliaria en Mallorca: Propuesta de mejora.
P. Basalobre López: Altas en contra de la opinión clínica (A.C.O.C) de toxicómanos activos en una unidad de enfermos infecciosos.
- 10:30h.** **Coffee break / Poster viewing**
- 11:00h.** **2^aConference:** "Atención domiciliaria en Europa... una aproximación"
Gonzalo Duarte Climet. Technical Assistant of planification and evaluation service. (Canary Islands Health Service)
- 11:20h.** M^a. V. Delicado Useros: Percepción de enfermería respecto a las cuidadoras informales de personas dependientes.
S. Regoyos: El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal.
J. Jurado Campos: Evaluación de la Neuropatía y diferentes Factores de Riesgo en un grupo de Diabéticos tipo 2 de edad avanzada en Asistencia Primaria. Estudio preeliminar al proyecto FIS 01/0846.
B. Del Pino: Análisis descriptivo del proceso de enfermería en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria en atención primaria. (GORDON-NANDA-NIC)
- 12:30h.** **Closing Conference: Research in care and Gender. Los cambios sociales y su reflejo en la relación entre las familias y el sistema sanitario.**
María Ángeles Dúran. Professor of Sociology. (CSIC).
- 13:30h.** **Close**

NOTAS/NOTES

