

*LIBRO DE PONENCIAS*

**VIII Encuentro de Investigación en  
Enfermería**

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

---

**Del 17 al 20 de Noviembre de 2004**

**Sevilla**

Con la colaboración de:

  
Fundación para la  
Cooperación y Salud  
Internacional Carlos III



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERIA DE SALUD

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío

**Colaboran**



ISBN: 84-688-8934-2

Edita: Unidad de coordinación y desarrollo  
de la Investigación en Enfermería. Sevilla, 2004.

# COMITÉ DE HONOR

---

Presidenta

**Excma. Sra. Dña. Elena Salgado Méndez**  
Ministra de Sanidad y Consumo

**Excma. Sra. Dña. M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado**  
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

**Excmo. Sr. D. Alfredo Sánchez Monteseirín**  
Alcalde de la Ciudad de Sevilla

**Ilmo. Sr. D. Francisco Cuberta Galdós**  
Delegado Provincial de Salud de la Junta de Andalucía

**Ilmo. Sr. D. Francisco Gracia Navarro**  
Director Instituto de Salud Carlos III  
Ministerio de Sanidad y Consumo

**Ilmo. Sr. D. Fernando Lamata Cotanda**  
Secretario General de Sanidad  
Ministerio de Sanidad y Consumo

**Ilmo. Sr. D. José Pérez Lázaro**  
Subdirector General de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Sanidad y Consumo

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

**Ilmo. Sr. D. Fernando Puig de la Bellacasa y Aguirre**  
Subsecretario de Sanidad y Consumo

**Ilmo. Sr. D. Juan Carlos Castro**  
Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud

**Sr. D. José Luis Rocha Castilla**  
Secretario General de Calidad y Eficiencia  
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

**Sr. D. Antonio Torres Olivera**  
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento  
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

**Sr. D. Rafael Carretero Guerra**  
Jefe de Servicio de Desarrollo Profesional e Investigación  
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

**Sr. D. Joseba Barroeta Urquiza**  
Director Gerente de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla

**Sr. D. José M<sup>a</sup> de la Higuera González**  
Director de Proyectos de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla

**Sr. D. Manuel Anaya Gómez**  
Director de enfermería de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío

# COMITÉ ORGANIZADOR

---

## Organizan

**Presidenta: Magdalena Díaz Benavente.** Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)  
**Secretario: Vicente Santana López.** Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud (Sevilla)

**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  
**Carmen Fuentelsaz Gallego.** Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)  
**M<sup>a</sup> Concepción Martín Arribas.** Instituto de Salud Carlos III (Madrid)  
**M<sup>a</sup> Isabel Orts Cortés.** U. de Alicante. Dpto. de Enfermería (Alicante)  
**Carmen Silvestre Busto.** Hospital de Navarra (Pamplona)  
**Eva Abad Corpa.** Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia)  
**Dolores Izquierdo Mora.** Servicio Canario de Salud (Tenerife)  
**Esther González María.** Centro de Salud Nava de la Asunción (Segovia)  
**Clara Vidal Thomas.** Gerencia Atenció Primària (Mallorca)  
**Susana Navalpotro Pascual.** E. de Enfermería San Juan de Dios (Madrid)  
**Elena Altarribas Bolsa.** Hospital Clínico Universitario de Zaragoza  
**Mercedes Bueno Ferrán.** Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)  
**José M<sup>a</sup> Jiménez Aguado.** Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)  
**Manuel Aparicio Villalba.** Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

## Co-organizan

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)  
Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III - CSAI (Madrid)

## Comité Científico

### Presidenta

Carmen Fuentelsaz Gallego

### Vocales

Manuel Rich Ruiz  
Pedro Pancorbo Hidalgo  
Dolores Izquierdo Mora  
Elena Altarribas Bolsa  
Clara Vidal Thomas  
Susana Navalpotro Pascual  
Blanca Egea Zerolo  
Alicia Barrasa Blanco  
Claire A. Hale  
Sarah Condell  
Paul Poortvliet  
Theresa Fyffe

## Tabla de contenidos

<b>COMITÉ DE HONOR</b>	<b>3</b>
<b>COMITÉ ORGANIZADOR</b>	<b>4</b>
<b>PROGRAMA</b>	<b>11</b>
<b>PROGRAM (ENGLISH)</b>	<b>21</b>
<b>TEXTOS DE LAS CONFERENCIAS Y PONENCIAS / TEXTS OF THE CONFERENCES AND PAPERS</b>	<b>31</b>
<b>18 DE NOVIEMBRE</b>	<b>32</b>
<b>CONFERENCIA INAUGURAL</b>	<b>32</b>
“NURSING AND HEALTH SERVICES RESEARCH: IMPLICATIONS FOR QUALITY AND SAFETY”. HEDDY HUBBARD RN, MPH, FAAN. ACTING ASSOCIATE DIRECTOR, CENTER FOR OUTCOMES AND EVIDENCE. SENIOR ADVISORY FOR NURSING. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY	32
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): CUIDADORES INFORMALES/ INFORMAL CAREGIVERS</b>	<b>32</b>
STIMPSON, A., WATSON, R., MANTHORPE, J.: <i>ALZHEIMER'S AND DIABETES: CARERS' CONCERNS ABOUT THE CARE GIVEN TO PERSONS WITH DEMENTIA AND DIABETES</i>	32
ZABALEGUI, A., JUANDÓ, C., GALLART, A., DÍAZ, M., CORRALES, E., CABRERA, E., BOVER, A., SÁENZ DE O., A., RAMÍREZ, A., PULPÓN, A., LÓPEZ, L., JONES, C., IZQUIERDO, M.D., GUAL, P., GONZÁLEZ, A. GRUPO DE INVESTIGADORES EN CUIDADOS INFORMALES DE LA RED TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS A PERSONAS MAYORES RIMARED: <i>EL CUIDADO INFORMAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA</i>	33
GIMÉNEZ MAROTO, A. M., SERRANO GALLARDO P.: <i>CUIDADO ENFERMERO DE LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS</i>	36
QUERO RUFÍAN, A., BRIONES GÓMEZ, R., PRIETO RODRÍGUEZ, M. A., NAVARRO LÓPEZ, A., PASCUAL MARTÍNEZ, N., GUERRERO RUIZ, C.: <i>EL MARCO DE RELACIONES ENFERMERA- CUIDADOR FAMILIAR EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS</i>	42
MARTEORELL POVEDA, M. A.: <i>VIVIR CON UN ENFERMO DE ALZHEIMER: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE MUJERES CUIDADORAS</i>	45
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): PALLIATIVE CARE</b>	<b>48</b>
BARTHOLOMEYCZYK, S.: <i>THE END-OF-LIFE PHASE IN CARE HOMES AS A SUBJECT OF INTERACTION WITH THE RESIDENT</i>	48
FISCHER PRESTOY, S.: <i>THE FINAL JOURNEY: NURSES' LIVED EXPERIENCE OF CARING FOR PATIENTS AT THE END OF THEIR LIVES- IMPLICATIONS FOR NURSING EDUCATION AND MANAGEMENT</i>	50
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>53</b>
GONZÁLEZ CARRIÓN, P., GARCÍA CALVENTE, M. M., LAFUENTE LORCA, J.: <i>NECESIDADES DE CUIDADOS PERCIBIDAS POR LOS NIÑOS QUE HAN FINALIZADO TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y SUS CUIDADORES</i>	53
COLELL BRUNET, R., LIMONERO GARCÍA, J. T., NUÍN ORRIO, C., BALLESTÉ TORRALBA, J., BLANCO BLANCO, J.: <i>IMPLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS</i>	55
TALTAVULL APARICIO, J. M., BOUCHARD, L.: <i>SIGNIFICADO DE LA FASE PALIATIVA DE CÁNCER PARA LAS PERSONAS AFECTADAS Y SUS FAMILIAS EN BALEARIS</i>	58
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA/ NURSING CLINICAL PRACTICE</b>	<b>62</b>
ISLA, P., CASTELLA, E., INSA, R., ICART, T., BOLTAÑA, A., RICOMÀ, R., RIUS, P., JUVINYÀ, D., BERNAT, R., PANISELLO, M., BOSCH, X.: <i>CRIBAJE DE DIABETES DESCONOCIDA EN UNA MUESTRA OPORTUNISTA DE POBLACIÓN RESIDENTE EN CATALUNYA. 2001-2002</i>	62
JURADO, J.: <i>FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. PROYECTO FIS 01/0846</i>	66
GONZÁLEZ GUTIÉRREZ- SOLANA, R., FERRER PARDAVILA, A., PUGA MIRA, M. J., HERRERA DE ELERA, M. D., PROL CID, R., HIDALGO GARCÍA, R., SEBASTIÁN DIANA, T., BERMEJO PABLOS, C., CARRERAS VIÑAS, M., MUSITU PÉREZ, M. V., GONZALO RODRIGO, M. J., MOLINA TORRES, J. I., HENCHE PEINADO, C., MUÑOZ CANO, M., RIMADA MORA, D., TORTOSA VERGARA, J. M., VÁZQUEZ LÓPEZ, M. L.: <i>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE DATOS EXTRAÍDOS DEL PROGRAMA GACELA A PROPÓSITO DE 226.000 PLANES DE CUIDADOS</i>	68
BALDACCHINO, D.: <i>DOES GENDER MAKE A DIFFERENCE IN ANXIETY, DEPRESSION AND SPIRITUAL COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH FIRST MYOCARDIAL INFARCTION (MI)?</i>	71
MARTÍNEZ QUES, Á. A., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A., RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, C., RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A.: <i>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS PERCIBIDAS EN UNA UNIDAD DE CORONARIAS</i>	74
JARA FERNÁNDEZ, F. J., CONDE HERRERA, M., NIETO GARCÍA, A., PONCE GONZÁLEZ, J. F., ACOSTA DELGADO, D., PONCE BLANDÓN, J. A.: <i>APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO</i>	79
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): NURSING CLINICAL PRACTICE A</b>	<b>82</b>
ZILCA, L., RASSIN, M., BERGER, M., SILNER D.: <i>PATIENTS' MEDICAL DOCUMENTS MANAGEMENT THROUGH PATIENT PORTFOLIO</i>	82
CLEMOW, R., SEAH J.: <i>IMPROVING PATIENT CARE FOLLOWING FRACTURED NECK OF FEMUR THROUGH COLLABORATIVE WORKING</i>	84
BARBOSA, D., TAKEI, N., BETTENCOURT, A. R., BELASCO, A., DICINI, S., SESSO, R.: <i>EVALUATION OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS COLONIZATION AFTER CHRONIC USE OF MUPIROCIN IN PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS</i>	86
GROTHE, C., FRAM, D., BELASCO, A.; BETTENCOURT, A.; DICINI, S.; VIANNA, L.; SESSO, R.; BARBOSA, D.: <i>INCIDENCE OF BACTEREMIA AMONG HEMODIALYSIS PATIENTS WITH A CENTRAL VENOUS CATHETER</i>	89
BELLALI, T., PAPADATOU, D.: <i>STUDY OF PARENTAL DECISION-MAKING PROCESS REGARDING PEDIATRIC ORGAN DONATION IN GREECE</i>	92

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA</b>	<b>92</b>
CUNILLÉ, M., RICART, M., ROIG, A., CANO, G., SALVADOR, J.: <i>ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN EL REGISTRO DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS DE BARCELONA</i>	92
LÓPEZ MEDINA, I. M <sup>º</sup> , PANCORBO HIDALGO, P. L., GARCÍA FERNÁNDEZ, F. P., ÁLVAREZ NIETO, C.: <i>ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</i>	94
PÉREZ RUIZ, I. M.: <i>SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES</i>	98
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): EDUCACIÓN PARA LA SALUD/ HEALTH PROMOTION</b>	<b>101</b>
LOSADA MARTINEZ, A. M., EGEA SOLDEVILA, L., PASARÍN RUA, M. I., JUÁREZ MARTÍNEZ, O.: <i>EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ESCUELAS DE SECUNDARIA DEL DISTRITO II DE BARCELONA (BCN)</i>	101
JONES, R., SKIRTON, H.: <i>FEASIBILITY OF PATIENT-LED LEARNING BY NURSING AND OTHER HEALTH STUDENTS AND STAFF VIA INTERACTIVE TV</i>	105
CODERN BOVÉ, N., FERNÁNDEZ LAMELAS, E.: <i>¿QUÉ DICEN LOS MATERIALES EDUCATIVOS IMPRESOS?</i>	106
LIMA RODRÍGUEZ, J., LIMA SERRANO, M., CASADO MEJÍA R.: <i>EL SECTOR POPULAR DE CUIDADOS</i>	109
BERMEJO SANCHÍS, M., BENITO HERRANZ, M. L., GARCÍA BERRAL, M. J., HERNÁNDEZ GARCÍA-ALCALÁ, J., JORDÁN MARTÍN, M., MARTÍNEZ RUIZ, M. T., MARTÍNEZ GONZÁLEZ, O., RAMOS ROMÁN, J. M., RUIZ-GIMÉNEZ AGUILAR, J. L.: <i>EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD (E.P.S) EN UN ÁREA DE SALUD DE MADRID</i>	113
FERNANDES DE SOUZA, M., PESCUA CAPELETTI PADULA, M.: <i>EVALUATION OF A TEACHING NURSING PROGRAM TO PARAPLEGIC PATIENTS ON INTESTINAL ELIMINATION SELF-CARE DEFICIT</i>	115
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): NURSING AND PAIN MANAGEMENT</b>	<b>118</b>
NIVEN, C.: <i>NURSING MANAGEMENT OF DRESSING CHANGE PAIN: A TRANSLATIONAL RESEARCH STUDY</i>	118
BASTOS, F., LOPES, C.: <i>SELF-MANAGEMENT AND THERAPEUTIC REGIME ADHERENCE IN TYPE 2 DIABETICS - EFFECT OF AN EDUCATIONAL PROGRAM</i>	120
SANAGOO, A., JOUYBARI, L. M., SALEMI, S.: <i>PAIN MANAGEMENT; IRANIAN NURSES' EXPERIENCES WITH ACUTE PAIN</i>	123
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): CUIDADOS DE ENFERMERÍA A INMIGRANTES Y PACIENTES CON VIH</b>	<b>126</b>
MANZANO GARCÍA, M., GONZÁLEZ FERNÁNDEZ-CONDE, M., MADERUELO FERNÁNDEZ, A., GÓMEZ MARCOS, M.A., SECO GARCÍA, M.A., DE CELIS VILLASANA, P.: <i>EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS EN VIH/SIDA Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES DE UN MEDIO ESCOLAR, DESPUÉS DE UN AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR</i>	126
RUZAFÁ MARTÍNEZ, M., MADRIGAL DE TORRES, M., CANO SÁNCHEZ, A.: <i>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR VIH EN LA REGIÓN DE MURCIA</i>	128
LERMA MERINO, S., MONTERO ALONSO, S., NIÑO MARTÍN, V.: <i>¿PODEMOS CONTRIBUIR LAS ENFERMERAS EN LA MEJORA DE LA SALUD DEL INMIGRANTE?</i>	131
TOMÁS-SABADO, J., ANTONÍN MARTÍN, M.: <i>LA ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN ANTES Y DESPUÉS DEL 11-M</i>	134
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): DOCENCIA EN ENFERMERÍA/ NURSING EDUCATION</b>	<b>137</b>
ASIAIN ERRO, M. C., MARGALL COSCOJUELA, M. A.: <i>AUTOEVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERAS ASISTENCIALES</i>	137
FARO BASCO, M.; ISERN FARRÉS, O.; CASAS BAROY, J.C.: <i>VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DEL APRENDIZAJE BASADO EN LA SIMULACIÓN DE CASOS</i>	140
DOS SANTOS LOPES, M. B., RODRIGUES, M. A.: <i>APRENDIZAJE AUTODIRIGIDA: UN PARADIGMA EDUCATIVO EN LA FORMACIÓN DE LOS ENFERMEROS</i>	143
ROBINSON, S. AND MURRELS, T.: <i>SUPPORTING NEWLY QUALIFIED NURSES WITH THE DELIVERY OF PATIENT CARE: FIRST JOB EXPERIENCES OF ADULT BRANCH DIPLOMATES IN ENGLAND</i>	145
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): NURSING EDUCATION</b>	<b>148</b>
NILSSON, L.: <i>TRAINEE PROGRAM FOR NEWLY GRADUATED NURSES. ONE WAY FOR THE ADVANCED NOVICE TO BE A COMPETENT PROFESSIONAL?</i>	148
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): DOCENCIA EN ENFERMERÍA</b>	<b>150</b>
GUERRA CUESTA, I., MATEO HERRERO, M. L., MAYO ISCAR, A.: <i>ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN LA TITULACIÓN DE ENFERMERÍA: UN CAMINO HACIA LA CALIDAD</i>	150
PALMAR SANTOS, A., PEDRAZ MARCOS, A., GARCÍA GONZÁLEZ, A.: <i>CONSTRUCCIÓN DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TUTORIZADO EN LA FORMACIÓN PREGRADO</i>	153
DURÁN ESCRIBANO, M., MIRALLES SANGRO, M. T.: <i>ANÁLISIS TRANSCULTURAL DE LOS VALORES DEL CONCEPTO DE CUIDAR, IDENTIFICADOS POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DEL PRIMER CURSO</i>	155
<b>19 DE NOVIEMBRE</b>	<b>157</b>
<b>MESA DEBATE: LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN EUROPA/ NURSING RESEARCH IN EUROPE</b>	<b>157</b>
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y GENÉTICA. MAGGIE KIRK. DIRECTORA ASOCIADA DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE GLAMORGAN. <i>NURSING RESEARCH AND GENETICS: A PRIORITY FOR 21ST CENTURY EUROPE? DR. MAGGIE KIRK. ASSOCIATE HEAD OF THE SCHOOL OF CARE SCIENCES, UNIVERSITY OF GLAMORGAN.</i>	157
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y ESTRUCTURACIÓN DEL ESPACIO EUROPEO. TERESA MORENO CASBAS. UNIDAD DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA INVESTÉN-ISCIII. <i>NURSING RESEARCH AND STRUCTURING OF THE EUROPEAN AREA. TERESA MORENO CASBAS. UNIT FOR COORDINATION AND DEVELOPMENT OF NURSING RESEARCH INVESTEN-ISCIII.</i>	159
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): SALUD COMUNITARIA/ COMMUNITY HEALTH</b>	<b>162</b>
WALSH-DANESHMANDI, A.: <i>MENTAL HEALTH NURSES' CONTRIBUTION TO PATIENT CARE IN IRELAND</i>	162
VIVAS BROSETA, A. M <sup>º</sup> , PEREIRO BERENGUER, I., VILLANUEVA GARCIA, P. A., PEREZ PALLARES, M. J., MARTINEZ MIR, I., PALOP LARREAR, V., PEIRO PEREZ, R., SAIZ RODRIGUEZ, R. M.: <i>DEL BOTIQUÍN FAMILIAR (BF) A LA AUTOMEDICACIÓN (AM), ESTUDIO EN 300 FAMILIAS</i>	164
OLTRA RODRÍGUEZ, E., MENDIOLAGOITIA CORTINA, L. A., RIESTRA RODRÍGUEZ, R., FERNÁNDEZ GARCÍA, B.: <i>ESTADO DE LA CADENA DE FRÍO VACUNAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS</i>	166

**LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004**

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

MASIP JANER, M., EGEA SOLDEVILA, L.: <i>UNA REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN LOS EQUIPOS DE SALUD COMUNITARIA: UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA</i>	170
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ-CONDE, M. M., MANZANO GARCÍA, M., MADERUELO FERNÁNDEZ, A. CARRETO SÁNCHEZ, M., GÓMEZ MARCOS, M.A., SECO GARCÍA, M. A.: <i>EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS</i>	173
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): COMMUNITY HEALTH</b>	<b>175</b>
MATSUSHITA, Y.: <i>NURSES' ACTIONS FOR ENVIRONMENTAL PROTECTION IN CLINICAL PRACTICE</i>	175
GRIFFITHS, J.: <i>THE POWER OF "COMMUNITY" IN RURAL NURSING: AN AUSTRALIAN STUDY</i>	176
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): SALUD COMUNITARIA</b>	<b>179</b>
GALIANA SÁNCHEZ, M. E., VERDÚ SORIANO, J., CABALLERO PÉREZ, P., DAVÓ BLANES, M. C., NOLASCO BONMATÍ, A.: <i>IMPACTO DE LAS CEMENTERAS EN EL MEDIO AMBIENTE Y LA SALUD PÚBLICA: ESTUDIO PILOTO EN LA POBLACIÓN DE SAN VICENTE DEL RASPEIG</i>	179
LIMA RODRÍGUEZ, J., COBO CASTILLO C., LIMA SERRANO M., CASADO MEJÍA R.: <i>EDUCACIÓN GRUPAL EN ENFERMERÍA</i>	181
GÉNOVA MALERAS, R., MORANT GINESTAR, C.; ÁLVAREZ MARTÍN, E.: <i>CONTRIBUCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE A LOS CAMBIOS EN LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA 1990-1995-2000</i>	183
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): CUIDADOS EN ENFERMERÍA MATERNO-INFANTIL/ MOTHERS' AND CHILDREN'S CARE</b>	<b>190</b>
SOLERA MARTÍNEZ, M., BUENDÍA BERMEJO, J., YUBERO BASCUÑANA, N., VALENCIA SORIANO, L., GUTIÉRREZ ZORNOZA, M.: <i>VALORES POBLACIONALES DE LA ESCALA MENCARV DE CALIDAD DE VIDA EN MENOPAUSIA EN LA POBLACIÓN DE MUJERES MENOPAÚSICAS DE 44 A 60 AÑOS DE EDAD</i>	190
PERIARD, M., KNAACK, B.: <i>BREAST SELF-EXAM: AN EXPERIMENTAL STUDY IN AN UNDERSERVED POPULATION</i>	191
MIGUEL GIL, B., PÉREZ ROMERO, N., COSTA RAMONEDA, T., MASVIDAL ALIBERCH, R. M., DE FRUTOS GALLEGU, E., RAURICH BOTTIFLER, F.: <i>RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE RECIENTE LLEGADA</i>	192
GÓMEZ SALGADO, J.: <i>LACTANCIA MATERNA EN LA CIUDAD DE HUELVA</i>	195
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): MOTHERS' AND CHILDREN'S CARE</b>	<b>200</b>
HASANPOUR, M., ELSAGH, A., HASANZADEH A.: <i>PEDIATRIC NURSES' KNOWLEDGE OF PARAMETERS OF NEED FOR AIRWAY SUCTION IN CHILDREN</i>	200
DANEREC, M., UDÉN, G., DYKES, A. K.: <i>SYMPATHETIC RESPONSIBILITY IN ETHICALLY DIFFICULT SITUATIONS - OBSTETRICIANS' LIVED EXPERIENCE</i>	203
JOUYBARI, L.M., SANAGOO, A., ZAMANI, R.: <i>WOMEN'S PERCEPTION OF BIRTHING PAIN AND THEIR CARING NEEDS</i>	204
MARSHALL-LUCETTE, S., BRENNAN, A.: <i>AN EXPLORATION OF THE COUVADE SYNDROME: 'THE PREGNANT MALE'</i>	206
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): CUIDADOS EN ENFERMERÍA MATERNO-INFANTIL</b>	<b>208</b>
PINA ROCHE, F., HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, C., CAMPOS ARANDA, M.: <i>INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA VIDA PSICOSOCIAL DE LA MUJER, DURANTE LA ETAPA DEL CLIMATERIO</i>	208
SOLÍS, M., CALVO, P., GARCÍA, F., IGLESIAS, M. A., PÉREZ, R., CORONA, R., FERNÁNDEZ, A., GONZÁLEZ, B.: <i>PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DE UN SERVICIO DE MAMOGRAFÍA SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA</i>	212
GUERRA MARTÍN, M <sup>o</sup> D., AVILÉS RAMOS, Z., CASTRO PLATA, E., LIMONES MARTÍN, M. E., MARQUÉS BERNAL, A., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, V.: <i>ALIMENTACIÓN INFANTIL EN LA PRIMERA INFANCIA</i>	212
MENDOZA, N., CIRELLA, J. L.; VALDIVIA, O.; TORRES, M.; DOLIMAR, J.; ALVARES, A.; TORREALBA, F.; BALZA, V.: <i>HALLAZGOS OBTENIDOS EN CITOLOGÍAS CERVICO VAGINALES: ESTUDIOS EN 351 MUJERES EN COMUNIDADES RURALES DEL ESTADO LARA-VENEZUELA</i>	215
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): GESTIÓN DE CUIDADOS/ CARE MANAGEMENT</b>	<b>217</b>
ROBINSON, S. AND MURRELS, T.: <i>EDUCATING AND MANAGING THE NURSING WORKFORCE: IMPLICATIONS OF A COMPARISON OF CAREER AND COMPETENCIES OF QUALIFIERS FROM DIPLOMA AND DEGREE COURSES IN ENGLAND</i>	217
RUZAF MARTÍNEZ, M., MADRIGAL DE TORRES, M., GÓMEZ GARCÍA, C., VELANDRINO NICOLÁS, A.: <i>SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ESPAÑOLES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES INGLESES</i>	221
DICKENSON-HAZARD, N.: <i>NURSES AND HEALTH: A GLOBAL FUTURE</i>	226
HERNÁNDEZ RIVAS, A., DE ANDRÉS GIMENO, B., CAAMAÑO VAZ, C., SOLÍS MUÑOZ, M., GARCÍA LÓPEZ, F.: <i>ANÁLISIS DEL GRADO DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS ENFERMERO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA</i>	227
QUILCHANO GONZALO, B.: <i>ENFERMERÍA ¿DOS CULTURAS ENFRENTADAS?</i>	230
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): GESTIÓN DE CUIDADOS A</b>	<b>232</b>
PÉREZ RUIZ, I. M.: <i>CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES</i>	232
EGEA SOLDEVILA, L., PASARÍN RUA, M. I.; MEDINA MOLINA, C.; LLOVET LOMBARTE, J. M.; PETIT CANALS, M.; BOSCH ANDIÑACH, I.; MIRALBEL CREUSL, M. E.; GUTIERREZ CIDAD, D.; LOSADA MARTÍNEZ, A.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M. A.; SOLANES GUASCH, A.: <i>COOPERACIÓN ENTRE AGENTES SANITARIOS DE DIFERENTES INSTITUCIONES. HACIA UN MODELO INTEGRADO DE PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL PARA LA CIUDAD DE BARCELONA</i>	235
D'AMOUR, D., SAN MARTÍN RODRÍGUEZ, L., FERRADA VIDELA, M., BEAULIEU, M. D.: <i>MODELOS TEÓRICOS COMO GUÍA DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN LA PRÁCTICA</i>	237
GARCÍA, C., PALOMA, O., PAUBLETE, M. C., GARCÍA, M. J., LAGARES, C., ALMENARA, J.: <i>FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA AGUDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ÁNDALUCÍA</i>	240
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): GESTIÓN DE CUIDADOS B</b>	<b>244</b>
DÍAZ BLANCO, A., CAZORLA VICENTE, A. I.; BUENO POUS, K.; CRISTÓBAL LÓPEZ, E.; MAQUEDA BLASCO, J.; RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR, B.: <i>ESTRÉS EN EL TRABAJO, UN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESTRATEGIA EUROPEA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: LA SITUACIÓN DE ESPAÑA EN EUROPA</i>	244
GONZÁLEZ- VALENTÍN, M. A., PADÍN LÓPEZ, S., DE RAMÓN GARRIDO, E.: <i>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</i>	247
ALBAR MARÍN, M. J.: <i>ANÁLISIS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA. RESULTADOS PRELIMINARES</i>	252
LOBO, E., BELLIDO ML Y GRUPO REPEP: <i>DOCUMENTACIÓN DE "COMPLEJIDAD" CLÍNICA POR MEDIO DE INTERMED: UN NUEVO MÉTODO PARA ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PROBLEMAS BIO-PSICO-SOCIALES Y DE CONSUMO DE SERVICIOS</i>	255
<b>20 DE NOVIEMBRE</b>	<b>256</b>

<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS MAYORES/ ELDERLY CARE</b>	<b>256</b>
LÓPEZ PISA, R. M., COLÁS TAUGÍ, M. I., HERNÁNDEZ FABÁ, E., REY SOTELO, A., RUÍZ JIMÉNEZ, D., PADÍN MINAYA, C., MORELL MACAYA, R.: <i>SÍNDROMES GERIÁTRICOS, ASPECTOS POSITIVOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN UNA POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS ATENDIDA EN UN ÁREA DE SALUD</i>	256
JÜRSCHIK GIMÉNEZ, P., NUIN ORRIO, C., ROIG TRIBÓ, R., BERNADÓ JORGE, N., CANALES BIOSCA, J., GOZÁLEZ ROSELLÓ, A. M., BARBERÁ CORTADA, J.: <i>VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN</i>	260
SALVAT PLANA, M., PIÑAS GASULL, N., MORENO SÁNCHEZ, M., FORTUNY CASAS, N.: <i>ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL HACIA LAS PERSONAS MAYORES</i>	266
ZHAO, Y., KAM YUET WONG, F.: <i>EFFECTS OF A DISCHARGE PLANNING INTERVENTION FOR ELDERLY PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN TIANJIN, CHINA: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL</i>	270
LI, S.: <i>FACTORS CONTRIBUTING TO OPTIMAL, FUNCTIONAL, AND DYSFUNCTIONAL WELL-BEING IN FAMILIES LIVING WITH STROKE IN WUHAN CHINA</i>	271
<b>MESA REDONDA (INGLÉS): NURSING CLINICAL PRACTICE B</b>	<b>272</b>
BERNARDINA, L., DICCINI, S.; DE CÁSSIA BETTENCOURT, A. R.; BELASCO, A.; YATSUE CONISHI, R. M.; BARBOSA, D. A.: <i>EVOLUTION OF ACUTE RENAL FAILURE PATIENTS SUBMITTED TO NON-DIALYTIC AND DIALYTIC TREATMENT IN INTENSIVE CARE UNIT</i>	272
KU, Y. L., WANG, C. C., KUO, S. M., KUO, H. Y.: <i>EVALUATION OF DISCHARGE PLANNING IN A SOUTHERN HOSPITAL</i>	274
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS MAYORES</b>	<b>275</b>
ORB, A.: <i> NUEVAS TENDENCIAS SOCIALES: LOS ABUELOS AUSTRALIANOS TOMAN LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES</i>	275
CERRILLO PATIÑO, J. R., GUTIÉRREZ LEIVA, J. A., SEGURA GARCÍA, M.: <i>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADAS DE LA PROVINCIA DE CUENCA</i>	276
CARNICER, I., ALMENARA, J., ABELLÁN, M. J., GARCÍA, C., PALOMA, O., CASTRO, C., DEUDERO, M., PERALTA, J. L., GONZÁLEZ, J. L., LAGARES, C.: <i>MORTALIDAD HOSPITALARIA Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA</i>	279
GÁLVEZ ROMERO, C., GONZÁLEZ VALENTÍN, A.: <i>ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS DEL ANCIANO INCAPACITADO Y SU CUIDADOR. DATOS PRELIMINARES</i>	282
<b>MESA REDONDA (BILINGÜE): INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA/ NURSING RESEARCH</b>	<b>285</b>
MUÑOZ MENDOZA, C., CABRERO GARCÍA, J., RICHART MARTÍNEZ, M., ORTS CORTÉS, M. I., CABAÑERO MARTÍNEZ, M. J.: <i>LA MEDIDA DEL AUTOCUIDADO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA</i>	285
ORTS CORTÉS, M.; CABRERO GARCÍA, J.; RICHART MARTÍNEZ, M.; LÓPEZ COIG, M.; VELASCO ÁLVAREZ, M.: <i>VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS</i>	288
LÓPEZ, V., THOMPSON, D.: <i>TRANSLATION AND VALIDATION OF THE MYOCARDIAL INFARCTION DIMENSIONAL SCALE (MIDAS) IN CHINESE PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE</i>	289
<b>MESA REDONDA (ESPAÑOL): INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA</b>	<b>289</b>
SERRANO GALLARDO, P., GIMÉNEZ MAROTO A. M.: <i>VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL LUGAR DE PRÁCTICAS CLÍNICAS (CLINICAL PLACEMENT EVALUATION TOOL) EN ENFERMERÍA COMUNITARIA</i>	289
ZARAGOZA, A., SMITH, L.: <i>CUESTIONARIO BROOKING® (2004): INSTRUMENTO PARA MEDIR LA UTILIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN</i>	295
<b>TEXTOS DE LOS PÓSTERES CIENTÍFICOS / TEXTS OF THE SCIENTIFIC POSTERS</b>	<b>298</b>
2. MORENO VERDUGO, A.; DE LA FUENTE GARCÍA, A.; CARO QUESADA, R.; SUSO LÓPEZ, D.; DURÁN RODRÍGUEZ, A.; DÍAZ BENAVENTE, M.: <i>PROGRAMA DE EDUCACIÓN A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ICTUS, PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA</i>	299
3. PEREA Y., BASTIDAS A., PLANAS P., TUREK L., RIPOLL E.: <i>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: RECOMPONER EL ESPACIO FRAGMENTADO QUE DEJA EL MOOBING.</i>	300
4. SÁNCHEZ GARCÍA J.; VALLESPÍN MONTERO R.; FARRERONS NOGUERA L.; BARAZA SAZ A.; CRUZ LENDÍNEZ A.; CRUJEIRAS PÉREZ R.: <i>DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN DE LOS ENFERMEROS NOVELES A SU PRIMER PUESTO DE TRABAJO</i>	301
5. FORNÉS VIVES, J., GARCÍA DE LA BANDA GARCÍA, G., MARTÍNEZ-ABASCAL GARCÍA, M. A., REINÉS FEMENIA, J., PÉREZ GONZÁLEZ, S.: <i>HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO EN ENFERMERÍA. ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO HPT</i>	303
6. C. CAMPO MARTÍNEZ, M. A. CIDONCHA MORENO: <i>LA EVOLUCIÓN DEL ROL DEL SUPERVISOR DE ENFERMERÍA HACIA EL GESTOR DE CUIDADOS, UNA REALIDAD</i>	304
7. L. SANJURJO GÓMEZ, D. VARELA CURTO, A. LAMATA MARTÍNEZ, M.D. MARTÍNEZ RENDAL, E. GUTIÉRREZ AMOROS, F.J. BLANCO GARCÍA: <i>ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA PRÓTESIS DE CADERA</i>	305
8. M <sup>a</sup> PILAR MARTÍNEZ ORTA, M <sup>a</sup> LOLA GÓMEZ REVUELTO Y M <sup>a</sup> LORETO GANDUL HURTADO: <i>¿CÓMO FACILITAR LA CORRECTA COLOCACIÓN DE UN CATETER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO?</i>	305
9. MARTÍN PAYO R., ESTRADA RODRÍGUEZ A., SUÁREZ BOTO N., ORDÓÑEZ PRIETO C., SÁNCHEZ GARCÍA P.: <i>PREVALENCIA Y HABITOS DE CONSUMO DE TABACO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO</i>	306
12. JURADO, J., NOGUER, L., SARDANÉS, P., MASACHS, J., FORT, L., COLL, J., POU, J. M.: <i>DIABETES MELLITUS TYPE 2: A CHALLENGE FOR THE NURSING RESEARCH. PROJECT FIS 01/0846</i>	307
13. ROBLEDO MARTÍN, J.: <i>LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL MEDIO RURAL EN EL ÚLTIMO SIGLO: UN ABORDAJE CUALITATIVO</i>	309
14. KALAFATI, M., SAMARA, I., SIFAKI, M., ILIOPOULOU, E., POULIAKI, S., KARATZAS, S., MYRIANTHEFS, P., BALTOPOULOS, G.: <i>THE POSITIVE EFFECT OF NURSING EDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM (EIP) FOR THE PREVENTION OF PRESSURE ULCER IN A GREEK GENERAL HOSPITAL</i>	310
16. Y. SAEKI, N. NAGAI: <i>EFFECTS OF SOMATIC STIMULATION APPLIED TO FEET ON AUTONOMIC AND IMMUNE FUNCTIONS</i>	311
18. M. RUZAF MARTÍNEZ, M. MADRIGAL DE TORRES, V. SIMÓN PEÑAFIEL: <i>CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INMIGRANTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</i>	312
19. CARRILLO GARCÍA, M. C., RONDA PÉREZ, E., NOLASCO BONMATÍ, A.: <i>EL TRABAJO A DOMICILIO: EL CASO DE LAS APARADORAS DE CALZADO</i>	313

20. M. PLANA NIETO, E. DOMÉNECH GRAELLS, C. ROURA CRUZADO, C.FORCADA: <i>REGISTRO, CONTROL, SEGUIMIENTO E INVESTIGACIÓN DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS, ENTRE EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS DEL ÀMBIT D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BARCELONÉS NORD I MARÈSME DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)</i>	316
21. LEILA M. JOUYBARI, AKRAM SANAGOO: <i>IRANIAN WOMEN'S EXPERIENCES WITH MENOPAUSE: A CONCEALED SECRET</i>	317
23. FERNANDES, O.: <i>TO LEARN THROUGH THE EXPERIENCE: DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL COMPETENCES IN CLINICAL PRACTICE</i>	317
27. M. SANTO TOMÁS PÉREZ; M.J. CASTRO ALIJA; M.J. CAO TORIJA: <i>¿SE CONSIDERAN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SALUD EN LA PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES?</i>	317
28. LÓPEZ MUÑIZ, IDOYA: <i>EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL USO DE INHALADORES: REPERCUSIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO Y VALORES ESPIROMÉTRICOS</i>	319
30. TALAKOUB, S., GHAZAVI, Z., JOZI, M.: <i>EFFECT OF MUSCULAR RELAXATION ON DIABETIC CHILDREN COVERED BY ENDOCRINOLOGY RESEARCH CENTER OF ESFAHAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES</i>	320
32. McDONALD, K., HIGGS, G., IREDALE, R., GRAY, J.: <i>A PILOT STUDY OF SPATIAL PATTERNS IN REFERRALS TO A MULTICENTRE CANCER GENETICS SERVICE</i>	321
33. JENSEN, B.: <i>DECREASING HOSPITALISATION FOR PERSONS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA: NON-TRADITIONAL DISCHARGE METHOD</i>	321
34. COLLEEN MCNEIL-WALSH: <i>POST COLONIAL THEORY AND NURSE MIGRATION</i>	321
36. MORENO ROY, M. A., LÓPEZ GUTIÉRREZ, M. E., NÚÑEZ PEÑA, J. R., DEL RÍO GALLEGOS, F. J., PARRA HUESO, M. D.: <i>PULMONES PROCEDENTE DE DONANTES EN ASISTOLIA. UNA NUEVA ALTERNATIVA</i>	322
37. Mª DOLORES GUERRA MARTÍN; Mª BELÉN ESTEBAN RAMÍREZ; Mª EUGENIA GUERRA BARRAGÁN; ROCÍO GUTIÉRREZ LORENZO; ROSA LECHUGA GÓMEZ; ELISABETH NIETO MARTÍNEZ; VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ: <i>CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MENOPAUSICA DE OSUNA</i>	323
38. HOURICAN, S.: <i>NURSE TEACHERS PARTICIPATION IN CLINICAL PRACTICE</i>	323
39. MARÍN MENDOZA, SILVIA; LLANES DOMINGO, JOSÉ; ALABORT CUENCA, AMPARO; AMORÓS CANTERO, AURORA; ZAFRA SOLAZ, Mª CARMEN; SUEY MOTILLA, ADELA; JUAN GALLACH ESMERALDA: <i>IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN ESTÁNDAR DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIACA</i>	324
40. TIINA VIKMANN: <i>SOCIAL ASPECTS OF LIFELONG LEARNING, BASED ON THE SAMPLE OF THE ADVANCED-LEVEL-EDUCATION STUDENTS OF THE TALLINN MEDICAL SCHOOL</i>	325
41. R.M LABARTA, M. PLANA, Mª I. FERNÁNDEZ, R. BALAGUÉ, E. CAMPOS, N. SEVILLA: <i>ADECUACIÓN ERGONÓMICA DEL CALZADO A UTILIZAR EN LOS CENTROS SANITARIOS DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS) - HOSPITALES Y ASISTENCIA PRIMARIA</i>	326
42. SUSANA ARIAS RIVERA, PILAR CONDE ALONSO, RAQUEL SÁNCHEZ IZQUIERDO, CARMEN GARCÍA GRANELL, JOSE ANTONIO MARTÍN DE LA TORRE PÉREZ-CEJUELA, Mª ELENA ORTEGA CASTRO, MA DE LA CAL LÓPEZ: <i>DETERMINACIÓN DEL MÍNIMO VOLUMEN DESECHABLE EN LA EXTRACCIÓN DE UNA ANALÍTICA A TRAVÉS DE UN CATÉTER ARTERIAL</i>	327
43. YAN-HUI WANG, HSUEH-ERH LIU: <i>MEASURE SYMPTOM DISTRESS IN PATIENT WITH CONGESTIVE HEART FAILURE</i>	327
45. TONY LONG, CLAIRE HALE, LINDA SANDERSON, PETER TOMLINSON, KRISTINA CARR: <i>EVALUATION OF EDUCATIONAL PREPARATION FOR CANCER &amp; PALLIATIVE CARE NURSING FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: ISSUES IN THE ASSESSMENT OF PRACTICE</i>	328
47. Mª DOLORES GUERRA MARTÍN, IGNACIO MORALES GUERRERO, FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ DÍAZ, JOSÉ MÁRQUEZ HERNÁNDEZ, JESÚS BUENADICHA ESPADA, ALBERTO ARENAS PARDO Y VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ: <i>EL CONSUMO DE TABACO EN LAS ENFERMERAS/OS DEL HOSPITAL DE LA MERCED DE OSUNA</i>	329
51. YA-LIE KU, SU-FEN CHENG, JONG-NI LIN: <i>COMMUNITY HEALTH ASSESSMENT OF LIU-QU VILLAGE IN TAI-LIAO HSIANG</i>	329
54. MEDRANO GURREA, R., A.I. ARRIAZU ENRIQUE, M. ESQUIROZ JAUREGUI, M.M. IZCUE ARGANDOÑA, Y N. ZABALLOS: <i>EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN URPA</i>	328
55. ILUNDAIN AYALA, E., MEDRANO GURREA R., URRICELQUI CHASCO A., CARO SAINZ L.: <i>UTILIZACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA</i>	330
57. J. ABADÍA MAINER, M. FERNÁNDEZ NÚÑEZ, D. GONZÁLEZ PUÉRTOLAS, A. HUERTAS BADOS, M. LATASA ORIGUÉN, P. RELLO VARAS, A. SÁEZ GONZÁLEZ, M. SOLANO USÓN: <i>PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EVOLUCIÓN DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA. REVISIÓN DE INCIDENCIAS EN PRIMERAS PUNCIÓNES</i>	333
58. ANA MARIA DYNIEWICZ, MARIA GABY RIVERO DE GUTIÉRREZ: <i>PRÁCTICAS EDUCATIVAS EM METODOLOGIA DE PESQUISA PARA ENFERMERAS CLÍNICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO</i>	334
59. JORDI SANZ CASTILLA, JOSE Mª BARRADAS RUIZ, Mª CARMEN MARTÍN FLORIDO, MONTSE PAÑOS MARTÍNEZ, EULALIA ALAVEDRA DOMÉNECH, MONTSE ORTEGA RAYA: <i>ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CATETERES PERIFERICOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA</i>	336
60. KATAYON ESMAEILI, SHIRIN IRANFAR, HOMAYON ESMAEILI, MARYAM ESMAEILI, PARVIN ABASY: <i>DETERMINATION AND COMPARISON OF THE MUSIC AND RHYTHMIC BREATHING TECHNIQUES ON PAIN SEVERITY DURING IV CANNULATION</i>	337
61. KATAYON ESMAEILI, SHIRIN IRANFAR, MOJDEH ASAREHZADEGAN, FATEMEH DARABY: <i>VIEW POINT OF PATIENTS ABOUT SITUATION OF TERRITORY AND PERSONAL SPACE IN THE HOSPITAL</i>	337
62. P SERRANO GALLARDO, AM GIMÉNEZ MAROTO Y C FERNÁNDEZ DÍAZ: <i>VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL FORMULARIO PARA LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESMENT SCREENING TOOL)</i>	338
63. CASAS BAROY J.C.; FARO BASCO, M.; ISERN FARRÉS, O.: <i>INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN EN EL CONTEXTO DE UN CASO CLÍNICO SIMULADO</i>	339
64. ARANCÓN ABAD, V., MARTÍNEZ-SÁENZ, S.: <i>ACERCAMIENTO A LA ACTIVIDAD E INQUIETUD INVESTIGADORA DE LA ENFERMERÍA</i>	339
65. MILAGROS RAMASCO GUTIÉRREZ: <i>RELATOS EN TORNO A LA DESVIACIÓN DE COLUMNA</i>	341
66. LIMÓN, E., PERREAULT, M.: <i>LAS EXPRESIONES Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE SALUD DE HOMBRES INMIGRANTES DE ORIGEN SENEGALÉS QUE VIVEN EN SITUACIÓN IRREGULAR EN LA CIUDAD DE BARCELONA.</i>	342
67. DELICADO USEROS V; ALFARO ESPÍN A; CANDEL PARRA E; GARCÍA BORGE C; LÓPEZ MAÑEZ M; SÁNCHEZ LÓPEZ R; SOLER SANCHIS E; SEGOVIA MARÍN F.: <i>REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS CUIDADORES FAMILIARES</i>	343
68. PAULA FERREIRA, JOÃO DUARTE, MANUEL RODRIGUES: <i>VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN SERVICIO EN ENFERMERÍA</i>	343
69. ORTIGOSA SASOT, M. L., CAZORLA ROCA, M., GIL ALONSO, D., GÓMEZ PALOMAR, M. J., MONEGAL FERRAN, M.: <i>DIFERENCIAS ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL DEBUT/ DOS AÑOS DESPUÉS</i>	344

**LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004**

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

70. SESKEVICIUS, A.: <i>DISTANCE LEARNING STUDIES IN LITHUANIA</i>	345
72. JESÚS PUENTE ALCARAZ: <i>SISTEMA DE REGISTRO Y CARTERA DE SERVICIOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CASTILLA Y LEÓN, ¿UN DESENCUENTRO MUY INEFICIENTE?</i>	346
73. M. RAMÍREZ ; A. PEDRAZ; P. BALSALOBRE: <i>PUESTA EN MARCHA DE UNA REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA EN FORMATO ELECTRÓNICO</i>	348
74. GEORGE, S., McDONNELL, M., DIHORIO, C., MCCARTY, F.: <i>SPIRITUALITY, DEPRESSION, AND QUALITY OF LIFE IN HIV+ PERSONS</i>	348
75. MC VIDAL THOMÀS, C ALORDA TERRASA, A BASTIAS SARMIENTO, RM ADROVER BARCELO, J RIPOLL: <i>EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. RESULTADOS PRELIMINARES</i>	345
76. ACOSTA MOSQUERA M, NIETO GUTIÉRREZ P, ÁLVAREZ LEIVA MI, MAESTRE GUZMÁN MD, MARTÍN GARCÍA R, CARRASCO VÁZQUEZ C, MULA DOMÍNGUEZ MJ, ALBAR MARÍN MJ.: <i>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA A PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE. RESUMEN PRELIMINAR</i>	349
ENUNCIADOS DE SIGNIFICADO EXTRAIDOS DE LAS ENTREVISTAS CON LOS CUIDADORES PRINCIPALES	351
77. MARA BRAGA, E: <i>HOW COMMUNICATION EXPERTS EXPRESS COMMUNICATIVE COMPETENCE</i>	351
78. SHIREY, M. R.: <i>SOCIAL SUPPORT AND STRESS IN THE WORK ENVIRONMENT: EVIDENCE-BASED NURSING MANAGEMENT PRACTICE</i>	351
80. AKRAM SANAGOO: <i>NURSING FACULTIES' PERSPECTIVES OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT</i>	352
83. AKRAM SANAGOO, LEILA M. JOUYBARI, REZA ZAMANI: <i>MIDWIVES' EXPERIENCES WITH WOMEN'S CHILDBIRTH PAIN</i>	352
84. M. D. VARELA CURTO, D. MARTÍNEZ RENDAL, M <sup>a</sup> . L. SANJURJO GÓMEZ, A. LAMATA MARTÍNEZ; F.J. BLANCO GARCÍA: <i>RIESGO LABORAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN</i>	353
85. CARNEIRO VIANNA, L. A., TEODOREO BOMFIM, G. F., CHICONE, G.: <i>AUTOESTIMA DE LAS MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIAS</i>	354
89. ROIG, A., RICART, M., CUNILLÉ, M., CANO, G., SALVADOR, J.: <i>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL REGISTRO DE DEFECTOS CONGÉNITOS DE BARCELONA (REDCB)</i>	355
91. LLAMAS MARTÍNEZ, M. V., LLUCH GARVI, V., MELERO PALOMARES, A., SANSÓ BAUZÀ, M. M., TEJADA GARCÍA, M. J.: <i>INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD NEONATAL DEL HOSPITAL SON LLATZER. PALMA DE MALLORCA</i>	355
92. M. RUZAF MARTÍNEZ, M. MADRIGAL DE TORRES, C. GÓMEZ GARCÍA, A. VELANDRINO NICOLÁS: <i>FACTORES DE ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS ESPAÑOLAS QUE TRABAJAN EN HOSPITALES INGLESES</i>	356
93. McDONALD, K., KIRK, M., HAILEY, S., GRAY, J.: <i>GENERAL PRACTITIONERS, GENETICS AND THE NEW CONTRACT FRAMEWORK: ANY FUTURE?</i>	358
96. M <sup>a</sup> DOLORES GUERRA MARTÍN; HERMINIA M <sup>a</sup> FLORES ALBARRÁN; SANDRA MUÑOZ CUESTA; SORAYA PRUAÑO PEINADO; ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO; ANA BELÉN VILLA CANTERO Y VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ: <i>EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA</i>	358
97. GAMBA, MA; GOTLIEB, SLD; BERGAMASCHI, DP; OLIVEIRA, O; FIGUEREDO, E N DE; VIANNA, LAC.: <i>LOWER EXTREMITY AMPUTATIONS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS: A PREVENTABLE PRACTICE IN NURSING CARE? A CASE-CONTROL STUDY. SÃO PAULO, BRAZIL; 2004</i>	359
98. CAVICCHIOLI, MGS ; OLIVEIRA, O ; GAMBA, MA: <i>THE IMPACT OF THE HEALTH EDUCATIONAL PROCESS IN THE DIABETES CONTROL IN ADOLESCENTS</i>	359
99. CABAÑERO, M. J.: <i>VALIDEZ DE LA BÚSQUEDA ELECTRÓNICA EN BASES DE DATOS NACIONALES</i>	359
100. BRUZOS LÓPEZ, E., MALVAR PINTOS, A., LADO LEMA, E., POUSA ORTEGA, A., ABRAIRA GARCÍA, L.: <i>REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LAS VACUNAS SISTEMÁTICAS : UNA REVISIÓN</i>	360
101. M HASHIMOTO, Y SAEKI: <i>THE EFFECTS OF BED BATHS ON STRATUM CORNEUM HYDRATION, SKIN LIPID, SKIN SURFACE PH AND ATP BIOLUMINESCENCE</i>	361
102. LEILA M. JOUYBARI, FATIMA OSKOU, FAZLOLLAH AHMADI: <i>COMFORT A MISSING CONCEPT: HOSPITALIZED PATIENTS' EXPERIENCES AND RELATIVES' PERSPECTIVE</i>	361
103. NARRIMAN SILVA DE OLIVEIRA BOERY, R., BOTURA LEITE DE BARROS, A. L., DE FÁTIMA LUCENA, A.: <i>DEFINING CHARACTERISTICS OF THE NURSING DIAGNOSIS "EXCESS FLUID VOLUME": USAGE, SIGNIFICANCE AND SKILLS TO SET THEM</i>	362

## Programa

### DIA 18 de Noviembre

**8:30h. Entrega documentación**

**9h. Acto inaugural**

**9:30h. Conferencia inaugural**

*Moderadora:* Teresa Moreno Casbas

“Investigación en Enfermería y Servicios de Salud: implicaciones para la Calidad y la Seguridad”

Heddy Hubbard R.N., MPH

Associate Director, Center for Outcomes and Evidence

Senior Advisor for Nursing

Agency for Healthcare Research and Quality

**10:30h. Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidadores informales**

*(Todas las Mesas bilingües contarán con traducción simultánea)*

*Moderadora:* Dolores Izquierdo Mora

Comunicaciones orales:

- *Stimpson, A.*: Alzheimer's and diabetes: Carers' concerns about the care given to persons with dementia and diabetes
- *Zabalegui Yarnoz, A.*: El cuidado informal: una revisión sistemática de la literatura
- *Giménez Maroto, A.M.*: Cuidado enfermero de los familiares de los enfermos críticos
- *Quero Rufián, A.*: El marco de relaciones enfermera- cuidador familiar en las instituciones hospitalarias
- *Martorell Poveda, M.A.*: Vivir con un enfermo de Alzheimer: representaciones y prácticas de mujeres cuidadoras

**Mesa Redonda (Inglés): Palliative Care**

*Moderadora:* Amaia Saenz de Ormijana

Comunicaciones orales:

- *Bartholomeyczik, S.*: The end-of-life phase in care homes as a subject of interaction with the resident
- *Fischer Prestoy, S.*: The final Journey: Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives-implications for Nursing Education and Management
- *MacDonald, J.*: Specialist Palliative Care and Non cancer illness. A study of the availability and access to specialist Palliative Care in Yorkshire Hospices for patients with non cancer life threatening illness

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados paliativos**

*Moderadora:* Eva Abad Corpa

Comunicaciones orales:

- González Carrión, P.: Necesidades de cuidados percibidas por los niños que han finalizado tratamiento oncológico y sus cuidadores
- Colell Brunet, R.: Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos
- Taltavull Aparicio, J.M.: Significado de la fase paliativa de cáncer para las personas afectadas y sus familias en Balears

### **11:45h. Café / Exhibición pósteres**

### **12:15h. Mesa Redonda (Bilingüe): Práctica clínica en enfermería**

*Moderadora:* Pilar Comet Cortés

Comunicaciones orales:

- Isla, P.: Cribaje de Diabetes desconocida en una muestra oportunistas de población residente en Catalunya. 2001-2002
- Jurado, J.: Factores de Riesgo Cardiovascular en la Diabetes Mellitus Tipo 2. Proyecto FIS 01/0846
- González Gutiérrez- Solana, R.: Resultados de la investigación de datos extraídos del programa Gacela a propósito de 226.000 planes de cuidados
- Baldacchino, D.: Does Gender make a difference in Anxiety, Depression and spiritual coping strategies in patients with first myocardial infarction (MI)?
- Martínez Ques, Á. A.: Estrategias de afrontamiento ante el estrés percibidas en una unidad de coronarias
- Jara Fernández, F.J.: Apoyo Social y Calidad de Vida en los pacientes con pie diabético

## **Mesa Redonda (Inglés): Nursing Clinical Practice A**

*Moderadora:* Adela Zabalegui Yarnoz

Comunicaciones orales:

- Zilca, L.: Patients' Medical Documents Management through Patient Portfolio
- Clemow, R. & Seah, J.: Improving patient care following fractured neck of femur through collaborative working
- Barbosa, D.: Evaluation of Staphylococcus aureus colonization after chronic use of mupirocin in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis
- Grothe, C.: Incidence of Bacteremia among Hemodialysis patients with a central venous catheter
- Bellali, T.: Study of parental decision-making process regarding pediatric organ donation in Greece

### **Mesa Redonda (Español): Práctica clínica en enfermería**

*Moderadora:* Elena Altarribas Bolsa

Comunicaciones orales:

- Cunillé, M.: Actividad de enfermería en el registro de los defectos congénitos de Barcelona
- López Medina, I.M<sup>a</sup>.: Escalas de valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión
- Pérez Ruiz, I.M.: Situación Sociodemográfica y Sociosanitaria de las Personas Dependientes

**13:45h. Comida**

### **15:30h. Mesa Redonda (Bilingüe): Educación para la salud**

*Moderador:* Manuel Rich Ruiz

Comunicaciones orales:

- Losada Martínez, A.M.: Evaluación de la implementación de programas de educación sanitaria en escuelas de secundaria del Distrito II de Barcelona (BCN).
- Jones, R.: Feasibility of patient-led learning by nursing and other health students and staff via interactive TV
- Codern Bové, N.: ¿Qué dicen los materiales educativos impresos?
- Lima Rodríguez, J.: El sector popular de cuidados
- Bermejo Sanchís, M.: Evaluación Cualitativa de una Estrategia de Formación en Educación para la Salud (E.p.S) en un Área de Salud de Madrid
- Fernandes de Souza, M.: Evaluation of a teaching nursing program to paraplegic patients on intestinal elimination self-care deficit

### **Mesa Redonda (Inglés): Nursing and Pain Management**

*Moderadora:* Lorraine Smith

Comunicaciones orales:

- Niven, C.: Nursing management of dressing change pain: a translational research study
- Bastos, F.: Self-management and therapeutic regime adherence in type 2 Diabetics - effect of an educational program
- Sanagoo, A.: Pain management; Iranian nurses' experiences with acute pain

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados de enfermería a inmigrantes y pacientes con VIH**

*Moderadora:* Blanca Egea Zerolo

Comunicaciones orales:

- Manzano García, M.: Evaluación del grado de conocimientos en VIH/SIDA y comportamientos sexuales de los adolescentes de un medio escolar, después de un año de implantación de un programa de prevención multidisciplinar
- Ruzafa Martínez, M.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas por VIH en la Región de Murcia
- Lerma Merino, S.: ¿Podemos contribuir las enfermeras en la mejora de la salud del inmigrante?
- Tomás-Sábado, J.: La actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11-M

### **17:00h. Café / Exhibición Pósteres**

### **17:30h. Mesa Redonda (Bilingüe): Docencia en Enfermería**

*Moderadora:* Susana Navalpotro Pascual

Comunicaciones orales:

- Asiain Erro, M.C.: Autoevaluación de la competencia profesional de enfermeras asistenciales
- Faro Basco, M.: Valoración de los estudiantes del aprendizaje basado en la simulación de casos
- Dos Santos Lopes, M.B.: Aprendizaje autodirigida: un paradigma educativo de en la formación de los enfermeros
- Robinson, S. and Murrels, T.: Supporting newly qualified nurses with the delivery of patient care: first job experiences of adult branch diplomates in England

### **Mesa Redonda (Inglés): Nursing Education**

*Moderadora:* Claire Hale

Comunicaciones orales:

- Nilsson, L.: Trainee program for newly graduated nurses. One way for the advanced novice to be a competent professional?
- Kelly, M.: The role of the clinical nurse in assessing student nurse's clinical skills

### **Mesa Redonda (Español): Docencia en Enfermería**

*Moderadora:* Magdalena Díaz Benavente

Comunicaciones orales:

- Guerra Cuesta, I.: Análisis de las prácticas clínicas en la titulación de Enfermería: un camino hacia la calidad
- Palmar Santos, A.: Construcción de un protocolo de investigación tutorizado en la formación pregrado
- Durán Escribano, M.: Análisis transcultural de los valores del concepto de cuidar, identificados por los estudiantes de Enfermería del primer curso

## DIA 19 de Noviembre

**9:00h. Mesa Debate:** La Investigación en Enfermería en Europa  
**Moderadora:** Anne-Marie Rafferty. Centro para Políticas de Investigación en Enfermería, Departamento de Salud Pública, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

- Investigación en Enfermería y Genética. Maggie Kirk. Directora Asociada de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Glamorgan
- Investigación en Enfermería y estructuración del Espacio Europeo. Teresa Moreno Casbas. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería Investén-isciii.

**10:15h. Mesa Redonda (Bilingüe): Salud Comunitaria**

*Moderadora:* Esther González María

Comunicaciones orales:

- Walsh-Daneshmandi, A.: Mental Health Nurses' contribution to patient care in Ireland
- Vivas Broseta, A.M<sup>a</sup>: Del botiquín familiar (BF) a la automedicación (AM), estudio en 300 familias
- Oltra Rodríguez, E.: Estado de la cadena de frío vacunal en los centros de atención primaria de Asturias
- Masip Janer, M.: Una reflexión sobre la práctica enfermera en los Equipos de Salud Comunitaria: Una Investigación Acción Participativa
- Manzano, M.: Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas

**Mesa Redonda (Inglés): Community Health**

*Moderadora:* Gema Escobar Aguilar

Comunicaciones orales:

- Matsushita, Y.: Nurses' Actions for environmental protection in clinical practice
- Griffiths, J.: The power of "Community" in rural nursing : an Australian study

### **Mesa Redonda (Español): Salud Comunitaria**

*Moderadora:* Clara Vidal Thomas

Comunicaciones orales:

- Galiana Sánchez, M.E.: Impacto de las cementeras en el medio ambiente y la salud pública: estudio piloto en la población de San Vicente del Raspeig
- Lima, M.: Educación Grupal en Enfermería
- Génova, R.: Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida de la población española 1990-1995-2000

### **11:30h. Café / Exhibición Pósteres**

### **12:00h. Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidados en enfermería materno-infantil**

*Moderadora:* Alejandra Cano Arana

Comunicaciones orales:

- Solera Martínez, M.: Valores poblacionales de la escala MENCAV de calidad de vida en menopausia en la población de mujeres menopaúsicas de 44 a 60 años de edad
- Plaszewska-Żywko, L.: Sources of stress and perceived needs in parents of the children treated in emergency unit
- Periard, M.: Breast Self-Exam: An Experimental Study in an Underserved Population.
- Miguel Gil, B.: Resultado de la aplicación de la prueba de tuberculina en población pediátrica inmigrante recién llegada
- Gómez Salgado, J.: Lactancia materna en la ciudad de Huelva

### **Mesa Redonda (Inglés): Mothers' and children's' Care**

*Moderadora:* Cristina Jones Mallada

Comunicaciones orales:

- Hasanpour, M.: Pediatric Nurses' knowledge of parameters of need for airway suction in children
- Danerek, M.: Sympathetic Responsibility in Ethically Difficult Situations - obstetricians' lived experiences
- Jouybari, L.M.: Women's perception of birthing pain and their caring needs
- Marshall-Lucette, S. & Brennan, A.: An Exploration of the Couvade Syndrome: 'The Pregnant Male'

### **Mesa Redonda (Español): Cuidados en enfermería materno-infantil**

*Moderador:* Enrique Oltra Rodríguez

Comunicaciones orales:

- Pina Roche, F.: Influencia de la educación para la salud en la vida psicosocial de la mujer, durante la etapa del climaterio
- Solís, M.: Percepción de las usuarias de un servicio de mamografía sobre la atención recibida
- Guerra Martín, Mª D.: Alimentación infantil en la primera infancia
- Mendoza, N.: Hallazgos obtenidos en citologías cervico vaginales: estudios en 351 mujeres en comunidades rurales de Lara-Venezuela

**13:30h. Comida**

**15:30h. Mesa Redonda (Bilingüe): Gestión de cuidados**

*Moderadora:* Pilar Córcoles Jiménez

Comunicaciones orales:

- Robinson, S. and Murrels, T.: Educating and managing the nursing workforce: implications of a comparison of career and competencies of qualifiers from diploma and degree courses in England
- Ruzafa Martínez, M.: Satisfacción y Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en Hospitales Ingleses
- Dickenson-Hazard, N.: Nurses and Health: A Global Future
- Hernández, A.: Análisis del grado de aplicación del proceso de cuidados enfermero en las unidades de hospitalización de un hospital de atención especializada
- Quilchano Gonzalo, B.: Enfermería ¿Dos culturas enfrentadas?

**Mesa Redonda (Español): Gestión de Cuidados A**

*Moderadora:* Pilar Serrano Gallardo

Comunicaciones orales:

- Pérez Ruiz, I.M.: Condiciones de Salud de las Personas Dependientes
- Egea Soldevila, L.: Cooperación entre agentes sanitarios de diferentes instituciones. Hacia un modelo integrado de programa de salud bucodental para la ciudad de Barcelona
- D'Amour, D.: Modelos teóricos como Guía de la Colaboración Interprofesional en la Práctica
- García, C.: Frecuentación hospitalaria aguda de las personas mayores en Andalucía

**Mesa Redonda (Español): Gestión de cuidados B**

*Moderadora:* Marta Durán Escribano

Comunicaciones orales:

- Díaz Blanco, A.: Estrés en el trabajo, un problema de salud en la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo: la situación de España en Europa

- González- Valentín, M.A.: Satisfacción del paciente con la atención de enfermería
- Albar Marín, M.J.: Análisis de los Factores Psicosociales Asociados a la Prevención del Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería Hospitalaria. Resultados preliminares
- Lobo, E.: Documentación de “complejidad” clínica por medio de INTERMED: un nuevo método para enfermería en la detección temprana de problemas bio-psico-sociales y de consumo de servicios

**17:00h. Exhibición Pósteres**

## **DIA 20 de Noviembre**

**9:00h. Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidados de enfermería en personas mayores**

*Moderadora:* Ana Barderas Manchado

Comunicaciones orales:

- López Pisa, R.M.: Síndromes geriátricos, aspectos positivos del proceso de envejecimiento y percepción de la salud en una población mayor de 70 años atendida en un área de salud
- Jürschik Giménez, P.: Valoración del estado nutricional de la población mayor de 65 años. Factores que influyen en la alimentación
- Salvat Plana, M.: Actitudes de los profesionales de enfermería de un Hospital Comarcal hacia las personas mayores
- Zhao, Y.: Effects of A Discharge Planning Intervention for Elderly Patients with Coronary Heart Disease in Tianjin, China: A randomized controlled trial
- Li, S.: Factors contributing to optimal, functional, and dysfunctional well-being in families living with stroke in Wuhan China

**Mesa Redonda (Inglés): Nursing Clinical Practice B**

*Moderadora:* María Vicente Edo

Comunicaciones orales:

- Bernardina, L.: Evolution of acute renal failure patients submitted to non-dialytic and dialytic treatment in Intensive Care Unit
- Kelly, D.: The impact of prostate cancer on men’s sense of self: insights from an ethnographic study
- Hale, C.: Developing the evidence base for Rheumatology Nursing
- Ku, Y.L.: Evaluation of Discharge Planning in a Southern Hospital

**Mesa Redonda (Español): Cuidados de enfermería en personas mayores**

*Moderadora:* Eva Hernández Fabà

Comunicaciones orales:

- Orb, A.: Nuevas tendencias sociales: Los abuelos australianos toman la responsabilidad de los padres.
- Cerrillo Patiño, J.R.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores de 64 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca
- Carnicer, I.: Mortalidad hospitalaria y cirugía mayor ambulatoria de las personas mayores en Andalucía
- Gálvez Romero, C.: Estado de salud y utilización de recursos sanitarios del anciano incapacitado y su cuidador. Datos preliminares

**10:30h. Café / Exhibición Pósteres**

**11:00h. Mesa Redonda (Bilingüe): Investigación en Enfermería**

*Moderadora:* Teresa Moreno Casbas

Comunicaciones orales:

- Muñoz Mendoza, C.: La medida del autocuidado: Una revisión integradora de la literatura
- Orts Cortés, M.I.: Variabilidad en la práctica clínica sobre el mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos
- López, V.: Translation and validation of the Myocardial Infarction Dimensional Scale (MIDAS) in Chinese patients with coronary heart disease

**Mesa Redonda (Inglés): Nursing Research**

*Moderadora:* Concepción Martín Arribas

Comunicaciones orales:

- Dean, G.: Back to basics- promoting 'research empowerment' to nurses and allied health professionals
- Morrison, A.: Clinical judgements and decision- making involved in patient care by gynaecology and surgical nurses

**Mesa Redonda (Español): Investigación en Enfermería**

*Moderadora:* Carmen Fuentelsaz Gallego

Comunicaciones orales:

- Serrano Gallardo, P.: Validación del Instrumento para la Evaluación del Lugar de Prácticas Clínicas (Clinical Placement Evaluation Tool) en Enfermería Comunitaria
- Zaragoza, A.: Cuestionario Brooking ® (2004): Instrumento para medir la utilización del proceso Enfermería en unidades de hospitalización

**12:00h. Conferencia de clausura**

*Moderadora:* Concepción Martín Arribas

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

“Los cuidados en la ética del siglo XXI”  
Lydia Feito Grande. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

**13:00h.**

**Clausura**

A continuación se servirá un vino español y podremos disfrutar de un espectáculo flamenco.

## Program

### November 18th

**8:30h**            **Registration**

**9:00h**            **Welcome**

**9:30h**            **Opening Conference**

*Chair:* Teresa Moreno Casbas

"Nursing and Health Services Research: implications for Quality and Safety"

Heddy Hubbard R.N., MPH

Associate Director, Center for Outcomes and Evidence

Senior Advisor for Nursing

Agency for Healthcare Research and Quality

**10:30h**            **Concurrent Session (Bilingual): Informal Caregivers**

*(All bilingual concurrent sessions will have simultaneous translation)*

*Chair:* Dolores Izquierdo Mora

Oral presentations:

- Stimpson, A.: Alzheimer's and diabetes: Carers' concerns about the care given to persons with dementia and diabetes
- Zabalegui Yarnoz, A.: El cuidado informal: una revisión sistemática de la literatura
- Giménez Maroto, A.M.: Cuidado enfermero de los familiares de los enfermos críticos
- Quero Rufián, A.: El marco de relaciones enfermera- cuidador familiar en las instituciones hospitalarias
- Martorell Poveda, M.A.: Vivir con un enfermo de Alzheimer: representaciones y prácticas de mujeres cuidadoras

**Concurrent Session (English): Palliative Care**

*Chair:* Amaia Saenz de Ormijana

Oral presentations:

- Bartholomeyczik, S.: The end-of-life phase in care homes as a subject of interaction with the resident
- Fischer Prestoy, S.: The final Journey: Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives-implications for Nursing Education and Management
- MacDonald, J.: Specialist Palliative Care and Non cancer illness. A study of the availability and access to specialist Palliative Care in Yorkshire Hospices for patients with non cancer life threatening illness

**Concurrent Session (Spanish): Cuidados paliativos**

*Chair:* Eva Abad Corpa

Oral presentations:

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

- González Carrión, P.: Necesidades de cuidados percibidas por los niños que han finalizado tratamiento oncológico y sus cuidadores
- Colell Brunet, R.: Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos
- Taltavull Aparicio, J.M.: Significado de la fase paliativa de cáncer para las personas afectadas y sus familias en Balears

**11:45h Coffee break / Poster viewing**

**12:15h Concurrent Session (Bilingual): Nursing Clinical Practice**

*Chair:* Pilar Comet Cortés

Oral presentations:

- Isla, P.: Cribaje de Diabetes desconocida en una muestra oportunistas de población residente en Catalunya. 2001-2002
- Jurado, J.: Factores de Riesgo Cardiovascular en la Diabetes Mellitus Tipo 2. Proyecto FIS 01/0846
- González Gutiérrez- Solana, R.: Resultados de la investigación de datos extraídos del programa Gacela a propósito de 226.000 planes de cuidados
- Baldacchino, D.: Does Gender make a difference in Anxiety, Depression and spiritual coping strategies in patients with first myocardial infarction (MI)?
- Martínez Ques, Á. A.: Estrategias de afrontamiento ante el estrés percibidas en una unidad de coronarias
- Jara Fernández, F.J.: Apoyo Social y Calidad de Vida en los pacientes con pie diabético

**Concurrent Session (English): Nursing Clinical Practice A**

*Chair:* Adela Zabalegui Yarnoz

Oral presentations:

- Zilca, L.: Patients' Medical Documents Management through Patient Portfolio
- Clemow, R. & Seah, J.: Improving patient care following fractured neck of femur through collaborative working
- Barbosa, D.: Evaluation of Staphylococcus aureus colonization after chronic use of mupirocin in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis
- Grothe, C.: Incidence of Bacteremia among Hemodialysis patients with a central venous catheter
- Bellali, T.: Study of parental decision-making process regarding pediatric organ donation in Greece

**Concurrent Session (Spanish): Práctica clínica en enfermería**

*Chair:* Elena Altarribas Bolsa

Oral presentations:

- Cunillé, M.: Actividad de enfermería en el registro de los defectos congénitos de Barcelona
- López Medina, I.M<sup>a</sup>: Escalas de valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión
- Pérez Ruiz, I.M.: Situación Sociodemográfica y Sociosanitaria de las Personas Dependientes

**13:45h**      **Lunch**

**15:30h**      **Concurrent Session (Bilingual): Health Promotion**

*Chair:* Manuel Rich Ruiz

Oral presentations:

- Losada Martínez, A.M.: Evaluación de la implementación de programas de educación sanitaria en escuelas de secundaria del Distrito II de Barcelona (BCN).
- Jones, R.: Feasibility of patient-led learning by nursing and other health students and staff via interactive TV
- Codern Bové, N.: ¿Qué dicen los materiales educativos impresos?
- Lima, M.: El sector popular de cuidados
- Bermejo Sanchís, M.: Evaluación Cualitativa de una Estrategia de Formación en Educación para la Salud (E.p.S) en un Área de Salud de Madrid
- Fernandes de Souza, M.: Evaluation of a teaching nursing program to paraplegic patients on intestinal elimination self-care deficit

**Concurrent Session (English): Nursing and Pain Management**

*Chair:* Lorraine Smith

Oral presentations:

- Niven, C.: Nursing management of dressing change pain: a translational research study
- Bastos, F.: Self-management and therapeutic regime adherence in type 2 Diabetics - effect of an educational program
- Sanagoo, A.: Pain management; Iranian nurses' experiences with acute pain

**Concurrent Session (Spanish): Cuidados de enfermería a inmigrantes y pacientes con VIH**

*Chair:* Blanca Egea Zerolo

Oral presentations:

- Manzano García, M.: Evaluación del grado de conocimientos en VIH/SIDA y comportamientos sexuales de los adolescentes de un medio escolar, después de un año de implantación de un programa de prevención multidisciplinar

- Ruzafa Martínez, M.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas por VIH en la Región de Murcia
- Lerma Merino, S.: ¿Podemos contribuir las enfermeras en la mejora de la salud del inmigrante?
- Tomás-Sábado, J.: La actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11-M

**17:00h**      **Coffee break / Poster viewing**

**17:30h**      **Concurrent Session (Bilingual): Nursing Education**

*Chair:* Susana Navalpotro Pascual

Oral presentations:

- Asiain Erro, M.C.: Autoevaluación de la competencia profesional de enfermeras asistenciales
- Casas Baroy, J.C.: Valoración de los estudiantes del aprendizaje basado en la simulación de casos
- Dos Santos Lopes, M.B.: Aprendizaje autodirigida: un paradigma educativo de en la formación de los enfermeros
- Robinson, S. and Murrels, T.: Supporting newly qualified nurses with the delivery of patient care: first job experiences of adult branch diplomates in England

**Concurrent Session (English): Nursing Education**

*Chair:* Claire Hale

Oral presentations:

- Nilsson, L.: Trainee program for newly graduated nurses. One way for the advanced novice to be a competent professional?
- Kelly, M.: The role of the clinical nurse in assessing student nurse's clinical skills

**Concurrent Session (Spanish): Docencia en Enfermería**

*Chair:* Magdalena Díaz Benavente

Oral presentations:

- Guerra Cuesta, I.: Análisis de las prácticas clínicas en la titulación de Enfermería: un camino hacia la calidad
- Palmar Santos, A.: Construcción de un protocolo de investigación tutorizado en la formación pregrado
- Durán Escribano, M.: Análisis transcultural de los valores del concepto de cuidar, identificados por los estudiantes de Enfermería del primer curso

## November 19th

9:00h

**Debate Session:** Nursing research in Europe.

**Chair:** Anne Marie Rafferty. Centre for Policy in Nursing Research, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Nursing Research and Genetics. Dr. Maggie Kirk. Associate Head of the School of Care Sciences, University of Glamorgan.
- Nursing Research and structuring of the European Research Area. Teresa Moreno Casbas. Unit for Coordination and Development of Nursing Research Investen-isciii.

10:15h

**Concurrent Session (Bilingual): Community Health**

**Chair:** Esther González María

Oral presentations:

- Walsh-Daneshmandi, A.: Mental Health Nurses' contribution to patient care in Ireland
- Vivas Broseta, A.M<sup>a</sup>: Del botiquín familiar (BF) a la automedicación (AM), estudio en 300 familias
- Oltra Rodríguez, E.: Estado de la cadena de frío vacunal en los centros de atención primaria de Asturias
- Masip Janer, M.: Una reflexión sobre la práctica enfermera en los Equipos de Salud Comunitaria: Una Investigación Acción Participativa
- Manzano, M.: Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas

**Concurrent Session (English): Community Health**

**Chair:** Gema Escobar Aguilar

Oral presentations:

- Matsushita, Y.: Nurses' Actions for environmental protection in clinical practice
- Griffiths, J.: The power of "Community" in rural nursing : an Australian study

**Concurrent Session (Spanish): Salud Comunitaria**

**Chair:** Clara Vidal Thomas

Oral presentations:

- Galiana Sánchez, M.E.: Impacto de las cementeras en el medio ambiente y la salud pública: estudio piloto en la población de San Vicente del Raspeig
- Lima, M.: Educación Grupal en Enfermería
- Génova, R.: Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida de la población española 1990-1995-2000

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

**11:30h Coffee break / Poster viewing**

**12:00h Concurrent Session (Bilingual): Mothers' and children's Care**

*Chair:* Alejandra Cano Arana

Oral presentations:

- Solera Martínez, M.: Valores poblacionales de la escala MENCAV de calidad de vida en menopausia en la población de mujeres menopaúsicas de 44 a 60 años de edad
- Plaszewska-Żywko, L.: Sources of stress and perceived needs in parents of the children treated in emergency unit
- Periard, M.: Breast Self-Exam: An Experimental Study in an Underserved Population.
- Miguel Gil, B.: Resultado de la aplicación de la prueba de tuberculina en población pediátrica inmigrante recién llegada
- Gómez Salgado, J.: Lactancia materna en la ciudad de Huelva

**Concurrent Session (English): Mothers' and children's Care**

*Chair:* Cristina Jones Mallada

Oral presentations:

- Hasanpour, M.: Pediatric Nurses' knowledge of parameters of need for airway suction in children
- Danerek, M.: Sympathetic Responsibility in Ethically Difficult Situations - obstetricians' lived experiences
- Jouybari, L.M.: Women's perception of birthing pain and their caring needs
- Marshall-Lucette, S. & Brennan, A.: An Exploration of the Couvade Syndrome: 'The Pregnant Male'

**Concurrent Session (Spanish): Cuidados en enfermería materno-infantil**

*Chair:* Enrique Oltra Rodríguez

Oral presentations:

- Pina Roche, F.: Influencia de la educación para la salud en la vida psicosocial de la mujer, durante la etapa del climaterio
- Solís, M.: Percepción de las usuarias de un servicio de mamografía sobre la atención recibida
- Guerra Martín, M<sup>a</sup> D.: Alimentación infantil en la primera infancia
- Mendoza, N.: Hallazgos obtenidos en citologías cervico vaginales: estudios en 351 mujeres en comunidades rurales de Lara-Venezuela

**13:30h Lunch**

**15:30h Concurrent Session (Bilingual): Care Management**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

*Chair:* Pilar Córcoles Jiménez

Oral presentations:

- Robinson, S. and Murrels, T.: Educating and managing the nursing workforce: implications of a comparison of career and competencies of qualifiers from diploma and degree courses in England
- Ruzafa Martínez, M.: Satisfacción y Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en Hospitales Ingleses
- Dickenson-Hazard, N.: Nurses and Health: A Global Future
- Hernández, A.: Análisis del grado de aplicación del proceso de cuidados enfermero en las unidades de hospitalización de un hospital de atención especializada
- Quilchano Gonzalo, B.: Enfermería ¿Dos culturas enfrentadas?

### **Concurrent Session (Spanish): Gestión de Cuidados A**

*Chair:* Pilar Serrano Gallardo

Oral presentations:

- Pérez Ruiz, I.M.: Condiciones de Salud de las Personas Dependientes
- Egea Soldevila, L.: Cooperación entre agentes sanitarios de diferentes instituciones. Hacia un modelo integrado de programa de salud bucodental para la ciudad de Barcelona
- D'Amour, D.: Modelos teóricos como Guía de la Colaboración Interprofesional en la Práctica
- García, C.: Frecuentación hospitalaria aguda de las personas mayores en Andalucía

### **Concurrent Session (Spanish): Gestión de Cuidados B**

*Chair:* Marta Durán Escribano

Oral presentations:

- Díaz Blanco, A.: Estrés en el trabajo, un problema de salud en la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo: la situación de España en Europa
- González- Valentín, M.A.: Satisfacción del paciente con la atención de enfermería
- Albar Marín, M.J.: Análisis de los Factores Psicosociales Asociados a la Prevención del Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería Hospitalaria. Resultados preliminares
- Lobo, E.: Documentación de "complejidad" clínica por medio de INTERMED: un nuevo método para enfermería en la detección temprana de problemas bio-psico-sociales y de consumo de servicios

**17:00h**      **Poster viewing**

## November 20th

9:00h

### Concurrent Session (Bilingual): Elderly Care

Chair: Ana Barderas Manchado

Oral presentations:

- López Pisa, R.M.: Síndromes geriátricos, aspectos positivos del proceso de envejecimiento y percepción de la salud en una población mayor de 70 años atendida en un área de salud
- Jürschik Giménez, P.: Valoración del estado nutricional de la población mayor de 65 años. Factores que influyen en la alimentación
- Salvat Plana, M.: Actitudes de los profesionales de enfermería de un Hospital Comarcal hacia las personas mayores
- Zhao, Y.: Effects of A Discharge Planning Intervention for Elderly Patients with Coronary Heart Disease in Tianjin, China: A randomized controlled trial
- Li, S.: Factors contributing to optimal, functional, and dysfunctional well-being in families living with stroke in Wuhan China
- Factors contributing to optimal, functional, and dysfunctional well-being in families living with stroke in Wuhan China

### Concurrent Session (English): Nursing Clinical Practice B

Chair: María Vicente Edo

Oral presentations:

- Bernardina, L.: Evolution of acute renal failure patients submitted to non-dialytic and dialytic treatment in Intensive Care Unit
- Kelly, D.: The impact of prostate cancer on men's sense of self: insights from an ethnographic study
- Hale, C.: Developing the evidence base for Rheumatology Nursing
- Ku, Y.L.: Evaluation of Discharge Planning in a Southern Hospital

### Concurrent Session (Spanish): Cuidados de enfermería en personas mayores

Chair: Eva Hernández Fabà

Oral presentations:

- Orb, A.: Nuevas tendencias sociales: Los abuelos australianos toman la responsabilidad de los padres.
- Cerrillo Patiño, J.R.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores de 64 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca
- Carnicer, I.: Mortalidad hospitalaria y cirugía mayor ambulatoria de las personas mayores en Andalucía
- Gálvez Romero, C.: Estado de salud y utilización de recursos sanitarios del anciano incapacitado y su cuidador. Datos preliminares

**10:30h**            **Coffee break / Poster viewing**

**11:00h**            **Concurrent Session (Bilingual): Nursing Research**

*Chair:* Teresa Moreno Casbas

Oral presentations:

- Muñoz Mendoza, C.: La medida del autocuidado: Una revisión integradora de la literatura
- Orts Cortés, M.I.: Variabilidad en la práctica clínica sobre el mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos
- López, V.: Translation and validation of the Myocardial Infarction Dimensional Scale (MIDAS) in Chinese patients with coronary heart disease

**Concurrent Session (English): Nursing Research**

*Chair:* Concepción Martín Arribas

Oral presentations:

- Dean, G.: Back to basics- promoting 'research empowerment' to nurses and allied health professionals
- Morrison, A.: Clinical judgements and decision- making involved in patient care by gynaecology and surgical nurses

**Concurrent Session (Spanish): Investigación en Enfermería**

*Chair:* Carmen Fuentelsaz Gallego

Oral presentations:

- Serrano Gallardo, P.: Validación del Instrumento para la Evaluación del Lugar de Prácticas Clínicas (Clinical Placement Evaluation Tool) en Enfermería Comunitaria
- Zaragoza, A.: Cuestionario Brooking ® (2004): Instrumento para medir la utilización del proceso Enfermería en unidades de hospitalización

**12:00h**            **Closing Conference**

*Chair:* Concepción Martín Arribas

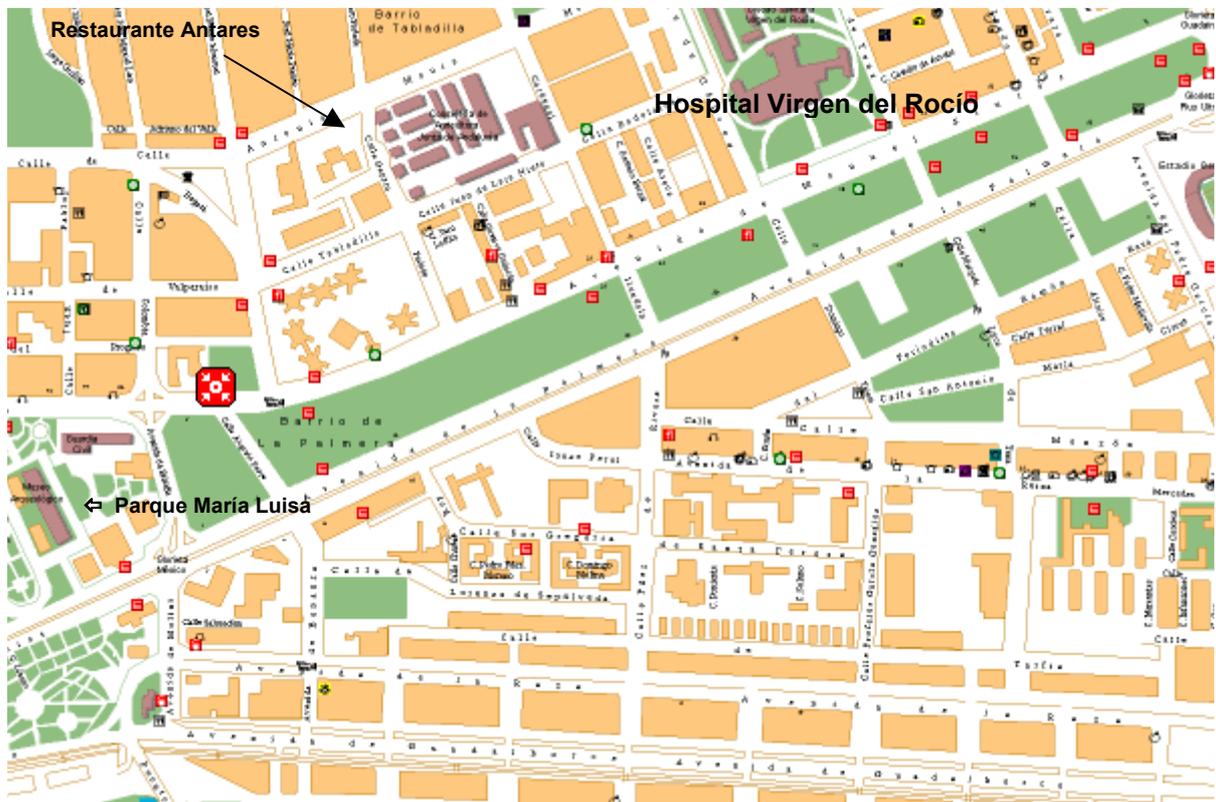
“Los cuidados en la ética del siglo XXI”

Lydia Feito Grande. University Rey Juan Carlos of Madrid.

**13:00h**            **Close**

After the close we will enjoy a Spanish wine and a Flamenco show.

## SITUACIÓN/LOCATION



### **Hospital Universitario Virgen del Rocío. Edificio de Gobierno Avda. Manuel Siurot s/n- Sevilla**

Las comidas tendrán lugar en el Restaurante Antares, situado en la c/ Gustavo Parlade, 7, a cinco minutos del hospital.

Meals will take place at the Restaurant Antares, in c/ Gustavo Parlade, 7, five minutes from the hospital.

**Textos de las Conferencias y Ponencias**  
**Texts of the Conferences and Papers**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

### Conferencia Inaugural

**“Nursing and Health Services Research: Implications for Quality and Safety”. Heddy Hubbard RN, MPH, FAAN. Acting Associate Director, Center for Outcomes and Evidence. Senior Advisory for Nursing. Agency for Healthcare Research and Quality**

(una copia de las diapositivas está disponible en la página web de la Unidad: [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen))

### Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidadores informales/ Informal Caregivers

**Stimpson, A., Watson, R., Manthorpe, J.: *Alzheimer’s and diabetes: Carers’ concerns about the care given to persons with dementia and diabetes***

#### Introduction

The association between impaired cognitive function and lack of glycaemic control has been a subject much debated in recent years, and studies have indicated that diabetes may increase the risk of dementia in older people. For people with dementia and diabetes, lack of glycaemic control may exacerbate their problems. The majority of care for people with dementia takes place in the community and is carried out by often elderly partners or relatives. This article will focus on the concerns of these carers’ in relationship to diabetes and Alzheimer’s disease.

The purpose of the study reported here was to undertake a qualitative analysis of written comments in the *Food for Thought* (Alzheimer’s Society 2000)(1) questionnaire. which was completed by nearly 4,000 people caring for relatives with dementia, staff working with people with dementia and some people with dementia.

#### Method

A content analysis of free text responses in 2,000 questionnaires was carried out and a number of themes emerged, including co-morbidity. Diabetes mellitus was an area which gave carers’ serious concern and is the theme of this paper, relating to the link between diabetes and Alzheimer’s disease. A number of studies have indicated that diabetes can significantly increase the risk of dementia in older people (Bruce et al 2001, (2) Stewart and Liolitsa 1999,(3) Ott et al 1999)(4).

The association between impaired cognitive function and lack of glycaemic control has been a subject speculated upon in the literature, and a number of studies have found a higher decline in cognitive function in older people with diabetes compared with control groups of elderly people who are not diabetic. Poor glycaemic control is a contributory factor. (Strachan 2002, (5) Gregg et al 2000, (6) Sinclair et al 2000)(7). For people with dementia and diabetes, lack of glycaemic control may exacerbate their problems.

Changes in taste and a preference for sweet foods have been well documented in patients with dementia (Ikeda et al 2002,(8) Keene & Hope 1997,(9) Mungas et al 1990(10)). These changes in taste and food preferences were underpinned in this study. Carers’ expressed concern at the lack of dietary control in formal care settings and the complications arising from this lack of control. Some people with Alzheimer’s disease who had diabetes experienced complications resulting from the consumption of inappropriate diet and inadequate glycaemic control, and some people who did not have diabetes went on to develop the disease.

One of the most frequent comments in the free text responses related to changing taste and food preferences in people with dementia, especially the development of a taste for sweet things. The problem for carers’ when a person with dementia develops a sweet tooth is maintaining a healthy diet so that diabetes does not develop, or if the person with dementia is a diabetic, the disease is not exacerbated with all the related problems this entails.

Carers expressed concern at the lack of dietary control in formal care settings and the complications arising from this lack of control. People with Alzheimer’s disease who had diabetes had exacerbated complications resulting from the consumption of inappropriate diet and inadequate glycaemic control.

One carer had maintained a healthy diet for her husband while caring for him at home and his diabetes had remained well controlled, however, when he went into a nursing home her perception was that the care he was given was inadequate. (quote 1)

Another carer was concerned that her mother’s mental condition was deteriorating because her diabetes wasn’t being properly monitored in the nursing home, (quote 2) leaving her distressed at the deterioration in her mother’s condition. Some patients who did not have diabetes went on to develop the disease; one carer felt that had the diabetes been diagnosed, he may have been able to help his wife, however, his comment (quote 3) also demonstrates the tension between providing a healthy diet and maintaining comfort for the person with dementia.

Not all of the comments were negative; one carer demonstrated that care in a formal setting can be effective if a little thought is given. (quote 4)

#### Discussion

Alzheimer’s disease is complex involving several stages in the disease trajectory; different phases of the disease require different caring mechanisms. Because of the complexity of the illness, information may be overwhelming for carers’ unless given when required. When people with dementia experience changes in taste, especially a preference for sweet foods, the person with dementia may require careful monitoring to avoid the exacerbation of diabetes complications, or the onset of diabetes. Delivering a healthy diet is an essential care component if the person with dementia is to maintain the optimum health status.

Community nurses are well placed to support carers, both formal and informal. Diabetic specialist nurses can advise on disease specific aspects and provide information and education. Dieticians are an invaluable resource and can help with advice about suitable alternatives to high sugar foods; many foods can now be made using sugar substitutes.

Ongoing education in the care of people with dementia is essential for both formal and informal carers if they are to survive the caring process for people with this complex disease.

#### **Conclusion**

Changes in food preferences, especially a craving for sweet foods can lead to complications for persons with dementia and diabetes. It is the perception of both formal and informal carers' that some care settings do not have strategies to deal with these problems and the resultant anxiety for carers' affects people with dementia and their families.

Quote 1: '*...my husband had diabetes which was carefully monitored in hospital, but ...not in the nursing home...three times I was called to the hospital in the night because he was having a hypo...I don't think he was having sufficient food*'.

Quote 2: '*she (mother) kept landing up in hospital in a coma, afterwards each time her dementia seemed to be worse*'.

Quote 3: '*My complaint ... is she did not have her diabetes detected which would have warned me to adjust her diet .. an obsession with sweet things should have warned me ... but my priority is to try to keep her happy ... but she is very overweight*'.

Quote 4: '*My wife was a diabetic ... the nursing staff took this on board ... should a sweet be on the menu .... Staff provided an alternative and sat my wife apart ... so she would not be upset. Much depends on caring management and staff and that was forthcoming in my experience*'.

#### **Bibliography**

- (1) Alzheimer's Society (2000) *Food for Thought* Alzheimer's Society, London
- (2) Bruce DG, Harrington N, Davis WA, Davis TME (2001) Dementia and its association in type 2 diabetes mellitus: The Freemantle Study *Diabetes Research and Clinical Practice* 53, 165-172
- (3) Stewart R, Liolitsa D (1999) Type 2 diabetes mellitus, cognitive impairment and dementia *Diabetic Medicine* 16, 93-112
- (4) Ott A, Stolk RP, van Harskamp F, Pols HAP, Hoffman A, Breteler MMB (1999) Diabetes mellitus and the risk of dementia: The Rotterdam Study *Neurology* 53 1937-42
- (5) Strachan MWJ (2002) Cognitive decline and the older patient with diabetes *Clinical Geriatrics* 10, 6; 29-35
- (6) Gregg EW, Yaffe K, Cauley JA, Rolka DB, Blackwell TL, Venkat Narayan KM, Cummins SR (2000) Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women. *Archives of Internal Medicine* 160, 174-180
- (7) Sinclair AJ, Girling AJ, Bayer AJ (2000) Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services *Diabetes Research and Clinical Practice* 50, 203-212
- (8) Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR (2002) Changes in appetite, food preferences and eating habits in fronto-temporal dementia and Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neuroscience and Psychiatry* 73, 371-376
- (9) Keene J & Hope T (1997) Hyperphagia in dementia: 2. Food choices and their macronutrient contents in hyperphagia, dementia and ageing. *Appetite* 28, 167-175
- (10) Mungas D, Cooper JK, Weiler PG, Gietzen D, Franzi C, Bernick C (1990) Dietary preferences for sweet foods in patients with dementia. *Journal of the American Geriatric Society* 38, 999-1007

### **Zabalegui, A., Juandó, C., Gallart, A., Díaz, M., Corrales, E., Cabrera, E., Bover, A., Sáenz de O., A., Ramírez, A., Pulpón, A., López, L., Jones, C., Izquierdo, M.D., Gual, P., González, A. Grupo de investigadores en cuidados informales de la Red Temática de Investigación en cuidados a personas mayores RIMARED: *El cuidado informal: una revisión sistemática de la literatura***

Esta revisión sistemática de la literatura está enmarcada en la Red Temática de Investigación en Cuidados a Personas Mayores RIMARED, coordinada por el Instituto de Salud Carlos III. La Red está compuesta por seis grupos de investigadores procedentes de diferentes comunidades autónomas que se centran en el estudio de diferentes temas relacionados con el cuidado a personas mayores y, en concreto, el grupo que ha realizado esta revisión es el de Cuidadores Informales integrado por 15 investigadores.

El objetivo de este estudio fue comparar el estado de la literatura sobre los cuidadores informales de personas mayores de 65 años en España, con la situación de la literatura internacional sobre los cuidadores informales de personas mayores de 65 años. Se llevó a cabo una revisión sistemática exhaustiva sobre la literatura publicada en el ámbito nacional e internacional sobre el cuidador informal, y posteriormente se seleccionaron aquellas publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión y que se referían a los recursos disponibles para los cuidadores principales y las repercusiones de cuidar a una persona mayor.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en las principales bases de datos nacionales e internacionales: PubMed, Cuidatge, Cuiden, BDIE, CINAHL, PsychInfo, EMBASE, Cochrane and Ageline con las siguientes palabras clave: aged, elderly, old people, aging, older, geriatric, geriatric nursing, gerontologic nursing and caregiver. También se realizó una búsqueda manual para identificar aquellos artículos que se escaparan de la búsqueda electrónica. Se revisaron 8500 abstracts, y se identificaron 332 publicaciones para el análisis. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados desde Enero 1990 hasta Julio 2003, escritos en Inglés, Español o Francés, y centrados en el perfil del cuidador informal, el tipo de cuidado dado, los recursos disponibles, y que se centraran directa o indirectamente en la predicción, descripción o medición de la sobrecarga del cuidador informal, en su morbilidad psiquiátrica, aislamiento social, impacto sobre su privacidad, o que hicieran referencia a la claudicación del cuidador o institucionalización de la persona cuidada.

Las publicaciones fueron evaluadas por pares de investigadores que puntuaron las publicaciones de cero a cinco según su calidad metodológica. Finalmente se seleccionaron 182 publicaciones con puntuación mayor o igual a tres y

relacionadas con las repercusiones negativas del cuidado en la persona que lo realiza. Los datos se extrajeron mediante una parrilla diseñada por los mismos investigadores en la que se recogieron diez ítems generales sobre la metodología y el diseño del estudio y 48 ítems específicos por subtemas (perfil del cuidador, actividades que realiza, recursos disponibles y consecuencias), identificados después de una primera lectura de los abstracts. El análisis de los datos lo realizaron los investigadores.

De acuerdo a la literatura, el concepto de cuidador informal es multidimensional. En algunos casos se considera cuidador informal a la persona que ofrece los cuidados primarios, otras veces es el investigador quién determina quién es el cuidador informal y en otros casos se deja sin definir. En general se acepta que cuidador informal es aquella persona que ayuda al anciano o persona dependiente en alguna actividad. Hay autores que difieren en los siguientes aspectos: si el cuidador recibe o no remuneración económica y si hay convivencia con la persona que recibe el cuidado o no. La realidad en España indica como el 33% de las personas mayores de 65 años son dependientes y necesitan cuidados que se realizan fundamentalmente por el sistema o informal (Imsero, 2002)<sup>1</sup>.

El cuidador informal es generalmente una mujer (83,95%) miembro de la familia de entre 45 y 65 años, sin actividad laboral fuera del ámbito familiar (60%), con bajo nivel de estudios. Estas cuidadoras son hijas en la mayoría de veces, cónyuges en segundo lugar e hijos varones en tercer lugar (Ministerio Trabajo, 2000)<sup>2</sup>. Hay que destacar un 5.9% de personal contratado por la familia que realiza el cuidado del mayor (Imsero, 2002)<sup>1</sup>, entre ellos hay que destacar el cuidado realizado por inmigrantes, fundamentalmente latinoamericanos (Fuentes, 2003)<sup>3</sup>. En USA se identificó que el tipo de cultura del cuidador y los problemas de integración cultural hacen que los cuidadores procedentes de minorías étnicas se sientan frustrados (Lamplé et al., 2001)<sup>4</sup>, a su vez el significado del hecho de cuidar cambia según el origen cultural (Yoon-ri Lee y Kyu-Taik, 1997)<sup>5</sup> y los niveles de depresión y de satisfacción son más altos en cuidadores blancos.

El cuidado que proporciona el cuidador informal se centra en cuatro categorías: apoyo emocional, realización de servicios o actividades a la persona cuidada, puente o conexión con el sistema de cuidado formal y ayuda económica (Horowitz, 1985)<sup>6</sup>. Actualmente, la literatura diferencia entre cuidados relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD) realizadas por el cuidador informal, tales como higiene o vestir, alimentación, limpieza personal, eliminación, movilidad, administración de medicación y realización de curas básicas, y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como preparación de comidas, limpieza de la casa o ropa, o planchado. De acuerdo a un estudio sueco, el cuidador informal dedica una media de 299 horas al mes, ocho veces y media más que el sistema formal, siendo el 51% de estas horas cuidados de vigilancia, 35% de IAVD y 14% de AVD (Wimo et al., 2002)<sup>7</sup>. Según el género del cuidador existen diferencias en el cuidado, aunque las mujeres y los hombres dediquen una cantidad de tiempo similar, las mujeres proporcionan más cuidados en las AVD y en las IAVD que los hombres (Navaie-Waliser et al., 2002)<sup>8</sup>. Las ayudas que perciben las familias que realizan cuidados se dividen en desgravaciones fiscales y ayudas en la normativa laboral. Las primeras van dirigidas a las familias que tengan un ascendente viviendo en su domicilio y los ingresos de la persona cuidada no excedan el salario mínimo interprofesional. Las segundas recogen las reducciones de jornada y las excedencias, con la reducción salarial consecuente o bien suspensión salarial en el caso de la excedencia (Casado y López, 2001)<sup>9</sup>.

En la revisión de la literatura se han analizado los recursos de apoyo y la red de soporte social formal e informal del cuidador, así como la relación entre éstos dos últimos. Los estudios demuestran cómo los recursos existentes no reciben una valoración positiva por parte de los cuidadores (Greenberger y Litwin 2003, Hudson y McMurray 2002)<sup>10-11</sup>, no teniendo confianza en ellos e incluso prefiriendo el cuidado informal al formal. Por su parte, los cuidadores demandan una mayor accesibilidad, variabilidad y flexibilidad de los recursos, e identifican lagunas de conocimientos en algunas áreas del cuidado del mayor y en el manejo del estrés o de las situaciones difíciles (Morgan et al. 2002, Prieto Rodríguez et al 2000)<sup>12-13</sup>.

Los recursos públicos de soporte de los que disponen difieren según la comunidad autónoma en la que residen, a nivel global los recursos son los siguientes: pensiones y ayudas económicas (reducciones de impuestos y horario flexible en el trabajo), equipos de profesionales de atención primaria, centros hospitalarios, residencias de personas mayores, soporte domiciliario u otro tipo de intervenciones (programas educativos, soporte telefónico, seminarios, grupos de soporte o soporte informático). Dentro de los recursos mejor valorados y más solicitados están los programas de respiro (López Elias 1998)<sup>14</sup>.

Las intervenciones dirigidas a dar soporte al cuidador son muchas y variadas (programas educativos, contacto y seguimiento telefónico, talleres, programas de respiro, soporte informático y grupos de apoyo entre otros). Las formas de evaluar el impacto y beneficio de éstas intervenciones también son diversas, principalmente destacamos la reducción del estrés y la sobrecarga, la mejora de la calidad de vida del cuidador, el retraso en el deterioro funcional y cognitivo del receptor de los cuidados, el retraso en la claudicación familiar y la institucionalización, y la reducción de costes o del impacto del cuidado sobre la esfera psico-socio-emocional del cuidador. Sin embargo, en general hay que destacar la relativa escasa utilidad de dichas intervenciones (Zank y Schacke, 2002)<sup>15</sup> ya que los beneficios conseguidos son a corto plazo y raramente mantenidos en el tiempo (Greenberger and Litwin, 2003, Grant et al 2002)<sup>10-16</sup>. Prácticamente ningún estudio consigue una reducción a largo plazo de la sobrecarga percibida en el cuidador informal.

Las repercusiones negativas del cuidado son contempladas ampliamente en la literatura revisada, destacando como las más importantes la sintomatología ansiosa y depresiva, el estrés y la carga. La sintomatología ansiosa y depresiva está relacionada significativamente con el sexo del cuidador (las mujeres presentan más sintomatología que hombres) (Ribas et al., 2000)<sup>17</sup>. La disminución física de la persona a la que se cuida es un factor relacionado con la depresión. Por otro lado, ni la institucionalización ni la muerte de la persona cuidada disminuyen la sintomatología depresiva del cuidador. Por otra parte, los factores de estrés identificados en el cuidador son el estado físico y mental del paciente, la dificultad en comunicarse con el paciente, vivir bajo el mismo techo, la diferencia generacional, el parentesco, la dificultades económicas, la duración prolongada del cuidado, el grado elevado de dependencia del paciente, la patología de base y la cultura del cuidador. Estudios empíricos muestran que los niveles más altos de estrés se producen en el entorno familiar al cuidar a un familiar con Alzheimer. Sin embargo, una disposición optimista ante el hecho de cuidar es beneficioso y disminuye los efectos negativos del estrés (Atienza et al., 2002)<sup>18</sup>.

La complejidad del rol del cuidador también lleva implícitas consecuencias positivas del cuidar que quedan reflejadas en la literatura. Se distinguen seis dimensiones distintas en el significado del bienestar psicológico: crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas con los otros y autoaceptación

(Kramer, 1997)<sup>19</sup>. Para medir dichos aspectos se han usado distintos instrumentos sobre la calidad de vida del cuidador, la satisfacción vital y otros. El estudio de estas repercusiones es un campo emergente y, de acuerdo a la literatura internacional, van muy unidas a la cultura de origen del cuidador y del receptor del cuidado. El sentido del acto de cuidar está también relacionado con el bienestar psicológico del cuidador, documentándose que la mayor parte de los cuidadores familiares cuidan por obligación (Neufeld 1998)<sup>20</sup>. El cuidador construye el sentido y significado del cuidar enfatizando algunos aspectos particulares de su experiencia. También el acto de cuidar se relaciona con el lugar de residencia de la persona cuidada. Aquellos cuidadores que se desplazan fuera de su domicilio para cuidar refieren una experiencia más positiva del cuidado, de bienestar y satisfacción (Paoletti 1999)<sup>21</sup>. Roles añadidos al de cuidador pueden actuar de forma añadida como protectores ante el empeoramiento del bienestar psicológico (Stephens y Townsend 1997, Skaff y Perlin 1992)<sup>22-23</sup>.

Las creencias y prácticas religiosas están también relacionadas, aunque de forma inversa, con la carga y la depresión del cuidador (Hepburn et al. 2001)<sup>24</sup>. A su vez, como principal predictor de la satisfacción y el bienestar del cuidador encontramos las características del paciente (Kiney et al. 1995)<sup>25</sup>. Sin embargo, los principales predictores de una mejor calidad de vida del cuidador son la carga previa, la edad, las conductas saludables, la presencia de enfermedades crónicas y el estado de salud del cuidador (Tang y Chen 2002)<sup>26</sup>.

Como conclusión, el análisis de los datos muestra que la literatura nacional e internacional sobre el cuidado informal de personas mayores converge en el estudio de las principales líneas temáticas identificadas. Tanto el perfil como las actividades que los cuidadores realizan son bien identificadas en la literatura, sin observarse diferencias entre el perfil nacional e internacional de los cuidadores de mayores. Sin embargo, hay divergencia en la bibliografía nacional e internacional de acuerdo a la profundización del estudio de la adecuación de los recursos formales existentes a las necesidades de los cuidadores y cuidadoras informales. En la práctica clínica esto plantea una necesidad de evaluación real de los recursos que existen en nuestro país y qué grado de cobertura tienen estos recursos sobre las necesidades que expresan los cuidadores. Otro aspecto añadido al análisis que ha quedado de manifiesto en la revisión es la importancia de los factores culturales que van unidos de forma intrínseca al hecho de cuidar, que nos obligan a no extrapolar directamente conclusiones de la literatura internacional a España, sino a estudiar el fenómeno partiendo de nuestra estructura social, familiar y organizativa.

#### **Bibliografía**

1. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Observatorio de Personas Mayores. Madrid; 2002.
2. Hernández G. El anciano en la familia. Mayores y familia. Salomé Adroher Biosca. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2000.
3. Fuentes. Los latinoamericanos acaparan los nuevos lugares de trabajo de atención social. El periódico de Catalunya; 19 de mayo de 2003.
4. Lampley-Dallas VT, Mold JW and Flori DE. Perceived needs of African-American caregivers of elders with dementia. *Journal of the national medical association* 2001; 93(2):47-57.
5. Yoon-rl Lee, S Kyu-Taik, 1997, Cultural differences in caregiving motivations for demeted parents: korean caregivers versus american caregivers: *International Jurnal aging Human developement*, v. 44, p. 115-127.
6. Horowitz A. Sons and daughters as caregivers to older parents: differences in role performance and consequences. *Gerontologist*. 1985 Dec; 25(6): 612-7.
7. Wimo A, von Strauss E, Nordberg G, Sassi F, and Johansson L. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 2002; 61: 255-268.
8. Navaie-Waliser M, Spriggs A, and Feldman PH. Informal Caregiving. Differential Experiences by Gender. *Medical Care* 2002; 40(12):1249-1259.
9. Casado-Marín D and López Casasnovas G. Vellea, dependencia i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur. *Collecció Estudis Socials Núm. 6. Fundació "la Caixa"*. 2001. Barcelona.
10. Greenberger H and Litwin H. Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(4): 332-341.
11. Hudson P, Aranda S, and McMurray N. Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support – the use of focus groups. *European Journal of Cancer Care* 2002; 11(4):264-270.
12. Morgan DG, Semchuk KM, Stewart NJ and D'Arcy C. Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services. *Soc. Sci. Med.* 2002; 55(7):1129-1142.
13. Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C and Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre al atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76:613-625.
14. López M, Martínez R, and Torres MC. Programa de apoyo al cuidador informal del anciano. *Gerokomos* 1998; 9(3):120-125.
15. Zank S and Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *Journal of Gerontology* 2002; 57 (4):348-357.
16. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA and Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 2002; 33(8):2060-2065.
17. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R y col. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 2000; 27(3):131-134.
18. Atienza AA, Parris-Stephens MA, and Townsend AL. Dispositional optimism, role-specific stress, and the well-being of adult daughter caregivers. *Research on Aging* 2002; 24(2):193-217.
19. Kramer BJ. Gain in the caregiving experience: where are we? What next? *The Gerontologist* 1997; 37(2):218-232.
20. Neufeld A, and Harrison MJ. Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28(5):959-968.
21. Paoletti I. A half life: women caregivers of older disabled relatives. *J. Women Aging* 1999; 11(1):53-67.
22. Stephens MA, and Townsend AL. Stress of parent care: positive and negative effects of women's other roles. *Psychology and Aging* 1997; 12(2):37-386.
23. Skaff MM and Pearlín LI. Caregiving: role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist* 1992; 32(5):656-664.
24. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, and Ostwald SW. Dementia family caregiver training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatric Society* 2001; 49:450-457.

25. Kinney JM, Parris Stephens MA, Franks MM, y Kline Norris V. Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *Journal of applied gerontology* 1995; 14(1):3-21.
26. Tang YY, and Chen SP. Health promotion behaviours in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International* 2002; 17(4):329-339.

### **Giménez Maroto, A. M., Serrano Gallardo P.: *Cuidado enfermero de los familiares de los enfermos críticos***

Los nuevos modelos de gestión de los servicios sanitarios persiguen la obtención de los mejores resultados a través de la optimización de los recursos disponibles. La calidad de los servicios que se prestan se ha convertido en un asunto del máximo interés para los gestores y para la toma de decisiones en materia de política sanitaria (1). Sin embargo, la definición de indicadores de calidad en lo que se refiere a la salud de las personas es un aspecto complejo y difícil de cuantificar, porque tiene que ver no solo con los cambios deseados en el estado físico de las personas, sino también con su percepción de bienestar (2).

La satisfacción de los enfermos y sus familiares con los cuidados recibidos forma parte de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los servicios de salud, y las relaciones de los profesionales sanitarios con los enfermos y sus familias tienen mucho que ver en con esa experiencia subjetiva (3,4). En las unidades de cuidados intensivos (UCIs) el grado de satisfacción de los usuarios dependerá, además de los resultados obtenidos con el enfermo, de como se hayan sentido tratados los familiares. La relación social que se establece entre ellos y los profesionales sanitarios constituye la esencia de ese tratamiento.

A pesar del interés generado, todavía no disponemos de información sustancial en nuestro país sobre si la relación entre los profesionales sanitarios con los familiares de los enfermos críticos es satisfactoria para ambos y si las interacciones que se producen cumplen la función de cubrir la necesidad de cuidado que se genera en los familiares. Tampoco conocemos en qué forma las relaciones entre profesionales y familiares en los servicios sanitarios privados son similares a las que se producen en las instituciones públicas y si el significado de esas relaciones es el mismo en ambos casos.

Como dice Shirley L. Egger, la unidad de cuidados intensivos es un lugar especial para la relación (5). Con el objetivo de salvar la vida se puede perder la perspectiva de estar atendiendo a personas y deshumanizar la atención. Desde una concepción holística de la persona, los familiares o personas significativas del entorno social de los enfermos críticos forman una parte importante de ellos mismos. Por tanto, la humanización del cuidado profesional de estos enfermos pasa por atender también a sus familiares (6). La atención de los familiares en esta situación tiene dos direcciones: la familia como elemento terapéutico para el enfermo y la familia como objeto de tratamiento. La familia es la que proporciona el soporte social que ha demostrado ser muy importante para la evolución favorable de los enfermos críticos, y recientemente se ha comenzado a explorar qué cualidades tiene que tener el soporte social para que sea adecuado (7,8). Las necesidades que tienen los familiares de estos enfermos también están siendo estudiadas (9,10,11) : Información y seguridad, son las que aparecen con más frecuencia y, además, bienestar, apoyo, reducción de ansiedad, y accesibilidad y proximidad.

Los médicos y las enfermeras han sido identificados, dentro y fuera de nuestro país, como las personas más indicadas para satisfacer la mayoría de las necesidades inmediatas de los familiares de los enfermos críticos (12,13). No obstante, el efecto terapéutico de la relación social que se establece en este contexto dependerá del significado que tenga esa relación para los actores y de la estructura social que la sustenta. La investigación sobre la práctica del cuidado de los enfermos críticos realizada por Patricia Benner y col. (14) sirve de base para describir el ámbito del saber clínico y de las intervenciones de cuidados críticos; proponen la existencia de dos hábitos enfermeros de "pensamiento y acción" y de seis dominios o campos de la práctica, uno de los cuales es el *Cuidado de los familiares de los pacientes*. Aunque, según estos autores, las intervenciones descritas están delimitadas por los individuos en cada situación particular, las enfermeras con habilidades en el cuidado de las familias cuidan de los familiares de los pacientes de tres formas:

- Proporcionando información y apoyo emocional
- Facilitando la presencia de los familiares en la unidad
- Estimulando la participación de la familia en el cuidado del enfermo.

El propósito general de este estudio fue conocer el significado de la relación de las enfermeras con los familiares de los enfermos críticos e identificar los elementos de cuidado profesional en la misma. Dos de los objetivos específicos planteados fueron describir las intervenciones enfermeras para el cuidado de los familiares y los factores que influyen en el proceso.

#### **Metodología**

Una vez obtenidos los permisos de los responsables de las unidades de cuidados intensivos, se llevó a cabo un estudio cualitativo de carácter etnográfico. Se empleó la técnica de observación participante en dos unidades de cuidados intensivos para adultos de dos hospitales de la Comunidad de Madrid, uno de ellos pertenece a la red pública de hospitales de esta comunidad autónoma y el otro pertenece a una empresa privada y tiene concierto con varias empresas de seguros médicos. Los dos centros proporcionan servicios sanitarios de tercer nivel y cubren la mayoría de las especialidades médico quirúrgicas, lo que aseguraba la diversidad de situaciones clínicas necesaria para este estudio. La entrevista en profundidad de un familiar de uno de los enfermos críticos ingresado en el hospital de la red pública también fue utilizada como técnica de investigación.

La utilización de esta técnica está justificada por el carácter esencialmente etnográfico de esta investigación. Esta técnica permite conocer los espacios donde se desarrolla la relación de los participantes, la estructura organizativa de las unidades, los patrones de interacción entre los médicos y los familiares y entre estos y las enfermeras, la descripción de las conductas y los discursos de los participantes y la identificación de los factores que influyen en los distintos tipos de relación. Se realizó un diario de campo donde se recogió la información de los 20 días de observación, entre octubre de 2003 y agosto de 2004. Las conversaciones espontáneas entre el investigador y los actores que surgieron durante el trabajo de observación, también fueron recogidas según sugieren Hammersley y

Atkinson (15). Para la entrevista en profundidad de una hora y media de duración se utilizó una grabadora, con el permiso del entrevistado.

Las unidades de análisis utilizadas fueron todas las situaciones en las que se produjo interacción entre familiares de enfermos críticos y profesionales sanitarios en los espacios de las UCIs, los discursos de los profesionales relacionados con los familiares de los enfermos, y las frases del familiar entrevistado que hacían referencia a su relación con las enfermeras. Los datos fueron agrupados en categorías de análisis equivalentes a las tres formas de cuidado enfermero de los familiares propuestas por Benner(14).

### Resultados

Las características físicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI A = público y UCI B = privado), la composición de los equipos sanitarios y la organización tiene diferencias y similitudes en los dos entornos (Cuadro 1). Si bien en ambos hay espacios compartidos por varios pacientes, en la unidad del hospital privado existen también habitaciones individuales donde ingresan pacientes críticos de larga estancia o semicríticos. El equipo médico en esta unidad se compone de una jefa de servicio, que es la única profesional médica dedicada en exclusividad a este trabajo y que tiene una presencia continua en la unidad. La composición de los equipos enfermeros es igual en los dos ámbitos y los ratios enfermera-paciente son similares, con una carga ligeramente mayor en la privada, aunque la gravedad de alguno de los enfermos asignados puede ser menor.

Cada unidad tiene su "cultura de relación" con los familiares que se manifiesta por unas estrategias de relación comunes: muy estructurada en la pública y flexible en la privada.

La "visita" de los familiares en la UCI A tiene características de ritual, compuesto por la repetición periódica (en este caso diaria) de una conducta formal, prescrita (al menos en parte), y que no constituye un procedimiento tecnológico(16). Este *ritual de la visita*, consta de dos momentos diferenciados: la entrevista con el médico de guardia y la permanencia junto al enfermo por un tiempo limitado.

El familiar entrevistado asume las normas de la unidad para la información sobre el estado del enfermo:

*T: "si por lo que me han comentado por la mañana no consideran darte más información hasta el día siguiente, pienso que en principio debe estar bien. No entro a valorarlo....Bueno, luego, con el tiempo a lo mejor, evidentemente, puedes ver que se pueden hacer cambios, que se pueden crear otros horarios de información. Cuando te encuentras en un sitio nuevo, no tenemos experiencia de esta índole. Me imagino que no será gratuito, que habrá habido un estudio, habrá habido una serie de circunstancias que han hecho decidir que la forma más correcta es así...."*

La relación con los familiares se establece de una forma diferente en la UCI B, aunque hay acciones que se repiten diariamente, es difícil identificar una regularidad en la forma, horario, espacio, etc. El rasgo más característico es el de la flexibilidad que confiere el estilo de relación accesible y cercano de la jefa del servicio y su presencia continuada en la unidad. La estrategia de relación de esta unidad esta fundamentada principalmente en las formas de actuar de esta persona. Las características físicas de ese entorno facilitan el que se produzcan múltiples encuentros entre los familiares y los profesionales, ya que las puertas de la unidad están abiertas y se cruzan en el hall y en los pasillos o bien en las habitaciones individuales, donde casi siempre hay algún familiar con el enfermo.

La intervención enfermera de **Informar a los familiares** carece de intencionalidad en los dos ámbitos, desde el momento en que no es una actividad programada o planificada, se produce de forma accidental, dependiente de observaciones puntuales de las prácticas de los familiares o como respuesta a las preguntas de estos (cuadro 2). Su conducta no facilita el que puedan ser identificadas por los familiares, especialmente cuando el tiempo de relación no es muy largo. A esto contribuye también la práctica de las enfermeras de la UCI A de ausentarse por turnos de la habitación de los enfermos para hacer un descanso justo cuando se produce la visita de las familias. Esto puede interpretarse como una actividad cuidadora si lo que pretende es proporcionar tranquilidad e intimidad a las familias, o como una forma de distanciarse y eludir el encontrarse con los familiares (17).

El silencio de las enfermeras cuando están presenciando la información del médico/a a los familiares, bien durante "el pase de visita" en el hospital público o en la habitación del enfermo en el privado, expresa el rol pasivo adoptado o quizás el papel de receptoras de información más que de informantes.

*Uno de los días de observación en la UCI A, el médico de guardia había propuesto a las enfermeras del turno de mañana que estuvieran presentes, si querían, durante la información a los familiares; las enfermeras me lo cuentan:*

*M: "Fíjate, con lo que estamos quejándonos siempre de que no sabemos que es lo que les ha contado el médico a los familiares antes de que pasen a ver al enfermo. ¡Por fin!, parece que algo se avanza. Es que es importante que estemos, por que ya lo sabes tu, luego nos preguntan a nosotras y tenemos problemas".*

*Ma: "Esta genial, te enteras de todo lo que les dicen a los familiares y así no estas tan perdida cuando entran. Yo desde luego si que hago lo posible por estar".*

Cuando la demanda de procedimientos técnicos con el enfermo es muy elevada y requiere rapidez, como ocurre en las situaciones de urgencia, las enfermeras se concentran en su realización y no hablan con los familiares, aunque estos estén presentes.

La información proporcionada por las enfermeras cubrió las expectativas del familiar, tanto en cantidad como en contenido, además reconoce un principio de beneficencia en la práctica enfermera:

*T: "...Y las enfermeras dentro de sus limitaciones lo mismo. Me han hablado hasta donde ellas creen que pueden hablarte y cuando ya a lo mejor el tema se ha salido un poco de su jurisdicción, hablé con el médico. Porque es lógico... Primero, porque a lo mejor ellas es un tipo de información que no están autorizadas para dar.....O no sé, porque sea un tema que no les gusta hablar, pues entonces que sea el médico responsable el que de la información. Yo con ellas, ya te digo, he hablado con ellas un montón. Hasta donde ellas han podido llegar....y cuando no han podido llegar, por el bien mío y por el bien suyo, pues nada, o porque pensaban "esa información ya no te la debo dar yo"*

Snowd (18) habla de que hay una clase de acontecimientos hospitalarios, cuyo carácter especial hace que sea obligatorio informarlos a los familiares del paciente, pregunten o no por ellos, y los denomina "acontecimientos informables"; explica también, que estos acontecimientos llevan una característica asociada por la cual una parte del personal es responsable de anunciarlos y a la otra le está expresamente prohibido hacerlo. Según esta regla diferencial, el personal del hospital puede ser dividido en "informantes" y "no informantes". No obstante, el contenido "no informable" de las conversaciones de las enfermeras con los familiares puede ser terapéutico y constituye una acción cuidadora.

Las enfermeras de los dos ámbitos toman decisiones en cuanto a la **presencia de los familiares** en la unidad, pero éstas tienen más peso en la UCI A, ya que ahí solo hay habitaciones compartidas y los médicos no suelen intervenir en la decisión (cuadro 3). No obstante, la práctica enfermera en este aspecto respeta la norma de la unidad y desconocemos si las enfermeras participaron en su génesis. Son con frecuencia las auxiliares en la UCI A las que controlan el número de familiares que pueden estar al mismo tiempo con el enfermo.

Los familiares en este ámbito se muestran muy cumplidores con lo que suponemos ha sido la recomendación (no hay datos de observación) de lavarse las manos antes de acercarse al enfermo, algunos lo hacen también al abandonar la habitación. Si esto es así, podríamos inferir que se trata de una actividad facilitadora del acercamiento del familiar al enfermo, ya que la recomendación llevaría implícito el permiso de que contacte físicamente con él o que participe de alguna forma en su cuidado directo.

Las actividades de cuidado del enfermo que las enfermeras consideran "no visibles" para los familiares son, en general, las que pueden afectar a la intimidad del enfermo o las que conllevan actuación sobre el cuerpo del enfermo y proporcionan imágenes desagradables, como sangre, heridas, etc. Las decisiones de las enfermeras en este aspecto, aunque se producen, son más limitadas en el caso de la UCI B, y manifiestan que en muchas ocasiones se les impone el criterio de la jefa de la unidad y consideran que la actitud de esta es excesivamente permisiva con los familiares.

Algunas propuestas de individualización del cuidado del enfermo, según el familiar entrevistado, fueron del médico y las enfermeras no le facilitaron el que pudiera llevarlas a cabo, aunque él no lo atribuye a la falta de voluntad de la enfermera:

*T: ...pues el médico fue quien dijo que trajeran una radio, el médico fue quien dijo que se trajera una televisión, el médico fue quien dijo que se me ampliara un poco el horario...Lo que si que noté que hubo sus ....si que noté que claro.... me dijo que por parte del equipo médico no había ningún problema, que contara siempre con el criterio de las enfermeras. Evidentemente si me decían que me saliera, salirme, por supuesto. Pero ahí si que encontré, no problemas, pero no lo puede llevar a cabo, porque cuando no era por una cuestión era por otra, cuando te podías quedar un rato más, pues te tenías que marchar porque venía el celador o que venía un ingreso o que los tenían que atender..... Bueno, ya te digo, que el desconocimiento... me imagino lo que decía al principio que tenía que ser así.*

La principal diferencia entre los dos entornos en cuanto a **estimular la participación y colaboración del familiar** es la frecuencia de observaciones de actividades relacionadas con esta intervención en la UCI A y la escasez de las mismas en la UCI B (cuadro 4). La ubicación de los enfermos en habitaciones individuales y la presencia continua de familiares que los acompañan dificultan la observación del investigador, pudiendo esto haber influido en este resultado. Otra diferencia es la práctica cuidadora de la jefa del servicio y la supervisora que se ha observado en esta unidad, así como la libertad con la que se sienten los familiares para hacer recomendaciones a la enfermera.

#### **Discusión y Conclusiones**

No haber realizado una entrevista en profundidad a familiares de enfermos ingresados en la UCI B constituye una limitación metodológica del estudio que es necesario considerar para extraer conclusiones.

Las prácticas de relación entre los familiares de los enfermos críticos y los profesionales de la salud esta cargada de significado simbólico en los dos entornos estudiados. Se trata de una relación de poder entre los dos grupos, que representan lo profano y lo científico, respectivamente (19). La tensión de esta relación y el potencial de conflicto se mitiga con estrategias diferentes en cada uno de los entornos. A través del ritual que se realiza en la UCI A se clarifican los roles de cada uno en la relación, la autoridad la tienen los profesionales y los familiares la legitiman, con lo que se logra estabilidad y orden (20). La flexibilidad, accesibilidad y cercanía, configuran la estrategia para evitar posibles conflictos en la UCI B. En este caso los profesionales cuentan con el capital del conocimiento (21), que les confiere valor social, pero los enfermos y familiares poseen, cuando menos, un capital económico igual de valorado socialmente. El ejercicio de jefa de la unidad es una mezcla de los roles tradicionales de poder médico masculino y de cuidado femenino enfermero

(22). El análisis simbólico de la práctica enfermera en la relación con los familiares demuestra cierta ambivalencia en ambos entornos, parte de sus actividades están guiadas por criterios científicos y otras parecen responder más bien a la amabilidad esperada según nuestros patrones culturales en una relación como esta. Según Turner (16), cualquier forma de dualismo simbólico se haya integrada en un modo de clasificación más amplio de carácter tripartito. Desde este planteamiento, la enfermera podría tener un papel intermedio entre lo profano y lo científico y desempeñar una función ambivalente dependiendo de la situación concreta. El poder que tienen las enfermeras como parte del grupo de profesionales no es igual que el de los médicos. La relación entre médicos y enfermeras también tiene características de relación de poder, donde el subgrupo de los médicos ejerce dominación sobre el de enfermeras (21). Los médicos, según propone Adams (23) tienen un poder independiente, formalizado, vinculado a su cargo, mientras que el poder de las enfermeras parece que depende, al menos en parte, del que le atribuyen los médicos. No obstante, las enfermeras tienen también una parcela de poder independiente en la relación con los familiares y toman decisiones sobre sus prácticas con respecto a ellos. Es posible identificar actividades enfermeras cuidadoras de los familiares en los tres tipos de intervenciones, pero globalmente el cuidado de la familia puede ser inconsistente. Otros estudios han mostrado que la percepción de la responsabilidad sobre el cuidado de la familia del enfermo crítico es muy variada entre las enfermeras (24) y, aunque las enfermeras reconocen los beneficios de cuidar a los familiares, sienten que no saben como hacerlo (25). A veces no está claro si las acciones enfermeras persiguen el cuidado de los familiares o la protección de sí mismas. Benner y col.(14), autores del modelo teórico utilizado para este trabajo, reconocen que cuidar de los familiares de los enfermos críticos constituye un reto en las unidades de cuidados intensivos, donde incluso los familiares quieren que el foco de atención sea el enfermo y donde, por consenso, el cuidado de los

familiares no ha sido el estilo tradicional de afrontar las intervenciones para salvar vidas ya que demandan mucha atención y son sensibles al tiempo. Estudios españoles recientes sobre este mismo tema (26,27) coinciden en la conclusión principal de este trabajo: Aumentar el capital de conocimientos científico y hacernos conscientes del significado de nuestras acciones como agentes sociales puede servir de ayuda para diseñar estrategias que contribuyan a profesionalizar la práctica enfermera.

#### Bibliografía

- 1- Asenjo MA. Gestión Diaria del Hospital. Barcelona: Masson; 2000
- 2- Perdiguero Gil E. Salud y Enfermedad. Una visión antropológica . En: Mazarrasa L, Germán Bes C, Sánchez Moreno A, Sánchez García AM, Merelles Tormo T, Aparicio Ramón V (eds). Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996
- 3- Oteo LA, Silva D, Garrido J, Torrijos G Hernández J. Dimensión de satisfacción en las unidades de VIH/SIDA en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Gestión Hospitalaria 2001; 12(4):161-174
- 4 - Bleda García JM. Estudio de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Albacete. Gestión Hospitalaria 2000; 11(2):51-57
- 5- Egger S. UCI: un lugar especial para la relación. En: Colección Atención Integral de Enfermería. El paciente crítico Barcelona: Doyma; 1988. p. 25-34
- 6 – Rogers M. Seres Humanos Unitarios. En: Marriner Tomey A, Allgood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1999
- 7 - Marín B. Los familiares: un elemento más del entorno terapéutico. Notas de Enfermería 1991; (1):521-525
- 8 - Hupcey JE. The meaning of social support for the critically ill patient. Intensive Critical Care Nursing 2001 Aug; 17(4): 206 –12
- 9 - Zazpe MC. Información a los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 1996;7(4):147-151
- 10 - Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbaers H, Lauwers P y Vertomm D. Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in a Dutch- speaking Belgian sample. Heart and lung 2000 Jul-Aug; 29(4):278-86
- 11 - Zazpe MC, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family ill patients in a spanish intensive care unit. Intensive Critical Care Nursing 1997; (13):12-16
- 12 – Bernat Adell MD, Tejedor López R, Sanchiz Muñoz J. ¿Los familiares de los enfermos críticos valoran y comprenden la información que se les proporciona en la unidad? Enfermería Intensiva 2000 Enr-Mar;11(1): 3-9
- 13 - Lee IY, Chien WT, MacKenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit in Honkg Kong. J Clin Nurs 2000 Jan; 9(1): 46-54
- 14- Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A thinking in action approach. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1999
- 15- Hammerseley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2º ed. Barcelona: Paidós; 2001
- 16- Turner V. La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu. Ed. Siglo XXI; 1980
- 17- Chesla CA, Stannard D. Breakdown in the nursing care of families in the ICU. Am J Crit Care. 1997 Jan; 6(1):64-71
- 18- Sudnow d. La organización social de la muerte. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo; 1971
- 19- Cohen A. Antropología política: el análisis del simbolismo en las relaciones de poder. En: Llobera 20- JR.- Lewellen TC. Introducción a la Antropología Política. Barcelona: Bellaterra; 2000 Antropología Política. Barcelona: Anagrama; 1985
- 21- Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1991
- 23- Cockerham WC. Sociología de la Medicina. 8ª ed. Madrid: Pearson Education, Prentice Hall; 2002
- 24- Fox S, Jeffrey J. The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. Can J Cardiovasc Nurs. 1997;8(1):17-23
- 25- Hardicre J. Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. Nursing Times. 2003 Jul;99(29):34-7
- 26- Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. Qué perspectiva tienen las enfermeras de cuidados intensivos de su relación con los familiares de los pacientes críticos?. Enfermería Intensiva 2003 Jul-Sep;14(3):109-19
- 27- Rodríguez C, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik J, Flores LJ et al. Implicación de los familiares en el cuidado del paciente crítico. Enfermería Intensiva 2003 Jul-Sep;14(3):94-108

Cuadro 1. Características de las unidades de cuidados intensivos de los entornos público y privado

Subcategoría	PÚBLICO	PRIVADO
Espacio físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel en la puerta de entrada</li> <li>- Dos puertas metálicas antes de llegar al espacio de los enfermos, ambas cerradas.</li> <li>- Enfermos en dos lóbulos con 6 y 5 camas respectivamente. Utilización indiferenciada de ambos espacios</li> <li>- No hay sala de espera específica para familiares de enfermos de la UCI</li> <li>- Cuarto de estar de enfermeras</li> <li>- Mesa de trabajo de enfermeras en el centro de cada lóbulo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificada con letrero, se indica también los nombres y cargos de los médicos y supervisora de la unidad</li> <li>- Puerta de la unidad que comunica con el pasillo siempre abierta</li> <li>- Tres espacios diferentes para enfermos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Despertar: 6 camas</li> <li>Cuidados intensivos: 7 camas más 1 aislada con cristales</li> <li>Cuidados intermedios: 1 habitación doble, más 7 individuales</li> </ul> </li> <li>- No hay sala de espera específica para familiares de enfermos de la UCI</li> <li>- Cuarto de estar de enfermeras</li> <li>- Mostradores de trabajo de enfermeras en cada uno de los espacios</li> </ul>
Equipo sanitario y	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jefe de servicio, médicos adjuntos, residentes y secretaria</li> <li>- Trabajo diario de 8 a 15 horas, excepto fin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jefa de servicio y médicos adjuntos</li> <li>- Jefa todos los días, con horario variable, excepto fin de semana</li> </ul>

organización del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de semana. Guardias médico adjunto y residente.</li> <li>- Supervisora, enfermeras, auxiliares y celador</li> <li>- Asignación de 2 pacientes por enfermera (raramente 3)</li> <li>- Una auxiliar cada 3-4 pacientes, aprox.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos adjuntos solo 24 horas una vez por semana.</li> <li>- Jefa ve a todos los enfermos y familiares todos los días</li> <li>- Supervisora, diario, excepto fin de semana, de 9 a 18 –19 horas</li> <li>- Enfermeras y auxiliares. Turnos fijos con noches/ mes</li> <li>- Asignación de 2 – 3 pacientes por enfermera</li> <li>- Una auxiliar cada 3- 4 pacientes, aprox.</li> <li>- Celador (hospital)</li> </ul>
Información a los familiares (como servicio de la unidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma parte de las tareas diarias del médico de guardia</li> <li>- Todos los días a las 12 aprox. : "pase de visita"</li> <li>- Solo una vez, salvo que ocurra "algo sobre lo que hubiera que informar".</li> <li>- En la sala de juntas, sentados, alrededor de una mesa. Médico ocupa siempre el mismo asiento</li> <li>- Duración variable de la entrevista (2-10 min.)</li> <li>- Los familiares pueden pasar a ver al enfermo cuando se completa la información sobre todos los enfermos ingresados.</li> <li>- No actividad planificada de las enfermeras</li> <li>- Enfermeras expresan su deseo de estar presentes en el "pase de visita", cuando lo hacen no hablan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma parte de las tareas diarias de la jefa, ayuda médico guardia</li> <li>- Todos los días, al menos una vez.</li> <li>- En distintos lugares: zonas comunes de la unidad: hall, pasillos, control de enfermeras; en un despacho, sentados, con mesa; en las habitaciones de los enfermos, médico de pie, familiares de pie o sentados. Exploración del enfermo e información de los familiares a la vez; conversando mientras comen juntos en la cafetería del hospital</li> <li>- Enfermeras y/o supervisora presentes en muchas ocasiones mientras información médica, supervisora participa ocasionalmente, enfermeras nunca.</li> <li>- No actividad planificada de las enfermeras</li> <li>- La supervisora asume la información como una de sus tareas "Nos toca apagar estos fuegos"</li> </ul>

Cuadro 2. Intervención enfermera: Información y apoyo emocional

Subcategorías	PÚBLICO	PRIVADO
Características formales/ información verbal no verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la habitación de los enfermos (compartida)</li> <li>- A la vez que realiza cuidados al enfermo: medicación, movilización, alimentación.....</li> <li>- Utilización escasa de tecnicismos</li> <li>- Vestido pijama de trabajo blanco igual que el de auxiliar y celador</li> <li>- <b>Ausencia de tarjeta de identificación</b></li> <li>- Descanso del turno de trabajo coincide con visita de familiares</li> <li>- No hablan con familia mientras realizan intervenciones en situación de urgencia</li> <li>- Contacto físico: "...la enfermera se levanta, va a su lado y le echa una mano por el hombro mientras habla con la mujer del enfermo". Más frecuente sí enfermeras más edad y experiencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la habitación de los enfermos (individual o compartida) o en los pasillos</li> <li>- A la vez que realiza cuidados al enfermo: medicación, movilización, alimentación.....</li> <li>- Utilización escasa de tecnicismos</li> <li>- Vestido pijama de trabajo blanco igual que el de auxiliar</li> <li>- Ausencia de tarjeta de identificación</li> <li>- No hablan con familiar mientras realizan intervenciones en situación de urgencia, sí la supervisora</li> <li>- Contacto físico: observado muchas ocasiones entre jefa-familia, ocasionalmente en supervisora y enfermeras con más edad y experiencia en la unidad.</li> </ul>
Contenido de la información enfermera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como deben comportarse con el enfermo</li> <li>- De lo que ellas le van a hacer al enfermo</li> <li>- Contestan preguntas relacionadas con síntomas que la familia observa o sobre funcionamiento de los aparatos.</li> <li>- Contestan con preguntas sobre la información dada por el médico.</li> <li>- Cuestiones generales que no tienen que ver con la situación del enfermo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De lo que ellas le van a hacer al enfermo: "Voy a curarle la vía, vamos a cambiarle la ropa, vendré a asearla y a ponerla cómoda para descansar....."</li> <li>- Como se ha comportado el enfermo: ." Esta mañana ha comido, hoy esta más despierto...."</li> <li>- Contestan preguntas relacionadas con síntomas que la familia observa o sobre funcionamiento de los aparatos.</li> <li>- La supervisora: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de retraso de pruebas o de</li> </ul> </li> </ul>

	<p>(Ej. de la Navidad, de la situación familiar..) más frecuentes si enfermo larga estancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisiones que dependen de los médicos, pide paciencia en su nombre</li> <li>- Tranquiliza al familiar: "es normal, nos pasaría a cualquiera, ya verá como ahora va a estar mejor"</li> </ul>	<p>intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos relativos al traslado de enfermos</li> <li>- Cuestiones formales del ingreso, Ej.</li> <li>- Necesidad de rellenar cuestionario</li> </ul>
--	--	--

Cuadro 3. Intervención enfermera: Facilitar la presencia de los familiares en la unidad

Subcategorías	PUBLICO	PRIVADO
Tiempo de estancia del familiar junto al enfermo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeras participan de decisión</li> <li>- Una hora al mediodía, después de la información del médico, y otra hora por la tarde</li> <li>- En otro momento y de duración variable, si por Ej.: enfermo recién ingresado, próxima intervención quirúrgica urgente, justo después de intervención, situación terminal...</li> <li>- Solo ocasionalmente se altera la norma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin limite de tiempo cuando enfermo en habitación individual.</li> <li>- Una hora por la mañana y otra por la tarde cuando enfermos en habitación compartida</li> <li>- Flexible, la norma se altera con frecuencia. Enfermeras participan en la decisión, pero frecuente decisión de la jefa.</li> <li>- En cualquier momento y de menos duración si enfermo en habitación compartida, por ej. después de intervención quirúrgica</li> <li>- Sin limite de tiempo cuando enfermo en situación terminal</li> </ul>
Control del nº de familiares y uso de barreras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un familiar con el enfermo, dos como máximo al mismo tiempo</li> <li>- Uso general de bata y calzas</li> <li>- Muchos de los familiares se lavan las manos antes de acercarse al enfermo y algunos cuando se van.</li> <li>- Variable si urgencia o situación terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una o dos personas si enfermo en habitación compartida.</li> <li>- Una, dos o más personas a la vez todo el tiempo que deseen si enfermo en habitación individual</li> <li>- Uso de bata cuando enfermo en habitación compartida</li> </ul>
Visibilidad de los enfermos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La entrada de los familiares se puede retrasar porque se estén realizando procedimientos . Ej. higiene del enfermo, cateterización venosa</li> <li>- Se pide a los familiares que abandonen la estancia si necesidad de intervención sobre eliminación, movilidad, higiene, o procedimiento invasivo.</li> <li>- Si familiar profesional sanitario se permite la presencia durante realización de esos procedimientos</li> <li>- Si enfermo en situación de extrema urgencia se permite la presencia de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pide a los familiares que abandonen la estancia si necesidad de intervención sobre eliminación, movilidad, higiene cuando enfermo en habitación compartida.</li> <li>- Familiares presencian manipulación herida quirúrgica realizada por los cirujanos</li> <li>- Si enfermo en habitación individual el familiar decide sobre su permanencia en la estancia cuando realización de cuidados enfermeros.</li> <li>- En situación urgente presencia continua del familiar en habitación individual mientras se realizan procedimientos. Ej. Cateterización venosa.</li> </ul>

Cuadro 4. Intervención enfermera: Estimular la participación de la familia en el cuidado del enfermo

Subcategorías	PÚBLICO	PRIVADO
Facilita el acercamiento al enfermo y comodidad de los familiares	- Enfermera y auxiliar: Baja barras de la cama, proporciona silla, etc.	Jefa: anima a que se acerque a su marido y le toque la cara "venga aquí mujer, mire, no pasa nada, no ve? Le puede dar un beso"
Observan actividades de los familiares y dan permiso para realizarlas	- Los familiares preguntan: "¿Puedo bajarle la cama? ¿Puedo mojarle la boca?... "Señorita, le puedo quitar la almohada? Es que como yo no se como tienen ustedes esto..." "Señorita, ¿le puedo dar un poco con el abanico?. Yo es que lo pregunto todo". - Esposa de enfermo:...se levanta, se acerca a la mesilla que esta a los pies de la cama, coge una ampolla de suero, la abre; coge unas gasas las moja y se pone a limpiarle la boca. - Familiares: afeita a su hermano enfermo, dan masajes en las piernas, ayudan a comer, aplican crema, acarician al enfermo, hablan de cuestiones personales, animan al enfermo sobre su recuperación....	No hay registro
Invitan a colaborar y dan indicaciones sobre la colaboración	- Enfermera: "si le va a dar usted de comer tenga en cuenta que no puede beber más que ese vasito de agua, es muy importante" - Auxiliar: ¿quiere usted darle de comer o prefiere que lo haga yo?	Jefa: "Dígale a su esposa que le enseñe a suspirar, que ella sabe bien como hacerlo". Supervisora: Da de comer al enfermo con alteración cognitiva para enseñar como hacerlo. Enfermera: expresa disponibilidad para conseguir receta de cocina
Reciben sugerencias de la familia	No hay registro	"yo nunca le he dado de eso, no sé si le gustará", "No le habléis así, como si fuera un niño, no le gusta nada", dice su esposa, "Ahora le veis ahí, pero él siempre ha sido un hombre muy fuerte, muy activo, que podía con todo".

**Quero Rufián, A., Briones Gómez, R., Prieto Rodríguez, M. A., Navarro López, A., Pascual Martínez, N., Guerrero Ruiz, C.: *El marco de relaciones enfermera- cuidador familiar en las instituciones hospitalarias***

**Introducción**

El papel de los cuidadores familiares en el hospital adquiere toda su relevancia, en la medida que ayuda a la satisfacción de las necesidades del enfermo. La relación entre los profesionales de la salud y los cuidadores familiares condiciona e incide en la prestación de los cuidados. Son mujeres, relaciones entre mujeres cuidadoras y mujeres enfermeras, casi siempre, por lo que subyace un marco de género en este campo de relaciones.

La expresión "cuidar al cuidador" se ha generalizado en la esfera de la Atención Primaria y existen programas de apoyo para dichas personas, pero esta situación está aún muy lejos de ser siquiera considerada en el interior de los hospitales, donde aún "no se ha visualizado" la presencia de los cuidadores familiares: permanecen invisibles para el sistema sanitario y sobre todo para los profesionales hospitalarios (1).

Dentro del Tercer Plan Andaluz de Salud (2) 2003-2008, hay una línea prioritaria de actuación en el Objetivo 3, que se propone promover el bienestar y calidad de vida de las mujeres, con especial atención a reducir el rol de cuidadoras y establecer programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o faltas de autonomía. Así mismo dentro de la estructura hospitalaria y como estrategia de mejora de los cuidados enfermeros en Atención Especializada, el punto cuarto expone la necesidad de incluir en este proceso de cambio para la mejora de los cuidados en Atención Especializada, las expectativas y necesidades de los pacientes y sus cuidadoras, generando modelos organizativos y de práctica clínica más centrados en el paciente y el uso de la metodología enfermera.

Es necesario por tanto la inclusión de las cuidadoras familiares dentro del campo visual de la práctica profesional enfermera. Esta revisión profesional debe caracterizarse por la implementación de los fenómenos de salud y enfermedad en un marco amplio de interpretación que no los limite exclusivamente a sus aspectos sanitarios, sino que los contextualice en toda su complejidad sociocultural (3). Como ya se ha señalado en reiteradas ocasiones, el colectivo enfermero es mediador de dos discursos: por un lado del propio discurso médico-sanitario y por otro el que sobre la salud y la enfermedad sostiene el paciente y la familia, en esta doble vertiente su papel debe ser esencial como elemento terapéutico humanizador de los problemas de salud (4). En definitiva como Collière reivindica hay que "hacerse próximo a la gente", desde la crítica del modelo biomédico, que debe ser puesto en crisis definitivamente,

para descubrir desde la enfermería “lo que tiene sentido”, “lo que da sentido” a nuestro quehacer profesional relacionado como base y fundamento con el cuidar de un modo integral a la persona sana o enferma (5) Esa debe ser nuestra amplia mirada, en la que también están incluidos los cuidadores familiares.

En este trabajo presentamos la parte de los resultados del proyecto “Cuidadores informales en el Hospital”, financiado por el SAS (exp.216; 2001), que se refiere a esta relación entre los cuidadores familiares y los profesionales de enfermería y que se obtienen a través de las entrevistas con los familiares y los grupos focales realizados con enfermeras y auxiliares.

### **Objetivos del proyecto**

- 1.- Conocer el perfil y el tipo de cuidados que prestan los cuidadores familiares/informales en el hospital
- 2.- Analizar las necesidades y problemas con los que se encuentran cuando cuidan a su familiar en el hospital
- 3.- Conocer la opinión que tiene el personal de enfermería sobre el cuidador informal

Ámbito de estudio: las unidades de Maxilofacial, Neurología, Neurocirugía y Traumatología del Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada

### **Metodología**

Se ha utilizado metodología eminentemente cualitativa porque se pretende conocer y comprender el discurso y las experiencias de las personas en el entorno hospitalario. Para ello se han realizado 24 entrevistas en profundidad a cuidadores familiares de las unidades seleccionados según 6 perfiles (determinados mediante teoría fundamentada) y 2 grupos focales: Uno con enfermeras y otro con auxiliares de las unidades de estudio. Para la triangulación y constatación de resultados se ha pasado una encuesta para conocer las actividades que realizan el cuidador principal y también la observación participante y sistemática. El análisis de contenido de las entrevistas y grupos focales se efectuó con el programa Atlas-ti.

### **Resultados**

1.- El análisis de las entrevistas realizadas a los cuidadores familiares en cuanto a su relación con los profesionales de enfermería muestra los siguientes resultados, que presentamos de acuerdo con los 6 perfiles estudiados:

El perfil hombre mayor manifiesta, entre otras, las siguientes expresiones: “Enfermeras “maravillosas y simpáticas”... “Enfermeras: ellas no tienen la culpa de lo que pasa aquí, tenía que haber 10 y hay 6”...

El grupo de hombres jóvenes señala que: “Son buena gente (el personal de planta)”... “El trato con las enfermeras depende de éstas: creen que estás metiéndote en su trabajo”...

El perfil Mujer mayor comenta que: “Más o menos contenta, con el trato de las enfermeras”... “Enfermeras muy bien: son primos”... “Muy bien, me han tratado muy bien, con amistad, a veces he necesitado desahogarme con ellas”... “Algunas no dicen ni buenos días, pero otras, muy cariñosas”... “Las muchachas y... la verdad que es que cuando las llamo me atienden”... “Se lo explican todo las enfermeras, son muy amables”...

Las mujeres jóvenes con niños pequeños expresan lo siguiente: “Más o menos contenta, con el trato de las enfermeras aunque hay mucha gente”... “Bien, le explican cómo hacerlo todo”... “Se lo explican todo las enfermeras, son muy amables”...

Por su parte la mujer trabajadora fuera de casa, sin cargas familiares, dice: “Son un encanto, le pides 30.000 cosas al día y ni una mala cara”... “Las enfermeras hacen su trabajo pero no informan”... “Si vas a buscarlas, están en su cuarto y te da apuro”...

En cuanto a la mujer trabajadora fuera de casa con cargas comenta: “Enfermeras: bien, cada una tiene su forma de ser, no puedes pedirles a todas la misma amabilidad”... “Le enseñan todo aunque van con prisas”... “Lo que haga falta me lo dan”... “El personal es muy agradable”... “Muy a gusto, buena atención, pero deseo volver a casa”... “No me puedo quejar, ninguna queja de las enfermeras”...

Valoración: en líneas generales se observa cómo el papel y la función que desempeña el personal de enfermería está bien valorado por los familiares. Frecuentemente los cuidadores no distinguen entre las enfermeras y las auxiliares: para ellos, todas las profesionales son enfermeras, no saben distinguir entre una y otra, y por supuesto, desconocen que cada una tenga unas funciones asignadas. Cuando un familiar solicita ayuda para la realización de alguna tarea, no distingue si se lo está pidiendo a una auxiliar, o a una enfermera. Prueba de ello es que en las entrevistas a los cuidadores, prácticamente ninguno hace la distinción entre las dos, llamándolas a todas enfermeras.

Al margen de esta cuestión lo que sí se demanda es más información enfermera.

### **2. Resultados de los grupos focales mantenidos con las enfermeras y las auxiliares**

En los dos grupos focales mantenidos con los profesionales se les plantearon cuestiones relacionadas con su visión acerca de la relación con los pacientes y sus cuidadores principales, la participación del familiar en el cuidado del paciente, la permanencia del familiar junto al paciente, de lo que hace o debe hacer, o la influencia del familiar en su trabajo.

En sus respuestas existe una clara divergencia entre la opinión de enfermeras y auxiliares. Las auxiliares dan cierta importancia a la presencia de los cuidadores en la medida que colaboran y les ayudan en tareas que según la planificación de actividades de las plantas les corresponde a su colectivo: “Pero, yo pienso, por lo menos yo, que tenemos mucha ayuda con los familiares, nosotros”... “Porque nada más que a la hora de comer, por ejemplo, a lo

mejor un cincuenta por ciento dan ellos la comida"... "Y, a nosotros nos ayudan."..."Vamos a ver, si preferimos que el enfermo esté solo o esté con cuidador. ¡Pues que esté con cuidador!"

Las auxiliares, prefieren tener toda la planta ocupada con enfermos varones, porque de esta manera, tienen al lado a una cuidadora: "Nosotros lo decimos mucho: nos gustaría que toda el ala fueran hombres, porque todos tienen una mujer al lado que colabora un montón, que son más despiertas, más de todo"... "Como haya una señora con un familiar hombre... todo, se va hacer todo, sí, porque ellos no saben hacer nada." Incluso prefieren que las personas enfermas sean jóvenes, ya sean hombres o mujeres, porque están sus madres acompañándoles: "los jóvenes: están las madres."...

Las tareas que más ven las auxiliares que realizan los cuidadores son: "Sobre todo la comida. De ayudarlos a comer"... "Les duchan cuando se levantan..."

La opinión entre las enfermeras no es uniforme, depende del grado de implicación, perfil profesional o a veces influye la edad, aunque en líneas generales, los cuidadores no existen o son un estorbo para que el profesional de enfermería haga "su trabajo": "Yo me planteo mi trabajo, aunque esté el familiar, como que no están"... "Habrà alguna vez que te surge alguna cosa, y piensas "bueno, pues ya me avisarán", y cuando vas están cascando con otros familiares,... el suero está acabado y no te avisan."..."La valoración que nosotras hagamos en que, en realidad, se necesite o no se necesite: en la mayoría de los casos no se necesita para desarrollar nuestro trabajo"... "Entonces, yo personalmente prefiero que no haya cuidadores en la planta,... a no ser que eso, que veas que un familiar que no molesta en absoluto y te puede ayudar en algo; pero si no, ya sabes que la mayoría de las veces más te entorpecen tu trabajo que te ayudan"... "A nosotros los familiares muchas veces nos entorpecen, pero el paciente se siente seguro con tener a su hijo, a su hija, a su marido al lado"...

También las enfermeras manifiestan su preferencia porque el cuidador familiar sea mujer, con lo que se refuerza ese componente de género que subyace en las relaciones intrahospitalarias: "Siempre las mujeres son más cuidadoras, para todo"... Pues el hombre: "... "El hombre ya se siente cohibido e intenta desplazar más la carga a los profesionales"... o dice: "Bueno, pues le toca a uno de mis hermanos"...

Las tareas que más ven las enfermeras que efectúan los cuidadores familiares son: "Están muy pendientes si están vomitando, si les duele... nos llaman..."... "Pendientes de los sueros"... "Están pendiente mucho más"... "Algunas veces sí nos ayudan mucho...nos viene muy bien para evitar más accidentes"... "Me viene muy bien un familiar con el enfermo para coger los teléfonos..."..."Qué quieres, que está sonando el teléfono, que si me lo puede dar"... "Pero es que luego viene la segunda parte, porque te llaman para que le cuelgues el teléfono"... "Pon la tele, cómo se pone la tele"...

No obstante, lo cual es importante en la cuestión que se aborda, algunas enfermeras son conscientes en ocasiones, de la situación real sanitaria del cuidador: "Yo quería decir que es muy pesado para los familiares las tareas hospitalarias cuando son estancias muy largas, ¿no?, la verdad es que se hace muy pesado, mal comiendo, mal viviendo en un sillón de mala muerte donde..."..."Al principio con mucha energía y conforme se va avanzando el proceso se van agotando"... "Se siente mal, se siente agotado. Y, las siete horas que te tiras aquí has estado trabajando, te has estado moviendo, [...] Pero ellos están las veinticuatro horas."...

Aunque de todas formas la presencia de los familiares, cuidadores o no, entretiene: "Y, están distraídos... Aunque digamos que están todos, que es un desastre lo que se forma por la planta, pero al menos están entretenidos... y hay tanta gente cascando entre ellos, pero bueno. Están tan entretenidos que llaman menos. Es cuando se van, porque ya te demandan que si esto, que si lo otro".

Tanto enfermeras como auxiliares opinan que a parte de los varones, existe otro grupo de personas que no es considerado como potencialmente apto para cuidar a enfermos: los jóvenes."Yo sé que en cuidadores jóvenes la pasividad que hay y la escasa colaboración"... "Las personas mayores son más cuidadas, las personas jóvenes son más demandantes, porque se creen que demandando están cuidando."...

Las enfermeras no realizan prácticamente ninguna función informativa sobre el cuidador familiar o con el enfermo, toda la responsabilidad de la información recae sobre el médico y las enfermeras son conscientes de ello: "Están locos perdíos porque venga el médico a medio día"... "A las trece treinta, allí perennes, mire usted, que llevo aquí una hora y que el médico no ha pasado visita"... "Allí se queda sin información, al día siguiente tenemos lo mismo hasta que no llegue, no se van...nos podemos tirar dos o tres días sin información médica"... "La información médica, que muchas veces falla por su ausencia, vamos, es que no hay. Hay días que no hay información médica. Tú no puedes ir al familiar para ciertas cosas, para eso está el médico."..." No, no. Yo no informo. ¿Cómo voy a informar a un familiar? Y, además los familiares es lo que más demandan.". A pesar de todo esto, se es consciente de que la información mejoraría las relaciones y la calidad asistencial de los cuidados: "Y, de alguna manera, pero también nos metemos nosotros, porque si tú le explicas qué hay que hacer y el por qué, enseguida tienes más y mejor colaboración."

### **Valoración**

Como se observa la apreciación que los profesionales tienen de los cuidadores familiares no es recíproca y es completamente diferente. Si bien las auxiliares de enfermería consideran útil la presencia de los cuidadores familiares en la medida en que ayudan a la realización de parte de sus tareas, para la mayoría de las enfermeras los cuidadores familiares son un "estorbo" para la ejecución de "su trabajo". A pesar de ello algunas reconocen la dureza de su situación personal y el desgaste a que están sometidos, aunque aún no los perciben dentro de su campo de actuación.

### **Discusión**

Una de las actividades realizadas por los cuidadores y valorada por ellos mismos como la más importante es dar compañía y cariño. Pues bien, en ninguno de los dos grupos de discusión de los profesionales se consideró esta actividad cuidadora fundamental.

Por todo lo anteriormente expuesto se desprende la necesidad urgente de establecer un nuevo marco de relaciones y de práctica clínica de cuidados. Sin embargo los hospitales y los profesionales no se han preparado para acoger al que cuida, ni a nivel estructural ni siquiera conceptual (6). Es una cuestión social y sanitaria que afecta diariamente a miles de personas en los hospitales andaluces y españoles.

Los profesionales de enfermería y el sistema sanitario siguen viendo al cuidador familiar como un recurso; esta visión debe ser abandonada y sustituida por concepciones próximas al modelo cuidador-cliente (7). Es necesario que el sistema sanitario (administración y profesionales) contemple "la presencia real" de los cuidadores familiares en las instituciones sanitarias. Las enfermeras deben incorporar en la valoración también al cuidador familiar como objeto de sus cuidados. Una gestión adecuada de los cuidados integrales a nivel de enfermo y de unidad asistencial, vendría dada por la determinación y planificación de las actividades que los cuidadores familiares pueden realizar mediante elaboración de protocolos en los que también se considerasen las necesidades que tienen, prestando para ello el apoyo y colaboración de los profesionales.

Como propuesta de mejora, y mi experiencia docente así lo corrobora, es de gran eficacia la inclusión en la Hoja de Valoración del paciente de un apartado referido al cuidador familiar (mi experiencia con los alumnos de primero de Enfermería Fundamental así lo atestigua). La inclusión de este apartado en la Hoja de Valoración del paciente en cada unidad asistencial situaría a los cuidadores familiares en el campo de visión de los profesionales enfermeros. En dicho apartado referido al cuidador deberían incluirse los Diagnósticos Enfermeros relacionados con "Cansancio en el desempeño del rol de cuidador" (00061) y "Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador" (00062) (8). En referencia a estos Diagnósticos Enfermeros, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), propone la intervención enfermera "Apoyo al cuidador principal" (7040), definida como "suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta al profesional de cuidados sanitarios" (9). Incluso en la Clasificación de Resultados Enfermeros (CRE-NOC), se nos muestra el resultado de "Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario" (2200), existiendo una serie de indicadores que determinan si dicha adaptación se ha producido durante la hospitalización del familiar (10). Para que estos diagnósticos se visualicen los profesionales de enfermería debemos facilitar y crear espacios donde los cuidadores puedan manifestar sus sentimientos y emociones.

De esta forma se producirá una mejora en la calidad de los cuidados y la integración de los cuidadores familiares en el ámbito hospitalario: su presencia y los cuidados se habrán humanizado.

#### **Bibliografía**

- (1) Quero, A.: Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, 2003; 13(6):348-356
- (2) III Plan Andaluz de salud 2003-2008: Andalucía en salud, construyendo nuestro futuro juntos. Consejería de Salud Junta de Andalucía, Junta de Andalucía 2003.
- (3) Martínez Hernández, Á.: "Naturaleza, cultura, enfermedad. una crítica antropológica del modelo biomédico". *Trabajo Social y Salud*, 2001, 40(40): Págs.199-230
- (4) Otegui, R.: "Una "mirada" antropológica sobre la salud y la enfermedad". *Rev. Rol de Enfermería*, 1993, julio-agosto, nº 179-180: Pág. 9
- (5) Collière, M. F.: "Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identificación del servicio prestado". *Rev. Rol de Enfermería*, 1981, Año IV(40): Págs.60-69
- (6) Flores, M. L. Cano-Caballero, M. D. Caracuel, A. Castillo, A. Mezcuca A. Osorio M.V. y Vegas S.: "La alimentación del acompañante del paciente hospitalizado". *Enfermería Clínica*, Vol 10, nº 1: Págs.7-12
- (7) Twigg, J.: "Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis". En: Jamieson A., Illsley R: *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Ed. SG. Cap.2: Págs.35-50. Barcelona.1993
- (8) NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004*. ELSEVIER. Madrid. 2003
- (9) McCLOSKEY, J. C., BULECHEK.G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. Nursing Interventions Classification (NIC). 3ª edición. Elsevier Science. Madrid. 2002
- (10) Johnson, M y cols. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. Nursing Outcomes Classification (NOC). Segunda edición. Elsevier Science. Madrid. 2002

### **Martorell Poveda, M. A.: *Vivir con un enfermo de Alzheimer: representaciones y prácticas de mujeres cuidadoras***

#### **Antecedentes y objetivos**

El interés científico por la enfermedad de Alzheimer nace a partir del estudio realizado por el Dr. Alois Alzheimer en 1907, quien por primera vez describe biomédicamente el trastorno como un caso de demencia presenil en una mujer de 51 años. Desde entonces, las investigaciones, centradas especialmente en aspectos biomédicos de este trastorno, han ido en progresivo aumento, dejando de lado en gran medida las esenciales dimensiones sociales, culturales y simbólicas del mismo.

El estudio que aquí se presenta forma parte de mi investigación antropológica sobre la enfermedad de Alzheimer, que vengo desarrollando desde principios del año 2002 con motivo de la tesis de doctorado. El núcleo problemático que me interesa desarrollar tiene que ver especialmente con la manera en que se estructuran y se articulan los sistemas de representaciones y prácticas de los familiares de un enfermo de Alzheimer sobre la trayectoria de atención del sujeto.

Quiero conocer la racionalidad dominante (o las diversas racionalidades) en familiares de una persona con Alzheimer respecto a este padecimiento, y qué condicionantes explican tal racionalidad (o racionalidades).

Es evidente que la práctica enfermera tiene mucho que aportar a la comprensión y atención de la enfermedad; sin embargo, también resulta innegable la relevancia de las variables sociales y culturales para un análisis global y contextualizado de la misma y de los actores implicados en su gestión, principalmente los miembros de la unidad doméstica. En este sentido, el propósito fundamental es realizar un análisis sociocultural amplio sobre la experiencia de tener una persona con Alzheimer en casa que me permita alcanzar una mayor comprensión de dicha experiencia, facilitándome al mismo tiempo, un marco de trabajo que oriente la futura provisión de cuidados de una forma más idónea y adaptada a la realidad cotidiana.

#### **Marco teórico y conceptual**

El encuadre teórico y conceptual de la tesis ha quedado definido en tres bloques que intentan abordar la revisión teórica realizada entorno a los interrogantes principales (1). En esta ocasión, voy a limitarme a exponer brevemente el referido a las representaciones y prácticas domésticas en el proceso de Alzheimer.

La familia y el grupo doméstico en particular son espacios de la vida social donde se manifiesta de un modo cotidiano la convivencia y la relación con el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a). Es el lugar donde los conjuntos sociales operacionalizan y objetivan toda una serie de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos entorno al proceso s/e/a que dan sentido y significado a las estrategias de atención utilizadas (2).

Teniendo esto en cuenta, en mi investigación deseo abordar dos aspectos centrales que se refieren, por un lado, a la construcción sociocultural del proceso de Alzheimer, analizando de forma específica, la manera en que los familiares y cuidadores más próximos de una persona con enfermedad de Alzheimer elaboran (o reelaboran) discursivamente e interpretan (o reinterpretan) dicha demencia; y por otro lado, se trataría de conocer y analizar las prácticas que se generan para la atención del sujeto enfermo. Se distinguen, pues, dos ejes principales de análisis: el de las representaciones y el de las prácticas. Ambos, que me parecen fundamentales para una comprensión más global del proceso de Alzheimer, requieren ser definidos como conceptos.

Siguiendo a Jodelet (3), entenderíamos por representación aquel conjunto de conocimientos, nociones, creencias, actitudes, imágenes, valores, opiniones, etc. que son elaboradas y compartidas socialmente, que tienen un sentido pragmático y que estructuran la relación de los sujetos con la realidad a través de una determinada manera de designarla, aprehenderla e interpretarla, orientando sus modos de acción y moldeando sus experiencias con significados.

Del mismo modo, las representaciones sociales intervienen en la difusión y la asimilación de conocimiento, el desarrollo individual y colectivo, la definición de identidades personales y sociales, la expresión de los grupos y las transformaciones sociales. Nos guían en la forma de nombrar y definir los diferentes aspectos de nuestra realidad, al tiempo que nos permiten interpretarla. Las representaciones que nos hacemos sobre el mundo que nos rodea se van inscribiendo en el tejido social a través de diferentes vías, y llegan a formar parte del cuadro de pensamiento preexistente, convirtiéndose en una visión consensuada de la realidad por los individuos sociales.

Todo esto presupone que su estudio debe hacerse en articulación con elementos de orden afectivo, mental y social, considerando las relaciones sociales que afectan las mismas representaciones y la realidad material, social e ideal sobre las cuales intervienen.

En nuestro caso consideramos preciso analizar las representaciones entorno al proceso de Alzheimer desde esta perspectiva. Al hablar de cómo los familiares y cuidadores de una persona con Alzheimer entienden dicho padecimiento nos referimos a las formas en que construyen el proceso de Alzheimer a través de un sistema de representaciones.

Pasemos ahora a las prácticas, y acto seguido a su relación estrecha con las representaciones. Cuando nos referimos a las prácticas que los familiares y cuidadores generan para la atención de la persona con Alzheimer pensamos concretamente en el conjunto de actividades de tipo curativo, preventivo o de cuidados que se desarrollan ante tal padecimiento. En el ámbito general, dichas prácticas de atención evolucionan a partir de una estructura de recursos disponibles tanto en el ámbito interno del grupo doméstico como a nivel extrafamiliar, donde además del propio enfermo, participarían diversos actores sociales, miembros del mismo grupo familiar o ajenos a éste como las redes de apoyo social -entendiendo aquí a los amigos, vecinos, Asociaciones de Familiares de Alzheimer, grupos de ayuda mutua, voluntariado, etc.- o los cuidadores formales -representados en este caso por los profesionales sociosanitarios que con mayor frecuencia entran en contacto con la enfermedad de Alzheimer, es decir, médicos, neurólogos, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Estas mismas prácticas de atención del proceso de Alzheimer incluirán toda una serie de representaciones sociales que los actores y los conjuntos sociales atribuyen a los diferentes recursos y a las distintas prácticas. De ahí que, sea de especial interés para mi análisis interconectar las representaciones con las prácticas, teniendo en cuenta que las últimas no siempre reproducen de forma idéntica a las primeras y que, incluso, pueden diferir de éstas (4).

#### **Métodos**

En esta investigación no ha existido demasiada preocupación por establecer generalidades ni significación estadística de los resultados, sino que ha interesado más recoger las percepciones, experiencias e interpretaciones de familiares con un enfermo de Alzheimer en casa. Así, se ha dado importancia al dato descriptivo (5), interesando conocer las propias palabras de estos familiares, del mismo modo que ha importado observar su conducta en la relación cotidiana con el enfermo y las prácticas de cuidados y atención que dispensan. En este sentido, la aproximación metodológica al objeto de estudio tiene un carácter cualitativo, en el que se resalta un enfoque antropológico que pretende recuperar la voz y el punto de vista del actor.

Este planteamiento permite explicar las experiencias individuales en el contexto de las condiciones estructurales, sociales, materiales, simbólicas, etc. en las cuales se encuentran inmersas, y en las cuales se generan, se desarrollan, se reproducen, se interpretan, y se reinterpretan. Implica entender el proceso salud/enfermedad/atención asociado a la demencia de Alzheimer como estructura social y como estructura de significado. Considerar esta perspectiva centrada en el/los actor/es social/es supone reconocer y evidenciar la existencia de representaciones y prácticas similares, pero al mismo tiempo con saberes diferenciales y hasta conflictivos o antagónicos (6).

Partiendo de estos supuestos, concebí el grupo doméstico afectado por la enfermedad de Alzheimer y sus integrantes como la unidad de análisis principal de esta investigación. Dos fueron las cuestiones principales que determinaron la selección. Por un lado, la posibilidad de acceder a un espacio privilegiado donde estudiar y observar lo que acontece

entorno al proceso salud/enfermedad/atención. Por otro lado, la constatación bibliográfica y de mi experiencia empírica previa que la gran mayoría de personas con esta demencia son cuidadas y atendidas en el seno familiar. Así, el trabajo de campo ha pretendido recuperar la mirada de los integrantes del grupo doméstico afectado por el Alzheimer, aunque debe señalarse que la mayor parte de la información obtenida ha sido de las mujeres que desempeñaban el rol de cuidadoras principales.

En cuanto a las técnicas de recogida de datos se han utilizado las entrevistas en profundidad, la observación participante y la discusión en grupo focal en diferentes escenarios y momentos en el transcurso del trabajo de campo (enero 2002 –abril 2003). Los resultados que aquí se presentan forman parte de la información recogida, durante seis meses, en el Grupo de Ayuda Mutua de Familiares de Alzheimer de Tarragona, en el que se realizó observación participante y entrevistas grupales con estilo focal.

El Grupo de Ayuda Mutua (GAM), dirigido por la psicóloga de la Asociación, se reunía un día a la semana durante una hora y media aproximadamente. De forma habitual, en cada sesión participaban entre cinco y siete familiares, siendo excepcional el día en que asistieron dos y en el que acudieron once. Durante aquel período, en el grupo generalmente también se contaba con la presencia del esposo de una de las informantes.

La técnica de observación aplicada en este contexto me permitió realizar un seguimiento de las vivencias familiares y obtener así información más reciente sobre la cotidianeidad de la experiencia con el Alzheimer. Por otro lado, esta técnica me permitió vivir de muy cerca las interacciones e intercambios entre los familiares, entre estos y la profesional, y, entre todos con la persona enferma.

Con las entrevistas grupales pude seguir aprendiendo más sobre la forma en que los participantes hablaban de sus experiencias. Previamente a cada sesión había realizado una selección de temas a tratar que posteriormente se flexibilizaba tomando como base el desarrollo del debate entre los participantes. Los encuentros fueron grabados en magnetófono, y en un rotafolios se fue anotando aquellos aspectos que iban resaltando los familiares a lo largo de la discusión y que permitían una síntesis de las ideas y temas debatidos.

### **Resultados y Discusión**

El debate en el grupo focal parte de analizar el significado de tener en casa una persona con Alzheimer. A partir de aquí, las mujeres participantes iban hablando sobre sus propias experiencias recurriendo a discursos en los que aparecían sentimientos de impotencia, de duda, culpa, rabia, ternura, tristeza, dependencia o esperanza. A modo de ejemplo, la forma más clara de ilustrar tales sensaciones – e incluso otras- son las palabras de las informantes, las cuales, a pesar de ser literales, en algunos casos, he traducido del catalán: *“Es decir, yo he llegado a no tener vida propia, prácticamente a no tener vida propia, a no tenerme ningún tipo de cuenta..., y, todo y así, ha sentirme culpable si salía dos horas, porque tenía una señora que me venía a ayudar”*; *“Tengo impotencia por la enfermedad, espero que haya momentos que esté mejor, tienes esperanza de que vaya a mejorar un poco”*; *“Yo es que no sabía que hacer con ella. No sabía qué decirle, qué hacerle. La hacía participar, ella no participaba. Es que llegué a no saber lo que tenía que hacer”*.

Por consenso con las mujeres, se trabajó de forma prioritaria entorno al sentimiento de impotencia, ya que para la mayoría había aparecido en un momento u otro del proceso que vivían. En relación con este sentimiento, las causas detectadas por ellas fueron variables, y se referían al déficit de fuerza física, la propia edad de la cuidadora, “el estado como un vegetal del enfermo”, la falta de esperanza, la insuficiencia de recursos, los comportamientos del enfermo (especialmente los relacionados con la violencia), la variabilidad cotidiana de la persona enferma o el agotamiento de la cuidadora. Nuevamente sus discursos son la ilustración más evidente: *“Yo por mí lo tendría siempre, pero como veo que no puedo con él, no tengo fuerza, es que él es un peso muerto”*; *“Yo pienso que la causa es que yo ya tengo setenta y tres años y él pesa tanto que no puedo moverlo, y se le ha de hacer todo”*; *“Para mí la impotencia es que como consecuencia de la enfermedad el comportamiento que hoy es de una forma, mañana de otra, no duermes, cuando tú puedes descansar ellos están completamente despiertos, el agotamiento es tremendo, entonces es todo el conjunto”*.

Las cuidadoras discreparon muy poco a la hora de encontrar la solución más idónea a su sentimiento de impotencia. Disponer de un mayor apoyo psicológico, más recursos humanos y económicos y el ingreso en una institución pueden ser algunas de las claves del problema. Una de las informantes lo sintetizaba así: *“Y como posible solución el ingreso en la residencia, aunque también hay falta de apoyo psicológico. A parte, falta de recursos económicos como de lo demás, aunque el apoyo psicológico es muy importante”*. A pesar de la concordancia existente en el grupo, cabe señalar cierta discordia en cuanto al ingreso en un centro se refiere. Una informante consideraba que *“allí los cuidan muy bien. Sus meriendas, sus... Es que allí están al tanto de todo”*, en cambio otra comentaba: *“Yo la llevo a un centro y mi suegra no dura ni tres meses. Ella es un reloj, has de saber cuándo tiene gana, le has de adivinar cuándo tiene sed, cuándo le puedes dar una cosa... y allá no le darán lo que tú le das en casa”*.

Estas últimas palabras permitieron llevar la conversación entre las mujeres hacia un nuevo aspecto. Parecía curioso que en su mayoría vieran el ingreso en la residencia como una posible solución y, que sin embargo, gran parte de ellas continuaran teniendo la persona enferma en casa. En este sentido, las mujeres fueron cuestionadas por los motivos que hacían mantener al familiar enfermo en casa. Cada una de ellas lo expresó con sus palabras, pero entre todas concluyeron que tener y mantener a la persona con Alzheimer en casa se sintetizaba en una única palabra: *amor*. La idea del amor quedó representada por la necesidad de cariño que consideraban tienen las personas con Alzheimer en una situación de total indefensión. Algunas de ellas hablaron de la necesidad de un *“amor fraternal”*. Asimismo, consideraron que el hecho de convivir con un enfermo de Alzheimer supone *“aprender a querer de otra manera”*, es un amor en el que los ingredientes esenciales son la ternura y la paciencia, especialmente necesarios en los diversos momentos de *“desamor”*.

### **Conclusiones**

A pesar de que lo aquí descrito debe ser comprendido en un marco más amplio de análisis, se observa que los discursos tienen influencia en las representaciones y las conductas de cuidadas de estas mujeres, permitiéndoles configurar y organizar la realidad cotidiana de una manera determinada. Ellas tienen su propio modelo explicativo, el cual no está exento de incorporar saberes o significados que pueden proceder de un discurso dominante, de un “saber oficial”, en este caso de tipo biomédico. Así parece ser, cuando por ejemplo, hablan de sus sentimientos identificando claramente aquellos que desde la literatura científica son descritos para un proceso de pérdida.

Otra reflexión destacable surge cuando las mujeres cuidadoras se refieren a las posibles soluciones a sus dificultades. Para ellas, el apoyo psicológico y el ingreso del enfermo en una residencia permitirían un mejor manejo de la

enfermedad, justificando de esta manera el poder y el control médico sobre el proceso, es decir, en su opinión, la enfermedad debería volver a manos de aquel colectivo que ostenta el saber especializado.

Finalmente, analizando la relación entre representaciones y prácticas sociales se observa que, entre lo que se piensa y lo que se hace la correspondencia no siempre es unívoca. Como ya se señalaba, las prácticas no siempre reproducen a las representaciones, sino que éstas pueden verse modificadas según las situaciones y los diferentes momentos de la enfermedad (7). Así, aún confiando en los beneficios de ingresar a la persona con Alzheimer en una institución, las mujeres cuidadoras con las que he trabajado siguen cuidándola en su propia casa.

#### **Bibliografía**

(1) Martorell, A. (2003): An anthropological perspective of Alzheimer disease, en *Geriatric Nursing*, 24 (1): 26-31.

(2) Menéndez, E. (1993): Familia, participación y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica, en: Mercado, F.J. et al (coord.): *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. Universidad de Guadalajara, IISP, CIESAS, Colegio de Sonora, México: 130-162.

(3) Jodelet, D. (1991): Représentations sociales: un domaine en expansion, en: Jodelet, D. (dir.), *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France, Paris: 31-61.

(4) Menéndez E. y Di Pardo, R. (1996): *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Colección Miguel Otón de Mendizábal. CIESAS, Eds. de la Casa Chata, México.

(5) Taylor, S.J. y Bodgan, R. (1994): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Buenos Aires.

(6) Menéndez, E. (1997): Estructura social y estructura de significado: el punto de vista del actor, en: Gonzalez Reborado, X.M. (comp.): *Medicina popular en Antropología de Saude. Actas del Simposio Internacional en Homenaje a D. Antonio Fraguas*. Consello de Cultura Gallega, Santiago de Compostela: 281-305.

(7) Menéndez E. y Di Pardo, R. (1996): *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Colección Miguel Otón de Mendizábal. CIESAS, Eds. de la Casa Chata, México.

## **Mesa Redonda (Inglés): Palliative Care**

### **Bartholomeyczik, S.: The end-of-life phase in care homes as a subject of interaction with the resident**

#### **Introduction**

Most people who live in care homes in Germany will die there, usually it is their last home in life. Therefore, knowing the residents' perspective is crucial for a good end-of life care. Knowing the residents' perspective means to talk with them about their ideas and wishes in advance.

There is very little research about the question, whether the phase and circumstances of dying are being discussed with residents in care homes either by nurses or by relatives or other significant others. Especially the point of view of the older ones is rarely subject of investigation (1). A Swedish literature review showed that doctors hesitate to bring up matters concerning death and dying with older people, while patients appreciate it. Other studies underline that older people would like to talk about death and dying. In an interview study the interviewees brought up these issues although the interviews were not set up to cover these areas (2). A British study about death and dying in elderly care wards used an ethnographic approach to explore the experiences of dying patients and their nurses (3). The findings show, that there is an "institutionalized nondisclosure" of information about death and dying. Although nurses provided individual care to dying patients, much of this was aimed to meet patients' physical needs. Nurses reported psychosocial aspects including spiritual and emotional care to be important, although there was little evidence that this was transferred to practice. Another British study investigates whether there are differences in circumstances and care when dying at younger versus older ages (4). The findings show that dying people over the age of 85 have greater needs and less support by relatives than people dying at younger ages. However, older people were receiving more attention from general practitioners or from home nurses.

#### **Objectives**

This presentation deals with the following questions:

Do residents want to talk about their last phase of life, the process of dying?

Does anybody speak with them about the process of dying?

Is the end-of-life phase a subject for family members?

#### **Methods**

This paper presents findings which emerge from a comprehensive cross-sectional descriptive study about the quality of care in nursing homes in a metropolitan area in Germany (5), in which 26 care homes participated. 234 residents were interviewed using a standardized questionnaire, 650 relatives or significant others of residents filled in a self-administered standardized questionnaire with mainly the same questions as for the residents. The questionnaires' contents rely on twelve qualitative focussed interviews with residents and were developed together with representatives of the participating care homes.

The objective discussed in the present paper covers only a very small part of the study. Only after the first frequency distributions I got the idea of looking at them a little more closely.

Three Likert-type statements build the core of the analysis. Residents could agree in a four-step scale:

- My ideas about the phase of dying and death were discussed sufficiently.
- I could make agreements about the phase of dying and death.
- I was informed sufficiently about the possible company by relatives and friends in the phase of dying.

Residents were asked similarly. Instead of "I" the statement referred to the resident.

Descriptive analyses with frequency distributions and crosstabs were made using SPSS.

#### **Findings**

Interviewers were told to be very sensitive with this part of the questionnaire and to skip the items when the interviewee seemed to be disturbed. Therefore, the first result, that these items have only 3 to 5 % missing data, does not seem very high. Other apparently not so sensitive parts of the questionnaire have more missing data.

About a quarter of the interviewed residents said, that it is not necessary to talk about the end-of-life phase, nor making agreements or being informed about the possible company by relatives in the dying phase.

Although the three items try to catch different dimensions of the end-of-life-phase, the participants answered very similarly to the three statements. Therefore, the following analyses refer only to the first of these items: "My ideas about the phase of dying and death were discussed sufficiently."

Figure 1 (not in this abstract) shows, how many of those residents who think it is necessary to talk about the dying phase, report that this was really subject of interaction. A quarter of those said it was talked about, a little more with younger ones (< 80yr), and a little more with those who had been living in the home for more than 3,5 years, and relatively more men than women had talked about dying.

In figure 2 a comparison between residents' "not necessary" answers and relatives' "don't know and impossible" answers is presented. Although "not necessary" and "don't know or impossible" have a different meaning, these groups both comprise those participants who could or would not answer the items for whatever reasons. As can be seen, there always relatively more significant others (green bars) than residents (blue bars) in this group. As the significant others are not the ones of the interviewed residents, it has to be questioned, if the two groups are comparable. There are quite a number of desoriented patients, where only the relatives could be asked. It shows that 60% of family members who have a severely desoriented resident in a care home cannot answer the question, if his or her ideas about dying were discussed sufficiently. Therefore, it was analyzed, whether the rest of the significant others are still more likely not to answer the question about the discussed dying phase. Although the group is a little smaller in each subgroup (red bars) now, it is still much bigger than the comparable residents' group.

The next step was to look at those relatives a littler closer who cannot/ will not answer the item. Figure 3 (not in this abstract) shows the significant others' percentages of "don't knows" related to gender, their familial relationship, the number of visits per week. Between these groups there are only little differences which hardly can be interpreted.

There is still the question, whether those significant others, who answered the item, differ in their assessment about interaction on the phase of dying from the interviewed residents. As can be seen in figure 4, those significant others, who did not reject the item, in an apparently greater amount believe that the residents' ideas about dying were sufficiently discussed than do the residents themselves. The differences are especially great when the residents are older, i.e. more than 86 years of age, when their subjective health is better and when they are women.

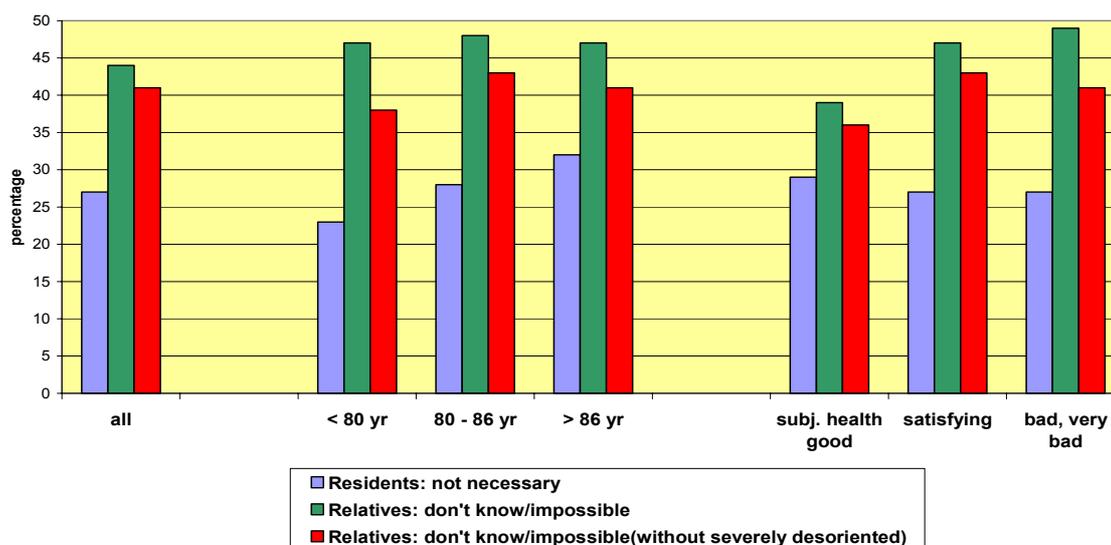
### Conclusions

Relatives or significant others show a different picture of the end-of-life phase as a topic in interaction with residents. Relatively more significant others believe that it cannot be discussed or they just don't know it. However, from those significant others who think they know, relatively more believe it has been sufficiently discussed than the residents themselves are reporting. Except for significant others with severely disoriented residents no groups could be identified who would give some explanation for these differences.

Relatives might avoid discussions about the end-of-life phase. The questionnaire did not comprise the question with whom residents would discuss or like to discuss the end-of-life phase.

Although we had assumed that residents would have difficulties with talking about the end of life in the interviews, most of them did not hesitate answering the questions. Difficulties with the subject seem to be greater among their family members and perhaps the professionals. This corresponds to the results of a review of 33 articles, where several studies are quite consistent in that old people do not mind talking about their forthcoming death and dying (1). I want to quote one of the author's questions, since it is also mine: "Could it be that it is still a taboo to talk about death, or that research related to aging and older people is too preoccupied with an everlasting life, thereby denying death and dying as a part of life?" (1, p. 99). We need to know much more about the older people's needs in order to provide a better care and don't leave them alone when they really need supporting company.

**Figure 2: Residents' ideas of dying phase were discussed  
Comparison RESIDENTS & RELATIVES: not necessary/ don't know,impossible**



### References

- Hallberg I.R. (2004): Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clinical and Experimental Research* 16, 87-103.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

2. Thome B. (2003): Living with cancer in old age: quality of life and meaning. *Bulletin No. 14 Lund University, Faculty of Medicine*.
3. Costello J. (2001): Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* **35**, 59-68.
4. Cartwright A. (1993): Dying when you're old. *Age and Ageing* **22**, 425-430.
5. Bartholomeyczik S. & Schrems B. (2004) *Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen*. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.

### **Fischer Prestoy, S.: The final Journey: Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives-implications for Nursing Education and Management**

Nurses care for individuals at the end of their lives. The majority of clients (about 72%) still occur in acute care hospitals and long term care facilities where nurses are the primary health care providers. About 20% of deaths occur in the person's own home. Nurses also are present in the home and care for those individuals. (IOM, 1997) Affiliated with hospice and home health agencies, nurses extend their services to the patient and family in traditional hospital and home care settings. The experience of the dying person's family has been well documented, (Smeenk, F., Witte, L., Schipper, R., Brezeman, H., 1997) and studies. (Hanstryt, J. & Crebder, H., 1997) The nurse, who provides a significant portion of this end of life care, however, has not been studied. What is the lived experience of the nurses who provide this care? This research explored that experience and discovered several themes that document strengths and weaknesses in that experience.

#### Phenomenology-

This qualitative study utilized phenomenology as the method to understand the meaning of caring for dying patients. Participants signed informed consent forms which provide directions regarding the nature of the study, risks to participants, and handling of information. Participants could withdraw from this study without penalty or negative consequences at any time.

Ethical considerations in this research addressed the sensitive nature of the material, pseudo names were used for all participants and the individuals and families discussed in the cases.

Participants were encouraged to journal and discuss any concerns with the researcher. This research provided participants with an opportunity for catharsis.

To analyze this data, the researcher became immersed in the data, reading and re-reading the data. Concepts were identified, followed by a search for meaning. A constant comparative method analyzed how themes were similar to, and different from each other. Cases were photo copied and placed in folders to pertaining to their thematic meaning.

#### Trustworthiness

Trustworthiness is the degree to which the themes presented reflect the participants view of reality. Techniques used include extensive data (90 cases) prolonged engagement in the study (Summer 1998-January 2000) for initial data collections. Fall 2002 for additional cases.) Triangulations of clinical experiences reflected by participants, the wide age range of the dying, and the variations in how death occurred.

#### Findings

Four major themes concerning nurses' lived experiences of caring for the dying were discovered. First and foremost, Nurses care for dying patients and nurses are witness to the death experiences. This finding is significant because of the finality, and profoundness of the death experience. Few professions can claim to be with others as the pass from the physical experience of life. The major second finding documents how nurses provide physical and emotional support to the patient and family, and develop emotionally close relationships with them. The third finding involves the nurses own emotional experience, and nurses are emotionally affected as a result of caring for individuals at the end of their lives. In addition, this experience becomes a life long cognitive experience for the nurse. The fourth finding involves how nurses' often lack the proper preparedness to care for the dying and family; along with lack of preparedness, while nurses are the primary caregiver, they often lack the power to impact the course of care, or other health care providers such as physicians. Documentation and examples of how the findings were discovered follow.

Theme I – Nurses Care for the Dying and are Witness to the Death Experience

#### Finding I

All nurses care for patients at the end of their life. Caring for the dying patient and family is a universal nursing experience. In this study nurses in a variety of clinical areas of practice have cared for the dying patient and family.

Nurses who practiced in long term care, trauma, acute care, primary care, maternity, and pediatric care all participated in the care of dying patients.

This experience was universal. So, although nurses categorize and classify their practice to clinical specialty (behavioral, psychiatric, neurological, etc.) all nurses in this study cared for the dying.

Selected examples from the data documenting the remaining themes follow.

#### Theme II - Develop Emotionally Close Relationships

Nurses develop emotionally close relationships with patients and family. Jean, RN as charge nurse in a long term care facility reports, "I remember calling Ann's daughter Margo and she decided to fly in to be with her mother. She arrived two days later. Ann was still with us except for some mottling of her lower extremities her status was unchanged. Ann began having cheyno stoke respirations, which continued for several days. Then one morning, at the start of my shift, the night nurse described long periods of apnea and increased areas of mottling. I called Margo at her hotel and told her to come to the nursing home as soon as she could. I was standing at Ann's bedside with another nurse when her respirations stopped. I checked her pupils. They were fixed and dilated. I put my stethoscope on her chest for several minutes but heard no apical pulse. Just as I stood up Margo and her sister rushed into the room. She and her sister hugged and thanked ever staff member on the unit."

Alice, a seasoned intensive care nurse reported, "This experience occurred several years ago in the icu in which I still work. The patient, a man in his 70's had an irreparable thoracic aneurysm. Before his condition worsened, I really developed the beginnings of a friendship with this man."

While working in the emergency room, Jill reported, "The patient was a 24 year old woman who was in a car accident with her fiancé. The fiancé was fine, but the woman had hit her head and had a very bad intracranial bleed. There was not a mark on her from the accident. The doctors felt that she must have had a preexisting aneurysm or AV malformation to cause such a huge bleed from a slight bump. Her fiancé sat at her side riddled with guilt because he was driving. I was helping my colleague by drawing blood from an A-line. While I was drawing the blood, the patient's fiancé talked to her about their weeding plans and how much he loved her. The tears just started flowing. I felt very unprofessional, but could not help it. Her fiancé looked at me and smiled. He seemed glad to know that I understood his grief and that I cared.

We cannot let our feelings get in the way of giving good care, but nurses must grieve too. Most families are glad to see that you cared and are feeling the loss with them."

#### Nurses are Emotionally Impacted

Another example of the emotional impact on the nurse, Jane reports. "Hank was a young strong man, family oriented, and happy, diagnosed with a death sentence. It brought the concept of mortality and the frailty of life right home for me. I remember feeling very affected by the experience throughout the holiday season."

Experience stay with nurse. Jack, working as a medical surgical nurse reports. "I remember a very sad mother's day. I can still visualize that patient's room, with the code cart almost empty, IV supplies, gloves, tubing, and the such scattered on the floor and the furniture all pushed aside so the staff could get to the bed. And then the saddest memory of all was the patient: her pale blue skin over her bloated body lying naked with an endotracheal tube protruding from her mouth."

Yet another nurse, Caroline reports about a patient she cared for when she was a hospice nurse. "His apartment is visible from a highway I travel frequently and I think of him sometimes as I'm zipping on my way to see another patient."

Angela reports, "My very first death as a graduate staff nurse was a haunting experience. The patient was in a semi fowler's position, her chest was still and she wasn't breathing. I walked over, took out my stethoscope and placed it on her chest to listen for an apical. There was none. I took it away, and with that, in an awkward, stiff movement similar to the movement of dead corpses in the movie "Poltergeist" she sat more straight in the bed, turned her head awkwardly towards me, opened her eyes and looked at me momentarily. She then lay back down and I knew she was gone in that instant. The imagery of the body's movements remains with me to this day."

Helen reports, "When I first met Jill, she was 99 years old. She was known to scratch, pinch and hit during care. One of my first thoughts was, oh great, another one to beat us."

#### Theme III-Nurses Provide Physical and Emotional Support to the Patient and Family

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Nurses provide support for the whole family. A trauma nurse Jane, reports, "Eli's wife was distraught. Their two small children did not understand why their daddy was so confused.

The stress and hopelessness on Eli's wife's face was constant and relentless. We (the nurses) let his wife express her fears, anger and thoughts to us when possible. Her parents had offered to come help with the kids. We encouraged her to have her parents fly into town and stay. Caring for "Eli" also taught me a lesson of how important support systems are and the need for the nurse to treat the "whole" patient including their support systems through the journey of death."

Theme IV - Nurses feel powerless and inadequately prepared

Jose reports, "I was a new nurse of only one year, he was an AIDS patient of many years. He had much more experience with this illness than I did.

Liz describes her own experience with feeling inadequately prepared. "Listening to report, I heard Mr. W's condition was poor, make sure he is comfortable, we don't expect him to last the shift. My initial reaction was dread. Please don't let him die on my shift. I don't know what to do." And later, after the patient died, Liz reports, "Now the hard part, calling his son who lives out of state. What would I say?"

An ICU nurse, John reports, "When being repositioned, she would yell out with pain. I was, not her nurse but I did assist with medicating her for pain. I encouraged her nurse and even approached her neurologist to order something stronger than Tylenol for pain. His response was, "She's a DNR isn't she and did she ask for something stronger for pain:" As a result, he did not change the pain medicine. I lost respect for the doctor and once again felt very powerless in my effort to help the patient.

Gail reports on an experience when she was a student nurse. "I felt very uncomfortable with the family. I didn't know what to say. Most nurses are glad when the patient waits till the next shift to die.

Ann reported, "I had only been a nurse for about a year when I was assigned to care for a Hispanic woman who had given birth by c-section the day before to a stillborn baby girl. I was never taught how to address the emotional needs of a grieving mother."

#### Discussion and Recommendations

This study discovered that nurses from a variety of clinical settings cared for patients and families at the end of life. Thus, caring for the dying is a universal nursing experience. Ironically, end of life care is not a separate required course in most nursing associate degree, diploma or baccalaureate programs. This is significant for a variety of reasons. The American Association of Colleges of Nursing task force identified fifteen competencies necessary for nursing to provide end of life care. Examples of these competencies range from applying palliative care research, to developing and implementing EOL care in a complex health care delivery system to interdisciplinary collaboration. (Wendt, 2001). Nurses in this study reported feeling inadequately prepared to meet the needs of the dying and the family.

Implications of the research:

Educational – Preparation to provide care at the end of life should be fundamental. Nurses require course work specific to end of life care.

#### Management Implications:

Assignment of RN duties:

Special consideration should be given to the nurse who is assigned to care for a dying patient. Since the family becomes an integral part of the nurses responsibilities, extra time should be allocated for family communication and support. Time should be scheduled for the nurse to be present for patient and family.

#### Support Groups and Mentoring

Nurses were clearly impacted by the intense emotional climate created in E of L care. Mentors should be provided so new nurses do not feel unprepared and inadequate. Nurses need a supportive environment to explore their feelings about caring for patients at the end of life.

Olson, (2001) reports that caring for the dying can create occupational stress. Inadequate resources, role strain, death overload also contribute to care givers stress.

Vachon, (87,93) identified how distress scores were equal to newly widowed women and higher than those of women newly diagnosed with breast cancer for a group of nurses who had started a palliative care program. Death overload was a term applied to care givers who experience the death of too many patients in a short period.

#### Public Recognitions

Nurses should be publicly recognized by society for the unique role they fill for the dying patient and family. The general public should be encouraged to acknowledge nurses, thank nurses, and respect nurses for the thoughtful concern they show.

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados paliativos**

**González Carrión, P., García Calvente, M. M., Lafuente Lorca, J.: *Necesidades de cuidados percibidas por los niños que han finalizado tratamiento oncológico y sus cuidadores***

### **Introducción**

La incidencia del cáncer en niños menores de 15 años, en los países desarrollados, es de 14 por 100.000, siendo esta la segunda causa de muerte durante la infancia después de los accidentes. (1)

El pronóstico, diagnóstico y tratamiento de las neoplasias en edad pediátrica han mejorado en las últimas décadas como resultado de la aparición de unidades especializadas, los avances terapéuticos y del enfoque multidisciplinar, de forma que actualmente hasta un 80% de los niños con esta enfermedad llegan a la edad adulta. (2)

Las neoplasias en la infancia presentan unas connotaciones específicas como son el tipo de tumor (leucemias, linfomas, tumores del SNC, tumores embrionarios y sarcomas), el rápido crecimiento y la gran invasividad, su gran sensibilidad a la radioterapia y quimioterapia, así como las peculiaridades específicas dependiendo de la edad y desarrollo. (3)

Cuando un niño enferma y es hospitalizado constituye un riesgo significativo en su desarrollo ya que supone sacarlo de su entorno habitual, (casa, familia, colegio...) para introducirlo en otro desconocido para él y agresivo, con tratamientos a menudo invasivos y dolorosos. Aspectos que se pueden acrecentar más aún si se trata de una enfermedad oncológica. También la familia va a soportar grandes trastornos y sufrimiento durante todo el proceso, siendo considerada parte activa durante el tratamiento; de ahí que sea necesario conseguir una integración óptima del niño, padres y personal sanitario, interesándonos a los enfermeros el valorar la necesidades de salud tanto del niño como de la familia para dar una respuesta eficaz y adecuada.

En nuestro medio los niños con cáncer van a estar ingresados en las unidades pediátricas hasta los 14 años, siempre acompañados por algún miembro de su familia. Concretamente los niños con cáncer están ingresados en las unidades de Preescolares y Escolares o Cirugía Infantil. Las visitas al hospital son frecuentes, permaneciendo uno o varios días en él, dependiendo de la necesidad de tratamiento y del estado del niño.

En la bibliografía consultada hay algunas investigaciones, tanto con metodología cuantitativa como cualitativa, preguntando a cuidadores de niños y adolescentes con problemas oncológicos, sobre sus necesidades y destacando los autores la falta de investigación en este campo. (4-7) Estudios donde sean los niños los propios entrevistados sólo se ha localizado uno, de Woodgate y Degner, donde se obtiene información sobre las expectativas y creencias relacionadas con los síntomas del cáncer. (8)

Con este trabajo pretendemos conseguir el objetivo de: conocer como los niños y adolescentes que ya han finalizado el tratamiento oncológico y sus cuidadores principales, perciben las necesidades de cuidados sentidas durante la enfermedad, así como identificar las propuestas de mejora que ellos mismos realizan para mejorar su atención.

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación becado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expte:223/03 y es continuación del trabajo de campo realizado por una de las autoras como alumna del XVIII Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

### **Metodología**

Es un estudio cualitativo, y se ha utilizado como técnica de recogida de información el grupo focal.

Los sujetos de estudio han sido niños, niñas y adolescentes que han finalizado su tratamiento oncológico y han estado ingresados en los últimos 3 años en el Hospital Universitario Virgen Nieves o en el Hospital Universitario San Cecilio, ambos de Granada, y sus Cuidadores principales.

El tipo de muestreo ha sido intencional, localizándose a los participantes a través de la Asociación Española contra el Cáncer

Se han realizado 5 entrevistas de grupo: 1 de niños, otra de adolescentes (participando 5 en cada uno de ellos) y 3 grupos de cuidadores (participando 13 madres y 2 abuelas). En total se ha recogido la opinión de 25 personas.

Se elaboró un guión de preguntas abiertas en base a los objetivos del estudio y con la información obtenida a partir de la bibliografía y el propio discurso de los entrevistados se fue ahondando en el tema de interés.

Antes de comenzar la entrevistas, se realizó la presentación de la entrevistadora y de los objetivos del estudio. Se les pidió la autorización para la grabación, garantizando siempre la confidencialidad en el uso posterior de los datos recogidos.

Se hizo transcripción literal de las entrevistas grabadas y se realizó el análisis de contenido con la ayuda del software Nudist Vivo, habiendo elaborado previamente las categorías de análisis en base a los objetivos del estudio y el discurso de los entrevistados.

### **Resultados**

Para ajustarnos a las normas de publicación, presentamos sólo un resumen con algunos de los resultados más significativos, sin incluir citas textuales de los discursos de las entrevistas.

#### **Necesidades de cuidados expresadas por los niños y adolescentes:**

Las necesidades que destacan están relacionadas con el aislamiento, que les impide tener relación con otros niños mientras están en el hospital y con sus amigos o familia cuando están en su domicilio; con los efectos secundarios del tratamiento: que los deja sin fuerzas, sin pelo y sin apetencia ninguna por la comida o con gustos muy peculiares; y con

las molestias producidas por las múltiples punciones, venosas en todos y lumbares en aquellos que su diagnóstico era de leucemia.

#### **Propuestas de mejora realizadas por los niños:**

Mejorar las comidas y que sean más variadas. Expresan su aburrimiento ante las comidas del hospital.

Adecuar las habitaciones a sus necesidades de salud y edad, tanto de estructura (cuarto de baño en la habitación y cama para su madre), como disponer de juegos y televisión para cuando están con neutropenia o aspectos de decoración, (sin son mayores prefieren no tener dibujos infantiles).

Demandan ayuda escolar tanto para cuando están en el hospital como cuando están en su domicilio. Debido a las largas o frecuentes faltas al colegio, con frecuencia se presentan retrasos escolares que les hace repetir curso, algo que no les gusta y creen que se podría evitar.

#### **Necesidades de cuidados expresadas por las cuidadoras:**

En los comienzos de la enfermedad, se presentan dificultades para un rápido diagnóstico y las madres no se sienten bien atendidas por los servicios de urgencias y atención primaria, ante la gravedad que ellas perciben en sus hijos.

Una demanda expresada por las madres y abuelas cuidadoras es la necesidad de más información, detallada y adaptada a cada persona y durante todo el proceso de enfermedad, principalmente en relación a: las técnicas diagnósticas que van a ser realizadas, en que consisten y como le pueden afectar al niño; el pronóstico de la enfermedad; los efectos secundarios del tratamiento citostático; y los recursos de ayuda disponibles, tanto sanitarios, como lúdicos o escolares, para cuando están en su domicilio.

Es necesario adecuar las instalaciones hospitalarias a las necesidades de los niños y madres: especialmente las habitaciones de Preescolares y escolares en el Hospital Universitario San Cecilio y cambiar de lugar la Ludoteca, eliminar las escaleras o poner ascensor para poder tener acceso a ella, en Preescolares y escolares del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

La calidad de la atención consideran que no es la misma durante todo el año, tanto a nivel asistencial como de actividades lúdicas (cierres de plantas, niños de diferentes patologías en una misma habitación, vacaciones de los maestros durante el verano, Semana Santa y Navidades).

Si trabaja el padre y la madre, consideran que al menos a la madre, se le debe facilitar una baja laboral para poder permanecer con su hijo; algo muy difícil de conseguir en ocasiones.

Las cuidadoras expresan que en el hospital lo han tenido todo y las dificultades para atender a su hijo llegan cuando están en la casa.

#### **Propuestas de mejora realizadas por las cuidadoras:**

Mejorar las habitaciones del Hospital san Cecilio. Demandan el adecuar las instalaciones a las necesidades específicas de ellas y de sus hijos: habitaciones individuales, con lavabo, water, ducha y cama para ellas, son necesarias por las largas y frecuentes estancias en el hospital, algo que consideran imprescindible sobre todo cuando sus hijos se encuentran aislados por la neutropenia, así no tendrían que salir al servicio del pasillo y compartirlo con otros niños.

Proponen una planta de oncología para unir todos los niños con cáncer que están en tratamiento en las 3 unidades distintas de los hospitales de Granada. Consideran que el apoyo entre iguales es importante tanto para niños como para cuidadores.

Mejorar el servicio de ambulancias. Aunque del hospital se llevan una petición de ambulancia individual para el día que tienen que volver para el tratamiento citostático, cuando llega ese día, recogen al niño y a su madre a las 6 de la mañana, una ambulancia que ya lleva 6 o 7 personas mayores, con diferentes patologías y situación de salud. Circunstancia que se repite una y otra vez cuando son distancias del hospital cercanas o mayores a los 100 Km. La vuelta al domicilio también entraña dificultades porque al ir en grupo, la espera es de varias horas para la recogida.

Proponen que los médicos y enfermeras de los centros de salud, tengan un informe detallado del proceso de enfermedad de sus hijos; medida de gran interés sobre todo cuando viven a largas distancias del hospital.

#### **Discusión**

La metodología cualitativa resulta muy útil cuando se quiere explorar las necesidades percibidas y se quiere obtener información de los usuarios sobre la atención recibida o que necesitan recibir (9,10), así lo hemos podido comprobar en nuestro trabajo. En el sistema sanitario son frecuentes los estudios de opinión de adultos, no es así en el caso de los niños, algo de lo que hemos podido comprobar la utilidad en nuestro estudio.

A pesar de que estos niños suelen ser consultados a la hora de solicitar sus comidas, es necesario hacer los platos más atractivos y adaptados a su situación provocada por la quimioterapia.

La enfermedad además de afectar a nivel físico y psicológico tiene implicaciones escolares, sociales y económicas tanto para el niño como para el resto de la familia, que son necesarias poner de manifiesto para orientar y ayudar a buscar las soluciones necesarias.

La coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada para el cuidado y seguimiento de los niños y adolescentes con esta patología es escasa y muy puntual, de ahí que los padres mantienen el apoyo con el médico y enfermeras del hospital a través del teléfono o acudiendo a él siempre que se presenta el más mínimo problema.

Se ha realizado la validación externa en una reunión convocada para las cuidadoras que habían participado. Se les han presentado los resultados recogidos en las entrevistas de los 3 grupos, y han expresando su conformidad y reconocen sentirse identificadas con ellos.

También muchas de las necesidades y propuestas de mejora expresadas en los grupos focales, de una forma u otra, se veían reflejadas en las entrevistas individuales y grupos focales realizadas para el trabajo anterior previamente comentado, origen del proyecto de estudio actual (11). El poder continuar en esta línea, nos ha permitido por un lado la saturación de información anterior, hecho que ayuda para la validación de los resultados y también, encontrar bastantes datos nuevos y de interés sobre el tema de estudio, así como, el poder profundizar en algunos de los hallazgos.

El conocer y tener en cuenta en la práctica profesional las necesidades de los niños además de la de sus cuidadores y estar al corriente de las propuestas de mejora que ellos realizan, estamos seguros que ayudará a mejorar la calidad de los cuidados y de los servicios dirigidos a ellos.

#### **Referencias Bibliográficas**

1. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002/2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

2. Parkin DM, Kramárová E, Draper GJ, Masuyer E, Michaelis J, Neglia, S et. al. Editors. International Incidence of Childhood Cancer. Vol II. Lyon: International Agency for Research on Cancer;1998.
3. Stevens, MA. Jama Patiens Page. Cáncer en Niños. JAMA 2002; 287: 14
4. Wingate L, Lackey R. A description of the needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary care givers. Cancer Nursing 1989;12:216-225.
5. Sloper P Needs and responses of parental following the diagnosis of childhood cancer. Child: Care, Health-Development 1996; (22): 187-201.
6. Whintey et al. Measuring the care needs of mothers of children with cancer: development of the FIN-PED. Can-J-Nurs-Res 1999; 31 (2):103-23.
7. Yin JM, Twins S. Determining the needs of Chinese parents during the hospitalisation of their child diagnosed with cancer: an exploratory study. Cancer Nursing 2001; 24 (6):483-489.
8. Woodgate R, Degner L F. Expectations and beliefs about children's cancer symptoms: perspectives of children with cancer and their families. Foro de Oncol Nurs 2003; 30:479-491.
9. García Calvente MM, Rodríguez Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación en salud: Diseño y puesta en práctica. Atención Primaria 2000; 25(3):181-186.
10. Briten N. Técnicas cualitativas de entrevista en investigación médica. BMJ 1995; 251-253.
11. González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y sus familias. Trabajo de campo del XVIII Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. (Pendiente de publicación).

**Colell Brunet, R., Limonero García, J. T., Nuín Orrio, C., Ballesté Torralba, J., Blanco Blanco, J.: Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos**

**Introducción**

Los cuidados al enfermo al final de su vida y a su familia a lo largo del proceso de morir, genera intensas emociones en los profesionales sanitarios. Por otro lado, el impacto emocional que conlleva trabajar día a día con la muerte y el sufrimiento puede dificultar una buena praxis profesional. Ante esta realidad, nos preguntamos si el constructo de la Inteligencia Emocional puede modular y disminuir ese impacto a niveles soportables. Introduciéndonos en el tema de la Inteligencia Emocional (IE), cabe decir, que a partir de la década de los 90 surgió con fuerza el interés por este concepto, un interés debido sobre todo, al éxito que tuvo la publicación de la obra, *Inteligencia Emocional* de Goleman (1). Este libro contenía un mensaje novedoso: se podía tener éxito en la vida sin tener una carrera o unos estudios académicos brillantes. No obstante y a pesar de este éxito, el estudio de la IE, estaba en sus inicios. En este sentido, Mayer y Salovey son los primeros investigadores que presentan estudios científicos sobre este nuevo constructo, siendo también, los autores del primer instrumento que intenta medir la IE, el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) (2). En la actualidad, se profundiza en el constructo de IE y se introducen nuevas medidas. La aplicación de la Inteligencia Emocional cubre la mayoría de los campos de las relaciones humanas y, aparecen las primeras revisiones de artículos que han investigado sobre la IE.

Como señalan Extremera y Fernández-Berrocal (3), la IE, se plantea como una forma de inteligencia genuina basada en aspectos emocionales, que incrementa la capacidad del grupo clásico de inteligencias para predecir el éxito en diversas áreas vitales. En este sentido, Mayer y Salovey, en 1997, y después de varios años de investigación, llevan a término una formulación teórica de la IE basada en la habilidad mental, definiendo el concepto de Inteligencia Emocional como "*la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual*" (4).

La Competencia Percibida frente a la Muerte, es otro proceso cognitivo-emocional que puede, a nuestro entender, modular el estrés que genera el trabajo con enfermos al final de su vida. Es un constructo que se refiere a la creencia acerca del control que un sujeto dispone, a través de su propio comportamiento, sobre el entorno. Es un reflejo global de dos elementos distintos que se yuxtaponen: el control global que el sujeto cree que es capaz de ejercer sobre el conjunto de sus propias conductas; y el control que el individuo cree que sus conductas ejercen sobre los estímulos del entorno (5).

Centrándonos en el colectivo de Enfermería, no cabe duda que la habilidad en la expresión, comprensión y regulación de las emociones, así como su capacidad de control percibido, pueden ser aspectos que ayuden a afrontarse al estrés que genera trabajar con la enfermedad y el enfermo al final de su vida. Así pues, la capacidad para evaluar y distinguir entre las respuestas emocionales de los pacientes y el uso de esta información como guía de pensamientos y acciones, puede ser importante en el establecimiento de la relación enfermera/o-paciente (6). En este contexto, la IE, podría tener un papel determinante a la hora de facilitar las estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a las situaciones estresantes. El manejo eficaz de las propias respuestas emocionales puede constituir una dimensión importante que ayude al personal de Enfermería a valorar y superar su estrés laboral (7).

**Objetivo**

Analizar la relación existente entre IE y variables que intervienen en el proceso de morir en profesionales sanitarios que atienden a enfermos al final de la vida.

**Metodología**

Se confeccionó un cuadernillo que recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, años trabajando en cuidados paliativos y lugar de trabajo). Para evaluar la IE, se ha utilizado la TMMS-24, escala basada en la Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (8). La TMMS-24 es una escala que contiene tres dimensiones o áreas de la IE: la atención a los sentimientos, la claridad o comprensión de los mismos y la regulación o reparación emocional. Los 24 ítems de que consta la escala tienen formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta. El análisis de esta escala se hace teniendo en cuenta la suma de las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas o dimensiones de la IE, y no en la puntuación total de la escala. Para analizar el nivel de competencia percibida frente a la muerte, se incluyó la escala reducida de la Competencia Frente a la Muerte de Bugen (9) que es una escala compuesta por 11 ítems relacionados

con aspectos del proceso del morir. Las respuestas podían ir desde un *totalmente en desacuerdo* con la afirmación propuesta que se le otorgaba una puntuación de uno, hasta *totalmente de acuerdo* con una puntuación de siete. El cuadernillo se complementaba con dos preguntas: ¿Tienes miedo a la muerte? y ¿Tienes miedo a los muertos? Las respuestas se medían mediante una escala tipo Likert. Para conseguir el máximo anonimato y en consecuencia, una mayor fiabilidad de las respuestas, no se tuvo en cuenta la categoría profesional de los sujetos que participaron en este estudio. La administración del cuadernillo se realizó a lo largo del mes de abril de 2004.

### Resultados

Participaron 45 profesionales de 7 equipos que atienden a enfermos al final de su vida de Lleida capital. 5 sujetos eran del género masculino (11%) y el resto (89%) mujeres. Las profesiones de los participantes eran las de auxiliares de enfermería, celadores, enfermeras, fisioterapeutas, médicos y psicólogos. La media de edad fue de 46 años siendo la edad mínima de 27 años y la máxima de 55. La media del tiempo trabajando en cuidados paliativos fue de 6 años, siendo 12 años el tiempo máximo y 1 año, el mínimo.

En relación al género no se han observado diferencias significativas con ninguna de las variables del estudio.

La experiencia en años trabajando con enfermos terminales, no está relacionada con el miedo a la muerte o a los muertos.

En relación al área REPARACIÓN de la IE, se ha observado que esta área correlaciona negativamente ( $r = -0.427$ ;  $p < 0.01$ ) con el miedo a los muertos y con el miedo a la muerte ( $r = -0.421$ ;  $p < 0.01$ ). Es decir, cuanto mayor capacidad de reparación emocional tiene el profesional menos miedo a la muerte y a los muertos.

Por lo que respecta a la COMPETENCIA PERCIBIDA FRENTE A LA MUERTE, se observa una correlación negativa ( $r = -0.417$ ;  $p < 0.01$ ) con el miedo a los muertos y con el miedo a la muerte ( $r = -0.532$ ;  $p < 0.01$ ). Es decir, cuanto mayor competencia percibida tiene el profesional, menos miedo a la muerte y a los muertos.

Por otro lado, el área de la REPARACIÓN de la escala de IE, correlaciona positivamente con la COMPETENCIA PERCIBIDA ( $r = 0.464$ ;  $p < 0.01$ ). Cuanta mayor reparación tiene un profesional mayor competencia percibida (o al contrario). Podemos decir que la competencia percibida puede ser un componente integrante de la Reparación o capacidad para regular las propias emociones.

ATENCIÓN Y CLARIDAD no se relacionan estadísticamente con el miedo a la muerte o a los muertos ni con la competencia percibida.

En síntesis, Los sujetos que tienen mayores niveles de REPARACIÓN (REGULACIÓN) emocional presentan:

- menos miedo a los muertos
- menos miedo a la muerte
- mayor CLARIDAD emocional
- mayor COMPETENCIA PERCIBIDA FRENTE A LA MUERTE.

Y los sujetos que tienen mayores niveles de COMPETENCIA PERCIBIDA FRENTE A LA MUERTE presentan:

- menos miedo a los muertos
- menos miedo a la muerte
- mayor capacidad de reparación emocional

### Discusión

En nuestro estudio hemos pretendido evaluar el impacto o la influencia que la Inteligencia Emocional puede ejercer en el proceso de morir y en la vivencia de la muerte. A partir de los datos obtenidos, se desprende que la Inteligencia Emocional puede tener un efecto beneficioso a la hora de disminuir el impacto que la muerte puede generar en el personal asistencial y en concreto en el colectivo de Enfermería por ser el colectivo que más tiempo comparte con el enfermo al final de su vida.

Profundizando en el tema del enfermo al final de su vida, señalaremos que en la actualidad y en nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos (10). Esta negación social de la muerte también está presente en los profesionales sanitarios, que no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que puede generar la muerte y el trabajo continuado en el proceso de morir ajeno(11). Como señala Tomás-Sábado, (12), el colectivo de Enfermería que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, puede presentar actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, por el hecho de tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos o inseguridades del personal sanitario dificultarán la atención en el proceso de morir. Así pues, si se pudieran canalizar las conductas o actitudes negativas que genera la muerte, probablemente se podría incidir en una mejora de la atención que se presta al enfermo terminal y a su familia y que sin duda, redundaría en un mayor nivel de confort y bienestar. Por lo tanto, creemos que para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación y una preparación emocional específica en Enfermería, en lo referente a la muerte y la atención al enfermo terminal (13). Pero esta no es una labor fácil, porque como señalan Bayés, Limonero, Romero y Arranz(14), cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte. En este sentido, un primer paso en la mejora de la formación de los profesionales de la salud, en general, y de Enfermería en particular, deberá consistir en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás. Y en este contexto, el de las actitudes, investigar las emociones del profesional de Enfermería mediante la formación y la preparación en el tema de la Inteligencia Emocional. A este respecto, como señalan Ulla, Arranz, Argüello, Morcillo y Del Rincón (15), el enfrentamiento a situaciones especialmente delicadas como es el proceso de morir sin una formación específica, puede llevar a una disminución de la calidad asistencial que se proporciona a los pacientes y a sus familias, quienes ya se encuentran pasando por circunstancias difíciles de llevar de una forma serena.

Teniendo presente el punto anterior, creemos que poder profundizar en la IE en el inicio de los estudios de Enfermería podría facilitar una mejor preparación a la hora de afrontar el estrés y la ansiedad que puede generar trabajar con el enfermo terminal y su familia. Como señala Bellack (16), la necesidad de desarrollar habilidades en IE ha posibilitado la incorporación de esta materia en los planes de estudios de algunas escuelas americanas de Enfermería. Centrándonos en el colectivo de Enfermería, no cabe duda que la habilidad en la expresión, comprensión y regulación de las emociones puede ser una de las mejores formas de afrontar el estrés que genera trabajar con la enfermedad y el enfermo al final de su vida.

Como síntesis de este trabajo queremos resaltar que el miedo a la muerte y a los muertos sólo se da cuando el nivel de regulación o reparación de las emociones es bajo. Es decir, los profesionales sanitarios que se enfrentan día a día con la muerte, si poseen un elevado nivel de reparación emocional, la vivencia de la muerte es menos impactante, y en consecuencia, menos estresante, en comparación con los profesionales que presentan un nivel elevado de atención a los sentimientos y un bajo nivel de comprensión y reparación emocional.

Pero si importante puede ser la formación y la preparación del profesional que atiende a enfermos al final de su vida, también lo es la capacidad de sentirse competentes frente a la muerte. En nuestro estudio, confirmando los resultados de otras investigaciones (17,18), se ha observado que existe una relación directa entre Competencia Percibida Frente a la Muerte y miedo a la muerte y a los muertos. Los sujetos con un alto nivel de Competencia Percibida, muestran menos miedo a la muerte a los muertos y una mayor reparación emocional. Si tenemos presente que la Competencia Percibida es un proceso mental que puede ser potenciado mediante la formación y preparación en temas relacionados con la muerte (19), proponemos que si se quiere ayudar a los profesionales sanitarios a disminuir el impacto del proceso de morir, se tendrá que trabajar en la regulación de las emociones que interfieren en un proceso de morir ya cargado de emociones negativas, y que sin duda, delimitan el objetivo básico de los Cuidados Paliativos que es el confort del enfermo y familia.

## TABLAS

Tabla 1.- Correlaciones entre las variables del estudio.

		Correlaciones						
		ATENCIÓN	CLARIDAD	REPARACI	COMPET	V7 Miedo a los muertos	V8 Miedo a la muerte	V1 Tiempo con enfermos terminales en años
ATENCIÓN	Correlación de Pearson	1,000	,036	,168	,113	-,005	,316*	-,047
	Sig. (bilateral)	,	,812	,270	,458	,976	,034	,758
	N	45	45	45	45	45	45	45
CLARIDAD	Correlación de Pearson	,036	1,000	,333*	,145	-,168	-,146	-,008
	Sig. (bilateral)	,812	,	,026	,343	,269	,340	,960
	N	45	45	45	45	45	45	45
REPARACI	Correlación de Pearson	,168	,333*	1,000	,464**	-,427**	-,421**	,035
	Sig. (bilateral)	,270	,026	,	,001	,003	,004	,820
	N	45	45	45	45	45	45	45
COMPET	Correlación de Pearson	,113	,145	,464**	1,000	-,417**	-,532**	,114
	Sig. (bilateral)	,458	,343	,001	,	,004	,000	,455
	N	45	45	45	45	45	45	45
V7 Miedo a los muertos	Correlación de Pearson	-,005	-,168	-,427**	-,417**	1,000	,502**	-,135
	Sig. (bilateral)	,976	,269	,003	,004	,	,000	,376
	N	45	45	45	45	45	45	45
V8 Miedo a la muerte	Correlación de Pearson	,316*	-,146	-,421**	-,532**	,502**	1,000	-,049
	Sig. (bilateral)	,034	,340	,004	,000	,000	,	,748
	N	45	45	45	45	45	45	45
V1 Tiempo con enfermos terminales en años	Correlación de Pearson	-,047	-,008	,035	,114	-,135	-,049	1,000
	Sig. (bilateral)	,758	,960	,820	,455	,376	,748	,
	N	45	45	45	45	45	45	45

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*-. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2. Resultados del análisis estadístico entre reparación emocional y miedo a los muertos

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	5,919	1,289		4,594	,000
	REPARACI	-,132	,043	-,427	-3,100	,003

a. Variable dependiente: Miedo a los muertos

Tabla 2. Resultados del análisis estadístico entre reparación emocional y miedo a la muerte

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	9,373	1,543		6,074	,000
REPARACI	-,156	,051	-,421	-3,047	,004

a. Variable dependiente: Miedo a la muerte

#### Referencias

- 1.-Goleman, D. La inteligencia emocional. Barcelona: Kairos, 1996.
- 2.-Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. y Ravira, M. Adaptación al castellano de la escala rasgo de metacognición sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga, 1998.
- 3.-Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. La Inteligencia Emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. Revista de Educación 2003; 332: 97-116.
- 4.-Mayer, J.D. y Salovey, P. What is Emotional Intelligence?. En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), Emotional Development and Emotional Intelligence, 3-31. New York: Basic Books, 1997.
- 5.-Sanz, A. (1997). Autoeficacia, valor del incentivo y competencia percibida: efectos sobre la reactividad fisiológica, el afecto y la conducta. Tesis doctoral. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona, 1997.
- 6-Limonero, J.T.; Tomás-Sábado, J.; Fernández, J.; Gómez, J. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. Ansiedad y estrés 2004; (pendiente de publicación).
- 7-Elam, C.I. Use of "emotional intelligence" as one measure of medical school applicants' non cognitive characteristics. Academic Medicine 2000; 75(5): 445-446.
- 8.-Fernández-Berrocal, P. y Ramos- Díaz, N. Corazones inteligentes. Barcelona: Kairós, 2002.
- 9-Bugen, L. A. Coping: Effects of death education. Omega 1980-1981; 11: 175- 183.
- 10-Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, E., Burón, E. Y Enriquez, N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Medicina Paliativa 1999; 6, 4: 140-143.
- 11-Azulay, A. Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Rev. Medicina Paliativa 2000; 7 (4): 145-146.
- 12-Tomás-Sábado, J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. Enfermería Científica 2002; 246-247:42-47.
- 13-Witt, D., LaPorte, M., Panke, J., Grant, M. y Rhone, A. End-of life Nursing Education Consortium Curriculum. An introduction to Palliative Care. Nurse Educator 2003; 28 (3): 111-120.
- 14- Bayés, R., Limonero, J. T., Romero, E. y Arranz, P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Med Clin 2000; 115: 79-582.
- 15-Ulla, S.; Arranz, P.; Argüello, M. T.; Morcillo, J. L. y Del Rincón, C. Acercamiento al enfermo en situación terminal: Implicaciones para la formación de Enfermería. Enfermería Científica 2001; 234-235: 73-80.
- 16-Bellack, J.P. Emotional intelligence: a missing ingredient? Journal of Nursing Education 1999; 38: 3-4.
- 17-Colell, R., Limonero, J. T., Ballesté, J. y Blanco, J. Relación entre miedo a la muerte e Inteligencia Emocional en profesionales de cuidados paliativos. Libro de actas del V Congreso de la SCBCP. Lleida, 2004.
- 18-Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, MJ. y Aradilla, A. (2003). Influencia de la Inteligencia emocional y de la competencia percibida en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de psicología. Libro de actas del V Congreso Nacional de la SECPAL. Las Palmas de Gran Canaria, 2003.
- 19-Neimeyer, R.A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós, 1997.

### **Taltavull Aparicio, J. M., Bouchard, L.: Significado de la fase paliativa de cáncer para las personas afectadas y sus familias en Balears**

#### **Introducción**

La incidencia de las enfermedades crónicas, y en concreto la del cáncer, ha aumentado de manera importante en los últimos años y particularmente en los países desarrollados. En España, el cáncer representa actualmente el 25,6% de la mortalidad global (1-3). Esta situación, unida al progresivo envejecimiento de la población y al avance y desarrollo de la medicina y de la biotecnología, conduce a la existencia de un número cada día más elevado de personas que viviendo un proceso de cáncer en fase terminal requieren cuidados enfermeros con una finalidad paliativa (4). En esta fase avanzada el paciente y su familia viven un proceso de sufrimiento físico, psíquico y espiritual lo que suele conllevar un gran impacto emocional (1, 6-10).

Las creencias del paciente y de su familia relacionadas con la naturaleza de su problemática de salud determinan su proceso de adaptación a dicha situación. Aunque de índole personal, estas creencias están social y culturalmente arraigadas (11). Las costumbres, la religión y la espiritualidad, la dinámica familiar, los códigos éticos y legales, los estilos de comunicación, el concepto de autonomía, el saber popular... son algunos de esos elementos del contexto cultural y social que pueden influir en las diferentes creencias entorno al cáncer, la muerte, el sufrimiento, el dolor y las maneras de dar significado y vivir esta situación (12).

Algunos autores afirman que una comunicación ambigua, no clara y en la que se deja un espacio a la interpretación puede ocasionar grandes dificultades en la adaptación de la familia a la fase paliativa (13-16). Además, otros autores sostienen que la comunicación abierta entre los miembros de la familia incluyendo la persona enferma entorno a temas

que afectan o preocupan a ésta y/o entorno a sus emociones, favorecería su adaptación y les proveería de las herramientas necesarias para afrontar los cambios derivados de dicha situación (7, 17).

La sociedad española evoluciona y los nuevos códigos éticos y legales fomentan la autodeterminación de los pacientes. Este cambio social también se deja ver en los hábitos y las formas de hacer frente a estas situaciones de fase paliativa (13-15, 18, 19). Parece cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud la comunicación de la información referente al diagnóstico de cáncer y su pronóstico a la persona afectada. Se apunta a que con el tiempo aumentarán el número de familias que compartan la información de un mal pronóstico de cáncer con el paciente (14, 18). No está claro, sin embargo, cómo este nuevo abordaje, desde el que la autodeterminación de los pacientes es fuertemente fomentada, es vivido por las familias dentro de una sociedad donde tradicionalmente éstas han tenido siempre la responsabilidad de la toma de decisiones. ¿Cómo modifica este nuevo enfoque sus creencias, valores y el sentido que dan estas familias a su experiencia de la fase paliativa? Diversos autores del contexto mediterráneo se plantean esta cuestión (13-16, 18-20). Estos mismos autores hablan de una situación compleja en la que estos "nuevos" modelos de comunicación e información entran en conflicto con la situación social y cultural de partida, al no acordar, por ejemplo, suficiente importancia a las creencias sobre la vida y la muerte y/o al desatender el papel de la familia en estas situaciones.

Watson afirma que las enfermeras deben conocer mejor el significado que la persona/familia otorga a su enfermedad, a su sufrimiento y eventualmente a su muerte a fin de ayudarla a satisfacer sus necesidades en tanto que ente bio-psico-social y espiritual (21). Sólo desde esta postura de acercamiento e interés por el significado de la vivencia para el otro seremos capaces de acompañarle en su proceso y facilitar su crecimiento y desarrollo a través de la experiencia.

#### **Objetivo**

Describir y comprender el significado de la experiencia de la fase paliativa de cáncer para las personas afectadas y sus familias residentes en Illes Balears, cuando la información sobre la fatalidad del pronóstico es compartida.

#### **Metodología y método**

El estudio se ha realizado desde una perspectiva fenomenológica y utilizando el método fenomenológico desarrollado por Giorgi (22). Los participantes en el estudio son familias que, encontrándose uno de sus miembros en situación paliativa de cáncer, comparten la información sobre su diagnóstico y pronóstico fatal.

La captación de estas familias se ha realizado a través de los equipos de soporte de atención domiciliar de las Illes Balears. Como criterios de selección se ha considerado que los profesionales de la salud debían haber confirmado que la persona enferma y su familia habían recibido la información sobre el diagnóstico y pronóstico fatal de la situación de cáncer y además habían tratado el tema al menos en una ocasión. Se ha excluido del estudio a aquellas familias diagnosticadas de estrés psicológico mayor, incluyendo la depresión u otros conflictos. Se entiende como familia a todas aquellas personas que se consideren formar parte de ella, es decir, todas aquellas personas que perciban tener un fuerte lazo afectivo entre ellas y que participen de los cuidados y en la toma de decisiones en situación de enfermedad. Las cinco familias han aceptado voluntariamente su participación tras haber recibido y comprendido la información sobre el objetivo y procedimiento del estudio por parte de los profesionales asistenciales y de la investigadora. Cuatro de las familias participantes residían en Mallorca y una en Menorca.

Como **técnica de recogida de información** se han llevado a cabo dos entrevistas en profundidad con cada una de las cinco familias. La primera entrevista tenía como finalidad la exploración de la experiencia tal y como es vivida y expresada por las familias participantes. La segunda entrevista pretendía la profundización en el acercamiento a la vivencia.

**El análisis de la información** ha seguido el procedimiento definido por Giorgi (21): lectura de los datos, división de los datos en unidades de significación, organización y enunciado de los datos brutos en el lenguaje de la disciplina y síntesis de los resultados. Para dicho análisis se ha utilizado el soporte informático Atlas.ti.

El proyecto ha sido aprobado por el *Comité d'Éthique de la Recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montreal* y el *Comité d'Ètica d'Investigació Clínica de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears*.

#### **Resultados**

Para facilitar la lectura y comprensión de los principales resultados surgidos a partir de este trabajo de investigación este capítulo se estructura conforme al siguiente guión de ideas:

- En las familias participantes, el hecho de compartir la información del diagnóstico y pronóstico entre todos sus miembros no parece implicar el desarrollo de una comunicación abierta a todos los niveles entre ellos.
- El sufrimiento se erige en elemento principal de la vivencia de la fase paliativa para estas familias. Además cada una de estas 5 familias otorga un significado diferente a este elemento.
- Cada uno de los 5 sistemas familiares participantes en el estudio ha demostrado poner en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de esta experiencia en función de su propia concepción del sufrimiento y de los recursos, tanto personales como externos, a su alcance.
- Esta diferente concepción del sufrimiento parece condicionar además las dinámicas de comunicación y relación que se establecen dentro de cada sistema familiar.
- Finalmente, otros elementos tales como valores y creencias, nivel de conciencia de enfermedad o experiencias previas, parecen jugar un papel decisivo en la vivencia de estas 5 familias de la fase paliativa.

Antes de desarrollar un poco más en profundidad cada una de estas ideas creemos importante señalar que, a pesar de que por facilitar su lectura y comprensión, los hallazgos se presentan de forma esquemática y, hasta cierto punto lineal, no entendemos la vivencia de estas tres familias en esta forma. En base a nuestra interpretación de lo que estas cinco familias han compartido con nosotros, creemos que todos y cada uno de los elementos que conforman esta vivencia se encuentran interrelacionados y se retroalimentan. Así, por ejemplo, la concepción que cada familia hace del sufrimiento parece condicionar la dinámica de relación y comunicación establecida pero al mismo tiempo, las dinámicas de comunicación familiares parecen jugar un importante papel en la vivencia de la fase paliativa y, por lo tanto, en el significado que el sistema de a su elemento principal, el sufrimiento.

En las 5 familias participantes la información del diagnóstico y pronóstico había sido transmitida de manera abierta y clara hacia todos los miembros del sistema familiar involucrados en la fase paliativa. A pesar de ello, por lo que estas 5 familias han compartido con nosotros, y contrariamente a lo que inicialmente suponíamos, la comunicación dentro de cada sistema no parece resultar así de abierta ni clara en todos los niveles. Así mientras sí que se observa facilidad en la comunicación a nivel cognitivo e instrumental, no parece que el hecho de que la información sea compartida

facilite la comunicación a nivel emocional. Además de la información parece haber otros elementos más en relación con el proceso propio de cada sistema familiar que juegan un papel decisivo en la vivencia de la fase paliativa.

El sufrimiento parece ser el elemento central de la experiencia para estas 5 familias. El peso del sufrimiento en la vivencia de estas familias parece ser tan importante como para impedirles identificar otro tipo de significado en esta vivencia. Tal y como lo expresan los participantes se trata de un proceso de dolor y sufrimiento, de lucha continua contra la enfermedad y la muerte, en el que el crecimiento, el aprendizaje o el disfrute parecen quedar muy en un segundo plano. No obstante para cada una de estas familias el sufrimiento parece adoptar una forma diferente. Así para algunas el sufrimiento está directamente relacionado con el deterioro físico. Para otras el sufrimiento se sitúa más entorno a la pérdida de control de la situación. La dependencia de la persona enferma con respecto a sus cuidadores, generada por el progresivo deterioro físico, representa para algunas de las familias el foco principal de sufrimiento. Dentro de otros sistemas familiares, el sufrimiento tiene que ver con el desequilibrio y la pérdida de la normalidad que la propia enfermedad y su progresión acarream para dicho sistema. En cambio para otras, la cercanía y la certitud-incertitud de la muerte parecen acaparar todo el significado del concepto sufrimiento en la vivencia de la fase paliativa.

En esta situación y desde esta vivencia tan particular del sufrimiento en la fase paliativa, cada una de las 5 familias participantes desarrolla actitudes, comportamientos y estrategias propias que les permita el manejo y la supervivencia. Estos tres elementos que las familias necesitan utilizar en esta situación se muestran muy en relación con su esquema de valores, sus creencias y sus experiencias previas. La concepción que cada familia hace de sufrimiento, de proceso de muerte y duelo, y de sus propios recursos (personales y externos) tiene también clara influencia en dichas actitudes, comportamientos y estrategias. Así algunas familias se esfuerzan por mantener la normalidad que la propia enfermedad y el proceso de muerte parecen hacer tambalear. Del mismo modo, otras familias parecen aferrarse a la esperanza como estrategia para hacer frente al sufrimiento que en ellas genera la certitud de la muerte. En otras familias, en cambio, y a pesar de ser conocedoras, conscientes de la información entorno al diagnóstico y pronóstico, la negación de la enfermedad y del proceso parece ser su principal estrategia de funcionamiento. Finalmente, mientras unas familias parecen adoptar la estrategia de búsqueda y puesta en marcha de nuevos recursos (terapias alternativas) parece facilitar su vivencia de la situación, otras se mantienen en la pasividad y la no asunción de responsabilidad.

Esta concepción del sufrimiento y de la fase paliativa que hace cada una de las familias parece tener una gran influencia en las dinámicas de relación y comunicación que se establecen entre sus miembros. Como ya decíamos al principio, el hecho de que el diagnóstico sea conocido por todos los miembros no parece significar que sus dinámicas de comunicación vayan a resultar necesariamente abiertas a todos los niveles. En este punto, y según lo que estas familias hayan compartido con nosotros hay un elemento que parece estar por encima de la información. Esto es, la protección.

La protección parece estar a la base de cada una de las 5 dinámicas de relación observadas en las familias participantes. Se trata de una actitud de protección "multidireccional". Aunque generalmente instaurada por la persona enferma, la dinámica de protección es adoptada por todos y cada uno de los miembros involucrados en la vivencia de la fase paliativa y se dirige, a su vez, a todos y a cada uno de ellos.

En relación con la comunicación dentro de los 5 sistemas familiares la protección parece tomar forma de una no expresión emocional. Es como si mostrarse triste, expresar dificultad en la vivencia del proceso o reconocer ante el otro la pena de la futura pérdida pudiera dañar a éste, y, por lo tanto, y como forma de protegerlo, dicha expresión debiera evitarse. Así, a pesar de que la información sobre el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad es compartida desde el primer momento entre los miembros del sistema familiar la comunicación a nivel emocional entre ellos no se muestra evidente.

Pero el significado que estas familias dan a su vivencia no es ingenuo ni surge a partir de la nada. Valores social y culturalmente arraigados tales como la beneficencia (el bien para el otro), la familia, la enfermedad como castigo, y creencias tan fuertemente ancladas como "no pensar ayuda a vivir mejor el proceso", "si es cáncer en fase terminal ya nada depende de nosotros", "si no expreso el sufrimiento el otro no sufrirá por mí" juegan un papel decisivo en dichas vivencias.

Además experiencias previas en relación con enfermedades graves y procesos cercanos a la muerte u otro tipo de pérdidas, también parecen estar en relación con el significado que estas familias dan a su vivencia y que han querido compartir con nosotros en este estudio. Finalmente, podemos decir que parece haber otros dos elementos con un peso importante en estas vivencias. El concepto de no trascendencia, de la muerte como algo única y exclusivamente biológico, así como el nivel de conciencia de enfermedad, tanto de la persona enferma como del resto de los miembros, parece condicionar la manera de vivir la fase paliativa para estas familias.

#### **Discusión**

Son numerosos los autores que apoyan la idea de que las creencias y los valores influyen de manera decisiva en la manera de vivir la fase paliativa (5, 11-13). Además, parece una afirmación unánime en la literatura consultada el hecho de que el contexto cultural y social juegue también un papel decisivo en dicha vivencia. Resulta obvio pensar que valores y creencias estén íntimamente ligados a los contextos culturales en los que se originan. Así, y a partir de nuestro estudio hemos podido observar cómo la actitud de los profesionales de la salud de compartir la información de una manera abierta y clara con todos los miembros de la familia no obtiene los mismos resultados en todos los contextos. Estudios realizados en contextos anglosajones demuestran cómo este tipo de actitudes tienen un importante efecto en el desarrollo de una comunicación abierta a todos los niveles dentro de los grupos familiares (23). En nuestro estudio, la influencia de la cultura mediterránea, en la que tradicionalmente la expresión de emociones consideradas negativas (tristeza, rabia, dolor, sufrimiento) en entornos familiares no es habitual, se hace patente. Al contrario que lo que ocurre en los estudios de contexto anglosajón ya citados, nuestros resultados demuestran cómo para estas cinco familias el hecho de disponer y compartir la información no ha supuesto una gran contribución a su expresión emocional dentro del seno de la familia (13).

Además de las creencias y los valores, las cinco familias participantes nos han mostrado otros elementos, tales como el concepto de no trascendencia o el nivel de conciencia de enfermedad, que también parecen jugar un papel decisivo en su vivencia de la fase paliativa. Algunos de los autores consultados (10, 21, 24-27), vienen a refrendar este hallazgo al afirmar que los profesionales de la salud deben considerar los significados que las familias otorgan a la enfermedad y su proceso en la planificación de los cuidados, ya que éstos son únicos y personales y, además, determinarán la vivencia.

Nuestros resultados coinciden con varios de los autores consultados al afirmar que la vivencia de la fase paliativa de cáncer provoca un gran impacto dentro de los sistemas familiares en los que se instaura. La necesidad del sistema de mantener o reestablecer su equilibrio resquebrajado tras la aparición en sus vidas del diagnóstico y pronóstico difíciles, obliga a la reestructuración de roles y dinámicas de relación entre sus miembros, incluyendo a la persona enferma (1, 6-10, 28). Las cinco familias participantes en nuestro estudio han puesto de manifiesto sus esfuerzos por establecer dinámicas que, dirigidas a mantener su equilibrio, minimicen el impacto del sufrimiento que viven durante esta fase de sus vidas.

Una de estas dinámicas que las familias en nuestro estudio parecen adoptar en su vivencia de la fase paliativa parece ser la de protección. Los resultados nos muestran como las familias adoptan una posición de protección con respecto al otro de manera bidireccional, es decir tanto de la persona enferma hacia los otros miembros de la familia como de éstos hacia ella. Centeno y Nuñez (18) y Rubiales y colaboradores (15), así como otros autores del contexto mediterráneo (29) ya apuntaban en esta dirección al describir en sus respectivos estudios la importancia de las dinámicas de protección en el manejo del sufrimiento en situaciones de terminalidad o de enfermedad grave. Otros autores del contexto anglosajón describen en sus estudios cómo familias que viven la fase paliativa adoptan estas mismas dinámicas de protección entre sus miembros (8, 30).

Éste, el sufrimiento, parece ser el elemento central de dicha experiencia tanto para gran parte de los autores consultados como para las cinco familias participantes. (10, 12, 28). Además, el hecho de que el sufrimiento se conciba de diferente forma dentro de cada sistema familiar (temor por la pérdida de control frente a la situación de pérdida cercana, sentimientos de incertidumbre, de soledad y de dolor) es una apreciación ya aportada por algunos de estos autores (10, 23-26, 28).

#### **Conclusiones**

La vivencia de una familia que se encuentre en fase paliativa viene condicionada por sus propias creencias y valores entorno a ella, influenciada enormemente por el contexto sociocultural donde se encuentre. Además, los conceptos de familia, enfermedad, dependencia, sufrimiento,... harán que la familia adopte una actitud determinada y, por tanto, se desarrolle una dinámica de comunicación y relación familiar concreta.

Parece pues importante para el desarrollo de un trabajo de acompañamiento y cercanía en este tipo de situaciones, el considerar los aspectos culturales en la comunicación y relación entre los profesionales y los diferentes miembros del sistema familiar.

#### **Implicaciones para la práctica enfermera**

El estudio pretende facilitar el acercamiento de los profesionales a la vivencia de las familias de la fase paliativa, desde la comprensión y aceptación de cada vivencia como única e irrepetible. Este acercamiento intenta facilitar el desarrollo por parte de las enfermeras de una sensibilidad específica ante la vivencia de los grupos familiares en situaciones de pronóstico fatal.

#### **Agradecimientos**

Vaya mi agradecimiento más sincero y cercano para las cinco familias participantes sin las que este trabajo no hubiera sido posible.

#### **Bibliografía**

1. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Pascual L, Pérez N, Sánchez M, Torrubia P. Documento de consenso SECPAL-SEMFYC: Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Atención primaria* 2001; 27(2): 123-126.
2. Ocaña-Riola R, Martínez-García C. Predicción de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en España para el año 2000. *Atención Primaria* 1999; 24(10): 563-568.
3. López-Abente G, Pollán M, Pérez-Gómez B. Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer. Información disponible a diciembre de 2003. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
4. Holland JF. *Cancer Medicine*. 5ª ed Philadelphia : Lea & Febiger; 2000.
5. Kemp C. *Terminal illness. A guide to nursing care*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
6. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención Primaria* 2002; 29(1): 50-52.
7. Davies B, Reimer JC, Martens N. Family Functioning and Its Implications for Palliative Care. *Journal of Palliative Care* 1994; 10(1): 29-36. Leis, Kristjanson, Koop y Laizner 1997.
8. Leis AM, Kristjanson L, Koop M, Laizner A. Family health and the palliative care trajectory: a cancer research agenda. *Cancer Prevention & Control* 1997; 1(5): 352-360.
9. Morse SR, Fife B. Coping With a Partner's Cancer: Adjustment at Four Stages of the Illness Trajectory. *Oncology Nursing Forum* 1998; 25(4): 751-760.
10. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2001.
11. Rolland J. *Families, illness and disability : An integrative model*. New York: Éd. Basic Books; 1994.
12. Talamantes MA, Lawler WR, Espino DV. Hispanic american elders: caregiving norms surrounding dying and the use of hospice services. *Hospice Care and Cultural diversity* 1995; 35-49.
13. Gordon DR. The Ethics of Ambiguity and Concealment Around Cancer. En: Benner P. *Interpretive Phenomenology : Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks: Éd. Sage publications Ltd; 1994. p. 279-322.
14. Gómez M. Información y comunicación: cómo dar malas noticias. *Medicina Paliativa* 2001; 8 (1).
15. Rubiales AS, del Valle ML, García C, Garavís MI, Rey P, Vecino A, Hernández S, López-Lara F. La información a la familia del enfermo oncológico. *Cuadernos de Bioética* 2000/ 3ª-4ª, 388-401.
16. Sanz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable?. *Medicina Clínica* 2001; 116: 186-190.
17. Vess JD, Moreland JR, Schwebel AI. An Empirical Assessment of the Effects of Cancer on Family Role Functioning. *Journal of Psychosocial Oncology* 1985; 3(1): 1-16.
18. Centeno C, Nuñez JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Medicina Clínica* 1998; 110(19): 744-750.

19. Rubio ML, Adalid C, de Castro C. Dilemas éticos en el cuidado de un paciente terminal: una visión desde la asistencia primaria. *Atención Primaria* 2001; 27(9): 621-622.
20. Thomas LV. Louis-Vicent Thomas ou l'Occident revisité. *Frontières* 1998; 11(1): 15-20.
21. Watson J. *Le caring : Philosophie et science des soins infirmières (Adaptation française de Bonnet J.)*. Paris : Éd. Seli Arslan; 1985.
22. Giorgi A. De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. En : Poupart J, Deslauriers JP, Grulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Éd. Gaëtan Morin; 1997. p. 341-364.
23. Northouse PG, Northouse LL. Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *Journal of Psychosocial Oncology* 1988; 5(3): 17-46.
24. Donnelly E. Culture and the meanings of cancer. *Seminars in oncology nursing* 1995; 11(1): 3-8.
25. Duhamel F. *Une approche systémique en soins infirmiers*. Québec : Éd. Gaëtan Morin Éditeur; 1995.
26. Germino B, Fife B, Funk S. Cancer and the partner relationship : what is its meaning ? *Seminars in Oncology Nursing* 1995; 11(1): 43-50.
27. Latimer EJ. Ethical care at the end of life. *Canadian Medical Association* 1998; 158(13): 1741-1747.
28. Reimer JC, Davies B, Martens N. The nurse's role in helping families through the transition of « fading away ». *Cancer Nursing* 1991; 14(6): 321-327.
29. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(1): 59-68.
30. Robinson CA. Women, Families, Chronic illness, and Nursing Interventions : From Burden to Balance. *Journal of family nursing* 1998; 4(3): 271-290.

## **Mesa Redonda (Bilingüe): Práctica clínica en enfermería/ Nursing Clinical Practice**

**Isla, P., Castella, E., Insa, R., Icart, T., Boltaña, A., Ricomà, R., Rius, P., Juvinyà, D., Bernat, R., Panisello, M., Bosch, X.: *Cribaje de Diabetes Desconocida en una muestra oportunista de población residente en Catalunya. 2001-2002***

### **Resumen**

Con motivo del Día Mundial de la Diabetes de 2001 y 2002, una enfermera educadora en diabetes, profesoras y estudiantes de Escuelas Universitarias de Enfermería, en colaboración con la Asociación de Diabéticos de Catalunya y con el soporte del Consell Assessor de la Diabetis a Catalunya, participan en una campaña de cribado de diabetes en la población residente en Catalunya. Esta campaña tiene la finalidad de estudiar la prevalencia de diabetes tipo 2 en una muestra oportunista de la población catalana. También pretende sensibilizar a la población general y a los estudiantes de enfermería de la importancia sanitaria de esta enfermedad y potenciar el papel investigador y social de la enfermera. Se estudian 960 personas en el 2001 y 4083 personas en el 2002 y se encuentran 42 y 77 glucemias alteradas respectivamente en la población sin diabetes conocida. Esto supone una prevalencia de glucemias alteradas del 5.5% en 2001 y del 2.2% en 2002. Tanto los profesores como los alumnos participantes valoran positivamente esta experiencia y el nivel de satisfacción de los estudiantes es muy elevado.

### **Introducción**

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública a escala mundial debido a su elevada prevalencia, a sus complicaciones agudas y crónicas y a su impacto sociosanitario. La OMS ha realizado proyecciones numéricas de la prevalencia de DM en el mundo en los años 1995, 2000 y 2025 y, según este estudio, se estima que el número de pacientes diabéticos adultos aumentará un 122% entre 1995 y 2025, pasando de 135 millones de personas a 300 millones (1). Las tasas de incidencia y prevalencia de DM no se conocen con exactitud. En relación a la diabetes tipo 1 existen datos de incidencia más fiables proporcionados por el estudio EURODIAB (2), pero no sucede lo mismo con la diabetes tipo 2 debido a las dificultades prácticas de realizar un diagnóstico al inicio de la enfermedad por la ausencia de sintomatología. Según los actuales criterios diagnósticos de DM ((3), el estudio NHANES III (4) refleja una prevalencia de DM en EE.UU. del 7,9%, y una prevalencia de DM no diagnosticada del 4,4%. Algunos estudios realizados en España (5-6-7-8-9) estiman la prevalencia total de diabetes, conocida y desconocida, en un 6% de la población de 0 a 89 años. Aunque la prevalencia de diabetes desconocida en estos estudios se sitúa alrededor del 3%, se estima que el 50% de las personas con diabetes estarían sin diagnosticar.

La mayor morbilidad y mortalidad atribuible a la DM se debe a las complicaciones crónicas: la DM es la primera causa de ceguera en muchos países desarrollados. El riesgo de infarto agudo de miocardio aumenta 2-6 veces y el de trombosis cerebral más de 10 veces. La diabetes es causa de la mitad de amputaciones no traumáticas realizadas en España y es también la primera causa de insuficiencia renal terminal (9). El riesgo de presentar complicaciones crónicas se relaciona con el grado de control metabólico y con los años de evolución de la diabetes, pero como en la diabetes tipo 2 la sintomatología es solapada durante muchos años, muchos pacientes presentan complicaciones en el momento del diagnóstico. El coste económico de la diabetes es extraordinario y la mayor parte es atribuible a su morbilidad. Aunque existen pocos estudios al respecto y se utilizan cifras de prevalencia discrepantes, el estudio europeo CODE-2 (10) estima que, en 1999, un diabético español generó un coste de 2.895 €/año (480.570 ptes.), frente a los 1.739 €/año (288.674 ptes) de media del resto de ciudadanos. Sólo los costes de la diabetes tipo 2 generaron 326.000 millones de pesetas.

Desde el año 1998, el Día Mundial de la Diabetes, que se celebra el 14 de noviembre, los alumnos de la EUE de la Universidad de Barcelona, que realizan la asignatura optativa "Atención de Enfermería al Enfermo Diabético", colaboran con la Asociación de Diabéticos de Catalunya, informando, sensibilizando de la importancia del diagnóstico precoz de la DM y determinando glucemias a todas las personas que acuden a las mesas que se colocan en carpas situadas en la Avenida de la Catedral de Barcelona y en la entrada de las consultas externas del Hospital de Bellvitge. En el año 2001, las profesoras de la asignatura, proponen a los alumnos realizar una recogida de datos con la finalidad de analizar y discutir los resultados posteriormente. Se estudian 960 sujetos y se encuentran una prevalencia de

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

hiperglucemia en el 5,5% de las personas no diagnosticadas previamente de diabetes pero sólo se realiza una determinación de glucemia y no hay seguimiento. En el año 2002, se realiza un estudio similar en las cuatro provincias catalanas con la participación de la Asociación de Diabéticos de Catalunya y profesoras y alumnos de enfermería de las Universidades de Barcelona, Lleida, Girona y Rovira i Virgili de Tarragona en el que se derivan los casos con glucemias alteradas al médico de cabecera y se realiza un seguimiento a los seis meses para confirmar o no el diagnóstico de DM.

#### **Objetivo de investigación**

Determinar la prevalencia de diabetes desconocida en una muestra oportunista formada por todas las personas que acuden a analizar su glucemia el Día Mundial de la Diabetes

#### **Objetivos formativos**

- Sensibilizar a los futuros profesionales de enfermería y a la población en general de la importancia de diagnosticar y controlar la DM precozmente para disminuir el riesgo de complicaciones a corto y a largo plazo.
- Mostrar a los futuros profesionales enfermeros que el cribado de diabetes es sencillo y es necesario integrarlo en la consulta de enfermería, especialmente en aquellas personas consideradas de riesgo (personas con antecedentes familiares de diabetes; obesidad; intolerancia previa a la glucosa, mujeres con historia de diabetes gestacional o personas mayores de 40 años que presenten otros factores de riesgo cardiovascular).
- Potenciar el trabajo de los profesionales de enfermería y mostrar que pueden participar en la realización de estudios epidemiológicos, tanto en el diseño como en el trabajo de campo y presentación de resultados

#### **Material y método**

El Día Mundial de la Diabetes del 2001, 30 estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona, previamente entrenados, junto a la Asociación de Diabéticos de Catalunya, determinan una glucemia capilar a todas las personas que se acercan a las mesas preparadas en lugares céntricos de Barcelona y Hospitalet de Llobregat y escriben los datos en una hoja de registro con la que se ha realizado una prueba piloto. Las variables de estudio son: edad, sexo, diagnóstico de diabetes, cifra y tipo de glucemia (pre o postprandial), tratamiento en caso de DM y motivo de consulta. En el año 2002 se realiza un estudio multicéntrico similar en 9 ciudades de Catalunya con la participación de 9 profesoras, una enfermera educadora en diabetes y 126 alumnos de las Universidades Públicas de las 4 provincias catalanas. A partir del año 2002, a las personas no diagnosticadas previamente de diabetes que presentan hiperglucemia se les abre una ficha y se les remite, con un informe, al médico de cabecera. La carta al médico incluye una ficha y un sobre franqueado para devolver el resultado de las pruebas realizadas y la confirmación o no del diagnóstico de DM a la responsable del proyecto. En los casos que no se obtiene respuesta, se realiza una entrevista telefónica al cabo de 6 meses. Los criterios de anormalidad de glucemia son: Glucemia preprandial:  $\geq 126$  mg/dl y glucemia postprandial: entre 30' y 60':  $\geq 200$ mg/dl y entre 1 h. 30' horas y 2 horas:  $\geq 180$  mg/dl. Estos criterios se consensúan con el Consell Assessor de la Diabetis a Catalunya. Se realiza un estudio descriptivo con el programa informático SPSS 11.0. Con las variables cualitativas se realizan: tablas de contingencia, chi cuadrado o test exacto de Fisher. Con las variables cuantitativas: desviación estándar, T de Student, U de Mann Whitney, análisis de la varianza y Kruskal-Wallis. Todas las pruebas se realizan con un intervalo de confianza del 95%. A los alumnos participantes se les pasa un cuestionario para valorar el interés despertado por la experiencia y el grado de satisfacción.

#### **Resultados**

En el año 2001 se estudian 960 personas. 44.1% hombres y 54.9% mujeres; edad media: 58.4 (DS:16.85). Son diabéticos conocidos el 19.6%. En el resto se encuentran 42 glucemias alteradas lo que significa una alteración de la glucemia en el 5.5% de los casos. De estos son hombres el 52.3% y mujeres el 47.7% con edad media de 62.14 (DS:11.06). No se confirma el diagnóstico de diabetes ya que no se realiza ninguna prueba posterior ni seguimiento.

En el año 2002 se estudian 4.083 personas, el 54.7% procedentes de Barcelona y Hospitalet, el 35% de Tarragona y provincia, el 5.2% de Lleida y el 5% de Girona. Son hombres el 38.1% y mujeres el 61.9% con edad media de 47.6 (DS: 20.42). Los porcentajes de intervalos de edad se reflejan en el gráfico 1. El 12% tiene una diabetes diagnosticada. Para el estudio de la prevalencia de diabetes desconocida se eliminan 103 casos por corresponder a turistas no residentes en Catalunya o por desconocer el horario de la última ingesta y a 484 personas con diabetes conocida quedando una población de 3496 personas. Entre estas se encuentran 77 glucemias alteradas. De estos, son hombres el 64.9%, con edad media de 59.68 (SD:13.11) y mujeres el 35.1% con una edad media de 62.52 (SD:16.9). Estas cifras implican una prevalencia de glucemias alteradas del 2.2% en la población estudiada pero se observa que el porcentaje se incrementa con la edad ( $p=0.001$ ) pasando de 0.4% en menores de 30 años al 4,3% en la franja de 65 a 80 años y el 5,3%, en mayores de 80 años (Tabla 1), no existiendo diferencias significativas por sexo.

Al cabo de seis meses se puede confirmar el diagnóstico de diabetes en el 42.85% de los casos, una intolerancia a los hidratos de carbono en el 6.49%, son falsos positivos el 14.28% y hay una pérdida del 36.36% de los casos (Tabla 2). La confirmación del diagnóstico se produce por respuesta del médico de cabecera en el 13% de los casos y por teléfono en el 50.64%. No hay diferencias en el tipo de respuesta por provincias ni por sexo. Las mujeres consultan más que los hombres ( $p=0,001$ ) pero los hombres presentan más casos de glucemias alteradas ( $p=0,001$ ). En todos los grupos de edad y en ambos sexos el principal motivo de consulta es la curiosidad ( $p=0.001$ ) seguido del hecho de tener antecedentes familiares de diabetes (gráfico 2).

Todos los alumnos participantes muestran un elevado grado de satisfacción. Consideran muy interesante la experiencia y se muestran más sensibilizados hacia el problema sanitario y social de la diabetes y valoran la importancia del papel enfermero en el cribaje de diabetes.

#### **Discusión**

La prevalencia de diabetes desconocida confirmada en el estudio de 2002 es del 0.92% y la intolerancia a los hidratos de carbono es de 0.13% lo que supone una alteración del metabolismo de la glucosa del 1.05% en la población estudiada. Estas cifras son bajas en comparación a otros estudios realizados en nuestro medio (5-6-7-8-9) que se sitúan alrededor del 3% y muy por debajo de la prevalencia de diabetes desconocida en EEUU (4) que es del 4,4%. Esto puede deberse a varias causas: el 0.8% de casos de hiperglucemia no pueden confirmarse al no recibir respuesta del médico de cabecera y no haber sido posible el contacto telefónico. Por otra parte en Tarragona, el día Mundial de la diabetes coincide con el Día de la Salud que se celebra en la Universidad y el 83.5% de las personas que determinan su glucemia son menores de 34 años.

Del total de la muestra el 31.5% de casos tienen menos de 34 años lo que constituye un sesgo de selección ya que la diabetes desconocida es propia de la DM tipo 2 y se presenta, generalmente, en personas mayores, aumentando el riesgo con la edad como se observa en los resultados de hiperglucemia obtenidos que pasan del 0.4% en menores de 30 años al 5.3% en mayores de 80 años. Los datos de prevalencia obtenidos por intervalos de edad y la cifra del 5.5% de glucemias alteradas encontradas en el año 2001, permiten pensar que la cifra de prevalencia sería similar a la de otros estudios realizados en nuestro medio.

En nuestro estudio, la prevalencia de diabetes aumenta con la edad y el porcentaje de diabetes es mayor en hombres que en mujeres, datos que concuerdan con la literatura (15-16). En el año 2000, la American Diabetes Association (ADA), a partir de la revisión realizada por Engelgau y otros (12), aconseja para el cribaje de diabetes utilizar la glucemia plasmática en sangre venosa en ayunas (GPA) o la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) si la glucemia en ayunas es normal pero existen sospechas de diabetes tipo 2. Los valores de GPA y PTOG para considerar el cribaje positivo son los establecidos para el diagnóstico de diabetes (3). Un estudio reciente establece la PTOG como la prueba de cribaje más efectiva seguida de la GPA (13). El problema de la PTOG es que es una prueba costosa por lo que su utilización es escasa (14) e imposible de realizar en un cribado con una muestra oportunista de población general. Lo mismo sucede con la determinación de GPA. En nuestro estudio la única prueba factible es la determinación de una glucemia aleatoria (a cualquier hora del día) y se deja a criterio médico el realizar otras pruebas para confirmar el diagnóstico pero la respuesta médica es muy baja por lo que en futuros estudios debería plantearse la coordinación con los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Las principales limitaciones del estudio se derivan de la pérdida de casos por la baja respuesta del médico de cabecera, por la dificultad del seguimiento de las personas identificadas con glucemias alteradas, por la imposibilidad de realizar el diagnóstico definitivo de forma autónoma y por trabajar con una muestra poblacional oportunista.

No obstante, a pesar de las limitaciones del estudio, los resultados avalan la necesidad de realizar cribajes oportunistas en la población y en las consultas médicas y de enfermería. Este trabajo permite detectar la diabetes en personas que lo desconocen y puede prevenir y/o disminuir la morbilidad. Además este estudio tiene otros objetivos que se consiguen satisfactoriamente. Un objetivo importante es sensibilizar a la población y esto se consigue por la participación comunitaria y la repercusión que tiene en diferentes medios de comunicación. Proporciona un aprendizaje teórico-práctico significativo que es imposible realizar en el aula ya que prepara a los futuros enfermeros para promover actividades autónomas de promoción y prevención de la salud, favorece trabajar con la comunidad, fuera del marco sanitario, en equipo con compañeros, profesoras y usuarios. Además potencia la figura social de la enfermera y demuestra que puede participar en la realización de estudios epidemiológicos, tanto en el diseño como en el trabajo de campo y presentación de resultados. Este estudio multicéntrico mejora la comunicación entre diferentes Escuelas de Enfermería y facilita el trabajo en equipo.

**Este proyecto ha estado financiado por Laboratorios Menarini, Lyfescan, Bayer y Abbot**

#### Bibliografía

- King, H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431
- EURODIAB ACE Study: A Study Group. Wide variation in the incidence of childhood onset insulin-dependent diabetes mellitus in Europe: The EURODIAB ACE Study. *Lancet* 1992; 339:905-909
- ADA. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20:1183-97
- NHANES III Am Heart J 2000; 139: 371-7.
- Franch Nadal J, Alvarez Torices JC, Alvarez Guisasola F, Diego Dominguez F, Hernández Mejía R y Cueto Espinar A. Epidemiología de la diabetes mellitus en la provincia de León. [Med Clin \(Barc\) 1992](#); 98: 607-611
- Franch Nadal J, Alvarez Torices JC, Alvarez Guisasola F, Diego Dominguez F, Pablo Pons M, Hernández Mejía R. El diagnóstico de la Diabetes Mellitus en los estudios epidemiológicos. *Aten Primaria* 1991; 8: 33-38.
- Bayo J, Sola C, García F, Latorre PM, Vázquez JA. Prevalencia de la Diabetes mellitus no dependiente de la insulina en Lejona (Vizcaya). [Med Clin \(Barc\) 1993](#); 101: 609-612.
- Tamayo B, Faure E, Roche MJ, Rubio E, Sanchez E, Salvador JA. Prevalence of Diabetes and Impaired Glucose Tolerance in Aragon, Spain. [Diabetes Care 1997](#); 4: 534-ss
- Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras L. Prevalence of diabetes in Catalonia (Spain): an oral glucose tolerance test-based population study. [Diabetes Res Clin Pract 1999](#); 43:33-40
- Perez Maraver M, Isla Pera P. Complicaciones crónicas de la diabetes en Isla P., Curso de Diabetes Nacional en Enfermería. Barcelona: Científic Communication (2);5-11, 2001
- CODE-2: Revealing the costs the Type 2 Diabetes in Europe. EASD Satellite Symposium. Brussels, 1999
- Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH. Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:1563-80
- Zhang P, Engelgau MM, Valdez R, Benjamín SM, Cadwell B, Venkat Narayan KM. Cost of screening for pre-diabetes among US adults: a comparison of different screening strategies. *Diabetes Care* 2003;26:2536-42
- González-Clemente JM, Galdon G, Mitjavila J, Miñarro A, Jiménez-Pérez G, Mauricio D. Translation of the recommendations for the diagnosis of diabetes mellitus into daily clinical practice in a primary health care setting. *Diabetes Res Clin Pract* 2003;62:123-29
- Diabetes tipo 2 en España. La magnitud del problema: ¿Cuántas personas con diabetes hay en España? (Editorial). *Educación Diabetológica Profesional* 1999; 10:4-5
- Perez Unanua MP, Alonso Sacristán P, Poiz Fernández JC, García Lázaro MI. Diabetes tipo 2. ¿Qué podemos esperar tras la adopción de los nuevos criterios diagnósticos? Incremento de la prevalencia de diabetes y diagnóstico precos en la población atendida en un centro de salud. *Medifam* 2002; 3:191-98

**Tabla 1: Glucemias alteradas y glucemias normales por grupos de edad (2002)**

Estadísticos	Resultado Glucemias
--------------	---------------------

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Edad por grupos			Glucemia alterada	Glucemia normal	
Edad por grupos	<20 años	Recuento		443	443
		% de edad por grupos		100,0%	100,0%
20-34		Recuento	3	792	795
		% de edad por grupos	,4%	99,6%	100,0%
35-49		Recuento	15	711	726
		% de edad por grupos	2,1%	97,9%	100,0%
50-64		Recuento	25	729	754
		% de edad por grupos	3,3%	96,7%	100,0%
65-80		Recuento	30	671	701
		% de edad por grupos	4,3%	95,7%	100,0%
>80		Recuento	4	72	76
		% de edad por grupos	5,3%	94,7%	100,0%
Total		Recuento	77	3418	3495
		% de edad por grupos	2,2%	97,8%	100,0%

**Tabla 2: Confirmación diagnóstico DM a los 6 meses (2002)**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Diabetes	33	42.85	42.85
	Intolerancia Glucosa	5	6.49	49.29
	No diabetes	11	14.28	63.57
	Perdidos	28	36.36	100,0
	Total	77	100,0	

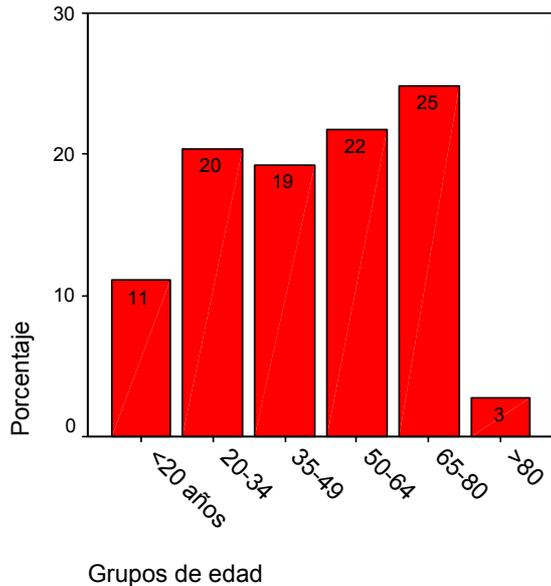


Gráfico 1: Porcentaje de población estudiada por grupos de edad (2002)

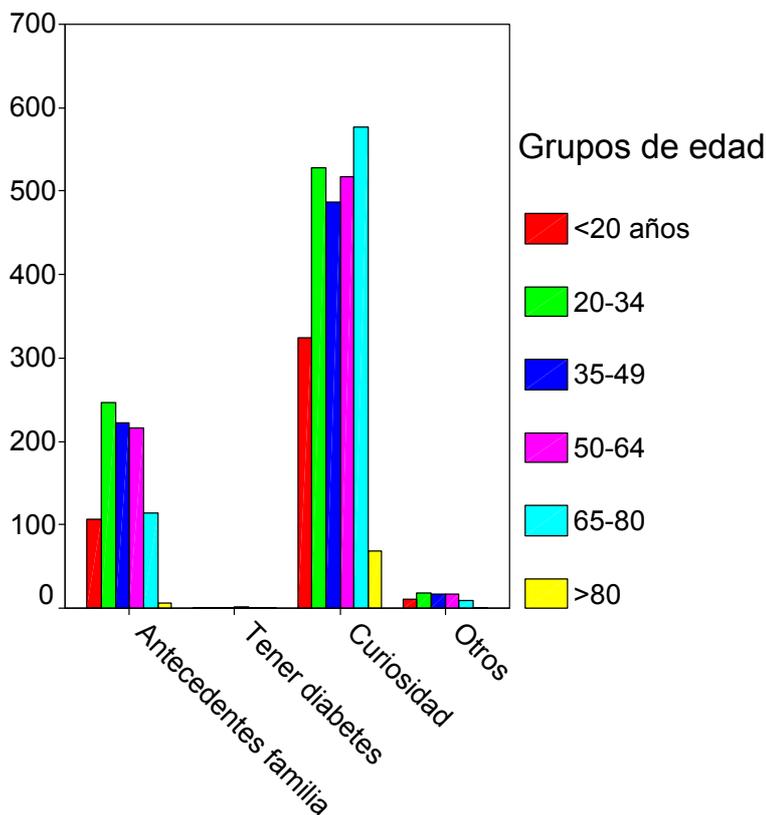


Gráfico 1: Motivo de consulta según grupo de edad (2002).

**Jurado, J.: Factores de Riesgo Cardiovascular en la Diabetes Mellitus Tipo 2. Proyecto FIS 01/0846**

**Introducción**

La presencia de diabetes tipo 2 (DMT2) implica un riesgo equivalente al de un evento cardiovascular previo<sup>(1)</sup>, por ello su asociación con otro factor de riesgo exige una atención integral del paciente con un óptimo control metabólico y

prevención secundaria mediante adecuado control de la hipertensión arterial (HTA), del perfil de lípidos y demás componentes del síndrome metabólico como factores de riesgo cardiovascular<sup>(2,3)</sup>.

#### **Objetivos**

Evaluar la prevalencia de factores clásicos de riesgo cardiovascular y la situación epidemiológica de diferentes variables en nuestro entorno, para mejorar los cuidados de los pacientes, tomar decisiones y estimular la investigación multidisciplinar en la enfermería.

#### **Métodos**

Estudio descriptivo transversal realizado (noviembre de 2001-agosto de 2002) en las comarcas de la Garrotxa, Ripollès y Pla de l'Estany (Girona) con 92.912 habitantes y siete áreas básicas de salud.

Se seleccionó una muestra aleatoria inicial de 400 sujetos del censo general de pacientes con DMT2, calculada para un estudio de prevalencia de polineuropatía diabética prevista de un 30% con previsión de posibles pérdidas.

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Los datos fueron registrados mediante cuestionarios, anamnesis, exploración física, registros de la historia clínica y determinaciones bioquímicas.

Se estudiaron factores clásicos de riesgo cardiovascular [diabetes, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, hábito tabáquico, edad, género, obesidad, perímetro abdominal y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV)].

El Síndrome Metabólico se estableció de acuerdo con los criterios del Adult Treatment Panel (ATPIII).

El riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años se estimó según criterios del ATPIII (Framingham Point Scores).

La educación diabetológica recibida se clasificó en ausente; no especializada y especializada.

#### **Resultados**

Cumplieron los criterios de inclusión 307 pacientes (61.6% hombres), sin diferencias significativas en género ni edad con la muestra seleccionada (intervalo de confianza del 95%) ni con la población general de pacientes con DMT2.

La muestra presentó una edad media de 59.63 ± 7.87 años (intervalo: 30-69), evolución conocida de la diabetes: 8.6 ± 7 años, HbA1c 7.0 % ± 1.44, IMC 30.01 ± 4.7.

La prevalencia de ECV observada fue del 21,97% (IC:14,74-23,67).

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: HTA 74.5% [un 19.7% de pacientes presentó un control óptimo (TA ≤140/80 mm/Hg)]; dislipemia: 56,39% (un 5,20% de pacientes presentó perfil de lípidos óptimo; un 21,40% sub-óptimo; y un 73.4% inadecuado); fumadores: 14.98% (IC:10.97-19.00); obesidad (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>): 44.95% (IC: 39.36-50.55); antecedentes familiares de ECV: 38.49% (IC:32.98-43.99).

La presencia de 3 o más factores de riesgo cardiovascular fue del 91,39%.

La presencia de ECV se relacionó con el número de factores de riesgo, HTA, dislipemia, obesidad, antecedentes familiares de ECV y años de evolución (p<0,001), con el perímetro abdominal (p<0,01) y con la edad (p<0,05).

La enfermedad cardiovascular y el riesgo de cardiopatía isquémica fueron más frecuentes en hombres que en mujeres (p<0,001).

Estudiando las características de la muestra con ECV, se observaron diferencias significativas relacionadas con la edad (p<0,05), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (p =0,001), perímetro abdominal y años conocidos de evolución de la diabetes.

El 56,90% presentó un óptimo (HbA1c <7%) control metabólico; un 17,25% (IC:12,83-21,67) presentaba retinopatía diabética; un 31,29% afectación de la función renal [el 5,69% nefropatía (IC:2,97-8,42)].

La media de riesgo cardiovascular a 10 años fue del 10,01% [un 8,79% presentó puntuaciones >20% (más elevado en hombres: 13,42%, que en mujeres: 4,55% (p<0,001))].

El Síndrome Metabólico se observó en el 68,75% (IC:63,51-73,99) de pacientes, aumentó significativamente con la edad (p<0,001) y fue más prevalente en mujeres (p<0,001). Su componente más frecuente fue la HTA (92,15%) [en mujeres la obesidad abdominal (96,97%)].

La educación especializada se relacionó con: mejor control metabólico (p<0,05), mejor control de los componentes del síndrome metabólico (p<0,05-0,001) y menor riesgo de cardiopatía isquémica (p<0,01).

#### **Discusión**

La importante prevalencia de ECV observada indica que las medidas de precaución, profilaxis y prevención secundaria en la diabetes no han sido conseguidas<sup>(4,5)</sup>.

Pese al buen control metabólico<sup>(4,5)</sup>, la población diabética presenta una prevalencia muy elevada de HTA y el grado de control de la dislipemia<sup>(6)</sup> es muy deficitario. El bajo porcentaje de pacientes con control óptimo de la HTA y del perfil de lípidos, puede indicar un tratamiento insuficiente o inadecuado<sup>(7,8)</sup>.

El alto porcentaje de pacientes con dos o más factores de RCV y el número de pacientes con diabetes que presentan SM (extraordinariamente alto) indican que se debe realizar una intensa campaña de prevención de la obesidad y hábitos alimentarios, fomentar la educación diabetológica especializada en AP e incrementar la terapéutica para prevenir la ECV<sup>(4,7-9)</sup>.

La relación entre educación diabetológica especializada y un mejor control metabólico y del riesgo cardiovascular sugiere que, mediante adecuadas intervenciones, es posible actuar sobre factores de riesgo y necesidades modificables o susceptibles de prevención<sup>(9-11)</sup>.

La DMT2, vinculada a un alto riesgo de desarrollar severas complicaciones<sup>(12)</sup>, representa un desafío para la capacidad de la enfermería en actividades preventivas, cuidados de los pacientes y en la investigación, y ante el cual la enfermería demuestra capacidad para diseñar, obtener financiación y dirigir una investigación multidisciplinar.

#### **Agradecimientos:**

Otros investigadores en el estudio: P. Sardañés, R. Rifà, M. Casulà, L. Noguera, J. Baldó, M.A. Sieira, M. Pastoret, E. Nanclares, J. Masachs, M. Giró, M. Reig, F. García, J. Capdevila, M. Vázquez, T. Viñas, L. Fort, I. Fernández, M. Rabassa, M.R. Vilar, M. Coll E. Tresserras, J. Coll, G. Vila, R. Blanco, M.T. Faixedas, C. Morera, M. Badía.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III-Fondo de Investigación Sanitaria (beca 01/0846).

#### **Referencias**

1. Haffner SM, Lehto S, Rönemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and non diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med 1998; 339:229-234

2. Isomaa B, Alegren P, Tuomi T. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24:683-689.
3. Laasko M. Hyperglycemia and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Diabetes*. 1999;48:937-942.
4. European Diabetes Policy Group 1998. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 1999; 16:716-30.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(S1): S15-S35.
6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-2497.
7. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, Mitch W, Smith SC, Sowers JR. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association: *Circulation* 1999; 100:1134-1146.
8. Turner RC, Millns H, Neil HA, et al. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23). *BMJ*. 1998;316:823-828.
9. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, van Eijk JT, Assendelft WJJ: Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatients and community settings (Revision). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;1:CD001481.
10. New J P, Mason JM, Freemantle N, Teasdale S, Wong LM, Brice NJ, Burns JA, Gibson JM. Specialist Nurse-Led Intervention to Treat and Control Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes (SPLINT). *Diabetes Care* 2003 26(8):2250-2255
11. Denver EA, Barnard M, Woolfson RG, Earle KA. Management of Uncontrolled Hypertension in a Nurse-Led Clinic Compared With Conventional Care for Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2003 26(8); 256-2260.
12. World Health Organization and International Diabetes Federation Europe. Diabetes care and Research in Europe: the Saint Vincent Declaration. *Diabetic Medicine* 1990; 7:360.

**González Gutiérrez- Solana, R., Ferrer Pardavila, A., Puga Mira, M. J., Herrera de Elera, M. D., Prol Cid, R., Hidalgo García, R., Sebastián Diana, T., Bermejo Pablos, C., Carreras Viñas, M., Musitu Pérez, M. V., Gonzalo Rodrigo, M. J., Molina Torres, J. I., Henche Peinado, C., Muñoz Cano, M., Rimada Mora, D., Tortosa Vergara, J. M., Vázquez López, M. L.: Resultados de la investigación de datos extraídos del programa Gacela a propósito de 226.000 planes de cuidados**

**Introducción**

La introducción de la informática en la aplicación de los Planes de Cuidados ha permitido notables ventajas ya conocidas: facilitar la valoración de los enfermos, establecer los diagnósticos de enfermería, aplicar los planes de cuidados necesarios para cada enfermo y facilitar la continuidad de los cuidados en los diversos turnos de trabajo y niveles de atención. Todo ello no podría efectuarse con la realización manuscrita de los planes de cuidados.

Entre los diversos programas informáticos, el aplicativo Gacela, centrado en los cuidados de enfermería, esta implantado en numerosos hospitales españoles (más de 55). En muchos de estos hospitales han experimentado las mejoras y las perspectivas de obtener avances aun mas notables, no sin las dificultades propias de su implantación y la demanda de innovaciones en el mismo programa.

El objetivo central de este aplicativo es la mejora de la atención a los enfermos facilitando la realización amplia y compleja de los planes de cuidados de cada enfermo. Pero además, este programa abre la posibilidad de explotar los datos ya obtenidos con vistas a conocer los resultados y mejorar la calidad de la atención a los enfermos en cada unidad, proporcionando información muy valiosa tanto a los profesionales de enfermería como a las instituciones.

Para conocer las posibilidades de evaluación de estos datos se planteó la realización de un trabajo cooperativo entre seis hospitales que disponían del aplicativo Gacela con la ayuda de un Proyecto FIS realizado a lo largo del año 2003.

**Material y método**

**1.- Extracción de datos.** Todos los datos de este estudio, se han extraído en los distintos Hospitales mediante un proceso de sentencias sql's de la base de datos Informix que contiene GACELA, que han diseñado los informáticos que participan en este estudio.

Se han analizado más de 202.713 planes de cuidados de seis Hospitales de distintas comunidades y de distinto tamaño.

De los 128 diagnósticos NANDA existentes, las bases de datos que analizamos tienen una media de 94 diagnósticos codificados, aproximadamente 45 diagnósticos reales y 50 diagnósticos de riesgo. No todos los hospitales contienen el mismo número de datos en sus bases de datos, y aunque todas tienen el mismo código, el enunciado difiere en algunos.

**2.- Explotación de datos.** Con cada uno de los archivos extraídos y cruzando unos con otros se llegó a la definición de los criterios que se podrían evaluar en cada hospital y que sirvieron para describir en última instancia los datos agregados del conjunto que se han analizado. En concreto, con los datos que voy a presentar se analizaron:

3.1. Valoración de las catorce Necesidades Básicas con signos y síntomas valorados:

3.1.1. Evaluación de las necesidades en los tres años.

2.1.2. sig+necesidad Viendo en el archivo anterior de todos los hospitales la necesidad más valorada y la menos, se hace un evolutivo de los tres años en esas necesidades. En estas necesidades se ven los signos más representativos.

2.1.3. unid+nec+sig Se eligen las unidades de estudio en cada hospital del año 2002 y se separan por tipo de hospital. En los tres Hospitales grandes se seleccionan las unidades de oncología y nefrología -únicas unidades que se identifican bien en los tres por el nombre- y en los tres Hospitales pequeños se seleccionaron todas las unidades. En cada caso se toma, la necesidad más valorada, con los signos usados.

2.1.4. nece+unid 3 año Se hace una comparativa de los 3 hospitales pequeños para ver el evolutivo de la valoración de las necesidades a lo largo de 3 años. En el año 2000 Calahorra solo tenía una unidad (la médica).

2.2. Diagnósticos de enfermería detectados con la valoración:

2.2.1. frecuencia de uso Frecuencia de uso de cada diagnóstico, con la evolución de asignación de cada diagnóstico. Al final de la tabla, número de valoraciones totales de cada hospital.

2.2.2. Diag por plan Se analiza la media y la mediana de uso de diagnósticos por plan.

2.2.3. Tipo plan con diagnóstico Muestra los mismos datos que en el archivo anterior pero separando los individualizados de los estandarizados.

**3.- Herramientas de análisis.** Se han utilizado SPSS 11.5 para Windows y Excel. Las limitaciones de estas herramientas no nos han permitido hacer algunos de los análisis que se pueden realizar.

**4.- Hospitales participantes.** Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña, Complejo Hospitalario de Ourense, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital de Móstoles (Madrid), Hospital de L'Esperit Sant (Barcelona) y la Fundación Hospital de Calahorra (La Rioja).

**5.- Análisis estadísticos.** Se lleva a cabo un estudio descriptivo por año (2000, 2001 y 2002) en cada hospital, a excepción del Centro Hospitalario de Ourense que no cuenta con los datos del año 2000 al estar instalada la aplicación GACELA en muy pocas unidades y desde apenas unos meses.

Para el estudio del número de diagnósticos que se identifican en cada plan de cuidados de enfermería, se han tomado las medidas de centralización mediana y media El más representativo es la mediana, ya que el valor de la media se ve influenciado por los valores extremos que representaban alrededor del 1% de los planes de cuidados, por lo que en general suele coincidir la mediana con la media. Si se encuentran grandes diferencias entre estos valores, mayor la media que la mediana, en más de dos unidades se espera un mayor número de valores extremos. Identificar los valores extremos por la derecha nos sirven para identificar planes de cuidados mal ejecutados, que nos están modificando la realidad. Como medida de dispersión hemos tomado la desviación típica.

## Resultados

**1.- Signos y síntomas valorados** en las catorce necesidades de Virginia Henderson.

La **eliminación** y **movilización** son la *necesidades* más valoradas en los hospitales. De las catorce necesidades básicas las más valoradas son las fisiológicas, las seis primeras: respiración, alimentación, eliminación, movilización, reposo-sueño y seguridad. Son las que siempre han descrito las enfermeras.

La necesidad menos valorada con diferencia y unánimemente en todos los hospitales es la necesidad de **creencias – religión**, que en realidad se llama en el Modelo de Virginia Henderson “valores y creencias”. Son las necesidades menos reconocidas por las enfermeras como parte de la labor que hacen a diario pero que no habían registrado hasta este momento, tienen que ver con la relación, estima, rol, etc. Se valoran menos: la comunicación, valores-creencias, trabajar-realizarse, actividades lúdicas, y aprender.

Entre los **signos y síntomas** más utilizados en cada una de estas necesidades, destacan para la **movilización**: incapacidad de movimiento, limitación de movimiento, disminución de fuerza, reposo, fatiga, etc. Para la **eliminación** los más frecuentes son: dificultad para llegar al baño, emisión involuntaria de orina, incapacidad de ir al WC, pérdida de heces involuntaria, heces duras, etc. (ver tabla 1)

Los **signos y síntomas** para la necesidad **creencias-religión** son: insomnio, aflicción, llanto, sentimientos de impotencia, etc.

Llama la atención uso de algunos signos y síntomas en todos los hospitales. También que el signo SS0001.- Disnea con un peso 8-9 (valores entre 1-10) para el diagnóstico de enfermería de intolerancia a la actividad -en 4 de los seis hospitales- no aparezca valorado en ninguno. (Ver grafico 1)

**2.- Diagnósticos de enfermería.** Existen casi cien diagnósticos de enfermería codificados en las base de datos de estos hospitales. Siguen el mismo patrón de utilización que la valoración de necesidades y los signos y síntomas de los que proceden. Son más utilizados los que corresponden a las primeras seis necesidades básicas, usándose diagnósticos reales y de riesgo en una proporción razonable cubriendo un espectro de diez de las catorce necesidades básicas. La mediana de diagnóstico por plan va desde 3 hasta 6, con la mayor frecuencia de 4 diagnósticos por plan. Aumenta el número de diagnósticos cuando se realizan mayoritariamente planes de cuidados estandarizados.

## Discusión

Este FIS aborda el tratamiento de miles de datos obtenidos del programa informático GACELA en seis Hospitales y proporciona una aproximación a la actividad que se realiza en cada uno de ellos con los planes de cuidados.

Lo primero a destacar es la cantidad de datos disponibles en todos y cada uno de los hospitales. Me gustaría destacar que es la primera base de datos de enfermería, estructurada y normalizada que hay en este país, con posibilidades de hacer análisis estadístico

Los resultados obtenidos, pese a la heterogeneidad de partida ya prevista -tanto por la dimensión de los hospitales como por el diferente tiempo de trabajo y evolución con el programa- muestran, en primer lugar un valioso denominador común: haber puesto a disposición sus datos para el estudio y análisis, para obtener de ellos un conocimiento mejor de su actividad real y el análisis de las posibilidades de mejora para el futuro; y, en segundo lugar, diversos aspectos comunes y muy interesantes que se aprecian en los resultados agregados del conjunto de los hospitales, como se muestran en las tablas.

En cuanto a las necesidades, destaca una gran convergencia de los hospitales en la valoración de las necesidades básicas que más y menos se valoran. Se valoran con mas frecuencia las relacionadas con las funciones tradicionalmente fisiológicas, relacionadas con lo corporal y el mantenimiento de la vida y se valoran con menos frecuencia las relacionadas con los aspectos emocionales y psíquicos. Es comprensible que la introducción relativamente reciente del proceso de atención de enfermería no haya conducido todavía a registrar con más frecuencia las necesidades enfermeras del cuidado de los aspectos emocionales y psíquicos de los enfermos (“valores y creencias”, comunicación, educación, etc. Esto refleja la falta de costumbre y habilidad de las enfermeras para expresar por escrito el trabajo que realmente hacen de forma silenciosa. Debido a esto aparecen con menos frecuencia los diagnósticos de enfermería correlativos a esas necesidades (duelo, sufrimiento espiritual, etc). Por eso, en este estudio, se pone de manifiesto que el 90 % aproximadamente de los síntomas y signos de la valoración detectada pertenecen a las nueve primeras necesidades relacionadas con los aspectos mas corporales y fisiológicos.

En cuanto a los síntomas y signos señalados por cada necesidad más valorada y menos valorada, en los tres años, muestran una tendencia al alza: *movilización, respiración, sueño y temperatura*, por este orden, y una tendencia a la baja: *eliminación y seguridad*; se mantiene la *higiene*. Llama la atención la baja posición que ocupa la necesidad de *aprender*, que contrasta con la asignación que tradicionalmente se le atribuye a la profesión: “enfermeras, educadoras por excelencia”. Podría tener una explicación razonable, en el sentido de que cada diagnóstico de enfermería tratado,

incluyese su parte educativa. Este supuesto habría que confirmarlo con un análisis en profundidad de cada diagnóstico en cada centro. Las necesidades psicosociales, además de ser bastante menos valoradas, están estancadas en su valoración: *comunicación, valores y ocio*; baja la frecuencia de valoración del *conocimiento*; y sube *trabajar – realizarse*.

En cuanto a los diagnósticos de enfermería, el diagnóstico *déficit de conocimiento* que representa un 2% en la frecuencia de uso, se corresponde con uno de los puestos mas bajos en la jerarquía de valoración de las necesidades. Cabe preguntarse si se diagnostica para justificar el tratamiento educativo sin valoración previa, o si se asigna como norma. Habría que tener en cuenta en este sentido, la cultura del centro. En la evolución, destacan tres diagnósticos con tendencia al alza en el uso: *limpieza ineficaz de vía aérea, riesgo de estreñimiento y riesgo de hipertermia*.

#### Diagnósticos de enfermería utilizados con mayor frecuencia

NECESIDAD	código	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
SEGURIDAD	P90012	Riesgo de infección
	P90004	Dolor
	P90005	Riesgo de dolor
	P90001	Riesgo de traumatismo
	P90006	Ansiedad
	P90002	Temor
HIGIENE – PIEL	P80005	Déficit de autocuidado: baño-higiene
	P80002	Riesgo de afectación de la integridad
MOVILIDAD	P40005	Afectación de la movilidad física
	P40001	Intolerancia a la actividad
SUEÑO – DESCANSO	P50002	Riesgo de perturbación del sueño
	P50001	Perturbación del sueño
	P40003	Cansancio
VESTIDO	P60001	Déficit de autocuidado: vestido- arreglo personal
RESPIRACIÓN	P10003	Patrón de respiración ineficaz
	P10001	Limpieza ineficaz de vía aérea
ELIMINACIÓN	P30011	Déficit de autocuidado: evacuación
	P30002	Riesgo de estreñimiento
	P30001	Estreñimiento
TEMPERATURA	P70001	Hipertermia
	P70002	Riesgo de hipertermia
APRENDER	P14001	Déficit de conocimientos
ALIMENTACIÓN	P20009	Déficit de autocuidado: alimentación

Como puede apreciarse se utilizan diagnósticos reales y de riesgo en una proporción razonable cubriendo un espectro de 10 Necesidades de las 14. Los seis diagnósticos relacionados con la seguridad, se corresponden con la tendencia al alza de la valoración de la necesidad. La valoración de la eliminación, a pesar de su tendencia a la baja, esta representada por tres diagnósticos de enfermería.

#### Conclusiones

Este trabajo abre las posibilidades de cuantificar y evaluar el trabajo de los profesionales de enfermería, su eficiencia y calidad.

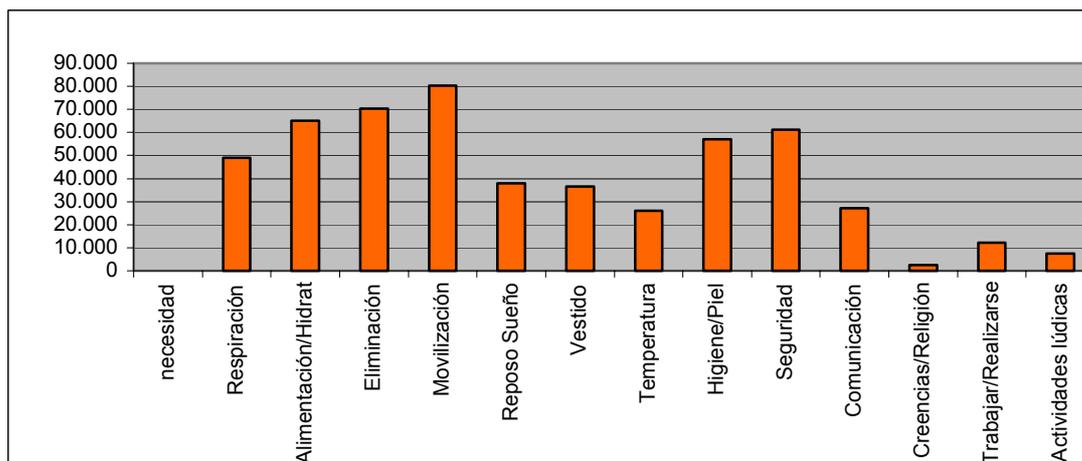
Este tipo de trabajos es un ejemplo de cómo se puede hacer investigación con bases de datos, con grandes consecuencias prácticas de calidad y eficiencia para servicios, hospitales y sistemas sanitarios. En la medida en que se logre más homogenización de las prácticas, podrán instaurarse correcciones con mejoras sustanciales para la asistencia sanitaria. Habrá que tener en cuenta, si se quiere hacer un estudio mas refinado, los años que lleve instalado el programa y el entrenamiento del personal, para garantizar el valor de los resultados.

Este estudio revela, por primera vez, que los planes de cuidados de enfermería realizados con ayuda de una herramienta informática, son una fuente de datos cuantificables y evaluables que permiten conocer la actividad de enfermería, su calidad y su eficiencia.

**Tabla 1**  
Las frecuencias de valoración de las necesidades básicas en los seis hospitales

2002			2001			2000		
cod	necesidad	frecuencia	cod	necesidad	frecuencia	cod	necesidad	frecuenc
1	Respiración	14.338	1	Respiración	18.480	1	Respiración	16.206
2	Alimentación/Hidratación	18.363	2	Alimentación/Hidratación	24.511	2	Alimentación/Hidratación	22.181
3	Eliminación	18.784	3	Eliminación	27.121	3	Eliminación	24.433
4	<b>Movilización</b>	<b>23.598</b>	4	<b>Movilización</b>	<b>30.534</b>	4	<b>Movilización</b>	<b>26.059</b>
5	Reposo Sueño	11.582	5	Reposo Sueño	14.030	5	Reposo Sueño	12.225
6	Vestido	9.816	6	Vestido	13.799	6	Vestido	13.025
7	Temperatura	7.196	7	Temperatura	9.410	7	Temperatura	9.334
8	Higiene/Piel	15.244	8	Higiene/Piel	20.777	8	Higiene/Piel	20.955
9	Seguridad	17.609	9	Seguridad	22.392	9	Seguridad	21.084
10	Comunicación	9.016	10	Comunicación	9.564	10	Comunicación	8.526
11	<b>Creencias/Reli-gión</b>	<b>808</b>	11	<b>Creencias/Reli-gión</b>	<b>821</b>	11	<b>Creencias/Reli-gión</b>	<b>749</b>
12	Trabajar/Realizarse	4.104	12	Trabajar/Realizarse	4.116	12	Trabajar/Realizarse	4.103
13	Actividades lúdicas	2.451	13	Actividades lúdicas	2.818	13	Actividades lúdicas	2.313
14	Aprender	5.543	14	Aprender	6.114	14	Aprender	4.374
	<b>TOTAL</b>	<b>158.452</b>		<b>TOTAL</b>	<b>204.487</b>		<b>TOTAL</b>	<b>185.567</b>

**Gráfico 1**  
Gráfico de frecuencia de valoración de las necesidades básicas



**Glosario**

SQ1 : Sintaxis informática que define los datos que se quieren extraer de los servidores donde se almacenan  
Informix: Base de datos de la mayoría de los hospitales

**Baldacchino, D.: Does Gender make a difference in Anxiety, Depression and spiritual coping strategies in patients with first myocardial infarction (MI)?**

In my clinical experience with patients in ITU and CCU, I was often impressed by patients' strong will to live, their faith in God trying to reach a higher power, accompanied by a positive outlook to their future. On reflection, I must admit that the spiritual dimension in care is very often overlooked by the nurses and interdisciplinary team.

Research suggests that patients with MI face both an immediate life-threatening illness and the potential for living with a major chronic illness (Lane et al 2002, Kim et al 2000). Patients tend to become anxious because of complications arising from the respective illness, fear of the unknown, an uncertain future and the need to change lifestyle (Bowman et al. 1992).

Individuals may use various types of coping such as, family support, friendship, talking with other patients and seeing the positive side of the situation. Those patients who hold religious beliefs, even if not highly religious in every day life, they may turn to their religion in times of distress (Dreyer 1996, Bearon and Koenig 1990). This is because individuals realise their loss of control over the situation. Hence transcendence to a higher power or God (however defined by the individual) is attempted, to cope with the current stressful situation (Otto 1950).

Therefore, the aim of this paper is to:

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen

- present the findings of a longitudinal correlational study conducted on Maltese patients between 2000 and 2001,
  - identify differences in anxiety/depression and spiritual coping between males and females.
- The study adopted a longitudinal correlational study and recruited a systematic sample of 70 patients with first MI (Figure 1).

Figure 1. Frequency of age by gender of original sample (n=70).

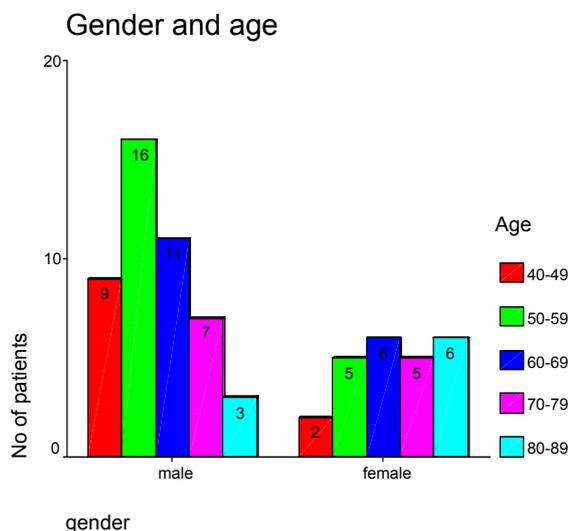


Figure 1 demonstrates that the majority of patients were in the two age-groups, (50-59) years (30%, n=21, 16 males and 5 females) and 60-69 years (24.4%, n=17, 11 males and 6 females). Literature suggests that the higher percentage of older patients with MI, aged between 60-89 years (54.3%), tends to be more religious (Reed 1986, Koenig et al. 1988).

The three main instruments used for data collection were:

- The Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale (Zigmond and Snaith 1983)
- The Spiritual Coping Strategies (SCS) scale designed for this study which incorporated a set of religious (RCS) and non-religious coping strategies (NRCS);
- Two semi-structured interview schedules which elicited patients' experiences and coping during the acute stage of MI. The interviews were conducted by the researcher on patients' transfer from the coronary care unit (CCU) to a medical ward and on discharge.

The main data were collected four times during the first three months of patients' recovery from MI, that is in CCU (T1), first 24 hours on transfer to the medical ward (T2), first 24 hours on discharge home (T3), 6 weeks after discharge (T4) and 13 weeks after discharge (T5).

### Findings

A consistent decline of scores of anxiety and depression was found across time. Higher anxiety levels were reported by females (M = 7.8 – 4.2) than the males (M=6.3 – 3.4 ) across time. Similarly, females reported higher scores in depression (M = 4.2 – 1.5) than the males (M = 3.5 - 0.8) across time.

These findings are incongruent with the published research which suggested that anxiety and depression may peak on discharge and on the sixth week after discharge (Thompson and Webster 1989). The possible reasons identified were the Maltese culture which offers support from family, friends and neighbours during illness and the small distances in the island where medical assistance may be summoned easily. It is argued that while my interview visits could have allayed their worries as I referred them to the respective medical consultations, my presence could have also been a reminder of their bitter experience, rendering higher scores of anxiety and depression. In contrast, the return to normal levels of anxiety and depression by the third month was parallel with research (Havik and Maeland 1990, Wiklund et al. 1984).

R.M.ANOVA identified no differences in mean scores of relationships between subgroups of gender and (combined) SCS across time ((F = 0.202, p = 0.655); gender and RCS (F = 0.093, p = 0.762) and gender and NRCS (F = 0.934, p = 0.339). However significant differences in spiritual coping strategies, collected retrospectively, between males and females were found during hospitalisation (T3) and during the first 6 weeks after discharge home (T4) (Table 1).

Table 1. Student t-test : Comparison of Gender with SCS derived from SCS scale.

Type of SCS	Group	n	t	df	P

<b>Combined</b>	T3	1 2	33 20	-1.29	51	0.200
	T4	1 2	33 19	-0.902	50	0.371
	T5	1 2	32 19	-0.821	49	0.415
<b>Religious</b>	T3	1 2	33 20	-2.35	51	0.023*
	T4	1 2	33 19	-2.43	50	0.0198*
	T5	1 2	32 19	-1.748	49	0.087
<b>Non -Religious</b>	T3	1 2	33 20	0.864	51	0.392
	T4	1 2	33 19	1.829	50	0.073
	T5	1 2	32 19	1.083	49	0.284

Group No : 1 = male, 2 = female

### Discussion

Table 1 shows a significant difference in religious coping strategies (RCS) during hospitalisation (T3:  $t = -2.35$ ,  $p = 0.023$ ) and during the first six weeks after discharge (T4:  $t = -2.43$ ,  $p = 0.019$ ), whereby the females (T3:  $M=35.55$ ,  $SD=7.13$ ) and (T4:  $M= 44.37$ ,  $SD= 6.37$ ) scored higher than the males (T3: $M=30.39$ ,  $SD=8.10$ ), (T4:  $M=38.43$  ,  $SD=11.26$  ).

Moreover, although not significant, it is worth noting, that the females tended to have higher scores in the (combined) SCS and RCS across time whilst the males had higher scores in the NRCS than the females. This may be because females tend to be more spiritual and / or religious. This is comparable with research, whereby females used religious coping significantly more than the males (Rom 1994, Fernsler 1999) in times of illness. However, research suggests that it is argued that males considered spirituality as a private and personal experience(Highfield 1992). Hence, the lower scores in males might have been due to lack of disclosure of their use of religious coping. However, It is argued that the data in this study were collected by a self-reporting scale (SCS), which may enhance reporting about sensitive and private issues (Spector 1994 and Oppenheim 1992).

These findings support the existing research whereby illness enhanced patients' spirituality, such as patients considered illness as a challenge, a way to re-reorder priorities in life, appreciate themselves better, take better care of self, find peace with self, maintain a relationship with God and with supportive people, such as family members, friends, spouses and support groups (Woods Smith 1995, Belcher et al. 1989 ). Younger patients and male patients had an increase of RCS across time as stated by 57 year old male patient,

'I'm not so much religious. However, I regard God as a loving Father, always ready to pardon our sins. He governs all our life, so I feel I should trust Him because he always helps us in all circumstances. When I feel sick and helpless I feel the need to turn to Him for help. Now that I had this heart attack, I realised how vulnerable I am...I can say that living in the presence of God fills me with courage and security to face this new problem which cropped up all of sudden'. (M08, 57 years)

Furthermore, this difference may be due to the higher percentage of females(95.9%) against (79.5%) males in the sample who attended church *often* and *very often*. Thus, patients who attend church for religious practices *often* and *very often* are more likely to obtain higher scores in RCS. In addition, age might have contributed to this difference as the sample had a higher percentage of older females (70.8%) than the males (45.7%) between the age of 60 – 89 years. According to research, older clients tend to be more religious (Reed 1986,) with higher spirituality (Woods Smith 1995, Fernsler 1999). Also the poor health from MI could have triggered the use of religious coping. This is supported by Koenig et al. (1998, 1992) and Reed (1986) who found that in illness patients may turn to their religious practices which may result in stronger faith.

The overall statistical correlations showed inverse significant relationships between anxiety/depression and SCS. Also, both the quantitative and qualitative findings showed that in the acute phase, patients who were not much religious before the onset of MI, tended to turn to their religious practices as a means of coping. Therefore, the use of both religious and non-religious coping strategies appeared to contribute towards the constant decline in anxiety and depression of Maltese patients as stated by the 51 year old female,

'I'm much, much better now. I could have had a more severe heart attack which could have left me dead. But with God's help, I feel I'm getting stronger day by day. My only regret is that I spoiled my son's holiday.... (*crying*). He's the one who still lives at home with me..... I'm hoping to go home, at least to do the cooking for my husband and son...I would think that if the Lord let me live, He must have done so for a reason. So I would align myself to His will....He knows about me (*smiling*)!' (F51, 73 years)

Finally, one is to note that the increase of SCS found across time and the absence of differences in SCS between the subgroups of the majority of personal characteristics suggest that, irrespective of the nature of the group, the increase in scores of SCS may have been triggered by the event of MI itself in response to the high levels of anxiety and

depression. According to Lazarus and Folkman (1984) and Otto (1950), individuals attempt to search for spiritual resources to cope with the stressful situation.

#### **Conclusion and Implications to clinical practice**

The findings indicate that life-threatening illness may render individuals to be aware of their self-insufficiency in life during the crisis situation. This may trigger the use of spiritual coping, both the religious and non-religious strategies to cope with the consequences of MI. Thus, these findings appear to echo the concept of wholeness and integral relationship between the mind, body and soul which enables individuals to find existential meaning in life experiences (Baldacchino 2003).

This implies that the interdisciplinary team needs to assess levels of anxiety, depression and spiritual coping as part of the holistic assessment of patients. This demands more quality time, communication with patients and referral to other members of the interdisciplinary team, such as hospital chaplains, psychologists and social workers. To enable such a holistic assessment, the spiritual dimension in care needs to be acknowledged and included in the education programmes so as to enhance holistic care and bridge the gaps identified.

This study lays the foundation for further research, including comparative and experimental research to identify the effect of various spiritual coping strategies on anxiety, depression and SWB of patients in times of illness. Also, the spiritual dimension in illness demands the nurse to feel responsible to give attention to spiritual care in liaison with the interdisciplinary team and NOT an additional task to the present workload (Baldacchino 2003)

#### **References**

- Baldacchino D.R. (2003) *Spirituality in Illness and Care*. Preca Library, Malta.
- Bearon L.B. & Koenig H.G. (1990) Religious cognitions and use of prayer in health and illness. *The Gerontologist*, 30 (2) : 249 - 253.
- Belcher A.E., Dettmore D. & Holzemer S.P. (1989) Spirituality and sense of well-being in persons with AIDS. *Holistic Nursing Practice* 3(4) 16-25.
- Bowman G.S., Webster R.A. and Thompson D.R. (1992) The reactions of 40 patients unexpectedly admitted to hospital. *Journal of Clinical Nursing* 1 : 335 - 338.
- Dreyer G.D. (1996) Help patient recover by exploring spirituality. *Case Management Advisor* July, 97 - 98.
- Fernsler J.I. (1999) Spiritual well - being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing* 22 ( 2) 134 - 140.
- Havik O.E. & Maeland J.G. (1990) Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 34 (3) 271 - 285.
- Highfield M.F. (1992) Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing* 15(1) 1 - 8.
- Kim A.K., Moser D.B., Garvin B.J., Riegel B.J., Doering L.V., Jadack R.A., McKinley S., Schueler A.L., Underman L., McErlean E. (2000) Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care* 9 (4) 245 -253.
- Koenig H.G., Pargament K.I. & Nielsen J. (1998) Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 186 (9) 513 - 521.
- Koenig H.G., Cohen H.J., Blazer D.G., Pieper C., Meador K.G., Shelp F., Goli V. & DiPasquale B. ( 1992) Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry* 149 (12) 1693 - 1700.
- Koenig H.G., Moberg D.O. & Kvale N. (1988 ) Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of American Geriatrics Society* 36, 362 - 374.
- Lane D, Carroll D, Ring C, Gareth Beevers D and Lip GYH (2002) The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology* 7, 11-21.
- Lazarus R.S. & Folkman (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company, New York.
- Oppenheim A.N. (1998) *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. New edition. Pinter, Washington.
- Otto R. (1950) *The idea of the holy: An inquiry into the non-rational factor in the idea of the divine and its relation to the rational*. Oxford University Press, London.
- Reed P.G. (1986) Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research* 35 (6) 368 - 374.
- Rom M. (1994) Stressors and coping three to fifteen months after a first myocardial infarction. Unpublished Ph.D. Thesis, University of Pennsylvania, USA.
- Spector P. E. (1994) Using self - report questionnaires in OB research : a comment on the use of a controversial method. *Journal of Organizational Behaviour* 15, 385 - 392.
- Thompson D.R. & Webster R.A. (1989) Effect of counselling on anxiety and depression in coronary patients. *Intensive Care Nursing* 5, 52 - 54.
- Wiklund I., Sanne H., Vedin A. & Wilhelmsson C. (1984) Psychosocial outcome one year after a first MI. *Journal of Psychosomatic Research* 28, 309 - 321.
- Woods Smith D. (1995) Power and Spirituality in Polio Survivors: A study based on Rogers' Science. *Nursing Science Quarterly* 8 (3) 133-139.
- Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 67, 361 - 370.

## **Martínez Ques, Á. A., Rodríguez Rodríguez, A., Rodríguez Fernández, C., Rodríguez Fernández, A.: Estrategias de afrontamiento ante el estrés percibidas en una unidad de coronarias**

### **Introducción**

Las enfermedades cardiovasculares se presentan como el mayor problema de salud en la mayoría de los países desarrollados y su principal causa de muerte y morbilidad severa. El estrés en asociación con otros factores de riesgo coronario aumenta el riesgo de padecer un infarto. De ahí la importancia que tiene un buen control de los factores de riesgo.

La enfermedad y la hospitalización, sobre todo en Unidades de Cuidados Intensivos consideradas tradicionalmente como áreas generadoras de estrés, originan una importante percepción de amenaza en el individuo ante la que tendrá que emitir una respuesta <sup>(1)(2)(3)</sup> La valoración estresante consiste en una interpretación del acontecimiento (la hospitalización) capaz de producir daño, pérdida, amenaza o desafío. Una vez la situación es juzgada por el individuo como estresante se produce la activación de una serie de respuestas del sistema nervioso y reacciones endocrinológicas <sup>(4)</sup>

Las respuestas adaptativas frente a esta situación varían según los recursos de afrontamiento de cada persona, entendiendo que ellos se definen como todos aquellos esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de cuál sea su valor intrínseco (Folkman y Lazarus, 1986) <sup>(4)</sup>

El afrontamiento es un concepto clave para el desarrollo teórico, la investigación y la práctica de la ciencia de enfermería, y se define cómo los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella <sup>(5)(6)</sup> Carpenito lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación <sup>(7)</sup> El afrontamiento intenta reducir los estresores fisiológicos y socio-psicológicos a niveles tolerables para adaptarse a la nueva situación <sup>(5)</sup>

El ámbito más reducido en el que se produce una acción de cuidado de salud sistemática es el definido por la interacción entre el profesional de la salud y el paciente <sup>(4)</sup> El propósito de este estudio es conocer las respuestas de afrontamiento presentes en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos coronarios y como son percibidas por el personal de enfermería. En esa percepción juega un papel importante el modo en que los pacientes verbalizan esas respuestas. El reconocimiento por parte de las enfermeras de respuestas ineficaces puede significar la detección y alivio de los efectos estresores y la instauración de medidas tendentes a reducir el estrés.

#### **Objetivos**

- 1- Describir las estrategias de afrontamiento ante el estrés que manifiestan o verbalizan los pacientes ingresados en una unidad coronaria.
- 2- Detallar la percepción que tienen las enfermeras de las estrategias utilizadas por sus pacientes y su concordancia con lo expresado por el paciente

#### **Método**

Estudio cualitativo de carácter descriptivo, fenomenológico. Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo <sup>(10)</sup> Abordamos los objetivos propuestos a través del conocimiento de experiencias, percepciones y vivencias de las personas implicadas. Este enfoque cualitativo permite recoger algunos aspectos difícilmente cuantificables, en consonancia con el paradigma holístico y humanístico hacia el que se enfocan los cuidados enfermeros. La mirada "cualitativa" examina el punto de vista personal de los comportamientos individuales en el contexto de una unidad de cuidados coronarios, dando lugar a una interpretación de las percepciones y estableciendo identidades o diferencias.

El ámbito donde se realizó este estudio ha sido la Unidad Coronaria del Complejo Hospitalario de Ourense. Consta de siete habitaciones individuales siendo la ratio enfermera/ paciente de 1: 3,5. El Infarto Agudo de Miocardio es el diagnóstico más frecuente con una estancia media de 5,23 días en el año 2001, observándose en la actualidad un acortamiento de los días de estancia.

Los participantes debían cumplir unos criterios de inclusión-exclusión preestablecidos:

- Que fuera su primer ingreso en la unidad
- No debían presentar inestabilidad hemodinámica ni dolor las 48 horas anteriores
- Estar conscientes y sin déficits sensoriales

-Y que accedieran a participar en el estudio previa obtención del consentimiento informado. Antes de iniciar el estudio el proyecto fue examinado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, habiéndose creado al efecto una hoja para recabar de los participantes su Consentimiento informado.

La selección fue intencional en base a los criterios de adecuación y diversidad teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, actividad laboral, tratamiento ansiolítico y nivel de estrés. Con respecto al tratamiento ansiolítico buscamos sujetos que no recibiesen medicación ansiolítica o que la hubieran tomado la noche anterior.

A la muestra total se le administró la siguiente batería de instrumentos:

- a) El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger <sup>(8)</sup>
- b) Inventario de ítems sobre habilidades de enfrentamiento al estrés (Beech, Burns y Sheffield, 1982) <sup>(9)</sup>
- c) Inventario sobre vulnerabilidad al estrés (Beech, Burns y Sheffield, 1982) <sup>(9)</sup>

El método de investigación fue la entrevista en profundidad. Este tipo de entrevista supuso un encuentro cara a cara dirigido hacia la comprensión de las perspectivas de los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como eran expresadas con sus propias palabras <sup>(10)</sup>. El propósito era favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental del entrevistado sobre la manera de afrontar su enfermedad <sup>(11)</sup> Para la realización de la entrevista se elegía un momento de relativa calma asistencial, que no coincidiera con el horario de visitas, ni el de comidas y se interrumpía a juicio del entrevistador si durante el transcurso de la misma se produjese una situación urgente que pueda distorsionar el devenir de la entrevista. El momento en que se realizaba la entrevista los pacientes habían pasado por el período más crítico y su estado de salud era estable (condicionamiento ético) Utilizamos una guía de la entrevista para que todo el equipo de investigadores explorará las mismas áreas generales. En algunos casos confrontamos las narraciones de los entrevistados con las de sus familiares (controles cruzados) cuando aparecían contradicciones.

Simultáneamente se entrevistaron a las enfermeras que hubieran atendido a los pacientes seleccionados, y que quisieran participar voluntariamente en el estudio, cruzando los datos obtenidos de los pacientes a su cargo. Los datos fueron registrados con grabadora y notas de campo para ser transcritos a formato texto con procesador M. Word 2000 en su lengua original (castellano y gallego). El tamaño muestral se guió por el principio de saturación, tratando de buscar una representación estructural, por comprensión, del discurso existente en torno al paciente. Esta idea de diseño técnico muestral de carácter abierto se fundamenta en la posibilidad que ofrece el análisis cualitativo de rediseñar la posible muestra definitiva, acorde con las necesidades de saturación discursiva que se vayan observando. Se realizó un análisis buscando describir los sentidos latentes del mismo, los significados que los informantes daban a sus expresiones y las interacciones entre los entrevistados. Para el análisis de datos adoptamos el esquema general propuesto por Miles y Huberman (1994), según el cual en el análisis concurren tareas de reducción de datos,

extracción de datos y verificación de conclusiones. Este diseño fue reforzado por el método comparativo de Glaser y Strauss<sup>(12)(10)</sup>, obteniéndose cuatro categorías principales: percepción del dolor, vivencia de la enfermedad, información recibida y respuestas de afrontamiento.

### Resultados

La muestra estaba compuesta por diez hombres y cuatro mujeres, con edades comprendidas entre los 38 y los 80 años. Cuatro de ellos no tomaron tratamiento ansiolítico las 24 horas previas.

Todas las enfermeras fueron mujeres con edades comprendidas entre 30 y 45 años, con más de tres años de experiencia en intensivistas (3 años mínimo y 16 máximo) y más de siete de años de ejercicio profesional (entre 7 y 23)

Tres de las categorías encontradas, la percepción del dolor, la vivencia de la enfermedad y la información recibida son elementos que condicionan el estrés y por tanto están estrechamente relacionadas con la última categoría que engloba las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas.

La **percepción del dolor** se centra en su intensidad, localización y la sensación de amenaza vital. Uno de los aspectos más gráficos de los entrevistados es el referido al dolor en el momento del ingreso en la Unidad Coronaria. Cuando interviene dolor la vivencia del ingreso es sentida con gran dramatismo: *"sentí la muerte, le dije a mi mujer: adiós, me voy"* La sensación de muerte inminente es una constante incluso a veces sin estar referida a dolor. Es el caso de un paciente diabético: *"noté que se me iba la vida pero sin dolor"*. La descripción del dolor más repetida es la de un dolor insoportable, a menudo unido a la idea de gravedad y muerte: *"aquel dolor insoportable"*. El recuerdo del ingreso en la unidad coronaria está ligado al recuerdo del dolor.

La **información** que obtienen los pacientes es escasa y su comprensión deficiente. Los entrevistados coinciden en la escasez de información recibida: *"no me dijeron que tenía que ingresar en la UCI, me trajeron aquí y no me dijeron tampoco: tuviste un IAM, tu tuviste esto.... lo supe a través de mi cuñado"* Así mismo a algunos participantes en el estudio les cuesta identificar las diversas categorías profesionales: *"esta que está por la tarde no se si es enfermera o auxiliar"*. Un participante comenta del médico que le atendía: *"no se para mucho por que me mira y me dice: respire y se va"*. La falta de comprensión es ilustrativa: *"Me estuvo explicando la enfermera pero me hizo un rollo en la cabeza y no acabé de enterarme de todo"*.

La búsqueda de información es utilizada como respuesta de afrontamiento y se hablara de ella más adelante.

La **vivencia** de la propia enfermedad, viene condicionada por el contexto de una unidad especial, con normas muy estrictas y limitativas de movimientos. Los entrevistados se quejaron muy poco de su enfermedad y elogiaron el trato con el personal sanitario. Salvo los sujetos de mayor edad, los demás no manifiestan pérdida de control ni de su autonomía, siéndoles relativamente fácil la aceptación de rutinas asistenciales, aunque si lamentan la pérdida del rol de cuidador que mantenían: *"me preocupo por mi madre, soy hijo único"* *"lo que me preocupa es mi esposa que esta enferma (de depresión)"*

### Lo que dicen los pacientes

Del contenido del discurso narrativo se han podido identificar hasta un total de once estrategias de afrontamiento fácilmente reconocibles, en sus propios términos. La que más aparece, de forma constante es la **negación**, considerada como el esfuerzo por negar el problema o acontecimiento estresante (Cohen y Lazarus, 1979)<sup>(4)</sup>. *"Fué como si no tuviera nada"* Distinta es la percepción de la gravedad de la enfermedad. Es repetida la impresión de levedad de la misma. *"me dijo una doctora... que fue un infarto, no una cosa muy grave pero un infarto"*. Aunque la minimización del impacto de la enfermedad puede ser una estrategia, también podría sugerir un cambio en la percepción social de la misma, abundando en la idea de ser un padecimiento no invalidante, sin noción de cronicidad y por tanto recuperable con los medios tecnológicos disponibles. Esta apreciación es mantenida con preferencia por los sujetos más jóvenes de la muestra estudiada. En esa línea manifiestan un mayor temor a pasar por un procedimiento de intervencionismo cardíaco que a tener una recidiva o un reinfarto. *"si fuera una cosa de operación o tal..."*

Junto a la negación de la enfermedad aparece la negativa a reconocer el estado emocional: *"no miedo, no, ni preocupado...bueno, algo de eso coges..."*. Otras veces son la negación de las consecuencias de la enfermedad: *"no creo que me haya afectado mucho"*

La **evitación** es otra de las respuestas más comunes, de forma verbal:

*"Yo se que lo tengo, que esta ahí y hago como si no estuviera"*. *"No se le puede hacer caso", cuanto más a pecho te lo tomes, peor"*. *"No tuve tiempo de pensar ni que era ni que no era"*

En ocasiones, el entrevistado trató de cambiar de tema durante la conversación de forma deliberada o bien simplemente no respondiendo a lo que se le preguntaba. El paciente interponía una barrera entre él y lo que consideraba una amenaza. En la identificación de este tipo de estrategias por parte de las enfermeras juega un importante papel el lenguaje no verbal.

Otra estrategia relacionada es la de **acción directa de escape/evitación**. Con esta respuesta se trata no ya de evitar el acontecimiento estresante sino de huir de él. El ejemplo claro nos lo manifestó un paciente durante su primer día de estancia repitiendo la idea de que debía irse, y que planteaba coger el alta voluntaria. En las horas siguientes sustituiría su intención de "escapar" por un sucedáneo de huida de la que nos dio la clave verbal: *"Si duermes es la mejor forma de perder el tiempo, de no pensar"*

La **resignación** aparece como conformidad ante el estado de sufrimiento *"¿si no puedo hacer nada?-jno hago nada!-",* El sujeto deja en manos del equipo sanitario cuestiones que entiende no puede resolver o bien se encomienda a Dios: *"hay que estar a lo que Dios mande. Si hay que morir también muero en paz. Ya hago pronto 80 años y morir hay que morir"*

Lejos de la pasividad de la resignación, dentro del discurso de los entrevistados asoma la voluntad de realizar **cambios de vida positivos**, como dejar de fumar, cambios en el estilo de vida y dieta y en general la supresión de factores de riesgo: *"Tengo que cambiar todo: cafés, tabaco... de salir nada, voluntad tengo, era mucho lo que fumaba"* La idea de cambio también expresa la **voluntad o deseo de vivir**: *"Hombre... si hago lo que dice el médico tiraré hacia delante, de lo contrario iré para el otro lado"*. Un obstáculo a la hora de plantear cualquier cambio hacia un estilo de vida saludable se presenta en la **autojustificación**: *"eso le puede pasar a cualquiera"* *"le pasa a gente más joven y que no fuma"*

Otro tipo de respuesta es la **adopción o evitación del papel de enfermo**: *"es que no me gusta molestar"*. En el contexto de una unidad de críticos el sujeto asume la conducta que se espera de él, sin que a veces sea posible evitar el conflicto: *"molestar no me gusta, es lo que noto más en falta. La gente muy maja, los médicos también, tuve un pequeño (roce) con la doctora, claro porque todos me decían "no te muevas, no te muevas..." y ella me mandaba incorporararme y ...claro no sabía"*.

El recurso al **auxilio de la familia** es utilizado para proporcionar información en muchos casos, *“Como iba mi mujer a hablar con el médico también se lo dejaba en sus manos” “Todavía no he hablado con el médico. Mi nuera es la que más...y luego habla conmigo”*. Entendemos que por ello la **demanda de información** de forma directa se presenta de forma escasa, al contrario de lo que ocurre en otros contextos y con otro tipo de enfermos: *“le dije (al médico), si hace el favor, dígame lo que tengo”* A ello puede contribuir el hecho de que la información sea una actividad rutinaria en la unidad, con un protocolo de acogida que incluye la entrega de un documento informativo. Esta búsqueda de apoyo familiar choca con las normas restrictivas de la UCI que imponen unos horarios estrictos y de corta duración. *“Me gustaría que estuviese mi familia..... le dije a mi mujer no te vayas de aquí... no me dejes solo por si me vuelve a pasar”* La aceptación de la enfermedad y la edad refuerzan la búsqueda de apoyo: *“ Ahora iré a vivir a casa de la hija”*. Para el paciente es importante la **confianza en el personal y la curación**: *“preferiría que me tratase la misma gente”* viendo incrementada su seguridad y autocontrol.

#### Percepción de las enfermeras

Existe una gran coincidencia entre las enfermeras entrevistadas en identificar el dolor como fuente principal de estrés, lo que determina el orden de sus prioridades: *“como ya estaba sin dolor, estaba bastante tranquilo” “a lo largo de los días como la evolución fue buena y creo que no volvió a tener dolor, se fue tranquilizando”*

La tranquilidad y la colaboración se reconocen como factores de adaptación al entorno. La enfermera adopta un rol profesional en su relación con el paciente, con cierto distanciamiento, que viene a reflejarse en el discurso empleado: *“El paciente está tranquilo, colaborador y receptivo a todo lo que se le dice”*. En este contexto el papel de la familia apunta como elemento importante de ayuda.

El estrés del paciente es detectado incluso en ausencia de palabras. El lenguaje corporal y gestual proporciona mucha información aunque no se verbalice *“se le nota en la cara”*. Son reconocibles cuatro expresiones faciales concretas como son el miedo, la ira, la tristeza y la alegría<sup>(17)</sup>

Observamos cierta disparidad en la apreciación del estrés entre pacientes y enfermeras y ocurre lo mismo con las estrategias de afrontamiento percibidas. Algunas enfermeras se lamentan no disponer de más tiempo para hablar con detenimiento con el paciente cuestión que explicaría la escasez en la variedad de respuestas de afrontamiento percibidas. Tampoco en cuanto a la descripción del estado emocional existe coincidencia. En algún caso, pese a estar descrito por la enfermera como persona alegre y tranquila el entrevistado relatando sus propias vivencias, guarda silencio, se gira hacia la mesa y coge un pañuelo con el que secar sus lágrimas. La agresividad o la ira no son vistas como respuestas, pero se detectaron fácilmente la negación, la evitación, la resignación y la búsqueda de apoyo familiar.

#### Discusión

La visión predominante que tienen los pacientes sobre la enfermedad coronaria es la de un padecimiento leve, recuperable y sin noción de cronicidad, lo que sugiere un cambio en la percepción social de la misma. Esta concepción contribuiría a ser un menor elemento estresor, y coincidiría con el resultado de otras investigaciones donde el nivel de estrés de los pacientes es menor que el percibido por las enfermeras<sup>(2)(3)</sup>. Llama la atención la escasa información recibida y las concepciones erróneas sobre cambios de estilo de vida, lo que hace necesaria la educación sanitaria. En este punto los hallazgos son similares a los de otros estudios<sup>(19)</sup>

Observamos una estrecha vinculación entre el estrés percibido por las enfermeras y el dolor en el paciente coronario, equiparando al paciente sin dolor como un paciente tranquilo, lo que supondría una infravaloración del estrés. Por otra parte, las enfermeras evitan ahondar en el espacio emocional de paciente, para no verse implicadas afectivamente lo que motiva cierto distanciamiento que impide a los sujetos “abrirse” y manifestar sus sentimientos y emociones. La cercanía emocional por el contrario, hace aflorar estrategias que antes habrían pasado desapercibidas.

Los resultados obtenidos, como ocurre con este tipo de investigación cualitativa, no podrán ser generalizados, pero podrán ser extrapolados a situaciones semejantes a la estudiada.

La utilización de la entrevista en profundidad nos ha servido para descubrir que fuera de la utilización de estereotipos o pequeñas charlas informales es sencillo obtener las palabras que nos ayuden a identificar las respuestas de afrontamiento. La detección del afrontamiento inefectivo en esos primeros momentos tras la crisis puede dar lugar a la toma precoz de medidas correctivas y servir de ayuda para los mismos, ya sea por su detección o por una mejor comprensión del problema. Por último, la planificación de los cuidados pasa por el reconocimiento y el manejo de las situaciones estresoras.

**Tabla 1. Resumen de las expresiones utilizadas en su lenguaje original**

Estrategia utilizada		Expresión
Negación	De la enfermedad	Foi coma se non tivera nada
	Del estado emocional	Non, medo non, nin preocupado,.... bueno algo de eso colles...
	Consecuencias de la enfermedad	No creo que me haya afectado mucho Se fora unha cousa de operación ou tal
Evitación		Fago coma se non estivera
Acción escape/ evitación		<i>Si duermes es la mejor forma de perder el tiempo, de no pensar</i>
Resignación		Si non podo facer nada, non fago nada Hai que estar ó que Deus mande... se hai que morrer agora tamén morro en paz... xa fago 80 anos... e morrer hai que morrer
Cambios de vida positivos		Tengo que cambiar todo, voluntad tengo... Era mucho lo que fumaba
Voluntad de vivir		Home... si fago o que me di o medico tirarei cara adiante, do contrario irei para o outro lado

Auto-justificación	Esto pasalle a calquera Le pasa a gente más joven y que no fuma
Adopción del papel de enfermo	Es que no me gusta molestar Non quero molestar
Auxilio de la familia o apoyo social	Me gustaria que estuviere mi familia (a la mujer) non te vallas daqui, non me deixes só no he hablado con el médico... mi nuera es la que más [habla] con el médico y luego habla conmigo
Búsqueda de información	Dixenlle: se fai o favor dígame o que teño Preocupame a proba por que non sei o que nin como... non sei que é Pregunté a una enfermera pero no me acabo de enterar
Confianza en el personal	Preferiría que me tratase la misma gente Aquí eles (o persoal) conseguiron que me esquecerá da enfermidade

**Tabla 2. Características de los participantes**

Sexo	Edad	Medicación ansiolítica	STAI A/E	STAI A/R	Vulnerabilidad	Habilidades
M	56	NO	20	29	14/22	15/22
M	76	SI	20	24	9/22	15/22
M	58	SI	27	22	12/22	9/22
F	67	NO	-	-	3/22	20/22
M	64	NO	22	26	3/22	14/22
M	47	SI	-	-	14/22	7/22
M	68	SI	31	20	5/22	16/22
M	77	SI	31	30	8/22	15/22
F	76	SI	27	26	6/22	19/22
M	79	SI	26	32	10/22	10/22
M	60	NO	22	30	7/22	13/22
F	80	SI	27	15	7/22	18/22
M	38	SI	20	25	4/22	18/22
F	55	SI	27	24	14/22	16/22

#### Bibliografía

- Pérez de Ciriza A, Ostamendi S, Ezenarro A y Asiain MC. [Factores desencadenantes de estrés en pacientes ingresados en cuidados intensivos](#). Enferm Intensiva. 1996 jul-sep. 7(3):95-103.
- Richart M, Cabrero J, Valera P, Olmo M R, Laguna A y Ors A. Diferencias de estrés percibido entre profesionales de enfermería y pacientes hospitalizados. Rev Enfermería científica. Núm. 110- Mayo 1991. 23-24
- Richart M, Cabrero J y Reig A: Hospitalización y Estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre el paciente y personal de enfermería. Análisis y Modificación de Conducta, 1993. Vol.19. nº 63: 75-89
- Rodríguez J, Zurriaga R: Estrés, enfermedad y hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). 1997.
- Zabalegui A, Vidal Á, Soler MD y Latre E. [Análisis empírico del concepto de afrontamiento](#). Enferm Clínica. 12(1):29-38.
- Zabalegui A, Vidal, A, Soler M D, Latre, E, Fernández MP: [¿Qué es el afrontamiento?](#) Rev ROL Enferm. 25(7-8):72-76.
- Carpenito L.: Diagnósticos de Enfermería. Interamericana-Mcgraw-Hill; Madrid. 1995
- Spielberder, CD. Gorsuch, RL. Lushene RE: STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor núm .124. TEA ediciones. Madrid 1997.
- Bueno A y Buceta J: Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso, Dykinson, 1997.
- Taylor SJ, Bogdan R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Edit. Paidós básica. Barcelona 1996
- Delgado JM, Gutierrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis. Madrid 1999.
- Miles M.B, Huberman A.M. Qualitative Data Analysis: An expanded sourcebook (2ª ed.), Sage:London & Thousand Oaks, California (1994)
- Alonso SJ y Navarro E. Estrés y problemas cardiovasculares. Med Clin. 1995; 104: 551-555.
- Burguete MD, Velasco J. [Estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puerta de urgencias](#). Enferm Clínica. 6(4):151-157.
- Guillibert E. El estrés hospitalario en un servicio de reanimación para adultos. Rev. Enfermería científica 1986 núm. 49: 10-14.
- García D, Sánchez MD, Fernández MM, et al. Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. Enfermería Clínica, Vol. 11, núm 2: 65- 71.
- Goleman D, Inteligencia emocional. Edit. Kairós. 29ª edición. 1999.

18. Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas, Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. 1995.
19. Muñoz, FJ, Granero J, et al.: Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. Tempus Vitalis. En <http://saecc.com/Revista03/Original2.htm>. Acceso el 26/02/2003

**Jara Fernández, F. J., Conde Herrera, M., Nieto García, A., Ponce González, J. F., Acosta Delgado, D., Ponce Blandón, J. A.: Apoyo Social y Calidad de Vida en los pacientes con pie diabético**

**Introducción**

Desde el punto de vista epidemiológico, los estudios de prevalencia de la Diabetes en España indican que dos millones quinientos mil pacientes padecen esta enfermedad (1). Esta cifra está en concordancia con la prevalencia que se estima en el ámbito norteamericano por la American Diabetes Association (2) y más localmente por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (3), que calcula que existen unos 450.000 pacientes en Andalucía. La prevalencia aumenta de forma significativa en relación con la edad (alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % si consideramos sólo a los mayores de 80 años) (2-4).

Con respecto al Pie diabético, su prevalencia se sitúa entre el 8% y el 13% de la población diabética (4,5). Aunque el 80-90% curan sin problemas, vuelven a aparecer en un 41% de los casos en los 3 años siguientes y en un 70% en los 5 años siguientes a su primera aparición. Normalmente la falta de cuidados de la herida conduce a la infección, gangrena, hospitalización, y amputación (6). De todas estas cifras se puede concluir que en Andalucía existen alrededor de 45.000 pacientes con Pie Diabético, de los cuales unos 4.500 necesitan cuidados al no evolucionar satisfactoriamente, de ellos se sabe que alrededor de 800 pacientes son amputados todos los años (7). Proporción que coincide con la tasa española de amputaciones: 10,9/100.000 hab./año (8).

La mayor parte de los pacientes amputados son diabéticos tipo 2 (83%). El sexo predominante en las amputaciones es el masculino (1,7,9). Al mismo tiempo los pacientes con más riesgo de padecer Pie Diabético son los de mayor tiempo de evolución de la diabetes y que peor controlan su glucemia (10).

En cuanto a las tasas de mortalidad por diabetes mellitus en España son de 18,89 por 100.000 hombres (18,34 en Andalucía) y de 29,12 por 100.000 mujeres (31,32 en Andalucía). Dichas tasas presentan una tendencia al alza en los últimos años. La mortalidad inicia un ascenso rápido a partir del grupo de edad de 45-49 años y alcanza los valores máximos en los mayores de 85 años. Esto ocurre tanto en las mujeres como en los hombres, aunque hay una mayor mortalidad en las mujeres a medida que aumenta la edad (7).

El concepto de Calidad de Vida relacionado con la salud es un concepto multidimensional (6,11,12) que ha dado lugar a múltiples definiciones, entre ellas podemos destacar la propuesta por Shumaker y Naughton, citada por Herdman y Baró (13), que la define como: "La Calidad de Vida relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar". Lo que se trata de medir, cuando se evalúa la Calidad de Vida, es el grado de influencia de la enfermedad y/o su tratamiento sobre la calidad de vida global del paciente.

En cuanto al concepto de Apoyo Social la definición más aceptada es la propuesta por Lin, citada por García Martín (14), como las "provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos", al mismo tiempo tres han sido los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones: Confidencial, Afectivo e Instrumental. Existe una ausencia de estudios que hayan explorado las relaciones entre el Pie Diabético y el Apoyo Social. En los estudios en diabéticos sin complicaciones se encontraron asociaciones significativas entre el Apoyo Social y la Calidad de Vida y reflejaron la necesidad de prestar apoyo social a los diabéticos (15). El Apoyo Social beneficia también a estos pacientes, pues mejora su ajuste psicosocial (16), así como su adherencia terapéutica (17). Los estudios que investigan si el tener apoyo social beneficia las conductas de autocuidados en diabéticos sin complicaciones, muestran resultados contradictorios; así algunos determinan que las mejoran (18), mientras otros concluyen que no existe ninguna relación (19).

Cuando se ha investigado si el apoyo social mejora el autocontrol de la glucemia, las conclusiones no dejan lugar a dudas: el tener un buen apoyo social no se relaciona con el control de la glucemia(20). Sólo se ha encontrado tres estudios que obtienen una relación positiva y en todos el apoyo social ha sido en el ámbito educativo-instructivo (21).

Es más, otro estudio concluye que cuanto menos apoyo social se tiene, más control de la glucemia se ejerce (22). Siguiendo con los estudios de diabéticos sin complicaciones, cuando se profundizó en las diferentes dimensiones del Apoyo Social y se exploró el Apoyo Familiar, los resultados de los estudios concluyeron en los efectos beneficiosos de dicho apoyo, en todos los aspectos estudiados. Así, el tener un buen apoyo familiar mejora la calidad de vida (23) se relaciona positivamente con las conductas de autocuidados (24), mejora la adherencia terapéutica y está relacionado directamente con el autocontrol de la glucemia (25). No se han estudiado dichas relaciones en los pacientes con Pie Diabético específicamente.

**Objetivos**

- A. Determinar la influencia del Apoyo Social Confidencial, Afectivo e Instrumental en la Calidad de Vida de los pacientes con pie diabético.
- B. Identificar las áreas de cuidados psicosociales que pueden mejorar la Calidad de Vida de estos pacientes.

**Métodos**

Tipo de estudio: Observacional, Transversal y Analítico.

Criterios de inclusión: Pacientes con pie diabético, de 55 ó más años de edad y con un tiempo de evolución de la diabetes de al menos 10 años cuyo diagnóstico clínico podía incluirse en algunos de los siguientes códigos del CIE-10: E10; E10.4+; E10.5; E11; E11.4+; E11.5; E14; E14.4+; E14.5.

Criterios de Exclusión: Presencia de deterioro cognitivo, o que no colaboraran (3 casos).

Población: Pacientes del área de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla (273.081 de 55 o más años de edad)

**Tipo de Muestreo:** Consecutivo durante 6 meses, otoño-invierno de 2003-04  
**Tamaño Muestral:** 210 pacientes, aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un riesgo  $\beta$  de 0,20, en un contraste bilateral y para detectar una diferencia igual o superior a 4 unidades en la desviación estándar. Se agruparon los pacientes en 3 grupos, en función de la gravedad de sus lesiones: Wagner 0: 83 pacientes, Wagner 1 a 3: 58 pacientes, Wagner 4 a 5: 70 pacientes.

**Variables:** Calidad de Vida, presencia de un Confidente, grado de Apoyo Familiar y presencia de un Cuidador

**Instrumentos de medida de variables:** Cuestionario SF-36, Cuestionario de función familiar Apgar familiar y Cuestionario diseñado al efecto.

**Análisis Estadístico:** Análisis Bivariante (Anova vs Kuskal-Wallis, según los estratos fueron paramétricos o no, error  $\alpha:0'05$ ) y Análisis multivariante ajustado por edad y puntuaciones en la escala Wagner (Significación en la regresión logística,  $p \leq 0'05$ , Exp ( $\beta$ )  $\geq 1'5$ , lim. inferior IC 95%  $\geq 1$ ).

#### **Resultados**

**Análisis Descriptivo:** Presencia de confidente: Un 35,7% no tiene a nadie en quien confiar sus preocupaciones y sentimientos. Apoyo familiar: El 26,1% presenta disfunciones familiares (leves y graves). Y el 12,5% no tiene a una persona que le ayude en sus cuidados. En cuanto a la Calidad de Vida, en el Componente Físico Global las puntuaciones más altas fueron en las mujeres (media=40,9; DT=13,7), mientras que los hombres puntuaron más alto en el Componente Mental Global (media=44,6; DT= 13,9).

**Análisis Bivariante:** Tener un Confidente, tiene más asociación con la Calidad de Vida en hombres con Wagner 1-3 que en cualquier otro grupo. En estos las Vitalidad, Función Social, Salud Mental y el Componente Mental Global están asociados a la Calidad de Vida. En las mujeres se refleja asociación en Salud General (Wagner 0) y Salud Mental (Wagner 1-3). El tener un Cuidador mostró asociaciones contradictorias con la Calidad de Vida tanto en mujeres como en hombres. En cuanto al Apoyo Familiar, en las mujeres se encontró asociaciones significativas con la Calidad de Vida en Wagner 1-3 (Vitalidad) y en Wagner 4-5 (Dolor Corporal). Los hombres con Wagner 0, mostraron asociación en Función Física, Rol Emocional, Salud Mental y el Componente Mental Global. Estas dos últimas dimensiones también se asociaron en varones con Wagner 1-3, no encontrándose asociación en varones con Wagner 4-5.

**Análisis Multivariante:** No existen razones de ventaja (O.R.) significativas en el Componente Físico Global de la Calidad de Vida. No obstante en el Componente Mental de la misma, la ausencia de una persona en la que confiar sentimientos y preocupaciones (confidente), eleva el riesgo de puntuar bajo en Calidad de Vida en 3,8 veces, si la comparamos con las que tienen un confidente. Las disfunciones familiares graves y leves, aumentan el riesgo en 8,3 y 2,6 veces respectivamente, siempre que tomemos como referencia a las personas con buen apoyo familiar. La ausencia de un cuidador no mostró Odds Ratio significativas.

#### **Discusión**

En los estudios previos los pacientes con mayor apoyo social en general, tenían mejor calidad de vida. Pero no existían estudios sobre la asociación entre los diferentes componentes del Apoyo Social y la Calidad de Vida en pacientes con Pie Diabético.

Los resultados inducen a pensar que contar con una persona en quien confiar íntimamente, es bastante relevante dentro del constructo del Apoyo Social; independientemente del aprecio que se reciba de la familia o de contar con personas que cuiden al paciente, teniendo por tanto un efecto positivo sobre la percepción de la Calidad de Vida. El carecer de un confidente es un factor de riesgo para perder Calidad de Vida.

En nuestro medio y en las edades de los pacientes estudiados, la familia suele ser el sistema de apoyo más frecuente y el mayor proveedor de confidentes. Es lógico por tanto, que su disfunción familiar afecte a la calidad de vida percibida. A mayor grado de disfunción familiar mayor riesgo existe de puntuar bajo en calidad de vida.

Finalmente, la existencia de un cuidador no se mostró como una variable predictora de la calidad de vida. La presencia de una persona que ayude materialmente, no influye significativamente en la percepción de la Calidad de Vida. Todo induce a pensar, que el Apoyo Familiar y el contar con un Confidente son unos amortiguadores eficaces de las repercusiones del Pie Diabético en la Calidad de Vida.

#### **Conclusiones prácticas:**

1. Es necesario e imprescindible un abordaje familiar y no individual de estos pacientes para mejorar la Calidad de Vida de los mismos.
2. Se resalta la importancia del Apoyo Confidencial-Empático de la Enfermería para mejorar la Calidad de Vida de estos pacientes, en contraposición a la mera prestación técnica de cuidados.
3. Los cuidados hospitalarios de estos pacientes, deben abarcar a la familia del paciente, detectando los pacientes con mayor riesgo para perder calidad de vida en función de su situación familiar.
4. Los cuidados prestados por las enfermeras comunitarias, deben abarcar imprescindiblemente las áreas Psicosociales en cada una de sus intervenciones, prestando una atención a los pacientes con familias disfuncionales y/o sin confidentes.
5. A pesar que tradicionalmente se ha dado gran importancia a la presencia de un cuidador, cuando este sólo se limita a la ayuda material, no eleva la percepción de la Calidad de Vida.

#### **Bibliografía**

1. La diabetes afecta a unos 2,5 millones de españoles, cifra que se duplicará de aquí al año 2025. Jano [En línea] 20 de octubre de 2003. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=29284>
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2003; 26 (S): 33-50
3. Grupo Diabetes SAMFyC. Epidemiología.[En línea]. 2000 (26 de diciembre). URL disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/epidem-1.htm>
4. La mitad de los casos de diabetes tipo 2 en España no están diagnosticados. Jano [En línea] 24 de octubre de 2003. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=29382&mail=Si>
5. Boyko EJ, Ahroni JH, Stensel V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer. The Seattle Diabetic Foot Study. Diabetes Care 1999; 22 (7): 1036-1042.

6. Sutton M, McGrath C, Brady L, Ward J. Diabetic foot care: assessing the impact of care on the whole patient. *Practical Diabetes Int* 2000; 17 (5): 147-151
7. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
8. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Consenso de la SEACV sobre Pié Diabético [En línea]. URL disponible en: <http://www.seacv.org/revista/ConsensoDiabetes.htm>
9. Calle-Pascual A, Garcia-Torre N, Moraga I, Diaz J, Duran A, Moñux G, et al. Epidemiology of Nontraumatic Lower-Extremity Amputation in Area 7, Madrid, Between 1989 and 1999. *Diabetes Care* 2001; 24 (9):1686-1689.
10. Staius I, de Grauw W, van Gerwen W, Bartelink ML, van den Hoogen H, Rutten G. Foot Ulceration and Lower Limb Amputation in Type 2 Diabetic Patients in Dutch Primary Health Care. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 570-574.
11. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002; 44: 349-361.
12. Faílde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2000; 53 (4): 359-365.
13. Herdman M., Baró E. La medición de la calidad de vida: Fundamentos teóricos. En Badía X., Podzamczar D. Calidad de vida asociadas a la salud e infección por VIH. Madrid: Jarpyo Editores; 2000. p 19-33
14. García MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Universidad de Malaga [En línea]. URL disponible en : <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>
15. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26 (5): 1468-1474
16. Penninx B, van Tilburg T, Boeke A, Deeg D, Kriegsman D, van Eijk J. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Depressive Symptoms Different for Various Chronic Diseases?. *Health Psychol* 1998; 17 (6): 551-558
17. Kutz D. A model of adherence in type 2 diabetes mellitus: The role of psychosocial factors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000; 60 (8 B): 4231
18. Chas Skinner T, John M, Hampson S. Social Support and Personal Models of Diabetes as Predictors of Self-Care and Well-Being: A Longitudinal Study of Adolescents With Diabetes. *J Pediatr Psychol* 2000; 25 (4): 257-267.
19. Gleeson Kreig J, Bernal H, Woolley S. The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Among a Hispanic Population. *Public Health Nur.* 2002; 19 (3): 215-222.
20. Vaughan V. Social support, psychosocial adaptation, and glycemic control in non-insulin dependent diabetic African-American and Caucasian women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1996; 57 (1-B): 0767
21. Jansà M, Vidal M, Yoldi C, Yago G, Conget I, Recasens M, et al. Programa de educación terapéutica (ET) dirigido a pacientes/familia que inicien infusor de insulina (CSII).[En línea]. URL disponible en: <http://www.faeed.org/cursosycongresos/congreso2002cadiz/pdf/F.pdf>
22. Linton Weiss N. Social support and non-insulin dependent diabetes mellitus: A multidimensional approach. *Dissertation Abstracts International* 1991; 51 (10-B): 5074
23. Trief P, Grant W, Elbert K, Weinstock R. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21 (2): 241-245
24. Trief P, Himes C, Orendorff R, Weinstock R. The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24 (8): 1384-1389, 2001
25. Trief P, Wade M, Dee Britton K, Weinstock R. A Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (7):1154-1158.

**Tabla 1. Análisis Bivariante. Variables de Apoyo Social y Calidad de Vida en función del sexo y grado de lesión**

			Func. F	Rol F.	Dolor C.	Salud G.	Vitalidad	F.Social	Rol E.	S.Mental	C.F.G.	C.M.G.
Confidente	Varones	W. 0	Sig. 0,161	0,640	0,710	0,152	0,349	0,843	0,183	0,057	0,771	0,051
		W. 1-3	Sig. 0,511	0,927	0,606	0,145	0,029	0,013	0,582	0,034	0,633	0,024
		W. 4-5	Sig. 0,550	0,832	0,629	0,155	0,252	0,140	0,614	0,067	0,929	0,125
	Mujeres	W. 0	Sig. 0,337	0,181	0,054	0,015	0,385	0,434	0,411	0,059	0,064	0,798
		W. 1-3	Sig. 0,992	0,055	0,960	0,145	0,131	0,214	0,668	0,045	0,646	0,161
		W. 4-5	Sig. 0,392	0,855	0,697	0,881	0,383	0,205	0,450	0,209	0,305	0,098
Apoyo Familiar	Varones	W. 0	Sig. 0,044	0,065	0,789	0,118	0,097	0,318	0,004	0,010	0,281	0,009
		W. 1-3	Sig. 0,559	0,304	0,867	0,567	0,113	0,926	0,559	0,017	0,391	0,071
		W. 4-5	Sig. 0,389	0,578	0,706	0,295	0,653	0,246	0,168	0,275	0,877	0,255

Cuidador	Sexo	W. 0	Sig.	Componentes									
				0,337	0,181	0,054	0,015	0,385	0,434	0,411	0,059	0,064	0,798
Mujeres	W. 1-3	W. 0	Sig.	0,402	0,541	0,612	0,085	0,203	0,256	0,347	0,632	0,569	0,362
		W. 1-3	Sig.	0,523	0,250	0,067	0,910	0,030	0,420	0,827	0,622	0,239	0,158
		W. 4-5	Sig.	0,161	0,640	0,710	0,152	0,349	0,843	0,183	0,057	0,771	0,051
	Varones	W. 0	Sig.	0,097	0,007	0,531	0,670	0,045	0,245	0,093	0,461	0,076	0,499
		W. 1-3	Sig.	0,317	0,683	0,021	0,417	0,454	0,139	0,304	0,145	0,729	0,179
		W. 4-5	Sig.	0,474	0,181	0,405	0,253	0,385	0,434	0,557	0,371	0,185	0,732
Mujeres	W. 0	Sig.	0,462	0,787	0,639	0,095	0,019	0,654	0,189	0,218	0,767	0,073	
	W. 1-3	Sig.	0,488	0,952	0,159	0,342	0,144	0,251	0,478	0,695	0,908	0,249	
	W. 4-5	Sig.											

Tabla 2. Análisis de Regresión de los Componentes Globales de la Calidad de Vida

		Casos	Controles	Sig.	O.R.	I.C. 95%	
						Inferior	Superior
Componente Físico Global	A. Familiar (Funcional)	37	120		1 <sup>C</sup>		
	A. Familiar (disf. grave)	11	25	0,487	0,7	0,3	1,8
	A. Familiar (disf. leve)	5	15	0,337	0,6	0,2	1,8
	Confidente (presente)	30	107		1 <sup>C</sup>		
	Confidente (ausencia)	23	53	0,744	0,9	0,4	1,8
	Cuidador (Presencia)	45	143		1 <sup>C</sup>		
	Cuidador (Ausencia)	8	17	0,288	1,7	0,6	4,6
Componente Mental Global	A. Familiar (Funcional)	26	131		1 <sup>C</sup>		
	A. Familiar (disf. grave)	14	22	<0,001	8,3	2,8	24,6
	A. Familiar (disf. leve)	13	7	0,035	2,6	1,1	6,1
	Confidente (presente)	19	118		1 <sup>C</sup>		
	Confidente (ausencia)	34	42	<0,001	3,8	1,8	7,9
	Cuidador (Presencia)	44	144		1 <sup>C</sup>		
	Cuidador (Ausencia)	9	16	0,144	2,0	0,8	5,3

C: criterio de referencia.

## Mesa Redonda (Inglés): Nursing Clinical Practice A

### Zulca, L., Rassin, M., Berger, M., Silner D.: *Patients' Medical Documents Management through Patient Portfolio*

#### Introduction

Patients and caregivers face daily the lack of accessibility and availability to medical information records. In an attempt to solve this difficulty, computerized information systems in the health organizations were introduced during the 1980's. The future aim was to develop, both a national and international, sharing network between the medical data-base systems. Despite all the efforts invested, not all countries possess a national communications network for information sharing between the various systems. Furthermore, there may not even be a local clinical communication network, e.g. between the various institutes, laboratories and departments in a hospital (1).

The problem: In our hospital cardiologic clinic the nursing staff noticed that patients arrive for examinations without medical documents, even though they were asked to bring them.

The absence of medical documents and the patient disability to transfer up-date medical information, and interface internal and external medical databases, damages the quality of treatment and service.

Occasionally, medical counseling was postponed until the desired document were produced. So, patients invited to the clinic leave in anger, expressing their dissatisfaction of the services.

Lately, a computerized medical folder was introduced into some hospitals, and to most health service providers in Israel. Yet, due to technical constraints, there was no interface between the various existing databases, and information from one institute to another. Information was usually delivered through the patient, especially data base from private medical services.

Purpose: In an attempt to complete a holistic picture of the medical condition, and to make the situation more efficient and to take practical steps to solve it, we examined:

How the patients perceive the medical documents entrusted to them? Are they aware of the importance of keeping them? and in which form do they keep the documents. In addition, we examined the patients' attitude to managing medical documents by themselves.

Method: The research was conducted qualitatively. The data was gathered using a semi-structured interview, constructed especially for this research.

We studied 28 patients with heart disease from the cardiologic clinic between May and October, 2003

The participant's age ranged between 39-76 years, 17 were male, and the rest were female.

Analysis: The interviews were analyzed by using content analyses. The categories which resembled the participants expressions, were taken from the subjects' everyday language(2,3).

### **Findings**

Six categories were identified:

The patients thought that it should be the health system's responsibility for the documents and their management. In most cases, they perceive the hospital as a large advanced organization, with modern technological resources, that is responsible and able to maintain all the information appertaining to the patient.

Some of the participants automatically kept their documents in envelopes, plastic bags, and folders. The usual storage places were at home: in the kitchen, and bedroom, and some kept the documents in the car or at the work place. It was classified by: months and years, or medical categories, chronologically from past to present time. Employed patients kept their recent documents available in the car or briefcase, thinking that they should be available to them if necessary. All these aspects suggest paradoxically that they do not trust the system even though they expect it to be responsible for the medical documents.

The participants in the research told that the documents also served as communication tools with the caregivers, but mainly made the patients more involved in the treatment and to some extent control it.

The patient decision which documents to bring by its importance to him.

The lack of guidance as to which documents one should bring, forced patients to decide what to bring, and to which specific therapeutic field. The patients used to attribute much more significance to illness summary and changes in test results.

Many patients pointed out that they have decided to keep the documents after a "learning" experience, which included reactions of anger and dissatisfaction by the medical staff.

The notion of organizing and managing the documents reveal itself as an essential tool for most of the patients.

### **Discussion**

By keeping the documents and deciding to whom and when to show them, the patient functions as a self-care manager. The preoccupation with the documents results in personal responsibility and involvement in the treatment, which consequently empowers the patient.

Patient Empowerment is based on the premise that optimal health results will achieve only when the patient actively participates in the treatment (4,5,6).

In medical documents management there are Case Management elements, that aim to coordinate the treatment in a way which guarantee it's advance, quality, and cost-efficient (7).

With legislation of a law for patient rights the health system encourages the patient active involvement in his health process. So today patients should be given the role of Case Manager. It seen that, patient medical documents management will be a useful tool for communicating with the various health institutes and so influents health outcomes and cost-effectiveness.

In an attempt to solve the problem efficiently and empower the patient, we created a personal documents folder for the patients called- *Patient Portfolio*, which is a personally organized collection of medical documents, displaying the development of the medical situation over time. It use as a complementary tool supporting the existing information systems.

The portfolio is divided into separate sections for drug treatment, discharge summary, imaging examination, laboratory results, alternative medicine and any other documentation. The portfolio was given to the patient followed by explanations on the importance of documentation and its management.

Even though the portfolio is not a new tool, so far it has been used only in relation to advancing professional careers and education, but its use could be extended to other fields (8,9,10). We assume that the patient portfolio would reflect a holistic and organized picture of the patient's health status over time.

### Conclusion and Recommendation

From the current research, it could be deduced that the notion, of patients' documents management, is an essential need for both patients and health providers.

By bringing forth the awareness of both patients and caregivers to the importance of organized and managed medical documents we will advance the cooperation and involvement of the patient in the treatment and decision-making.

### Bibliography

1. Briggs, B. "Point of Care Can Be Anywhere". *Health Data Management*. 11, (2003): pp. 22-29.
2. Berg, B.L. *Qualitative Research: Methods for the Social Science*. Viacom (London): 1998.
3. Strauss, A., Corbin, J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publication (London): 1990.
4. Brennan, P. and Safran, C. "Report of Conference Track 3: Patient Empowerment M". *Journal of medical Informatics*. 69, (2003): pp. 301-304.
5. Henderson, S. Power Imbalance between Nurses and Patients: A Potential Inhibitor of Partnership in Care". *Journal of Clinical Nursing*. 12, (2003): pp. 501-508.
6. Safran, C. "The collaborative Edge: Patient Empowerment for Vulnerable Populations". *International Journal of Medical Informatics*. 69, (2003): pp. 185-190.
7. Powell, S, K. *Case Management: a Practical Guide to Success in Managed Care*. Lippincott (Philadelphia): 2000. pp. 4-16.
8. Meister, L; Heath, J; Andrews, J. and Tinggen, M.S. "Professional Nursing Portfolios: A Global Perspective". *Medsurg Nursing*. 11, (2002): pp. 177-183.
9. Oermann, M.H. "Developing a Professional Portfolio in Nursing". *Orthopedic Nursing*. 21(2), (2002): pp. 73-78.
10. O'Sullivan; Greene, C. Portfolios: "Possibilities for Addressing Emergency Medicine Resident Competencies". *Academic Emergency Medicine*. 9, (2002): pp. 1305-1310.

### **Clemow, R., Seah J.: Improving patient care following fractured neck of femur through collaborative working**

The key objective of this paper is to report on multi-disciplinary and collaborative working that improved the care and outcomes of patients. This included returning to their usual place of residence following fractured neck of femur within the Orthopaedic Directorate of one District General Hospital in South Devon, United Kingdom (UK). The findings add to the evidence and debate for constructing efficient and effective multi-disciplinary teams for health care within health care in the UK. The success for new ways of working required redefinition of roles and responsibilities, including the new role of Trauma co-ordinator.

An extensive literature search yielded a lack of empirical evidence to establish whether extended roles influenced patient outcomes. However, one study(1) attributed a cut in waiting times for patients in the Accident and Emergency Department to extended professional roles. There is also inconclusive evidence to demonstrate whether educational input impacts specifically on patient outcomes (2) yet reportedly having positive impact on professional competence (3). Improved patient care is therefore implied but not exactly stated. What is known is that certain patterns of care influenced outcomes in one systematic review (4) (41 comparative studies, including 14 randomised control trials) which included six studies of early supported discharge. In the review, early supported discharge programmes after hip fracture increased the number of patients returning to their usual place of residence and reduced their length of stay.

We aim to add evidence that shows how new roles, team and service reconfiguration around the needs of patients with fractured neck of femur can influence their outcomes. Fractured neck of femur is an injury commonly sustained by older people. The subsequent needs of the patients group are complex and diverse, and may not be met within the competencies of the established orthopaedic team. A number of senior roles have emerged to enhance the management of patient care such as clinical orthopaedic co-ordinator (5) and clinical nurse co-ordinator (6) and have been portrayed as pivotal in enhancing patient care, as has the development of multidisciplinary team working.

Hip fracture is defined as a fracture of the femur above a point 5 centimetres below the distal part of the lesser trochanter (7). Hip fractures may occur at any age but are most common in older people. They are usually sustained by falling. The two main risk factors for fracture of the femur are associated with ageing; loss of bone density from osteoporosis and the increased risk of falling. More than 70% of #NOF occur in people over age of 75 years, 87% of whom are women (8) After a hip fracture one in five people die in the first year, and one in four elderly people require

increased level of long term care. Those who return to their usual place of residence have increased difficulty with their usual activities of daily living than 'age and sex matched controls'.

The cost for fracture hip and continuing institutional care for some was estimated to cost £444million for England & Wales in 1992/2 (9). The need for improving services for this group of patients was set out as a priority and reflected in the national agenda for reforming health care in the UK.

A number of recent national drivers for reforming the health service relate directly to the care of patients following fractured neck of femur. The NHS Plan (10) identified disparity in staffing levels, service delivery and outcomes of patient care as well as a lack of national standards for planning and deploying resources. Unnecessary role boundaries between professions were believed to impede their effectiveness. In response to shortfalls in service provision and resources the NHS Plan set out to ensure fast access to diagnostics and pathology leading to effective interventions and fast access to acute settings. For the first time multidisciplinary teams were to focus on particular groups and conditions, facilitating early discharge into appropriate settings. National targets included raising the quality of patient care and access to intensive rehabilitation services in order that older patients could regain their health. In addition, the provision of new services was to help people remain independent. The national health care agenda included establishment of the NHS Modernisation Agency (11) to ensure that protocol based care was implemented in the NHS. This included the breaking down of traditional role barriers so that patient care was not impeded within the service. The year 2001 saw the National Service Framework for Older People (12) launched to influence national and local care services. It was an important document in leading developments in care of the older patient in relation to quality of care, service configuration, specialism and education. As a means to improve Health and Social Services for older people the document set out models of care for all older people whether they lived at home, in residential care or were being cared for in hospital.

The Audit Commission (13) identified that one in four trusts in England and Wales used their operating theatres for just 65% of the time they had planned. Lankester et al (14) found that delay in operating on trauma patients led to increased morbidity, mortality, length of stay and overall cost as well as large numbers of patients requiring high level of long term care and that the urgency of operative interventions depend on the injury sustained. In addition a systematic review Gillespie (15) noted that where no national guidelines on what constituted a reasonable delay between admission and operation. Furthermore, at the local level through clinical audit one District General Hospital, in Devon, UK highlighted the unacceptable length of stay of patients following fractured neck of femur extending to forty six days in the year 2000. As well as national drivers for change, local need mobilised service review. The South Devon (UK) population is over two hundred and sixty thousand in a mostly rural, and popular retirement area. The holiday season doubles the population. Twenty three percent of the population are greater than 65 years old, whilst 12.6% are more than seventy five years old. The average age of patients sustaining #NOF is eighty three years old compared to a Scottish study where the average age is eighty years old, and England and Wales seventy five years old. The aged population creates significant challenge to local health care services.

In light of the drivers and challenges identified above, the purpose of this study was to explore the impact of changed ways of working on patient outcomes, particularly in relation to returning to their usual place of residence following fractured neck of femur. New ways of working were audited and outcomes measures generated. In a pilot audit, all 38 patients admitted to the Orthopaedic Directorate in one District General Hospital, in South Devon, UK, with fractured neck of femur (#NOF) during one month formed a convenient sample for evaluating outcomes. This data was compared to retrospective data of a comparative sample retrieved through the same clinical audit department. The data was rigorously gathered as a requirement of the NHS Audit Commission. The data for the comparative sample was gathered retrospectively through the audit department based on a similar sample, within one month and prior to change in ways of working. It showed that twenty four percent (24%) of patients returned to their usual place of residence following #NOF. Comparatively, following change in ways of working and the recruitment of a Trauma Coordinator, Orthogeriatrician and multidisciplinary team, clinical audit results demonstrated that of the 38 patients admitted with #NOF during one month, fifty per cent (50%) returned to their usual place of residence; demonstrating significant improvement in outcomes with potential implications on patient satisfaction and cost.

This small sample audit led us to consider wider data about #NOF patients' length of stay and outcomes in terms of their discharge destination over a seven year period. A purposive sample of audit data pertaining to all patients in one DGH admitted with #NOF during two time periods, was collected and analysed. Firstly, between 1996 and 2000 data provided evidence consistent with national UK and international challenges in terms of delay in operating on trauma patients as well as large numbers of patients requiring high level of long term care. In South Devon, UK, the average length of stay had increased from forty days to forty-six days in total in a four year period between 1996 -2000. In 1996 an average of fourteen percent of patients were discharged to their usual place of residence, increasing to twenty seven percent by the year 2000. However as identified above this trend impacted on the length of hospital stay, increasing it by six days over a four year period to forty six days. The second sample period was between 2001 and 2004 and represented the effect of change in new ways of working on average length of stay and patient destination.

The number of national drivers including priorities for the introduction of national performance targets around trolley waits in accident and emergency departments, maximising theatre use and reducing length of hospital stay influenced the evaluation and subsequent reconfiguration and development of the service to this patient group.

In 2001 the UK NHS Modernisation Agency (16), was set up as a means to help the NHS bring about improvements in services for patients, and aligned to the NHS Plan targets through developing clinical and managerial leadership and contribute to performance improvement strategies. South Devon District General Hospital became involved in the first wave of the Orthopaedic Collaborative under the organisation of the Modernisation Agency which resulted in our work that mapped the #NOF patient journey from admission to discharge. This led to diagnosis of problem areas that impeded the patient journey through the service. The key blockers in the care journey of patients were as follows: the triage system was such that patients characteristically waited two to three hours within accident and emergency department, diagnostic measures and prescription of treatment to optimise patients were delayed before theatre requiring attention from a medical officer. Furthermore, there was no dedicated staff to escort patients to the Xray department or ward, the local and national shortage of beds impeded transfer of patients to ward, slow access to theatre was caused by an inflexible theatre list management system, and no dedicated rehabilitation team were available to optimise patient recovery, rehabilitation and discharge to their usual place of residence.

The diagnostic process enabled a focused approach by targeting the problem areas by applying new ways of working. They included a means of improving communication and standard of care through care pathways, shared documentation and daily meetings of a dedicated multidisciplinary team, the development of new roles ie. Orthogeriatrician and Trauma Coordinator. The later role enabled an approach that specifically targeted the #NOF patient and took them through the hospital journey rather than leaving them to the care of generic services. The key responsibilities of the trauma co-ordinator were communication and co-ordination, assessment and diagnosis in Accident and Emergency Department, integration of treatment and management, working in collaboration/co-operation with other departments and liaison with family and others.

Following a change in ways of working the clinical audit data from 2001 through 2004 demonstrated an overall decline in the length of stay as well as an increase in the percentage of patients discharged to their usual place of residence from twenty one percent in 2001 to forty three percent in 2004. This improvement has been attributed to the change in new ways of working.

Implications for new roles are set within the context of the UK Government 'Agenda for Change' (17) initiative to modernise pay structures within a Knowledge and Skills Framework. Through further development of knowledge and skills there is potential to extend the Trauma Co-ordinator role to other areas of orthopaedic service for example patient with fractured ankle. Further development of specialist knowledge and skills need to be considered in light of the Nursing and Midwifery Council (18) Specialist Practitioner registration that requires demonstration of competencies and continuing professional development. Development of work-based learning programmes within Higher Education (19) and the NHS Modernisation Agency have enabled multidisciplinary teams to develop their own continuing professional development outcomes as well as those for developing the service. In a review (20) the developments that prompted interprofessional education were relevant to this study including reconfiguration of services and strategies to effect change and quality improvement. There is room for further study of the impact on multidisciplinary teams learning together to develop a service.

Our aim was to demonstrate that new ways of working have influenced patient outcomes and met requirements of UK Government modernisation agenda through the following ways; firstly by working with the Modernisation Agency in developing the workforce to fashion a service around the needs of the patient; secondly, by mapping the patient journey in service delivery; thirdly, by effectively recording data for evaluating outcomes; and finally, by placing patients at the centre of service delivery and redesigning professional roles to meet service need.

This study adds to the evidence that shows how service and team reconfiguration around the needs of patients with fractured neck of femur has influenced patient outcomes. The service re-configuration included critical components as identified through the mapping of the patient journey rather than indiscriminately allocating resources to an established service. Because the changes did not occur incrementally what is not known and is whether the absence of any discrete component of the reconfigured service would have detrimental effects on patient outcomes.

#### References

1. Beatie C Extended roles cut waiting times. *Nursing Standard* 18 (23) Feb 18<sup>th</sup>, 7, 2004
2. Jordon S Educational input and patient outcomes: exploring the gap. *Journal of Advanced Nursing* 31(2) Feb, 461-471, 2000
3. Davies N, Gould D Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self instruction on nurses competence. *Journal of Clinical Nursing* 9(3) May, 400-410, 2000
4. Cameron I, Crotty M, Currie C, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technol. Assess* 2000; 4
5. Coulson I Co-ordinating an orthopaedic service. *Nursing Standard*, 7(32) 37-40 April 28-May 4, 1993
6. Sheill A, Kenny P, Farnworth MG *Journal of Advanced Nursing* 18(9) 1424-8, Sept, 1993
7. Parker MJ, Pryor GA Hip fracture management. Oxford, Blackwell Scientific, 1993
8. Kanis JA The incident of hip fracture in Europe. *Osteoporosis Int* 1993; Supplement 1, 10-15
9. Barlow DH Chairman Advisory Group on Osteoporosis: Report, London, DH 1994
10. Department of Health (DH) The National Health Service Plan (NHSP). London UK, DH, 2000
11. National Health Service Modernisation Agency The work of the Agency. London, DH, 2001
12. DH. National Service Frameworks for Older People. London, DH, 2001
13. Audit Commission Press Office. Better Management of Current Resources can Improve Treatment of Patients 1999. [www.audit-commission.gov.uk/reports/PRESS-RELEASE.asp?categoryID=PRES](http://www.audit-commission.gov.uk/reports/PRESS-RELEASE.asp?categoryID=PRES) (last accessed 16.09.04)
14. Lankester BJA, Patterson MP, Capon G, Belcher J Delays in orthopaedic trauma treatment: setting standards for the time interval between admission and operation. *Ann R Coll Surg Engl. Medical Audit*.2000 (82) 322-326
15. Gillespie WJ *British Medical Journal*. Extracts from 'Clinical Evidence': Hip Fracture (322) 968-975
16. National Health Service Modernisation Agency 2001 The work of the Agency. London, DH, 2001
17. DH. Agenda for Change. London, DH, 2003
18. Nursing and Midwifery Council (NMC). New Registration Rules. London, NMC, 2004
19. University of Plymouth, Faculty of Health and Social Work, BSc(Hons) Health Studies: Work based Learning. UK, Plymouth, 2001
20. Barr H 2002 Interprofessional Education: yesterday, today and tomorrow. Higher Education Academy, LTSN Health Sciences and Practice Subject Centre. CAIPE

## **Barbosa, D., Takei, N., Bettencourt, A. R., Belasco, A., Diccini, S., Sesso, R.: Evaluation of Staphylococcus aureus colonization after chronic use of mupirocin in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis**

### **Introduction**

#### **Chronic nasal carriers of S. aureus**

The connection between nasal carriers of *S. aureus* and the development of infections due to *S. aureus* has been well established among patients undergoing dialysis treatment. Patients who are nasal carriers *S. aureus* have a risk of developing infections that is two times greater than for non-carriers.<sup>1</sup>

Sesso et al.<sup>2</sup> evaluated the prevalence of colonization of the nasal mucosa and the skin around catheter insertions by *S. aureus*, among patients undergoing CAPD. Of the 46 patients studied, 37% were chronic carriers of *S. aureus*, while

28% were intermittent carriers. The frequency of peritonitis due to this microorganism was significantly greater among its carriers than among non-carriers. This percentage is similar to the nasal colonization rate of 45% found in a European multicenter study<sup>3</sup> and the colonization rate of 52% in an American study.<sup>4</sup>

Pignatari et al.<sup>5</sup> studied the strains of *S. aureus* isolated in the research by Sesso et al.<sup>2</sup>, by means of their plasma profile, and demonstrated that the great majority (95%) of the patients undergoing CAPD were colonized by identical strains in the nasal region and around catheter insertions. In addition to this, they proved that 100% of the strains in peritonitis cases had the same plasma profile as in the *S. aureus* strains isolated from the nose or from around the peritoneal catheter insertion, or from both locations. This gave evidence of the importance of the endogenous source in the development of peritonitis.

Four years later, Barbosa et al.<sup>6</sup> evaluated these same patients who were undergoing CAPD and were characterized as chronic nasal carriers of *S. aureus*. Of the 16 patients studied, 12 continued to be nasal carriers of this microorganism: 33% of the samples were methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA). Of the 56 episodes of peritonitis that occurred while these patients were undergoing CAPD, 45% were due to *S. aureus*. It was detected via pulsed field gel electrophoresis that 30% of the patients had remained colonized in the nasal region with the same strain of *S. aureus* for these four years. The strains isolated from the nasal and peritoneal regions of two patients with peritonitis presented the same chromosomal DNA profile.

#### **Treatment of *S. aureus* carriers using mupirocin**

Mupirocin is an anti-staphylococcal antibiotic for topical use that has been shown to be efficacious in the eradication of carrier status and in the combat of staphylococcal infections in the skin.

Sesso et al.<sup>7</sup> performed a clinical trial to evaluate the prophylactic use of mupirocin through a central venous catheter for reducing *S. aureus* infections among 136 patients on a hemodialysis program. The relative risk of developing bacteremia was 7.2 times greater for the non-treated.

The patients who come to the Nephrology Service of the Federal University of São Paulo (UNIFESP) are in most cases in urgent need of dialysis, but without an existing access route for dialysis. They are submitted to central or peritoneal venous catheterization. These procedures have been associated with high morbidity rates, such as frequent episodes of infection (peritonitis, bacteremia and endocarditis), most of which are caused by MRSA. In view of the high numbers of cases of peritonitis and local infection of the catheter insertion point, routine use of mupirocin at the catheter insertion point has been established for patients undergoing a CAPD program, since the year 2000.

#### **Objectives**

- To assess whether the use of mupirocin reduces the colonization by *S. aureus* among patients undergoing CAPD.
- To evaluate the sensitivity profile of the *S. aureus* found, in relation to methicillin.
- To analyze the molecular profile of the *S. aureus* samples isolated.

#### **Patients and method**

Before performing the study, prior approval was obtained from the Research Ethics Committee of UNIFESP.

**-Study design and location:** This was a cross-sectional study performed within the Nephrology Service of UNIFESP in 2003.

**- Patients:** All the 60 patients undergoing CAPD within the Nephrology Service who were making routine use of 2% mupirocin were included in the study.

**- Follow-up:** Records were made of the patients sociodemographic data, clinical data, laboratory test results at the time of entering the study, and the results from the microbiological analysis of the *S. aureus* strains isolated. The sites and agents of infections that occurred during the year preceding the start of the research were collected from the medical records.

**- Epidemiological surveillance of *S. aureus* :** 120 samples were collected, of which 60 were from the nose and 60 from the Tenckhoff catheter insertion point. The samples were sent to the Special Laboratory for Clinical Microbiology. The samples were subjected to molecular typing by means of the automated ribotyping technique.

**- Laboratory methodology:** For the collection of swab material from the nose and the skin around the catheter insertion point, alginate swabs that were pre-moistened in sterilized lactated Ringer's solution were utilized. Culturing, identification and the antibiogram of the microorganisms was done according to the National Committee for Clinical-Laboratory Standards (NCCLS).<sup>8</sup> The isolates that showed resistance to methicillin and/or vancomycin were confirmed by means of the Etest<sup>®</sup> technique (AB Biodisk, Solna, Sweden).

**-Molecular typing:** This was done by means of the automated ribotyping technique, using the RiboPrinter<sup>®</sup> Microbial Characterization System (Qualicon, Wilmington, Delaware). This automated process included cell lysis, DNA cleavage using restriction enzyme (*EcoR I* and *PRU II*) and band separation using electrophoresis gel and the modified Southern blot technique. The DNA fragments were hybridized using a marked genetic probe derived from ribosomal RNA from *Escherichia coli*, and the bands were detected by means of a luminescent chemical substrate. The image was captured via a camera inserted into the system and was transferred electronically to the computing system that was coupled to the ribotyping system. Every line representing sample data was normalized in accordance with a standard marker that was based on the intensity of the bands.<sup>9</sup> Coefficients of similarity were calculated by the computing system, on the basis of the position and relative weight of the bands. All the single bands that presented coefficients of similarity of greater than or equal to 0.93 (93%) were considered to be in the same ribogroup. Those with coefficients of similarity of less than or equal to 0.92 were considered to be single and different, with distinct ribotyping patterns.<sup>10</sup>

**-Evaluation of the capacity for developing resistance to vancomycin:** For evaluating the capacity for developing resistance to vancomycin, the bacterial strains with resistance to methicillin were selected, in accordance with Pfeltz et al.<sup>11</sup> The plates were prepared by the addition of different concentrations of vancomycin to BHI agar medium (Oxoid, England), and these were utilized within a maximum of 24 hours after making them up. The bacterial inoculation was prepared from strains seeded on blood agar plates (Columbia Blood Agar, Difco, enriched with 5% defibrinated sheep blood) and incubated at 35 °C for 24 hours. The bacterial concentration in the inoculation was not less than 10<sup>9</sup> UFC/ml. The inoculation was seeded on the surface of plates containing different concentrations of vancomycin, starting from ¼ of the minimum inhibitory concentration (MIC), confirmed by the Etest<sup>®</sup>, and incubated in a glass cabinet at 35°C for 48 hours. The bacterial growth observed on the plate with greatest concentration of vancomycin was utilized for the preparation of a new bacterial inoculation, which was then seeded in greater concentrations of vancomycin, and this process was continued successively thus. The reading was taken after at least 48 hours had elapsed, since the VISA

phenotype is characterized by a diminution of the growth rate. We utilized the methicillin-resistant *S. aureus* strain ATCC 33591 as the control. After the induction, the harvesting of the strains for vancomycin was confirmed by the Etest® method (AB Biodisk, Solna, Sweden).

### Results

The results are showed in the Table 1, Table 2 and Table 3

#### Conclusions

- There was a significant reduction in colonization by *S. aureus*, both at the insertion point of the peritoneal catheter and in the nasal mucosa, in patients undergoing CAPD after chronic use of mupirocin.
- The majority of the strains encountered were MRSA (MIC>256), while only one was MSSA, and no strain presented resistance to vancomycin.
- From the molecular profile, the MRSA presented the same ribogroup, which may indicate the transmission of this microorganism between the patients treated at the Nephrology Service.
- There is major preoccupation with the fact that this patients often developed infections caused by this microorganism and for this reason, epidemiological surveillance of these patients becomes necessary.

### Results

**Table 1 – Demographic and clinical characteristics of the patients**

Characteristics	n	%
<b>Sex</b>		
<u>Male</u>	31	51.7
<u>Female</u>	29	48.3
<b>Age:</b>	51 ± 16 (14 – 83)	--
<b>Race</b>		
<u>White</u>	33	55.0
<b>Non-white</b>	27	45.0
<b>Basic disease</b>		
Arterial hypertension	23	38.3
Diabetes mellitus	16	26.7
Indeterminate	12	20.0
Glomerulonephritis	9	15.0
Length of dialysis (months)	18 (2-69)	--
Length of use of mupirocin (days)	34±6 (20-83)	--
Length of hospital status (days)	18 (2-62)	--

Values expressed as n and (%), or average ± standard deviation; n = number of patients

**Table 2– Methicillin resistance profile of *S. aureus* with the MIC**

Strains	<i>S. aureus</i>		MIC	
	Methicillin	Vancomycin	Methicillin	Vancomycin
1	S	S	≤ 2	≤ 2
2	R	S	≥ 256	≤ 2
3	R	S	≥ 256	≤ 2
4	R	S	≥ 256	≤ 2
5	R	S	≥ 256	≤ 2
6	R	S	≥ 256	≤ 2

Reference values:

Vancomycin: S = sensitive MIC ≤ 4 µg/ml; R = resistant MIC ≥ 32 µg/ml

Methicillin: S = sensitive MIC ≤ 2 µg/ml; R = resistant MIC ≥ 4 µg/ml

**Table 3– Results from ribotyping the samples of *S. aureus* isolated from patients**

Patient	Microorganism	Sample	Ribogroup
1	<i>S. aureus</i>	A10144	222-16-S-2
	<i>S. aureus</i>	A10143	222-16-S-2
2	<i>S. aureus</i>	A10146	222-16-S-2
	<i>S. aureus</i>	A10147	222-16-S-2
3	<i>S. aureus</i>	A10145	222-99-S-2

### References

1. Boelaert JR, Van Landuyt HW, Godard CA, et al. Nasal mupirocin ointment decreases the incidence of *Staphylococcus aureus* bacteraemias in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8:235-239.
2. Sesso R, Draibe S, Castelo A, et al. *Staphylococcus aureus* skin carriage and developments of peritonitis on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Clin. Nephrol* 1989; 31:264-8. 2.

3. Luzar MA, Coles GA, Faller B, et al. *Staphylococcus aureus* nasal carriage and infection in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. N Engl J Med 1990; 322:505-509.
4. Yu VL, Goetz A, Wagener M, et al. *Staphylococcus aureus* nasal carriage and infection in patients on hemodialysis: Efficacy of antibiotic prophylaxis. N Engl J Med 1986; 315:91-96.
5. Pignatari A, Pfaller M, Hollis R, et al. *Staphylococcus aureus* colonization and infection in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Clin Microbiol 1990; 28:1892-902.
6. Barbosa DA, Sesso R, Cendoroglo M, et al. *Staphylococcus aureus* chronic nasal carriage in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. A molecular epidemiology study. In: International Conference Of The Hospital Infection Society; London, 1994 Abstracts: 5, p192.
7. Sesso R, Barbosa D, Leme I, et al. *Staphylococcus aureus* prophylaxis in hemodialysis patients using central venous catheter. Effect of mupirocin ointment. J Am Soc Nephrol 1998; 9:1085-1092.
8. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARDS - Approved standard M7-A5: Methods for dilution antimicrobial susceptibility test for bacteria that grow aerobically. Fifth edition. Wayne, P. A., 2000.
9. Pfaller MA, Wendt C, Hollis RJ, et al. Comparative evaluation of an automated ribotyping instrument versus pulsed-field gel electrophoresis for epidemiological typing of clinical isolates of *Escherichia coli* and *Pseudomonas aeruginosa* from patients with recurrent Gram-negative bacteremia. Diagn Microbiol Infect Dis 1996; 25:1-8.
10. Bruce J. Automated system rapidly identifies and characterizes microorganisms in food. Food Technol 1996; 50:77-81.
11. Pfeltz RF, Singh VK, Schmidt JL, et al. Characterization of passage-selected vancomycin resistant *Staphylococcus aureus* strains of diverse parental backgrounds. Antimicrob Agents Chemother 2000; 44(2):294-303.

**Grothe, C., Fram, D.; Belasco, A.; Bettencourt, A.; Diccini, S.; Vianna, L.; Sesso, R.; Barbosa, D.: Incidence of Bacteremia among Hemodialysis patients with a central venous catheter**

**Abstract**

**Introduction:** Hospital infections constitute a serious public health problem because they have a prominent position among the causes of morbidity and mortality. Around 70% of hospital infections are caused by microorganisms in the patient's endogenous microbiota and the remainder come from infectious agents found in the hospital environment. Infections among patients undergoing dialysis appear to progress faster than among non-uremic patients, and may become much more complicated, according to the dialytic access.

**Objective:** To evaluate the incidence of bacteremia among patients with a central venous catheter (CVC) for hemodialysis and to identify the microorganisms isolated from the blood stream.

**Methodology:** All the patients (n = 156) who underwent hemodialysis via CVC at Hospital São Paulo, UNIFESP, over a one-year period were included. A record was made of identification and clinical data, and microbiological laboratory analyses of skin and catheter tip secretions and blood samples.

**Results:** The average length of hospitalization ( $\pm$  standard deviation) was  $29 \pm 10$  days and the average duration of catheter use was  $19 \pm 3$  days. Among the 156 patients studied, 94 (60%) presented bacteremia, of whom 39 (41%) had positive culturing at the CVC insertion location. For 62 patients (48%), the microorganisms isolated from the blood stream were Gram-positive, of whom 30 patients (57%) had methicillin-sensitive *S. aureus* (MSSA) and 23 (43%) had methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA). For 33 patients (35%), the microorganisms were Gram-negative and there were 8 patients (8%) with fungi. Among the complications related to bacteremia, 35 cases (37%) of septicemia and 27 cases (29%) of endocarditis can be highlighted, of which 15 cases (55%) progressed to death.

**Conclusions:** The incidence of bacteremia among patients utilizing CVC was shown to be very high, and this bacteremia progressed rapidly to a condition of severe infection. There was a high mortality rate among patients who progressed with endocarditis. Preventive measures and additional staff training could be adopted in relation to the care of patients utilizing CVC for hemodialysis.

**Introduction**

Central venous catheterization for hemodialysis is a widely used technique for rapid temporary access to patients with chronic renal insufficiency who require hemodialysis, while awaiting the establishment of a definitive access route such as infections. Malnutrition and vitamin D deficiency may also sometimes be contributory factors.<sup>1,2.</sup>

Among hemodialysis patients, in addition to the risk factors from the catheterization, the duration of catheter use and the number of hemodialysis sessions have been significantly associated with a high risk of developing sepsis.<sup>3,4</sup>

Moreover, bacterial infections among dialysis patients appear to progress rapidly. The cure proceeds more slowly among such patients than among nonuremic patients. It is believed that unidentified uremic toxins are responsible for such infections. Malnutrition and vitamin D deficiency may also sometimes be contributory factors.<sup>5,6.</sup>

In Hospital São Paulo of the Escola Paulista de Medicina, Federal University of São Paulo (UNIFESP), Brazil, *S. aureus* has been an important agent in bacteremia, especially hospital infection, from which the mortality has been high (46%). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) has been identified as an independent risk factor for mortality that has contributed towards increased rates of hospital infection.<sup>7.</sup> It is an important pathogen for the human being and can cause a wide range of diseases such as skin infections, opportunistic infections and urinary infections, including fatal diseases.<sup>8.</sup>

*S. aureus* has been developing growing resistance to the antimicrobial agents utilized in treatments, even in relation to the antibiotic vancomycin, to which it had remained sensitive for decades. Some strains are now presenting resistance to this antimicrobial agent.<sup>9,10</sup>

#### Relevance of the present study

Data in the literature have shown high morbidity and mortality among patients who develop bacteremia related to the use of central venous catheters for hemodialysis.<sup>11</sup> The infectious morbidity related to such catheterization results in longer hospitalization, use of systemic antimicrobial agents for prolonged periods and early removal of the catheter, which gives rise to the need to obtain another access route for hemodialysis. Consequently, hospital costs and microbial resistance become raised. The prevention of such bacteremia therefore needs to be considered as a matter for priority in programs for infection control and hospital quality assessment.

There was no data on the incidence of such infections within the nephrology service of UNIFESP. This provided the motivation for working up the present study, in order to identify risk factors for and the incidence of bacteremia that affects dialysis patients. It was considered that the results from this study could make important clinical contributions towards preventing this major complication. Moreover, the results would be expected to highlight that the prevention of infections related to CVC should be considered as a priority within infection control programs.

#### Objectives

- To evaluate the prevalence and risk factors for bacteremia in patients with central venous catheterization for hemodialysis;
- To identify the microorganisms isolated from the blood stream of the patients in the study.

#### Definitions

**Skin Infections:** Presence of one or more of the following clinical findings at the catheter insertion location: pain, erythema, temperature, palpable venous cord, exudation or purulent secretion and the growth of microorganisms in skin cultures.

**Colonization Of The Catheter Tip:** Semiquantitative culturing of catheter tips containing 15 or more colony-forming units (cfu) per dish.

**Bacteremia:** This was considered according to the following criteria: 1) presence of one or more positive blood cultures (collected from peripheral veins) while the catheter was in place; 2) presence of fever > 37.8°C accompanied by shivers; 3) evaluations of data from clinical examination, chest x-ray and laboratory and microbiological investigation that did not suggest another source for the bacteremia; and 4) presence or absence of positive culture from the catheter tip.

#### Patients and method

**Ethical aspects:** This study was preceded by approval from the Research Ethics Committee of the Federal University of São Paulo (UNIFESP);

**Study design:** This was a prospective study of a controlled cohort;

**Setting and dates:** The study was carried out in Hospital São Paulo of UNIFESP, between January and December 2003;

**Patients:** All patients with chronic renal insufficiency (n = 156) who underwent hemodialysis via central venous catheter (CVC) implanted in the subclavian or jugular vein were included in the study;

**Follow-up:** A record was made of patients' identification and clinical data and of microbiological analyses of skin and catheter tip secretions and blood samples.

**Microbiological analyses:** These were performed in accordance with the norms of the National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS).

**Analysis of the results:** The patients were evaluated for the presence or absence of bacteremia and the statistical analysis was performed using SPSS (version 12.0).

#### Results

Are showed in the table 1, table 2 and table 3

#### Conclusion

The incidence of bacteremia among patients who were making use of a CVC was very high (61%). Likewise, progression of this bacteremia to conditions of severe infection was very frequent.

The risk factors for developing bacteremia were: implantation of the catheter in the subclavian vein, duration of catheter use and length of hospitalization.

The mortality rate was 29% for patients who progressed with bacteremia and 55% for those who progressed with endocarditis.

Among the microorganisms isolated, the ones most frequently found were Gram-positive, of which *S. aureus* was the most prevalent: 57% of this was MSSA and 43% was MRSA.

These data demonstrate the urgency for preventive measures and periodic refresher training for healthcare professionals to be adopted, in relation to the care given to patients utilizing central venous catheters for hemodialysis.

#### Referências bibliográficas

1. Vanholder R, Hoenich N, Ringoir S. Morbidity and mortality of central venous catheter hemodialysis: a review of 10 year'experience. *Nephron*, 1987;47: 274 – 279.
2. Goldman, D.A & Pier, G.B. – Pathogenesis of infections related to intravascular catheterization. *Clin. Microbiol. Rev.* 1993, 6:176-92.
3. Sesso, R.; Barbosa, D.; Leme, I.; Sader, H.; Canziani, M.; Manfredi, S.; Draibe, S.; Pignatari, A. – *Staphylococcus aureus* prophylaxis in hemodialysis patients using central venous catheter. Effect of mupirocin ointment. *J. Am. Soc. Nephrol.*, 1998, 9: 1085-1092.
4. Barbosa, D.A. - Prevenção de infecções relacionadas a cateter venoso central para hemodiálise. São Paulo, 1998 [Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina].
5. Vanholder, R.; Van Loo, A.; Dhondt, A.M.; De Smet, R.; Ringoir, S. - Influence of uraemia and hemodialysis on host defence and infection. *Nephrol. Dial. Transplant*, 1996,11:593-8.
6. Fernandes, A. T., Ribeiro Filho, N., Infecção do acesso vascular. In: Fernandes, A. T. (ed) *Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000b, cap.22, p.555-579.

7. Moreira, C. - Letalidade Atribuída à Infecção Hospitalar da corrente sanguínea por *S. aureus* resistentes à oxacilina. IV Congresso Bras. Cont. Inf. Hosp., 1994, resumo 139, p.83
8. Murray, B.E. – Vancomycin-resistant enterococcal infections. N. Engl. J. Med., 2000,342: 710-721.
9. Center For Disease Control And Prevention. *Staphylococcus aureus* with reduced susceptibility to vancomycin - United States, 1997. MMWR 1997; 46:813-815.
10. Sievert DM, et al. *S. aureus* resistant to vancomycin – United States, 2002. MMWR.
11. United state renal data system, (USRDS) – 2002 Annual Data Report. Bethesda, Md., National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Kidney Diseases

**TABLE 1. SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, CLINICAL DATA AND TREATMENT FOR THE PATIENTS WHO UNDERWENT HEMODIALYSIS VIA CENTRAL VENOUS CATHETER**

Characteristics	Bacteremia + (n = 94) n (%)	Bacteremia - (n = 62) n (%)	Odds ratio (95% confidence interval)
Sex			
Male	49 (54.0%)	33 (53.2%)	
Female	45 (46.0%)	29 (46.7%)	
Average age (with range)	51 (14 – 94)	53 (17 – 78)	
Race			
White	54 (57.0%)	31 (50.0%)	
Non-white	40 (43.0%)	31 (50.0%)	
Underlying disease*			
Hypertensive disease	57 (65.5%)	30 (34.5%)	
Metabolic disease	35 (74.5%)	12 (25.5%)	
Autoimmune disease	16 (55.2%)	13 (44.8%)	
Cardiopathy	16 (64.0%)	9 (36.0%)	
Neoplastic disease	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
Implantation location			
Jugular vein	65 (69.0%)	27 (43.5%)	
Subclavian vein**	29 (31.0%)	35 (56.5%)	1.58 (1.16 – 2.17)
Average duration of catheterization (days) (with range)**	19 (2 – 90)	13 (2 – 23)	1.08 (1.03 – 1.12)
Average length of hospitalization (days) (with range)**	29 (5 – 120)	12 (2 – 38)	1.11 (1.07 – 1.16)

Note: values are presented as number of patients (n) and percentage (%), or as average and range.

\* Some patients presented more than one underlying disease. \*\* p < 0.001 Bacteremia + (bacteremia presence) Bacteremia – (bacteremia absence)

**Table 2. COMPLICATIONS RELATED TO THE USE OF THE CENTRAL VENOUS CATHETER**

Complications	Bacteremia + (n = 94) n (%)	Bacteremia - (n = 62) n (%)	Relative risk (95% confidence interval)
Skin infection	39 (41.5%)	20 (32.2%)	1.29 (0.83 – 1.98)
Catheter tip infection**	34 (36.1%)	6 (9.8%)	3.01 (1.33 – 6.81)
Endocarditis*	27 (28.7%)	--	
Sepsis	35 (37.2%)	--	
Death**	27 (28.7%)	6 (9.8%)	1.50 (1.19 – 1.88)

Note: values are presented as number of patients (n) and percentage (%).

\* Out of the 27 deaths, 15 were due to endocarditis. Bacteremia +(bacteremia presence) Bacteremia – (bacteremia absence) \*\* p < 0.001

**Table 3. MICROORGANISMS (n = 128) ISOLATED FROM THE BLOOD CULTURES**

Microorganisms	Bacteremia + (n = 94)
Gram-positive	62 (48.4%)
MSSA	30 (56.6%)
MRSA	23 (43.4%)
Gram-negative	58 (45.3%)
Gram-negative S*	33 (56.9%)
Gram-negative MR**	25 (43.1%)
Fungi	8 (6.2%)

\*sensitive; \*\* multiresistant Bacteremia +(bacteremia presence)

## **Bellali, T., Papadatou, D.: *Study of parental decision-making process regarding pediatric organ donation in Greece***

### **Objectives**

The purpose of this qualitative study was to explore in depth the experiences of parents who were invited to donate organs or tissues of their brain dead child. One of the main research questions that guided the study, referred to the decision-making process and the factors that affect parental consent or refusal regarding organ donation. This study is part of a larger research project on parental bereavement following organ donation.

### **Methods**

The experiences of 28 parents of 18 brain dead children, hospitalized in two Pediatric ICUs in Athens were studied. Semi-structured interviews were conducted with mothers and fathers whose child died in the ICU within the past 7 years. Data collection and analysis were performed according to the grounded theory methodology.

### **Results**

Findings led to the formulation of a theoretical model that describes the parental decision-making process with regard to organ donation and identifies the factors that influence it. These factors involved: a) personal; b) interpersonal; c) the conditions of donation request; d) previous knowledge and experience. Affected by these factors, the decision-making process is performed at a personal and interpersonal level, while the final decision is made at a spousal level.

### **Conclusions**

The findings were useful in the formulation of empirically based interventions and guidelines for nurses and other health professionals on how to propose organ donation. The donation request is meaningful and effective when focusing on providing support to parents faced with the unexpected death of their child, in conjunction to the clinical significance of obtaining organs.

## **Mesa Redonda (Español): Práctica clínica en enfermería**

### **Cunillé, M., Ricart, M., Roig, A., Cano, G., Salvador, J.: *Actividad de enfermería en el registro de los defectos congénitos de Barcelona***

#### **Introducción**

Los sistemas de información sanitaria de base poblacional son de gran utilidad para analizar cualquier aspecto relacionado con la salud. Por lo que respecta a los defectos congénitos (DC), sus sistemas de información constituyen en la actualidad una de las pocas opciones con las que se cuenta para vigilar su frecuencia y tratar de averiguar las circunstancias que provocan su aparición.

Los defectos congénitos constituyen un grupo de patologías especialmente difícil de controlar debido a la enorme variedad de cuadros que incluye, al desconocimiento sobre su etiología y a que el periodo de detección puede ser muy largo (algunos, se pueden detectar prenatalmente otros pueden permanecer silentes durante meses o incluso años o no mostrarse nunca).

El Registro de Defectos Congénitos de Barcelona (REDCB), está coordinado desde el Servicio de Sistemas de Información Sanitaria (SEISIS) de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) y su objetivo es monitorizar todos los nacimientos y productos de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) con DC de mujeres residentes en Barcelona. El REDCB surgió a raíz de las conclusiones de un estudio previo sobre las causas de muerte perinatal en Barcelona, en el que se observó que una considerable proporción de éstas se debían a patología congénita. Comenzó a funcionar en noviembre de 1990 y extendió su cobertura hasta llegar a ser poblacional en enero de 1992. Su diseño es del tipo casos y controles con recogida retrospectiva de la información.

El personal del grupo central del REDCB está formado por un coordinador, doctor en biología especialista en defectos congénitos, y tres enfermeras específicamente entrenadas para este proyecto.

#### **Población de estudio**

El municipio de Barcelona tiene alrededor de 1,5 millones de habitantes, de los que el 53% son mujeres. Es importante destacar el incremento de población extranjera, que ha pasado de un 2% en el año 1996 a casi un 11% en diciembre del 2002. Actualmente se producen alrededor de 13.000 partos de mujeres residentes, el 48% en hospitales públicos y el 52% restante en centros privados.

#### **Definición de caso**

Se considera caso a todo recién nacido vivo o muerto que presente algún DC mayor o múltiple o al menos dos DC menores detectables durante los primeros días de vida, así como a los productos de IVE con DC confirmados. Los RN o productos de IVE de los que se sospeche que tienen algún DC son seguidos hasta que se confirma o rechaza la existencia de DC.

#### **Selección de controles**

Cada año se seleccionan de forma aleatoria un número de recién nacidos que supone el 2% de los nacimientos esperados en cada maternidad, que constituyen la muestra de controles del registro. Para ello se sortea un número de días correspondientes al número de controles a seleccionar en cada maternidad entre los 365 días del año y se elabora un calendario anual en el que consta cada uno de los controles identificado con su día y maternidad. A excepción de los datos clínicos, la información que se obtiene para los controles es la misma que para los casos.

#### **Fuentes de información**

Las fuentes de información del REDCB son múltiples. Las básicas son los diferentes servicios implicados en la atención de la patología congénita de los hospitales y clínicas de la ciudad, como los de obstetricia, neonatología, diagnóstico prenatal, genética, anatomía patológica, etc. Por otra parte, también contamos con la colaboración de laboratorios de citogenética, unidades de ecografía obstétrica, servicios de cardiología pediátrica, comités de defectos congénitos, registro de IVE, etc.

#### **Detección de los casos**

Este es uno de los aspectos cruciales de todo sistema de información y uno de los más complicados en el caso de los registros de DC. Para asegurar una buena detección de casos el registro cuenta con un coordinador o persona de contacto (médico o enfermera) o un grupo de ellas en cada maternidad. Estos coordinadores son los encargados de la

detección y notificación de los casos. El equipo de enfermería del REDCB contacta telefónicamente una vez por semana con todos los centros y efectúa una intensa búsqueda para asegurar una buena detección de los casos.

#### Recogida de información

La información es recogida mediante dos cuestionarios: uno que recoge información general de casos (neonatos e IVE) y controles y otro que incluye información de los casos.

La información recogida en el cuestionario general se divide en 11 apartados: identificaciones, datos del recién nacido o IVE, datos obstétricos, exposiciones pregestacionales y gestacionales, historia reproductiva, historia familiar, aspectos asistenciales, datos de la madre y del padre, datos de los abuelos y por último un apartado de observaciones de enfermería que consiste en una valoración subjetiva de la enfermera entrevistadora sobre el estado anímico y el grado de conocimiento de la mujer sobre los defectos congénitos. El tiempo de duración de la entrevista es de unos 30 minutos. Antes de contactar con la madre debemos asegurarnos de que sea residente en Barcelona. Si se trata de un caso, es importante saber si la mujer está informada de los DC que tiene su hijo/a y, en el caso de las IVE, si ha expulsado o no el feto. Es importante que la madre se sienta cómoda para responder a las preguntas y para ello deben darse unas condiciones que a veces son difíciles de conseguir: presentación por parte de enfermería de la maternidad, que la madre esté sola o con su pareja en la habitación, ofrecerle la posibilidad de realizar la entrevista e otro momento, que sepa que es confidencial y que es totalmente voluntaria. En caso de no poder hacer la entrevista en el centro hospitalario se intenta hacerla por teléfono o en su domicilio.

En el cuestionario clínico se incluye información sobre aspectos relacionados con la descripción del cuadro. Consta de los siguientes apartados: descripción clínica, test de APGAR, perímetro cefálico, anomalías estructurales uterinas y umbilicales, autopsia, cariotipo, otras pruebas diagnósticas y seguimiento. Esta información se obtiene a partir de las historias hospitalarias.

#### Codificación y mecanización de los datos

Una vez recogida la información es necesario mecanizarla para que pueda ser utilizada y analizada. Para ello, la mayoría de los datos necesitan ser codificados (algunos, como la edad, las fechas, el peso, etc pueden ser introducidos directamente). La mayoría de las variables tienen un pequeño número de categorías, que aparecen en los cuestionarios para facilitar la tarea de codificación. Otras variables presentan múltiples categorías y por lo tanto precisan de extensos códigos que no pueden ser incluidos en los cuestionarios, por lo que se dispone de distintos libros específicos como son los códigos de malformaciones y síndromes, código de medicamentos y principios activos, la Codificación Nacional de Ocupaciones, el libro de municipios de España etc.

Una vez codificada y revisada toda la información, los datos son introducidos en el ordenador para su posterior utilización y análisis. Tanto en el proceso de codificación como en el de mecanización puede existir variabilidad en la interpretación de la información de algunas variables entre los diferentes miembros del equipo de enfermería del REDCB. Para minimizar esta fuente de error al máximo es preciso detectar dichas variables, considerar las respuestas que pueden dar lugar a diferentes interpretaciones y dictar normas para que ante determinadas respuestas la interpretación sea siempre la misma.

#### Confidencialidad

Toda la información recogida y generada por el REDCB, así como su manejo y explotación, son estrictamente confidenciales. Únicamente tenemos acceso a ella los profesionales que trabajamos en el Registro y sólo para fines científicos. Además, el análisis de la información se realiza de forma agregada y anónima, lo que impide la identificación individual de los casos y de sus familias.

#### Utilidades del registro

En este apartado enumeramos los beneficios prácticos que aporta el REDCB.

**CASOS:** poder cuantificar la patología nos permite establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de los DC que se producen en el área de la ciudad de Barcelona, hacer estimaciones sobre la frecuencia de aparición de los distintos tipos de DC y planificar con antelación los recursos necesarios para su tratamiento. A nivel local podemos controlar posibles exposiciones potencialmente teratogénicas. La información que contiene la base de datos del REDCB puede ser útil como elemento de consulta para muchos tipos de estudios y para diferentes profesionales que deseen utilizarla. Otras utilidades incluyen la planificación sanitaria a nivel individual y familiar y la evaluación de los servicios sanitarios midiendo el nivel asistencial y el impacto de las medidas preventivas.

**CONTROLES:** la información recogida para los controles permite tener una descripción de la población general de gestantes del área controlada. En nuestro medio la información referida a la salud materno-infantil no suele ser exhaustiva y mucho menos uniforme y sistemática, por lo que la recogida por los registros acostumbra a ser útil en varios aspectos como por ejemplo, la utilización de fármacos durante la gestación, la identificación de hábitos o conductas de riesgo, el número de visitas al obstetra, la utilización de la ecografía obstétrica, el porcentaje de cesáreas, etc. El último Informe de Salud de la ciudad de Barcelona contaba con un capítulo referido a la salud materno-infantil de la ciudad, siendo parte de la información presentada procedente del REDCB.

Por último, la combinación de la información recogida para casos y controles permite efectuar análisis etiológicos.

#### Limitaciones

Todos los sistemas de información dependen de sus fuentes, que suelen ser externas a la entidad que los acoge. Los principales problemas del REDCB son el escaso grado de colaboración de algunos centros, las dificultades para entrevistar a las madres y la variabilidad de la calidad de la información recogida en las historias hospitalarias. Estos problemas tienen un impacto en los 3 aspectos básicos sobre los que se cimenta la actividad del registro: la detección de los casos, el acceso a la información y la calidad de la misma.

#### Actividad de enfermería

A grandes rasgos podemos decir que la actividad de la enfermería del REDCB es mantener la base de datos del registro. En la práctica, esta actividad se concreta en múltiples y muy variadas tareas que pueden agruparse en 5 aspectos:

Mantenimiento de los contactos con los centros colaboradores.

Entrevistas a las madres (casos y controles)

Obtención de información de las historias hospitalarias.

Codificación y mecanización de los datos.

Colaboración en la explotación de la información.

#### **Resultados**

---

### LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería. 17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

El número de casos con defectos congénitos detectados por el REDCB durante el periodo 1992-2002 fue de 2808, siendo 2042 nacimientos y 743 productos de IVE. El número de controles fue de 2338.

El lugar donde se han efectuado las entrevistas ha sido, en las maternidades 657 casos y por teléfono 320 casos. El número de entrevistas a controles ha sido de 2183 recogidas en las maternidades y 59 por teléfono.

La mediana de la duración de la entrevista ha sido de 30 minutos oscilando de 10 a 95 minutos.

La valoración que efectuamos las enfermeras al finalizar la entrevista ha sido: un 21% tiene bastante o mucha información sobre los defectos congénitos, consideramos que la calidad de las respuestas fue buena en un 96% y en cuanto al estado anímico de la madre un 31% de los casos y un 1% de los controles estaban bastante o muy angustiadas.

Consideramos que cuando podemos acceder a la madre la respuesta de esta es muy buena ya que son muy colaboradoras tanto en casos como en controles.

#### Agradecimientos

Queremos agradecer a todo el personal que colabora con el registro el interés y la colaboración que muestran de forma totalmente desinteresada. Sería muy difícil poder llevar a cabo nuestro trabajo sin su ayuda y en particular con la enfermería de los distintos centros.

## **López Medina, I. M<sup>a</sup>, Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Álvarez Nieto, C.: Escalas de valoración del riesgo en la prevención de úlceras por presión**

### **Introducción**

Una escala de valoración del riesgo de upp (EVRUPP) es un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. Actualmente se utilizan en la clínica diversas EVRUPP, aunque la mayoría no han sido adecuadamente validadas<sup>(1-3)</sup>. Las más utilizadas son la escala de Norton y sus variantes<sup>(2,4)</sup>; la escala de Braden<sup>(2-6)</sup> y, en menor medida, la escala de Waterlow<sup>(4)</sup> y la escala EMINA, esta última, específicamente desarrollada en España<sup>(7)</sup>. Sin embargo, no existe un acuerdo con respecto a los puntos de corte de cada escala para considerar a un paciente como de riesgo y, por tanto, iniciar las medidas de prevención, evitando tanto aplicar medidas preventivas a pacientes que no las necesitan como dejar de aplicarlas a pacientes que en realidad presentan riesgo de upp<sup>(2,8)</sup>.

Por otra parte, el nivel de aplicación en la práctica clínica de las EVRUPP sigue siendo bajo, y se sustituyen con frecuencia por la apreciación subjetiva del riesgo de upp realizada por la enfermera, juicio clínico, a pesar de que este método puede carecer de validez contrastada<sup>(9)</sup>.

### **Objetivos**

Los objetivos establecidos en esta investigación fueron:

- Determinar la efectividad de la utilización en la práctica clínica de las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) para la prevención de estas lesiones, medida en términos de: a) reducción de la incidencia de upp, b) utilización más eficaz de los medios de prevención de upp.
- Determinar el grado de validación de las distintas EVRUPP existentes en la bibliografía.
- Determinar la utilidad de las EVRUPP como indicadores del riesgo de aparición de UPP en un paciente.

### **Métodos**

La búsqueda bibliográfica se realizó siguiendo un procedimiento escalonado de revisión desde la producción científica española e iberoamericana en español, hasta la producción científica escrita en lenguas portuguesa, inglesa y francesa. Para la recuperación primaria de documentos publicados se recurrió a la búsqueda en 14 bases de datos bibliográficas (BDB) electrónicas. En la tabla 1 se presentan los descriptores utilizados en las diferentes bases de datos así como los artículos encontrados y los seleccionados. También se realizó una búsqueda inversa analizando la bibliografía de los artículos seleccionados y localizados. Se completó la búsqueda con un análisis de la literatura gris, así como con la consulta a expertos en el tema. Tras la selección de los documentos se recuperaron los estudios completos originales con los medios de acceso al documento de la Universidad de Jaén.

Los criterios de inclusión de estudios en la revisión fueron: a) Estudios referidos a la utilización de EVRUPP en pacientes, que ofrezcan resultados de incidencia de upp. b) Diseño de los estudios: ensayos clínicos controlados y estudios prospectivos de cohorte. c) Estudios prospectivos de cohorte en que los pacientes incluidos en el estudio no presentan upp al inicio del mismo. d) El porcentaje de pacientes seguidos durante el periodo especificado es superior al 75 %. e) Estudios que permitan determinar la validez predictiva de las escalas (sensibilidad y especificidad). f) Estudios publicados en uno de los siguientes idiomas: español, inglés, francés y portugués. Se utilizó como criterio de exclusión el que en los estudios se hayan empleado los mismos datos para generar la escala y para establecer su validez.

Para la valoración de la calidad metodológica de los estudios identificados en la búsqueda bibliográfica se ha utilizado: a) la guía CASP (Critical Appraisal Skills Programme) traducida al español para los ensayos clínicos aleatorios y b) la guía de valoración crítica desarrollada para la guía de práctica clínica de valoración y prevención de úlceras por presión<sup>(10)</sup> para los estudios prospectivos de cohorte. Cada estudio fue valorado de forma independiente por dos investigadores, recurriendo a un tercer investigador en caso de discrepancias.

Los datos de cada estudio aceptado como válido se recogieron en una hoja de extracción de datos, definiéndose de forma operativa las variables consideradas. Los valores de los indicadores de validez (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficacia y área bajo la curva ROC) fueron recalculados para comprobación a partir de los datos brutos proporcionados en cada estudio, siempre que esto fue posible; en caso de faltar uno de estos indicadores en el estudio original, o el indicador de eficacia, se ha usado el valor calculado por los revisores a partir de los datos brutos.

Como indicador de la magnitud en que una puntuación obtenida mediante una EVRUPP predice la aparición de upp hemos utilizado la odds ratio (OR), calculada por los revisores a partir de los datos brutos proporcionados en los estudios originales.

En aquellas EVRUPP en las que había dos o más estudios originales válidos se ha realizado un análisis conjunto de los indicadores considerados. Para los indicadores de validez hemos calculado los valores medios ponderados según la inversa de la varianza de los estudios válidos. Además hemos realizado un meta-análisis de los indicadores de

magnitud de efecto (Odds ratio) utilizando el modelo de efectos aleatorios (modelo de DerSimonian-Laird), mediante el programa estadístico SPSS, con la macro  $\chi^2$ MAR v2001 de Bonillo, Doménech y Granero<sup>(11)</sup>.

### Resultados

De los 491 artículos encontrados fueron seleccionados un total de 119 artículos inicialmente, tras la lectura crítica de los resúmenes, quedando finalmente 79 artículos para valorar tras comprobar que varios estaban seleccionados en diferentes bases bibliográficas. De los 79 artículos revisados, 33 fueron seleccionados como válidos siguiendo los criterios de inclusión ya expuestos previamente. Los 46 estudios restantes fueron considerados no válidos fundamentalmente por no aportar información para validar las escalas utilizadas, porque el diseño de los estudios no se ajustaba al establecido y por excesiva pérdida de pacientes al final del período de seguimiento.

Para valorar la efectividad clínica de las EVRUPP se encontraron 3 estudios experimentales. Cabe destacar que sólo se ha ensayado la escala de Norton y sus modificaciones, pero ninguna de la demás EVRUPP. En la tabla 2 presentamos los principales resultados que se extraen de los 3 estudios seleccionados.

En los estudios de validación la escala más estudiada fue la escala Braden, analizada en 22 artículos, seguida de la escala Waterlow aplicada en 7 trabajos mientras que las demás escalas fueron estudiadas en un menor número de artículos. En sólo 3 investigaciones se aplicaba el juicio clínico de las enfermeras en la detección del riesgo de upp al mismo tiempo que la escala Braden.

Cuando se acumulan los resultados de los diferentes estudios de validación (tabla 3) comprobamos que la escala que ofrece mejores valores del conjunto de indicadores es la de Braden, mientras que las escalas de Norton y Waterlow no superan a los indicadores obtenidos mediante el juicio clínico de las enfermeras. La escala de Waterlow destaca por su alta sensibilidad (es capaz de detectar a la mayoría de pacientes que desarrollan upp), pero a costa de una especificidad muy reducida (lo que significa que se consideran como de riesgo a muchos pacientes que en realidad no lo son, con el consiguiente esfuerzo adicional en aplicar medios de prevención).

En el análisis de la magnitud en que una puntuación obtenida mediante una EVRUPP predice la aparición de upp (indicadores de riesgo OR) observamos que la escala que mejor predice el riesgo de upp es la escala de Braden (Odds Ratio = 4.08, IC 95 % = 2.56-6.48), seguida de la escala Norton (OR=2.16, IC95%= 1.03-4.54) y Waterlow (OR=2.05, IC95%= 1.11-3.76). El juicio clínico no es un buen predictor del riesgo de upp en los pacientes (OR=1.69, IC95%= 0.76-3.75).

### Conclusiones

El número de estudios sobre efectividad clínica de las EVRUPP localizados ha sido muy pequeño (tres) y de ellos solo uno tiene diseño de ensayo clínico y es reciente, por lo que decidimos considerar dos investigaciones con un diseño cuasi-experimental, tipo pre-post, a pesar de sus limitaciones metodológicas. Tomados en conjunto los tres estudios seleccionados, podemos concluir que no hay suficiente evidencia para establecer que la utilización de una escala de valoración del riesgo disminuya la incidencia de upp en los pacientes. La utilización de una EVRUPP validada, escala de Norton, como criterio en la asignación de recursos preventivos (superficies de manejo de la presión) produce un aumento en su eficacia y la realización de más intervenciones preventivas y más precoces sobre los pacientes.

Hemos encontrado que las escalas Braden y Norton son superiores al juicio clínico de las enfermeras para predecir el riesgo de un paciente de desarrollar upp. El análisis ponderado y el meta-análisis de los estudios de validación ofrecen adecuada evidencia para recomendar la escala de Braden, como la que ofrece el mejor balance sensibilidad / especificidad, y la mayor capacidad de predicción de los pacientes que pueden desarrollar upp. Actualmente no hay evidencia que el juicio clínico de las enfermeras, por sí solo, sea capaz de predecir el riesgo de desarrollar upp de todos los pacientes.

### Bibliografía

1. Torra i Bou JE, Rueda J, Soldevilla JE, Martínez F, Verdú J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2003;14(1):37-47.
2. Thomas DR. Issues and dilemmas in the prevention and treatment of pressure ulcers: a review. *J. Gerontology: Medical Sciences*. 2001;56A(6):M328-M340.
3. Bermejo Caja CJ, Beamud Lagos M, Puerta Calatayud M, Ayuso Gil ME, Martín Iglesias S, Martín-Cocinas Fernández MC. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. *Enferm Clín*. 1988;8(6):242-247.
4. Pang SM, Wong TK. Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden and Waterlow scales in a Hong Kong rehabilitation hospital. *Nursing Research*. 1998;47(3):147-153.
5. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting Pressure Ulcer Risk. A multisite study of the predictive validity of the Braden scale. *Nursing Research*. 1998;47(5):261-269.
6. Halfens RJG, Achterberg T, Bal RM. Validity and reliability of the Braden scale and the influence of others risk factors: a multi-centre prospective study. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37:313-319.
7. Fuentelsaz Gallego C. Validación de la escala EMINA©: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enferm Clín*. 2001;1(3):97-103.
8. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995;123:433-442.
9. VandeBosch T, Montoye C, Satwicz M, Durkee-Leonard K, Boyland-Lewis B. Predictive validity of the Braden scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Appl Nurs Res*. 1996; 9(2):80-86.
10. Rycroft-Malone J, and McInness E. Pressure ulcer risk assessment and prevention. London: Technical Report. RCN; 2000.
11. Delgado, M. (2002).Revisión sistemática de estudios. Metaanálisis. UD7. En Domenech J.M. (Ed) Diseño de Estudios Sanitarios. Barcelona: Signo;2002.

**Tabla 1. Descriptores y perfil de búsqueda**

NOMBRE DE LA BASE DE DATOS	Descriptores	AE <sup>1</sup>	AS <sup>2</sup>
Centre for Reviews and Dissemination. University of York: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Health technology assessment database (HTA), NHS Economic evaluation database (NHS EED)	pressure ulcer AND risk assessment.	5	3
		1	1
		1	1
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS)	úlceras por AND escala	23	4
Cochrane Library: The Cochrane Database of Systematic Reviews Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) The Cochrane Database of Methodology Reviews	Decubitus Ulcer (MeSH) AND risk assessment	1	0
		3	1
		9	4
		0	0
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. (CINAHL)	pressure ulcer and risk assessment scale	42	24
Current Contents: Clinical Medicine; Social and behavioral sciences; Life sciences.	pressure ulcer AND risk assessment.	17	11
EBSCO On line	pressure ulcer AND risk assessment.	25	16
Fundación Index (Cuiden)	Úlcera* por presión AND Escala*	23	9
Index Medicus On-Line and International Nursing Index (MEDLINE)	#1 decubitus [MeSH] #2 pressure or decubitus ulcer #3 risk assessment #4 Norton #5 Braden #6 Waterlow #7 #1 OR #2 #8 #4 OR #5 OR #6 #9 #3 OR #8 #10 #7 AND #9 #11 clinical trial [PT] #12 #10 AND #11	154	23
Índice Médico español (IME)	úlceras por decúbito.	61	10
InterSciencia. (Wiley). Medicine, Life sciences. Social sciences.	pressure ulcer* AND risk assessment	28	1
ScienceDirect: Medicine and dentistry; Nursing and health professions; Social sciences.	pressure ulcer* AND risk assessment	5	4
Pascal	escarres AND échelles de risque	3	0
ProQuest	pressure ulcer* AND risk assessment	87	15
Springer.	pressure ulcer AND risk assessment.	3	0

**Tabla 2. Estudios sobre efectividad clínica de las EVRUPP: Resultados de las investigaciones.**

Autor	Diseño	Escala de valoración	Intervención	Control	Resultados medidos	Periodo de seguimiento	Resultados grupo experimental	Resultados grupo control	Análisis	Conclusiones
Gunnberg L. et al (1999)	Ensayo clínico controlado, sin asignación aleatoria. Enmascaramiento parcial (grupo control) a las enfermeras.	NMS	Valoración diaria con escala MNS. Pacientes de riesgo (puntuación <21) nota de alerta en historia clínica. Observación diaria de la piel.	Cuidados preventivos estándar (almohadas, cambios posturales). Valoración con MNS antes del alta.	Número de pacientes con úlceras por presión (prevalencia).	14 días tras la intervención quirúrgica.	Pacientes con úlceras por presión al ingreso: 11/54 (20.4%). Al alta: 21/53 (39.6%). A los 14 días tras cirugía: 15/43 (34.9%).	Pacientes con úlceras por presión al ingreso: 12/64 (18.8%). Al alta: 18/50 (36.0%). A los 14 días tras cirugía: 16/41 (39.0%).	Todos los pacientes (experimental / control): OR=1,18 (IC 95%: 0,52-2,66). Pacientes riesgo alto (NMS<21): OR=1,28 (IC 95%: 0,47-3,50). Pacientes de riesgo	No hay diferencias en la prevalencia de úlceras por presión entre ambos grupos. La intervención realizada no disminuye el riesgo de aparición de úlceras por presión.

									bajo (NMS $\geq 21$ ) OR=1,20 (IC 95%: 0,27- 5,25).	
Bales et al (1995)	Cuasi-experimental. Controlado no aleatorizado. Tipo pre-post. En dos fases: fase 1 (control); fase 2 (experimental).	Norton modificada	Asignación de colchones de alivio de la presión en función del riesgo: riesgo bajo ( $\leq 10$ ): colchón de fibra hueca; riesgo medio (11-15): colchoneta de aire alternante (AlphaXcel); riesgo alto ( $\geq 16$ ): colchón de aire alternante (Nimbus).	Asignación de colchones de alivio de la presión en función de la opinión de la enfermera.	a) Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión (incidencia). b) Utilización de colchones de alivio de la presión.	Hasta el alto o fallecimiento (valoración del riesgo cada 48 horas). Días de estancia media: 13 días (Grupo Control) y 12 días (Grupo Experimental).	a) Pacientes que desarrollan úlceras por presión: 2/79 (2.53%). b) Pacientes colchón fibra: 134/161 (83.2%); colchoneta aire: 4/161 (2.5%); colchón aire: 12/161 (7.4%); colchón estándar: 11/161 (6.8%).	a) Pacientes que desarrollan úlceras por presión: 36/161 (22.3%). b) Pacientes colchón fibra: 24/79 (30.3%); colchoneta aire: 32/79 (40.5%); colchón aire: 23/79 (29.1%); colchón estándar: 0/79 (0%).	a) Reducción de la incidencia de úlceras en el grupo de intervención: diferencia 19.8% (IC 95% = 12.2-27.4%) ( $p < 0.0001$ ) a favor del grupo experimental. b) Mayor proporción de pacientes con colchones de alivio de la presión ( $\chi^2=96.01$ , g.l.: 3; $p < 0.00001$ ) en el grupo experimental.	La utilización sistemática de una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión y la asignación de colchones de alivio de la presión en función del riesgo disminuye significativamente la incidencia de úlceras por presión.

**Tabla 2. Estudios sobre efectividad clínica de las EVRUPP: Resultados de las investigaciones (Continuación).**

Autor	Diseño	Escala de valoración	Intervención	Control	Resultados medidos	Periodo de seguimiento	Resultados grupo experimental	Resultados grupo control	Análisis	Conclusiones
Hodge et al (1990)	Cuasiexperimental. Controlado no aleatorizado. Tipo pre-post. En dos fases: fase 1 (control); intervención; fase 2 (experimental) <sup>b</sup>	Norton	Durante 3 semanas, enfermeras responsables (supervisoras) y asociadas de las 4 unidades participan en un curso sobre la escala de Norton, para usarlo como instrumento de planificación de cuidados (la escala de Nortons	Cuidados estándar (no se utiliza ninguna EVRUPP).	Intervenciones enfermeras de prevención de úlceras por presión. Estado de la piel.	10 días.	Número de intervenciones preventivas por paciente: 10.75 Porcentaje de pacientes con intervención en día 1: 60.7%.	Número de intervenciones preventivas por paciente: 10.75 Porcentaje de pacientes con intervención en día 1: 50%. Estado de la piel	Número de intervenciones preventivas por paciente: diferencia significativa, $t=4.94$ ; $p < 0.001$ ). Porcentaje de pacientes con intervención en día	Mayor número de intervenciones preventivas. Intervenciones preventivas más precoces. Solo hay diferencias en el deterioro de la piel para úlceras por presión en codos (pocos frecuentes) y NO en el resto de

			utilizada en la fase 2 de estudio).				Estado de la piel (porcentaje de pacientes que empeoran entre día 1 y día 10): Sacro, 15.7%; Trocánter, 7.3%; Talones, 0%; Codo, -3.4%.	(porcentaje de pacientes que empeoran entre día 1 y día 10): Sacro, 31.6%; Trocánter, 9.7%; Talones, 9.9%; Codo, 13.5%.	1: Diferencia significativa ( $\chi^2 = 12.72$ , $p < 0.02$ ) Estado de la piel (deterioro entre día 1 y día 10: Las diferencias solo son significativas para aquellas localizadas en codos ( $\chi^2 = 8.39$ , $p < 0.05$ , no para el resto de localizaciones).	localizaciones.
--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	---	---	---	-----------------

**Tabla 3. Análisis acumulado de indicadores de validez de escalas Valores medios ponderados (según el inverso de la varianza) de indicadores de validez de escalas.**

Escala	n (nº de estudios)	N (nº acumulado de pacientes)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)	Eficacia (%)
Braden	20	6443	57.1	67.5	22.9	91.0	66.7
Norton	5	2008	46.8	61.8	18.4	87.0	60.2
Waterlow	6	2246	82.4	27.4	16.0	89.0	34.4
Juicio clínico	3	302	50.6	60.1	32.9	75.9	58.0

## **Pérez Ruiz, I. M.: Situación Sociodemográfica y Sociosanitaria de las Personas Dependientes**

### **Introducción**

El envejecimiento demográfico ocurrido en los países occidentales y/o desarrollados durante las últimas décadas del siglo XX, es derivado del descenso de la natalidad, los movimientos migratorios y el aumento de la esperanza de vida de las personas, debido a la mejora de los recursos sociales y sanitarios (1) (2). La enfermedad crónica con mayor prevalencia en las sociedades desarrolladas, es padecida por las personas en distintas etapas de su vida, pero con mayor incidencia durante la tercera edad (3). Así, la pérdida de funciones fisiológicas atribuible al proceso de envejecimiento (4) o por la enfermedad crónica (5), conduce a que unas personas dependan de otras para poder realizar las actividades de la vida diaria. La dependencia desde el modelo de V. Henderson (6) se entiende como la incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. En similar línea, el Consejo de Europa en 1998, considera la dependencia como aquella situación de necesidad de asistencia y, por ende de cuidados, en que se encuentran las personas para realizar las actividades de la vida diaria, sea causada esta situación por aspectos físicos o psíquicos (7). Según las investigaciones, el perfil de las personas dependientes (PD) lo constituyen mujeres viudas de elevada edad, sobre los 70 años (8) (9) (10).

### **Objetivos**

Describir la situación sociodemográfica y sociosanitaria en la que se encuentran el mayor porcentaje de la muestra de PD de una zona básica de salud periférica a Almería ciudad; para conocer, por un lado, el perfil de estas personas y su situación socioeconómica y convivencial; y por otro lado, los cuidados y la atención recibida desde el sistema de apoyo informal y formal público y privado.

### **Métodos**

Con un diseño transversal correlacional, la muestra de PD se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico accidental o consecutivo aplicado por las propias encuestadoras, se extrajo del censo de "Pacientes en alta en los programas por UAF" (Unidad de Apoyo Familiar) de La Cañada de San Urbano y, al censo de "Crónicos domiciliarios por UAF" de El Alquíán. Ambas poblaciones pertenecen a la Zona Básica de Salud (ZBS) de La Cañada de San Urbano, situada

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

dentro del término municipal, a unos cinco Kms., al este de la ciudad de Almería. Estando ambos censos actualizados a fecha de 31 de octubre de 2001, de las 132 PD censadas, 7 encuestadoras visitaron en su domicilio a 82 (62,12%) y entrevistaron a 54 (65,85%), utilizando un cuestionario de ítems elaborados para tal investigación, con ayuda de la literatura consultada.

Las variables estudiadas para conocer la situación sociodemográfica fueron: el sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación laboral anterior, situación laboral actual, tipo de seguro sanitario, responsabilidad económica, ingresos o ayudas recibidas y dadas, estado civil, número total de hijos e hijas, régimen convivencial, número total de convivientes, tiempo que lleva en la situación de convivencia, lugar de residencia, casa donde vive, problemas de habitabilidad, preferencia para vivir tras el alta hospitalaria. Además, se añadió la categoría psicosocial género midiendo los rasgos estereotípicos de género con el inventario "BSRI" y utilizando la clasificación de las cuatro tipologías de género (11), el cual distingue las personas en heterogénicas (hombres con mayor puntuación en rasgos expresivos que instrumentales y mujeres con mayor puntuación en rasgos instrumentales que expresivos), homogénicas (hombres con mayor puntuación en rasgos instrumentales que expresivos y mujeres con mayor puntuación en rasgos expresivos que instrumentales), bigénicas (hombres y mujeres con elevada puntuación en rasgos instrumentales y expresivos) y, agénicas (hombres y mujeres con baja puntuación en rasgos instrumentales y expresivos). Para conocer la situación sociosanitaria se midieron las horas semanales de uso, la efectividad, la fuente y tipo de información, los obstáculos en el acceso y la necesidad manifestada de apoyos y/o recursos materiales (ayudas técnicas, fármacos, pruebas diagnósticas, ingresos hospitalarios y residenciales) y humanos (apoyo informal y el formal público y privado) de origen sociosanitario, usados o necesitados en el último mes por la PD, para la realización de las actividades de la vida diaria.

### Resultados

En cuanto a la situación sociodemográfica, las tipologías de género encontradas por orden de mayor a menor porcentaje en las personas dependientes fueron heterogénicas (33,33%), homogénicas (31,48%), bigénicas (18,52%) y agénicas (16,66%). En las mujeres hubo mayoría de heterogénicas (31,25%) y homogénicas (25%) y, en los hombres homogénicos (40,9%) y heterogénicos (36,36%). Estando representadas de forma similar todas las tipologías de género en la mayoría de variables analizadas en las personas dependientes.

Por otro lado, al igual que en otros estudios (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25), se ha encontrado mayor porcentaje de mujeres que hombres dependientes (59,3% vs. 40,7%); con edad media más elevada con 74,3 años, aunque similar porcentaje de hombres y mujeres están en el rango de edad de 75 a 84 años; habiendo un 12% de mujeres más que hombres sin escolarizar, habiendo sido anteriormente el 78,1% de ellas amas de casa.

Un mayor porcentaje de hombres que mujeres (63,6% vs. 31,3%) perciben una pensión o ingreso económico estatal por invalidez permanente por enfermedad tras haber realizado anteriormente un trabajo remunerado, compartiendo ellos en mayor porcentaje (54,5% vs. 37,5%) la responsabilidad económica con su cónyuge y, considerando sus ingresos insuficientes para vivir; sin embargo, similar porcentaje de mujeres y hombres reciben ayuda económica o en especie del apoyo informal (25%), lo cual implica que los hombres se encuentran en mejor situación económica que las mujeres pues perciben ingresos de la Administración y del apoyo informal. El 100% de las personas dependientes tienen cobertura de la seguridad social pública.

Mayor porcentaje de hombres pero cercano al de mujeres (63% vs. 53%) han tenido de 1 a 3 hijas y un total de 4 a 10 hijos/as, respectivamente; aunque un mayor porcentaje de ellas tienen de 1 a 3 hijos. Similar porcentaje de mujeres y hombres conviven con una persona (40%), viven solos/as (13%) y, tienen problemas de escaleras y/o desniveles en la casa donde viven, situada en el centro de la población (50%). Sin embargo, un mayor porcentaje de hombres que mujeres (63,6% vs. 34,4%) están casados, (36,4% vs. 21,9%) conviven sólo con su cónyuge, (50% vs. 40,6%) llevando de 2 meses a 9 años en la situación de convivencia actual. También, un 20% más de hombres que mujeres viven en su casa, y prefirieron vivir en ella tras el alta hospitalaria. Con estos datos se puede apreciar que los hombres presentan mejor situación convivencial que las mujeres.

Respecto a la situación sociosanitaria encontramos que, los recursos materiales de adaptación postural y desplazamiento son valorados con máximo nivel de efectividad por ambos sexos, pero sobre todo por los hombres; el resto de recursos son valorados con menores niveles de efectividad y por un muy pequeño porcentaje de personas dependientes. A través del profesional médico de hospital, un mayor porcentaje de hombres que mujeres se informan sobre los recursos materiales, principalmente de desplazamiento, de adaptación postural y de higiene, pero ambos sexos encuentran obstáculos administrativos para acceder a estos recursos. Mayor porcentaje de hombres que mujeres necesitan audifono, silla de ruedas, plato de ducha, prótesis dental, colchón antiescaras y, cama articulada; aunque el plato de ducha y la silla de ruedas son los recursos más necesitados por ambos sexos.

El apoyo informal familiar es usado por mayor porcentaje de hombres que mujeres, alrededor del 90%; casi una cuarta parte de ambos sexos reciben este apoyo de 7 a 14 horas semanales para las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) y para Comunicación (compañía, supervisión); siendo valorado tal apoyo con máximo nivel de efectividad por mayor porcentaje de hombres que mujeres. En bajo y similar porcentaje ambos sexos se informan mediante la trabajadora social sobre el uso del apoyo informal para las ABVD; y encuentran el obstáculo "otros" al acceder al apoyo informal para las ABVD y Comunicación. Similar porcentaje de hombres y mujeres necesitan de 14 a 18 horas semanales de apoyo informal para Comunicación y, demandan este apoyo, ellos más horas para las ABVD y ellas más horas para las AIVD.

El apoyo formal privado es usado en muy bajo porcentaje sólo por las mujeres alrededor de 14 horas semanales para las AVD y Comunicación y, ambos sexos usan el servicio privado de fisioterapia. Aunque ambos sexos se han informado a través del profesional médico sobre este apoyo, sin embargo encuentran obstáculos económicos para acceder a estos servicios privados; aún así, manifiestan necesitar de 1 a 16 horas semanales de este apoyo para que le ayude en las AVD y Comunicación, necesitando las mujeres los servicios de enfermería y fisioterapia.

El apoyo formal público de servicios sociales es usado por mayor porcentaje de hombres que mujeres, se informan sobre la enfermedad y los cuidados a aplicar a través del profesional médico, sea de atención primaria o especializada; tienen obstáculos administrativos para acceder a la ayuda para las ABVD y al servicio médico de atención primaria. Ambos sexos y en muy bajo porcentaje, informándose a través de la trabajadora social del apoyo formal público para las AVD y Comunicación, usan de 1 a 10 horas semanales para esas actividades y, de una a dos visitas, sobre todo al

personal médico y de enfermería de atención primaria, utilizando los hombres más el profesional médico de atención especializada. Por otro lado, la ayuda para las ABVD y el servicio de enfermería de atención primaria es mejor valorado por las mujeres, mientras que los hombres valoran más al profesional médico, sea de atención primaria o especializada. El resto de cuidados y servicios profesionales son valorados con máximo nivel de efectividad por similar, aunque bajo porcentaje, de mujeres y hombres. Mayor porcentaje de hombres que mujeres necesitan de 1 a 16 horas semanales del apoyo formal público para las ABVD y el/la médico/a de atención especializada; ellas en mayor porcentaje necesitan al/la enfermera/o de atención primaria; el resto de cuidados y servicios son necesitados por similar porcentaje de hombres y mujeres. Así, en el conjunto del apoyo formal público, un mayor porcentaje de hombres usan, valoran y necesitan los servicios sociales de ayuda para las AVD y Comunicación y el servicio médico y, un mayor porcentaje de mujeres usan, valoran y necesitan los servicios de enfermería.

Una mayor variedad y cantidad de fármacos y pruebas son consumidos o usados por mayor porcentaje de hombres que mujeres. Siendo los fármacos para tratamiento de patología vascular (antihipertensivos, anticoagulantes, antiarrítmicos, relajantes) los más consumidos con dosis entre 14 y 21 semanales y, las pruebas de sangre y de orina las más realizadas en el último mes. Sin embargo, las mujeres consumen más fármacos para enfermedades músculoesqueléticas, entre 14 y 21 dosis semanales de analgésicos, antiinflamatorios y tranquilizantes.

#### **Discusión**

Las tipologías de género medidas nos informa que, los rasgos instrumentales (hombres homogénicos y mujeres heterogénicas) predominan en las personas dependientes, independientemente del sexo de ellas y, al estar todas las tipologías de género representadas con porcentajes similares en la mayoría de variables analizadas, parece indicar que el género no influye en dichas variables. Aun siendo un estudio transversal correlacional con una muestra no representativa de personas dependientes, se han encontrado resultados similares a otras investigaciones de la literatura consultada, respecto al sexo (mujer), edad (mayores de 70 años), escolarización (baja), ocupación anterior (ama de casa/trabajador remunerado), estado civil (viuda, casado) y, situación convivencial (ellas con familiar/ellos con cónyuge) y económica más precaria (ellas reciben ayuda económica de otros/ellos perciben pensión estatal y ayuda de otros). También, coincide con otros estudios en que las personas dependientes utilizan más el apoyo informal que el formal y, que los profesionales médicos de atención primaria y/o especializada y de enfermería de atención primaria son los más utilizados y necesitados; no habiendo ingresos hospitalarios, sí existe un elevado el consumo de antihipertensivos y analgésicos.

Sin embargo, este estudio difiere con otras investigaciones en que el apoyo formal público es más usado que el privado, siendo éste sólo usado por un muy bajo porcentaje de mujeres. Dentro del apoyo formal público, los hombres y mujeres usan y necesitan distintos tipos de ayuda y profesionales; pero para ambos el médico/a (sea de hospital o de atención primaria) y la trabajador/a social son quienes les informan de los distintos recursos y apoyos. En el conjunto de los apoyos informal y formal público y privado ambos sexos usan similar cantidad de horas para las AVD y Comunicación, pero sobre todo, usan la ayuda para las AIVD las mujeres dependientes y para las ABVD los hombres, demandando cada sexo el tipo de ayuda que menos usa. Así, en el conjunto de recursos sociosanitarios materiales y humanos, se ha encontrado que los hombres usan y/o manifiestan necesitar más cantidad y variedad de recursos y apoyos informales y formales público y privado del sistema sociosanitario que las mujeres dependientes. Por tanto, se podría decir que las mujeres no son las mayores usuarias del sistema sociosanitario.

#### **Bibliografía**

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Informe 2000. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
2. Barbosa W, Araujo E, Villaverde C. Aspectos demográficos del envejecimiento. Scien 2001;6(1-2):9-17
3. García M, Torres MP, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. Serie Manuales de Enfermería. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2000
4. Villaverde C. Fisiología del envejecimiento. En: T. Ruiz Márquez (dir.). La salud de los mayores: potencial de bienestar y calidad de vida. Almería: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería; 2002
5. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales, nº6. Barcelona: Fundación La Caixa; 2001
6. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, S.A.U; 1999.
7. Toronjo MA. Cuidador formal frente a cuidador informal. Gerok 2001;12(2):59-66
8. Linares MD. Mujer y envejecimiento. En: II Jornadas Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. El anciano, la familia y la comunidad. Libro de Ponencias. Madrid: Quavitae 1996
9. Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Papers 1998;56:143-161
10. Pérez J. La feminización de la vejez. 182. Papers de Demografía. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Dona. Centre de Documentació; 2000.
11. Fernández J. ¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología?. Pap Psic 2000;75:3-12
12. García A. Envejecimiento y género: aspectos sociales. Rev Metas Enf 2000;Jun(26):17-22.
13. Ramírez MV, López A, Fidalgo MJ, De Diego MA, Ártica G, Alba R. Problemas de salud en los pacientes incluidos en el protocolo de visita domiciliaria. Sal Rur 1997;1ª Quincena(6):33-36
14. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. Aten Primaria 1997;19: 351-356.
15. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998;1(7):431-436
16. Segura JM, Barreiro MC, Bastida N, Collado D, González M, Linares C, et. al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. Aten Primaria 2000; 25(5): 297-301
17. Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, Rivas JL, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994;13(4):188-190
18. Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. Enf Clín 1996;6(6):243-248

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

19. 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. *Aten Primaria* 2000;26(4):217-223
20. Colom D, Juncosa S, Bacardit M, Rotllan M. Estudio sobre la mujer en el sistema socio-sanitario. *Rev Serv Soc Polit Soc* 1999;45: 41-59
21. Navarro C, Torres M, Martínez MF, Ortiz B. Atención domiciliaria a la tercera edad: una visión de futuro desde un enfoque integral –Servicio de proximidad de Utiel-. *Enf Integ* 2000;4º Trimestre(55): En línea el 13/01/03, URL disponible en: [www.enfervalencia.org/ei/articulos/rev55/artic11.htm](http://www.enfervalencia.org/ei/articulos/rev55/artic11.htm)
22. Tomás C, Moreno LA, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Sal Publ* 2002;76(3): 215-226
23. Palomo L, Gervás J, García A, De Arriba JLP, Velasco J, Tejerían M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos recluidos a domicilio. *Semer* 1998; XXIV(6):441-453
24. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Cuidados en la vejez. El Apoyo Informal. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 1996
25. Junta de Andalucía. Guía de atención a la salud del anciano. Vida a los años. Capítulos I,II,III. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 1992.

## **Mesa Redonda (Bilingüe): Educación para la salud/ Health Promotion**

**Losada Martínez, A. M., Egea Soldevila, L., Pasarín Rúa, M. I., Juárez Martínez, O.: Evaluación de la implementación de programas de educación sanitaria en escuelas de secundaria del Distrito II de Barcelona (BCN).**

### **Antecedentes**

En las escuelas de Barcelona (BCN) se iniciaron el curso 86-87 programas preventivos y de promoción de la salud con el objetivo de potenciar hábitos saludables. Estos programas, que se aplican cada curso, se han ido actualizando periódicamente en contenido y formato. Igualmente, respondiendo a necesidades emergentes se han diseñado y evaluado otros nuevos para atender las necesidades detectadas. En la actualidad el diseño, gestión, coordinación y evaluación de los programas corresponde a diversos Servicios de la **Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)**, que a su vez forma parte del Consorcio Sanitario de Barcelona. Dentro de la ASPB, el **Servicio de Salud Comunitaria (SESAC)** tiene diversas competencias, ligadas a la prevención, promoción y protección de la salud, y dirigidas a diversos sectores de población.

### **Objetivo**

Analizar la cobertura de los programas de educación sanitaria en centros de educación secundaria de BCN. Comparar los resultados del Distrito 2 con los del conjunto de la ciudad. Valorar la evolución de los programas desde su inicio.

### **Metodología**

#### **Ámbito de estudio:**

Centros de educación secundaria y post-obligatoria de la ciudad de BCN ( públicos, concertados y privados ), durante los cursos: 2.000-2.001, 2001-2.002, y 2.002-2.003. Se ofrecen resultados de los programas a nivel de Barcelona ciudad y de uno de sus distritos, el 2 (L'Eixample). El curso 2.000-2.001 un total de 21.778 alumnos aplicaron en BCN los 7 programas de secundaria. En el 2.001-2.002 en BCN recibieron programas 21.493 escolares. En el curso 2.002-2.003 fueron 16.125 los alumnos que realizaron programas en el total de la ciudad.

El distrito 2 está situado en el centro de BCN y formado por 5 barrios. El status social corresponde a una clase media o media alta. En alguno de los barrios, limítrofes con distritos más desfavorecidos, se acumula una población de menor renta y un mayor índice de alumnos inmigrantes. Dado su antiguo origen de zona económicamente alta existe una amplia representación de instituciones educativas reconocidas, frecuentemente religiosas ( Maristas, Jesuitas, Escolapios, Vedrunas, Salesianos, etc.). Todos los centros de primaria y ESO están sufragados o subvencionados por el gobierno. Pocos centros privados están subvencionados en la educación secundaria postobligatoria. Existe poca oferta de escuela pública aunque ésta está aumentando. La oferta total actual es: 43 centros de Primaria, 32 centros que ofrecen ESO, 23 centros con bachillerato y 43 centros con oferta de ciclos profesionales. En este distrito esta ubicada una importante oferta de formación técnica profesional, tanto pública como privada. Existen dos escuelas extranjeras que reciben subvención de sus países de origen.

### **Análisis:**

Se estudian diferentes indicadores: Alumnos matriculados cada curso, porcentaje de cobertura para cada uno de los programas, según el número de alumnos que los realizan. Estudio comparativo de los resultados obtenidos en el distrito 02 y el conjunto de la ciudad. Estudio de la evolución de los programas en los tres últimos cursos y desarrollo desde su inicio. Los datos se obtienen mediante un cuestionario individual que se pasa a los profesores, cada curso, después de finalizar cada programa.

### **Descripción de los programas:**

Los objetivos generales los programas de promoción de la salud son conseguir que jóvenes, educadores y familias desarrollen estrategias para aumentar los hábitos saludables, y prevenir las adicciones, trastornos alimenticios, enfermedades de transmisión sexual, embarazos etc.

Todos utilizan singulares sistemas de abordaje y se ofrecen gratuitamente. Existe una guía de aplicación para los profesores y diferentes materiales: Vídeos, cuestionarios, comics, dinamización por grupos de teatro, concursos, premios, contratos de asunción de compromiso, talleres, soporte y asesoramiento técnico por el SESAC etc.).

**Programas de prevención de drogas:** Existen cuatro programas para la prevención del consumo de tóxicos.

**PASE** (Prevención de la adicción de sustancias en la escuela). Dirigido a alumnos de 12-13 años, (1º de ESO). Trabaja la prevención de tabaco, alcohol y drogas. Pretende aumentar el nivel de conocimiento, entre los preadolescentes, del riesgo de ciertas conductas y trabajar habilidades para evitar su inicio. Se utiliza desde el curso 90-91.

**CLASSE SENSE FUM, (Clase sin humo).** Forma parte del programa europeo *Smokefree class*.

Dirigido a alumnos de 13 a 14 años (2º de ESO). Mediante un compromiso del grupo clase, pretende aumentar la fortaleza de los jóvenes para permanecer como no consumidores de tabaco. Positiva la actitud de no consumir. Se utiliza desde el curso 97-98.

**DECIDEIX!, (Decide !)**. Dirigido a alumnos de 14-15 años, (3º de ESO). Trabaja anticipadamente las habilidades para resistir las presiones externas, favorecedoras del uso de substancias adictivas. Se inició en el curso 93-94.

**I TU QUE EN PENSES?** ( Y tú que piensas?). Es un programa del FAD (Fundación d'ayuda contra la drogadicción). Dirigido a alumnos de 16-17 años (1r. de Bachillerato y Ciclos Formativos). Promueve la reflexión sobre actitudes, valores, hábitos etc. Aclara condicionantes del comportamiento humano. Se inicio en el curso 2.000-2001.

Programas de prevención de patología alimenticia (Anorexia/Bulimia).

**CANVIS, (Cambios)**. Dirigido a alumnos de 13-14 años (2º de ESO). Trabaja aspectos de nutrición, autoestima, reflexiona sobre valores. Se inició en el curso 1.999-2000.

Programas de prevención relacionados con la sexualidad.

**PRESSEC (Prevención del Sida en Secundaria)**. Dirigido a alumnos de 15-16 años (4º de ESO y Ciclos formativos). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos. Se inició en el curso 93-94.

**PARLEM CLAR (Hablemos claro)**. Dirigido a alumnos de 16-17 años (1º de Bachillerato y Ciclos formativos). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos. Característica diferencial: los alumnos imparten algunas de las sesiones al resto de compañeros (previa realización de un cursillo). Se inició en el curso 2000-2001.

### Resultados

En el 2.000-2.001 realizan los 7 programas de Promoción de la salud, para secundaria, un total de 3.972 alumnos, en el distrito, en el resto de la ciudad son 17.806. En 2001-2.002 aplican los programas en el distrito 4.803 alumnos, en el resto de la ciudad son 16.690 alumnos. En 2.002-2.003 realizan el programa en el distrito 4.461 alumnos, en el resto de la ciudad son 11.664 alumnos. Mientras que en el ámbito de la ciudad el número de alumnos inscritos en programas sufren un fuerte descenso en el distrito 02 aumenta o permanece estable.

Las coberturas en el distrito en los tres cursos analizados son altas comparándolas con las del conjunto de la ciudad, exceptuando el programa *CLASSE SENSE FUM*. En la Tabla 1 se puede observar que las mayores coberturas en estos tres años, en el distrito 02, son para los programas de prevención de drogas con más años de implantación: *PASE*: (54,6%), (64,47%), (57,1 %) y *DECIDEIX*: (65,30%), (80,11 %), (60,3%). El programa *CANVIS* tiene buena aceptación en sus cuatro años de implantación, (40,39%), (36,14 %), (43,3 %). El programa *PRESSEC*: (24,22 %), (17,26 %), (31,7 %), por su temática sexual es mas difícil de introducir en un distrito con abundantes escuelas religiosas. El programa *CLASSE SENSE FUM* (5,69 %), (9,52 %), (5,6%) tiene dificultades en este distrito ya que por ideología diferentes escuelas rechazan algunas de las premisas para participar. El programa *PARLEM CLAR* esta en sus inicios pero en ascenso. El Programa "*I TU QUE EN PENSES?*" (4,43 %), (21,12 %) (13,54 %) registra unos índices muy superiores a la media de ciudad, posiblemente por su implantación en escuelas de formación profesional. Un dato importante es constatar que, en el distrito 02, cada año se han aplicado el total de los programas ofrecidos. Esto no es habitual en el resto de distritos. En la tabla 2 se muestran las coberturas de todos los distritos en el curso 2.002-2.003.

En la Tabla 3 se muestra la evolución de los programas en el distrito 2 en los últimos diez años. Queda reflejado, además del habitual número de alumnos que realizan cada programa, el número de aulas y el numero de profesores. Se observa que las coberturas difieren según los programas; los programas con más años de implantación, *PASE* y *DECIDEIX!*, están en coberturas altas y estables. Se constata un incremento importante en dos programas de más reciente implantación: *CANVIS* y *I TÚ QUÉ EN PENSES?*.

### Discusión

Las coberturas de los programas en el distrito 2, son en general superiores a las del conjunto de la ciudad y más altas en aquellos programas con más tiempo de implantación, debido posiblemente a la fidelización de los profesores. Una de las variables en este distrito, durante diez años, ha sido la diferenciación de tareas, las enfermeras estaban especializadas por temas. En otros distritos suele ser por territorios.

Modelo 1. (Distrito 02). Todos los programas los trabajaba una sola enfermera, especializada en educación para la salud, la oferta era igualitaria usando el mismo protocolo de captación para todos los centros: Públicos, concertados y privados. La misma enfermera del Equipo de Salud ofrecía las actividades o talleres en el aula, y el asesoramiento y soporte a los docentes en la aplicación de todos los programas. Igualmente realizaba el seguimiento de centros, todo el curso, y pasaba la encuesta de evaluación de resultados. Otras enfermeras realizaban el resto de tareas del equipo de salud.

Modelo 2. En algún distrito la distribución de tareas era diferente, cada enfermera o medico se especializaba en algún programa y realizaba parte de las otras actividades sanitarias ( vacunaciones, PPD etc).

Modelo 3. En otros distritos el trabajo no estaba diversificado, cada enfermera realizaba todas las actividades de los centros que tenia asignados por territorio (programas, vacunas, PPD y el resto de actividades).

A lo largo de diez años los resultados son mejores en aquellos distritos en que las enfermeras se especializan por temas. Los resultados son mas bajos, incluso algunos programas no se aplican, cuando la polivalencia es alta en cuanto a las actividades.

### Conclusiones y recomendaciones

Para mejorar la incorporación a programas: Dado que la aplicación de los programas requiere de la voluntariedad de los profesores, es difícil aumentar la cobertura si estos profesionales no son incentivados de diferentes formas. Una de las más valoradas es el soporte y colaboración de los equipos de salud comunitaria y su labor facilitadora. Seria aconsejable establecer con los profesores de todo un Claustro, etapa, ciclo, un plan general de educación para la salud a lo largo del máximo de etapas educativas, dentro del currículum escolar y formando parte del eje transversal de salud. Otra percepción es que la acreditación que se les ofrece a los profesores, al finalizar un programa, debería tener un mayor grado de reconocimiento por parte del departamento de Educación.

Aumentar la eficacia: Para llegar a un mayor número de alumnos deberíamos valorar nuevas estrategias y sistemas de abordaje para adaptarnos a una sociedad multicultural y cambiante que presenta, cada vez más, necesidades no imaginadas anteriormente. Se observa la necesidad de potenciar el trabajo entre profesionales de distintos ámbitos y favorecer la colaboración con otros operadores socio-sanitarios, así como con padres, entidades etc.

**Mejorar los resultados:** Se aprecia que los valores de cobertura son mejores, incluso en un distrito como el 2, con un volumen alto de trabajo, en aquellos distritos donde las enfermeras realizan las tareas para las que tienen mejor predisposición y en las que se han formado. Cuando las tareas encargadas son de temática muy diversa los resultados para programas son bastante inferiores. Aunque la polivalencia es una tendencia positiva en algunos aspectos, en otros el nivel de capacitación concreto de cada profesional debería ser valorado y potenciado.

**Bibliografía**

Carlos Ariza, Anna Girauta "Informe de evaluación de los programas de promoción de la salud". Agencia de Salud Pública de BCN. (Marzo 2.004). (Publicación interna).

**Tabla nº 1 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PARA SECUNDARIA, EN BARCELONA. CURSOS 2.000-2.001, 2.001-2.002, 2.002-2.003. COMPARATIVA ENTRE LOS VALORES DE COBERTURA DE CIUDAD I DEL DISTRITO 02.**

PROGRAMAS	CURSO 2.000-2.001					CURSO 2.001-2.002					CURSO 2.002-2.003				
	Inscritos BCN (10 Dtos.)	Inscritos Distrito 02 (1 Dto.)	Cobertura Media BCN %	Cobertura distrito 02 %	Variación %	Inscritos BCN (10 Dtos.)	Inscritos Distrito 02 (1 Dto.)	Cobertura Media BCN %	Cobertura distrito 02 %	Variación %	Inscritos BCN (10 Dtos.)	Inscritos Distrito 02 (1 Dto.)	Cobertura Media BCN %	Cobertura distrito 02 %	Variación %
PASE	5.027	969	39,1	54,6	(+) 15,5	5.667	1.198	44,1	64,5	(+) 20,4	3.589	971	28,1	57,1	(+) 29,0
CLASSE SENSE FUM	1.997	109	11	5,7	(-) 5,3	1.768	176	13,2	9,5	(-) 3,7	1.814	103	11,3	5,6	(-) 5,7
CANVIS	4.645	774	34,4	40,4	(+) 6,0	4.186	668	31,1	36,1	(+) 5,0	3.439	830	25,6	43,3	(+) 17,7
DECIDEIX	5.261	1289	38,5	65,3	(+) 26,8	5.519	1.591	40,9	80,1	(+) 39,2	3.669	1.197	27,2	60,3	(+) 33,1
PRESSE C	3.021	546	19,7	24,2	(+) 4,5	2.526	360	17,6	17,3	(+) 0,3	2.504	668	17,4	34,5	(+) 14,3
PARLEM CLAR	-	121	-	3,27	piloto	472	16	2,6	0,4	(-) 2,2	295	95	2,4	3,4	(+) 1,8
¿TÚ QUE PENSES?	1.827	164	10	4,4	(-) 5,6	1.355	794	7,6	21,1	(+) 13,5	815	509	4,6	13,5	(+) 8,9

•Alumnos que realizan programas de secundaria:

	<u>en el Distrito 02</u>	<u>en el resto de BCN</u>	<u>Total</u>
2000-2001:	3.972	17.806	21.778
2001-2002:	4.803	16.690	21.493
2002-2003:	4.461	11.664	16.125

**Tabla nº 2 COBERTURA DE PROGRAMAS DE SECUNDARIA EN LOS 10 DISTRITOS DE BCN. CURSO 2002-2003**

PROGRAMAS	BCN %	Dto.01 %	Dto.02 %	Dto.03 %	Dto.04 %	Dto.05 %	Dto.06 %	Dto.07 %	Dto.08 %	Dto.09 %	Dto.10 %
PASE	28,1	37	57,1	25,1	44	-	72,1	36,7	34,8	5,5	1,9
CANVIS	25,6	47,5	43,3	52,3	35,6	-	36,2	25	28,5	19,9	2
CLASSE SENSE FUM	11,3	-	5,5	13,1	33,5	14,4	3,7	4,1	21	2,6	7,2

DECIDEIX	27,2	30,9	60,3	11,7	29,6	3,4	47,9	30,4	59	5	5,6
PRESSEC	17,4	23,2	31,7	25,9	7,6	-	30,8	23,2	34,2	4,8	7,2
I TU QUE EN PENSES?	4,6	-	13,5	-	-	-	13,1	4,6	11,6	-	-
PARLEM CLAR	2,4	5,5	3,4	-	-	-	-	-	8,4	-	-

Dto. 01 - Ciutat Vella	Dto. 02 - l'Eixample	Dto 03 - Sants -Montjuïc	Dto. 04 - Les Corts-Pedralbes
Dto. 05 - Sarria-St. Gervasi	Dto. 06 - Gracia	Dto. 07 – Horta-Guinardó	Dto. 08 – Nou Barris
Dto. 09 – Sant Andreu	Dto.10 – Sant Marti		

**Tabla nº 3 EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUT EN EL DISTRITO 02 DE BARCELONA**

		1991 1992	1992 1993	1993 1994	1994 1995	1995 1996	1996 1997	1997 1998	1998 1999	1999 2000	2000 2001	2001 2002	2002 2003
<b>PROGRAMA PASE</b>													
Escuelas	Nº de	13	1	2	10	15	21	18	16	14	16	17	14
Profesores	Nº de	-	-	2	19	49	55	48	51	39	33	46	37
Alumnos	Nº de	-	-	89	738	1690	1401	1224	1241	1087	969	1.198	971
<b>PROGRAMA CLASSE SENSE FUM</b>													
Escuelas	Nº de							(x)					
Profesores	Nº de							5	4	3	2	3	3
Alumnos	Nº de							14	14	7	4	6	5
<b>PROGRAMA CANVIS</b>													
Escuelas	Nº de									(pilot o)	(x)		
Profesores	Nº de									7	11	12	11
Alumnos	Nº de									18	25	24	30
<b>PROGRAMA DECIDEIX</b>													
Escuelas	Nº de			(pilot o)	(x)								
Profesores	Nº de			2	-	7	12	15	13	16	15	18	16
Alumnos	Nº de			-	-	26	35	27	29	32	37	49	41
<b>PROGRAMA PRESSEC</b>													
Escuelas	Nº de			90	-	1144	1447	1243	1203	1400	1289	1591	1.197
Profesores	Nº de			(pilot o)	(x)								
Alumnos	Nº de			2	6	10	12	12	8	10	7	8	10
<b>PROGRAMA PARLEM CLAR</b>													
Escuelas	Nº de			3	18	26	29	19	17	26	15	10	17
Profesores	Nº de			288	834	1235	1303	937	688	1062	546	360	668
Alumnos	Nº de										(pilot o)	(x)	
<b>PROGRAMA "I TU QUE EN PENSES" ?</b>													
Escuelas	Nº de										2	1	1
Profesores	Nº de										4	1	3
Alumnos	Nº de										121	16	95

Escuelas	Nº de										2	10	7
Profesores	Nº de										7	27	19
Alumnos	Nº de										164	794	509

(piloto) Indica prueba piloto, en el distrito, de un programa del Instituto de Salud Pública. El siguiente curso ya se generaliza su inicio a toda la ciudad.

(x) Fecha de inicio del programa para toda la ciudad. **Curso 93-94.** La prueba piloto del PRESSEC I DECIDEIX se realiza desde el Instituto de Salud Pública.

**Curso 94-95** En Noviembre, el distrito contrata a una enfermera para que se ocupe en exclusiva de los programas y proyectos de promoción de la salud.

**Curso 96-97** Algunas escuelas aplican el programa PASE a los 7º y 8º de Primaria antes de perder esa etapa. Curso 97-98. Se inicia la ESO.

**Curso 2002-2003.** Último curso que se trabajan los programa como especialidad, el próximo año se trabajarán dentro de la polivalencia de muchas otras tareas.

## **Jones, R., Skirton, H.: Feasibility of patient-led learning by nursing and other health students and staff via interactive TV**

### **Background**

Nurses need continuing professional education to maintain competence. Availability of study leave, financial costs and the perceived relevance of education to clinical practice influence uptake. Patient education is an important element of modern health services. In sparsely-populated regions it is costly to gather together a critical mass of either professionals or patients for face-to-face educational sessions. Various forms of distance education may be more cost effective.

Patients may be experts in their own conditions, and have a role to play in educating nurses, other health professionals, and other patients about the impact and effects of the condition (1). Their expertise has been under-utilised but we do not know much about the costs and effectiveness of this type of user involvement or of trying to inform and educate patients and staff in the same learning environment. Are the information needs of patients and professionals so disparate that this will not be possible? Alternatively, can patients and professionals share some materials or 'events' even though each would then have other channels more specific to their needs?

The number of health related web sites grows inexorably and the quality of information is often in doubt. The maintenance of an evidence-based web site is not inconsiderable. Many web sites are directed at either professionals or patients. However, some web-based resources are being developed which could have multiple uses both for professionals and for patients and their families. For example, the successful 'DIPEX' web site (2) is aimed not only at patients, their carers, family and friends but as a teaching resource for health professionals. The website contains interviews with everyday people about their own experiences of serious illness, health problems or health related matters.

There are many options for delivering information and education both for patients and professionals including mass media, video, Internet, face to face, individual work, group work and others. We need to know more about which methods are cost effective for different situations.

For more than ten years, the University of Plymouth has been exploring the use of combined technologies for delivering distance learning (3, 4). A key resource that makes this possible is the university's TV studio, linked to the TDS4b satellite uplink, on loan from the European Space Agency. Satellite transmissions provide cost-effective, high quality delivery with ready access to sites where equivalent quality access to learners via terrestrial networks is restricted, for example, due to the non-availability of high bandwidth terrestrial links. Plymouth therefore has a rare facility to explore the use of satellite TV for health programmes in the community at reasonable cost without major involvement of Sky or other satellite providers. The ESA satellite has a 'footprint' of the whole of Europe so that, if this research showed that it was cost effective it would have potential for English speaking communities in the UK and elsewhere in Europe. This allows us to explore the possibility of interactive TV for mixed (patient and professional) groups of viewers.

Although most people think of TV as being a home and private activity there are times when 'TV events' (such as 'world cup football') are enjoyed by groups in public. The TV broadcast facility used by Plymouth requires a receiving dish aligned to the correct European satellite. This limitation means that few home dishes would be able to receive these programmes. However, this raises the question of whether group viewing of TV programmes on health are feasible and offer any advantages to counter the disadvantage of having to travel to a local centre. We know that group education has been tried (for example, in diabetes (5), asthma (6), and cancer screening (7)) with variable success. For example, in the latter study in Florida the individual approach worked better with white women while the group approach worked better in black and Hispanic women.

Group information via satellite TV could be relatively low cost while retaining sufficient interactivity to be effective. We need to know more about which patients, and in which circumstances, patients prefer group access to information and whether this has any impact on perceptions of social support. The main providers of health information in England include NHS Direct, patient charities and TV services such as Channel Health. Sky is the main provider of satellite TV. The facility used by the University of Plymouth has allowed exploration of the feasibility of interactive satellite. To be sustainable we need economic models of both transmission and reception of programmes.

### **Objectives**

To determine whether interactive TV for professional & patient groups offers an accessible, effective and sustainable method of providing English language health information across Europe.

### **Methods**

We have piloted interactive TV programmes for patients, students and staff across southwest England using a European Space Agency satellite. A first pilot programme on prostate cancer was broadcast in May 2003. A series of six

programmes (epilepsy, hypertension, access to health information, diabetic foot ulcers, head injury, and multiple sclerosis) was broadcast to mixed audiences of students, staff, and members of the public from October 2003. Programmes were broadcast 'live' and lasted one hour. They comprised of a studio panel discussion interspersed with video clips of other patients talking taken from the DIPEX site. A typical studio panel included about six people, such as a patient, nurse, hospital doctor, family doctor, information provider, pharmacist. We contacted and recruited panel members and chaired the studio discussion. Interaction between viewers and TV studio was by email direct to the studio or by telephone to a secretary who then emailed the studio. The recorded programmes were made available on the Internet about one week after the live programme (8). Programmes were advertised via one mailing of posters to primary care trusts in the region and email reminders to a mailing list of academics, NHS staff, and voluntary groups in the week before the events. Outcomes assessed were by documenting practical difficulties and suggestions made by viewers, questionnaires completed by viewers, level of interaction in each programme, and the modelling of costs.

#### **Findings**

**Collaborating Centres:** Satellite receivers have so far been installed in over 15 sites in southwest England and approximately 20 sites in other parts of the UK. However, for this series of broadcasts we had collaboration only from southwest England and no more than 6 sites for any one programme.

**Successes:** It has been possible to recruit a TV panel from various health professions, patients, carers, and charities to take part (with no charge to the University) in the programmes. Programmes have been well received by viewers and we have achieved mixed audiences of patients, carers, students, and staff. Interaction between studio and audience has been variable mainly dependent on audience size. In those programmes which achieved a good level of audience participation the studio has received around 15 emails during the hour long programme. There has been anecdotal evidence of interaction and discussion between members of the audience at receiving sites.

**Problems:** (1) The main problem has been audience size. Advertising the events was fairly time consuming and we have so far failed to get much cross media (for example, radio or newspaper) coverage of the events to generate audiences. We estimated the maximum audience reached as about 70 people. (2) Ensuring that rooms which are equipped to receive the TV broadcast are booked and that someone is available to provide directions for patients and other viewers to each room was time consuming. (3) Providing email or at least phone access at each site and having someone to provide technical assistance in the case of problems was sometimes problematic. (4) Maintaining a balance between a programme which follows the questions of the viewers and some structure to ensure programme coherence was achieved in some cases but health professional feedback for some programmes indicated a desire for more structure.

**Cost:** Revenue broadcasting costs (that is uplink and satellite time) for a one hour TV programme was around 900 euros. Media Services (TV studio costs and time costs for making the web copy) were approximately 900 euros for the one hour programme. The total cost per programme was therefore around 1800 euros for a one hour programme. If we assume that 50 sites were connected then the cost per site per programme was 36 euros. The capital cost of a receiving dish (installed) is approximately 900 euros. If we assume that this capital cost is written off over 5 years this represents an annual cost of 180 euros. If we assume that there were 12 programmes broadcast a year (1 per month) the total annual cost per site is  $180 + (12 \times 36) = 612$  euros. For 12 programmes this is a cost per programme of 51 euros. (This does not include the costs of rooms to receive programme or the travel costs for the studio participants or for those viewing. However, assuming an average audience at each of the 50 sites of 10 people, the cost per viewer would be 5 euros each.

#### **Discussion**

It is feasible but not easy to achieve programme content which is of use for patients, students, and staff. The recorded programmes provide a continuing resource for re-useable learning objects on the web. This form of satellite TV using email communication to the studio provides a better quality image but is less interactive than (for example) video conferencing via the web. Web conferencing could also be used for such programmes but is only suitable for a small number (a maximum of (say) 10) sites, whereas satellite-delivered interactive TV of this type could easily be scaled up for use at several 100 sites across the UK or English speakers within Europe. At that scale, interactive satellite TV could be relatively low cost, while retaining sufficient interactivity to be effective. We are currently exploring the greater involvement of patient groups to develop and advertise the programme. However, unless large audiences can be achieved by better advertising or through multi-centre collaboration then this method of delivery is not cost-effective.

#### **References**

1. Jones R, Tweddle S, Hampshire M, Hill A, Mout B, McGregor S. Patient-led learning for the clinical professions in fulfilling the information needs of patients. Published by NHS Information Authority, June 2000. Ref 2000-IA-280. Available from [http://www.nhsia.nhs.uk/informatics/pages/resource\\_informatics/patient\\_led\\_learning.pdf](http://www.nhsia.nhs.uk/informatics/pages/resource_informatics/patient_led_learning.pdf)
2. [www.dipex.org](http://www.dipex.org)
3. Kingsnorth, A, Campbell, J and Vranich, A. 1999. Teleteaching - A practical and economical method of delivering surgical education. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 82, 66-70.
4. Kingsnorth A, Vranich A and Campbell J. 2000. Training for Surgeons using digital satellite TV and video conferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, (6), S1:29 to S1:31
5. Sarkadi A, Rosenqvist U. Field test of a group education program for type 2 diabetes: measures and predictors of success on individual and group levels. *Patient Education & Counseling* 2001; 44:129-39.
6. Liu C, Feekery C. Can asthma education improve clinical outcomes? An evaluation of a pediatric asthma education program. *Journal of Asthma* 2001; 38:269-78.
7. Danigelis NL, Ashley JA, Worden JK, Dorwaldt AL, Roberson NL. Two community outreach strategies to increase breast cancer screening among low-income women. *Journal of Cancer Education* 2001; 16:55-8.
8. [www.plymouth.ac.uk/healthseminars](http://www.plymouth.ac.uk/healthseminars)

## **Codern Bové, N., Fernández Lamelas, E.: ¿Qué dicen los materiales educativos impresos?**

### **Introducción**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

A pesar de las numerosas actividades de Educación para la Salud (EpS), las enfermedades cardiovasculares continúan siendo uno de los principales problemas de salud de los países industrializados. Al igual que ocurre con otros problemas de salud, cabría preguntarse en qué están fallando la EpS que se realiza, si no consigue modificar de forma significativa los hábitos considerados de riesgo.

Desde la Conferencia de la OMS de Alma Ata (1978), la EpS cada vez más ha ido cogiendo un papel más relevante en la promoción de la salud y la prevención. Actualmente, la OMS (1) plantea dos enfoques:

a) Como estrategia para capacitar a la persona-grupo-comunidad de conocimientos, habilidades y actitudes para la defensa de la salud individual y colectiva.

Este enfoque se centra básicamente en llevar a cabo procesos de información y persuasión de la población como el objetivo de facilitar un proceso de cambio de conducta, habitualmente factores de riesgo individuales (tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad...).

b) Como intervención dirigida a concientizar a la población sobre los determinantes de salud y posibilitar así la acción social y la participación activa de las comunidades en un proceso de cambio social.

Este enfoque considera imprescindible el protagonismo de los diversos agentes sociales en la modificación de las condiciones de vida y el papel de la EpS pasa a ser el de facilitadora de proyectos participativos en la comunidad (2) (3). No obstante, entendemos que en la práctica prevalece el primer enfoque y no se ha asumido la posición más participativa, crítica y emancipatoria.

Por otro lado, entre los métodos y recursos que utiliza la EpS se hallan los materiales educativos impresos. Este recurso está muy extendido en el ámbito sanitario para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje del individuo-grupo-comunidad. El contenido permite informar sobre un problema de salud, dar consejos y recomendaciones y fomentar las acciones como la participación.

### **Objetivos**

A partir de estas premisas, los objetivos de la investigación son:

1. Identificar cuáles son los elementos del discurso que se utilizan en los materiales educativos impresos.

Nos interesa de forma particular tratar de desvelar cuáles son los elementos del discurso relativos a la concepción de salud-enfermedad, de estilo de vida, los posibles sesgos de género y el modo en que se articula lo individual y lo comunitario en los mensajes.

2. Analizar cuáles son los modelos implícitos de EpS que orientan los materiales destinados a enfermos con cardiopatías o bien a la población considerada de riesgo a padecerlas.

### **Material y método**

#### **Diseño**

Se ha elegido una metodología cualitativa, esta se considerada la más adecuada para conocer los significados implícitos, en este caso de los materiales educativos impresos.

#### **Criterios de selección de los materiales escritos**

Se realizó un muestreo por representatividad teórica establecida a partir de la combinación de diferentes criterios:

- Institución que lo edita: público o privado
- Características del formato: folleto, guías, hojas informativas
- Contenido educativo: centrado en las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo de estas.
- Distribución: Hospitales y centros de Atención Primaria de Catalunya.

Se analizaron 10 materiales educativos impresos.

#### **Análisis de los datos**

La base documental para realizar el análisis fueron los materiales educativos. Se realizó una combinación de análisis (análisis de contenido y análisis de discurso). Las fases del análisis fueron:

1. Análisis de contenido: identificación y construcción de una serie de categorías conceptuales transversales a partir de la lectura, catalogación y comparación de los tópicos emergentes del conjunto de los folletos analizados.
2. Análisis del discurso: análisis del modelo implícito de EpS en los materiales analizados y comparación de este modelo con otros modelos posibles que incorporan otros conceptos teóricos como las diferencias de género, el déficit de capital social y aportaciones desde la psicología como la incidencia del patrón de conducta tipo A.

### **Resultados**

Resultados del análisis textual:

Se identificaron las siguientes categorías analíticas:

- a) ¿A quién se dirigen los materiales educativos?
- b) Objetivos educativos y contenidos.
- c) ¿A quién se atribuye la responsabilidad de la salud? Es decir, analizar cuáles son los implícitos respecto del concepto de salud-enfermedad en los materiales analizados.

#### **¿A quién se dirigen los materiales educativos?**

Del análisis de la base documental, se desprende que los materiales impresos van dirigidos al individuo que realiza conductas de riesgo o que ya han desarrollado alguna enfermedad coronaria.

Se toma como patrón de persona el varón blanco adulto, sin contemplar de forma específica la salud de la mujer. No se identifica las formas diferenciales de enfermar, los factores de riesgo o las manifestaciones diferentes que presentan las cardiopatías en mujeres.

#### **Respecto a los objetivos educativos y su contenido**

Se centran en informar, dar consejos y recomendaciones sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y control de síntomas:

- Detección precoz de la HTA
- Control de la medicación y dieta en los hipertensos
- Consejo dietético para toda la población
- Consejo para dejar de fumar para toda la población
- Difundir como el tabaco es un factor de riesgo que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.
- Identificar el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y asesorar de diferentes medidas a las personas que padecen una enfermedad cardiovascular.

- Promover estilos de vida saludable y conductas saludables a la población en general.  
No obstante, hemos encontrado un único material con referencias explícitas a la intervención comunitaria en el sentido que mediante su activación y organización se pueden modificar las normas y los hábitos, pero no indica dónde dirigirse para poder participar o herramientas para poder participar.

Las aportaciones de la Psicología referidas a los rasgos del patrón de conducta tipo A no quedan recogidas.

#### ¿De quién es la responsabilidad?

La responsabilidad de mejorar la salud se atribuye en exclusiva a la persona, sólo en una ocasión se mencionan otros factores, como los factores socioeconómicos. Los hábitos de salud son planteados como una opción de responsabilidad individual.

#### Discusión

El sesgo de género en los materiales analizados tiene graves consecuencias:

- Refuerza el mito de que las mujeres no tienen el mismo riesgo de sufrir cardiopatías que los hombres. En cambio sabemos que las cardiopatías, son poco frecuentes entre las mujeres de menos de 50 años pero con la menopausia el riesgo pasa a ser equiparable al de los hombres (4). Por otra parte la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte entre las mujeres, por encima del cáncer de mama (5).
- Equipara los riesgos en hombres a los riesgos presentes en las mujeres. En el caso de las cardiopatías los factores de riesgo para las mujeres presentan diferencias respecto de los factores de riesgo para los hombres. En las mujeres jóvenes fumar es el primer factor de riesgo, pero en las mujeres mayores la hipertensión y la diabetes mellitus están más asociadas a la muerte súbita (6).
- La invisibilización de los síntomas en las mujeres tiene como consecuencia que ciertas manifestaciones no se detecten con la suficiente celeridad. Los dolores precordiales en las mujeres irradian más hacia la mandíbula en las mujeres que hacia el brazo izquierdo como resulta típico en los hombres. Por otra parte muchas mujeres manifiestan sentir pesadez en los hombros, mandíbula, cuello, espalda, garganta y no en el pecho. Se calcula además que hasta un 25% de los infartos de miocardio en mujeres son silentes (4).

Entre las causas de los factores precedentes cabría destacar el hecho de que la formación de los y las profesionales de la salud no contemple de forma específica la salud de la mujer, más allá de la salud reproductiva y por otra parte el hecho de que la mayoría de los estudios sobre cardiopatías y los ensayos clínicos en éste, como en otros campos, se hayan llevado a cabo sin contar con mujeres, dando por supuesto que los datos obtenidos entre los hombres podían ser automáticamente atribuidos a las mujeres (5).

Además de las consecuencias descritas en cuanto a la prevención de las cardiopatías en mujeres, hay que tener presente que los sesgos de género afectan también al campo de la intervención terapéutica de manera que "la mortalidad de las mujeres que padecen un infarto de miocardio es superior a la de los varones tanto durante su ingreso hospitalario como en el seguimiento" (7). Diversos trabajos sugieren que ello es debido a un manejo terapéutico menos intervencionista en el caso de las mujeres (7).

Por otro lado, los materiales analizados están enmarcados en programas de EpS y orientados a que puedan ser utilizados como soporte de la comunicación médico-paciente. Esto refuerza la concepción de que el paciente es el receptor del conocimiento y el profesional de la salud ejerce de autoridad. A través de la transmisión de conocimientos profesional-usuario se lo capacita en lo que tiene que hacer y lo que no tiene que hacer para encontrarse mejor y vivir de una manera más saludable. Estos objetivos responden a la visión más tecnológica de la EpS. En ningún caso, los materiales son usados para promover procesos de participación de los agentes sociales o para iniciar procesos de formación de agentes de salud. Esta visión respondería a los enfoques más críticos de la EpS, donde se concibe a la EpS como un proceso educativo que tiende a responsabilizar a los ciudadanos tanto en el ámbito individual como colectivo en la defensa de la salud propia y de los demás (8).

Como hemos indicado con anterioridad, los materiales se centran en la conducta del individuo, sin tener en cuenta que el ambiente físico y social tiene una influencia directa en el estado de salud del individuo. Nos tendríamos que plantear que para hacer ejercicio físico necesitamos espacios para practicarlos. ¿Cómo podemos prescribir ejercicio físico a las personas con problemas cardiovasculares si la mayoría de los polideportivos están orientados a los jóvenes y al culto al cuerpo? ¿Cómo podemos trabajar sin humo si la mayoría de empresas no tienen un programa para dejar de fumar? El objetivo implícito es la autonomía personal, pero sin tener en cuenta que para conseguir una autonomía personal se requiere de una activación y organización de la comunidad.

Esta perspectiva, como R Pérez plantea, tiene como consecuencia la culpabilización del individuo y la ocultación de las desigualdades sociales que se asocian a una incidencia diferenciada de la enfermedad y de los factores de riesgo asociados a ella. "... los poderes públicos han obviado la orientación de las políticas hacia la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la educación sanitaria de los ciudadanos. Más bien se han confeccionado políticas específicas cuyo contenido ha tendido a **culpabilizar al estilo de vida individual** de las acciones contrarias a la conservación de la salud, en línea con el argumento neoliberal que sitúa al individuo aislado como el responsable directo de todos los males que le puedan sobrevenir (tabaquismo, exceso de velocidad, consumo elevado de tóxicos)..." (9).

En este contexto, el de la concepción de la salud y de la enfermedad de forma individualizada y desocializada, se considera que el sujeto debe llevar a cabo esfuerzos para acrecentar su propio "capital de salud" (9). El símil economicista no es inocente puesto que nos habla de una progresiva mercantilización de la salud. Frente a la idea de un capital individual de salud se puede oponer la idea del **capital social** como elemento preventivo en las cardiopatías. Sería necesario recordar el fracaso de grandes y millonarios programas que no han podido demostrar su efectividad en la disminución de enfermedades cardiovasculares (10). Mientras si se ha demostrado que el incremento de confianza mutua entre los habitantes de una comunidad o el número de sus asociaciones, es decir del capital social, supone una reducción de las cifras totales de mortalidad (11).

#### Conclusiones

- Los materiales tienen una clara orientación prescriptiva y tecnológica a pesar de que se ha comprobado las insuficiencias de estas orientaciones y están dirigidos a un público visualizado prioritariamente como varón blanco adulto, sin contemplar de forma específica la salud de la mujer.
- La responsabilidad recae únicamente en la persona a nivel individual.

3. Es un material de soporte de las consultas del médico o de la enfermera, que requiere de una explicación previa para su comprensión. El material es utilizado como soporte a la transmisión de conocimiento y a menudo el individuo es tratado como cliente y receptor del conocimiento.
4. No se reconoce la importancia de la participación ni de la acción comunitaria. El material impreso de los programas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares tendrían que ser una oportunidad para promover de una manera explícita la responsabilidad ciudadana y su participación en la comunidad.

#### Recomendaciones

- Fomentar y hacer explícita la participación de las personas de la comunidad en el diseño del material impreso.
- Contemplar dentro del contenido los aspectos diferenciales de la enfermedad con relación al género.
- Recoger las prioridades de la comunidad, sus necesidades, expectativas y proyectos.
- Incluir asociaciones de autoayuda...
- Ser de utilidad como material de soporte para los agentes de salud de la comunidad que han llevado a cabo una capacitación previa.
- Reconocer y tener en cuenta las necesidades de la familia de la persona enferma.

#### Bibliografía

1. Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud de la OMS. Salud entre todos (separata técnica). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.
2. Sánchez Moreno A, Ramos García E, Sánchez Estévez V, Marsset Campos P. Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud: Fundamentos y sistematización. Rev. San Hig Pública 1995; 69 (1): 8-10.
3. Participación de la comunidad en el desarrollo de la salud. Un desafío para los servicios de salud. OMS, serie informes Técnicos, 809. Ginebra, 1991.
4. Halm, M. Acabar con los mitos acerca de la cardiopatía en las mujeres. Nursing 2000, Vol. 18, nº 2:31-2.
5. Valls C. La atención de género en la atención primaria. Quadern CAPS, (27) 1998: 46-52.
6. Virmani R. Pathology of Acute Ischemic Síndrome. Octubre 2002. en línea [http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/wise/session03\\_virmani.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/wise/session03_virmani.pdf) [10 marzo 2003]
7. Mont J.L. Tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres: ¿existe discriminación en función del sexo? Medicina Clínica (Barcelona) 1994; 102: 374-5.
8. Sepilli, A. Principi En educazione Sanitaria, Modolo, M.A.; Sepilli, A. Pp 3-28, Roma, il Pensiero Cientifico, 1981.
9. Pérez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En Adelantado J. (coord) Cambios en el Estado del bienestar. Barcelona: UAB- Icaria Antrazyt; 2000: 267.
10. Beneduce R. (1999) Perché "guarire" sembra oggi sempre più difficile? Note per un'antropologia della guarigione. A La Guarigione. Maria Rosa Tinti (coord) Bergamo, Moretti & Vittalì : 31-47.
11. Kawachi I. Long Live Community. Social Capital As Public Health. <http://www.prospect.org/print/V8/35/kawachi-i.html>.

### Lima Rodríguez, J., Lima Serrano, M., Casado Mejía R.: *El sector popular de cuidados*

#### Introducción

La gestión de la salud se estructura universalmente en torno a procesos asistenciales, que pueden ser considerados como itinerarios que siguen las personas enfermas y su familia para resolver los problemas de salud que se les presentan. La forma de afrontarlos es distinta en diferentes culturas y grupos sociales. Según Kleinman, en cualquier sociedad compleja se distinguen tres sectores de cuidados solapados: el sector popular, el sector folk o alternativo y el sector profesional u oficial. Cada uno de estos sectores tienen sus propias formas de explicar y tratar los problemas de salud, definiendo quién es el asistente, es decir, la persona a la que se le suponen los conocimientos y recursos necesarios para afrontar el problema y quién el asistible o persona que presenta el problema, especificando cómo ambas partes interactúan en la relación terapéutica.

El Sector popular de Cuidados se integra fundamentalmente en el ámbito familiar e incluye las redes sociales y actividades relacionadas con el cuidado de la salud que se desarrollan en la comunidad. En este ámbito se reconocen y definen inicialmente los problemas de salud, se inician los cuidados, recurriendo a un número importante de acciones terapéuticas que utiliza la población sin consultar a los otros sectores, como pueden ser: el autocuidado, el autotratamiento o la automedicación, el asesoramiento o tratamiento que recomienda un familiar, amigo, vecino, compañero de trabajo, la consulta a otra persona que ha vivido con anterioridad la misma experiencia, los grupos de autoayuda, la iglesia, el culto. Cuando se acude a otros sectores, se decide además, a quién consultar, si seguir o no las prescripciones, se evalúa la eficacia de prescripciones o tratamientos.

Asimismo, es necesario destacar, el papel educativo que se desarrolla en este sector respecto a la transmisión de conocimientos y habilidades y la adquisición de hábitos relacionados con la salud y sus cuidados.

El Sector Folk o alternativo, está formado por personas que se especializan en formas de curación, que pueden ser sagradas o seculares, o a una mezcla de ambas. En nuestro entorno no forman parte del sistema sanitario oficialmente reconocido y ocupan una posición intermedia entre el sector popular y el sector profesional. conforman un grupo heterogéneo en cuanto al método, a las prácticas y remedios que utilizan, compuesto por herboristas, curanderos, clarividentes, sanadores, etc., con una gran variación individual, aunque a veces se organizan en asociaciones y en general sufren el rechazo del sector profesional.

Es importante la proliferación que en estos momentos se viene produciendo de brujos/as, adivinadores, videntes, que a través de los medios de comunicación, llámense televisiones locales, cadenas radiofónicas o líneas telefónicas en las que se atienden las consultas de aquellos que quieren saber acerca de su futuro, incluyendo aspectos relacionados con la salud y con enfermedades. En la mayoría de los casos, las respuestas suelen incluir, junto a la evaluación del estado de salud y la adivinación o diagnóstico de los problemas, recomendaciones a seguir por el demandante de la consulta.

Por último, el Sector Profesional u oficial incluye las profesiones organizadas y sancionadas legalmente como la medicina científica occidental. Lo constituyen los médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, fisioterapeutas,

podólogos, etc. En la mayoría de los países occidentales, la medicina moderna constituye la base del sector profesional, debido a la hegemonía de esta disciplina y a la gran influencia que el modelo biomédico ha tenido y sigue teniendo sobre el desarrollo de los currículos académicos de los distintos profesionales que trabajan en el sector sanitario.

A pesar del gran desarrollo y de la hegemonía que durante siglos la medicina oficial ha venido disfrutando, en la actualidad se aprecia una crisis de credibilidad. Cuestiones, tan intocables hasta ahora, como es la eficiencia del propio sistema o aceptar modelos alternativos de gestión tanto en lo referente a la enfermedad como a la salud. Se empiezan a buscar soluciones socioculturales (educación, autocontrol, participación comunitaria) que pueden minar las bases sobre las que se sustenta el modelo médico hegemónico, al pretender devolver a los particulares sus responsabilidades, aparentemente arrebatadas anteriormente, partiendo de la necesidad de modificar los estilos de vida insanos, proteger el medio ambiente social, eliminando las desigualdades y potenciando, a través de la participación comunitaria y la educación para la salud, la autonomía individual frente a la salud y la enfermedad. Esto exige potenciar un mejor desarrollo del sector popular de cuidados como estrategias para conseguir que sus integrantes desarrollen estilos de vida saludables.

Sin embargo, aunque las propuestas teóricas parecen desarrollarse en este sentido, su materialización en la práctica se ve dificultada por un proceso continuo de profesionalización de la salud, que está produciendo una medicalización de la vida diaria, y por la oferta universal y casi totalmente gratuita de asistencia sanitaria que se realiza en nuestro medio. Esta situación está empobreciendo el patrimonio cultural que, con relación a la salud, la comunidad viene atesorando a lo largo del tiempo. Además, se tiende a considerar, desde el ámbito profesional de la salud, que los saberes tradicionales son acientíficos y por tanto inadecuados. Esta falta de reconocimiento, unido a las dificultades para su transmisión, que se realiza fundamentalmente de persona a persona al carecer de canales de divulgación en masa, contribuye a su detrimento, pues el saber tradicional se va agotando en sí mismo por desuso. Como consecuencia de todo ello, se evidencia, cada vez más, una mayor dependencia de la población hacia el sector sanitario, en detrimento de su propio desarrollo, como lo demuestran el progresivo aumento de la demanda de asistencia sanitaria o el creciente aumento del gasto farmacéutico, que apreciamos en nuestro entorno.

Contribuir al desarrollo del sector popular exige conocerlo en sentido amplio, para, a partir de este conocimiento, potenciarlo. En este sentido las enfermeras por su cercanía al sector popular y por que en su trabajo utilizan conocimientos y habilidades adecuadas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, se convierten en un elemento fundamental en este desarrollo.

Por este motivo realizamos un estudio del sector popular en nuestro medio, que se sitúa geográficamente en Sevilla capital y en municipios próximos a la misma, como son Alcalá de Guadaíra, Camas, Dos Hermanas, Gines, Guillena, La Algaba, San José de la Rinconada y Utrera.

#### **Objetivo**

Analizar al sector popular de cuidados, identificando a sus componentes, los problemas de salud abordados con mayor frecuencia y las prácticas llevadas a cabo para resolverlos.

#### **Metodología**

Estudio descriptivo realizado durante el periodo 2002-03, en el que se procedió a:

- ✓ Recogida de datos: Cuestionarios, entrevistas y observación participante.
- ✓ Variables estudiadas:
  - Componentes del sector
  - Problemas abordados en el Sector popular de cuidados.
  - Causalidad asignada a los mismos.
  - Consecuencias para el que los sufre.
  - Autocuidados empleados.
- ✓ Análisis estadístico mediante programa SPSS.
- ✓ Análisis de entrevistas.

#### **Resultados**

##### *Descripción de la muestra*

Nuestra muestra está configurada por cien individuos con una edad comprendida entre 15 y 92 años, de los cuales, el 14% son menores de 25 años, el 42% se encuentran entre 26 y 50 años, el grupo comprendido entre 51 y 75 años conforma el 34% de la muestra y el resto son mayores de esta edad.

En relación a sexo género contamos con 37 hombres y 63 mujeres.

Respecto a la ocupación encontramos estudiantes (10%), amas de casa (32%), empleados por cuenta ajena (25,7%), jubilados (18,6%) y el resto se reparte entre autónomos, desempleados y profesionales.

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría poseen estudios primarios (37%), seguido de los que tienen estudios secundarios (24%), siguieron estudios universitarios representan el (20%) y estudios no reconocidos (14%), el último lugar lo ocupan los que no tienen estudios (4%)

Composición de sector popular de cuidados

Los individuos que actúan como asistentes pertenecen al grupo familiar y a las redes sociales (amigos, vecinos compañeros de trabajo). Intervienen individualmente o integrados en asociaciones de autoayuda. La elección se hace en base al parentesco, la amistad y atendiendo a los conocimientos y experiencia que se les supone.

En este sector de cuidados, es frecuente que la persona que en un caso intervino como asistible, en otro momento se convierta en asistente, generando un conjunto de relaciones de reciprocidad propias de este sector.

El principal área de cuidado es la familia, donde se reconocen los problemas de salud y se tratan, siendo la mujer, como madre, esposa e hija la mayor proveedora de saberes y de cuidados. Así, el perfil corresponde, en el 70% de los casos al de una mujer del entorno familiar.

##### *La significación del problema de salud.*

Este sector utiliza una explicación amplia que incluye junto los signos, manifestaciones o causa que origina el problema, los efectos que éste tiene sobre las ocupaciones, actividades, expectativas y deseos de la persona enferma. Dotando, así, de significación al problema. Como afirma Collier. "No es la enfermedad, sino la persona enferma el objeto de los autocuidados".

Conocer este aspecto del enfermar, nos puede ayudar a entender las decisiones y acciones que se toman en este ámbito, así como su particular racionalidad.

#### La experiencia de los síntomas

La percepción del estado de salud como alterado, se desarrolla a partir de una serie de síntomas o de manifestaciones que la persona, en la mayoría de los casos es capaz de explicar. A partir de las respuestas obtenidas, observamos que siete de cada diez personas dicen sentir dolor, siendo éste el problema que aparece con mayor frecuencia. Este en algunos casos es vivido de forma muy negativa en comparación con otros padecimientos. Como explica una de nuestras informantes: "Lo más importante, por dolor, por molestia, por sufrimiento y por padecimiento, el dolor de cabeza"

Al analizar el tipo de dolor referido por las distintas personas estudiadas, hemos encontrados algunas diferencias significativa en función de la variable sexo/genero de la persona que afirma padecerlo. Así podemos distinguir:

- Dolores osteoarticulares, localizados en cuello, espalda y extremidades. La mitad de la muestra afirma tenerlos, con frecuencia. Con una mayor incidencia en hombres (65%).
- Dolor de cabeza, ocupa el segundo, siendo las mujeres las que se ven más afectadas con una relación dos a uno respecto a los hombres.
- Dolor abdominal y de estómago aparece en tercer lugar, citados por el dieciocho por ciento de los encuestados, sin que se aprecien diferencias en su distribución al relacionarlas con sexo/genero.
- Los dolores menstruales que aparecen durante la "regla", son referidas por cinco de las mujeres estudiadas.

A continuación, en cuanto a su incidencia aparecen los problemas respiratorios que se refieren como resfriados, catarro, disnea de esfuerzo, que se detectan en uno de cada diez de los individuos estudiados.

Un grupo de manifestaciones, expresadas exclusivamente por mujeres, coincidiendo con la menopausia, son los calores, los sofocos y la jaqueca.

Y finalmente, con menor incidencia aparecen: El estreñimiento, los picores, los problemas sexuales, la obesidad, los ardores, los problemas circulatorios, las hemorroides, los problemas oculares, la incontinencia urinaria, los problemas genitales o la pérdida de memoria.

#### El origen de los problemas de salud

Cuando preguntamos sobre el motivo o la causa que origina el problema de salud nos responden:

- El trabajo: En el cuarenta por ciento de los casos, tanto por su intensidad, dureza o por la propia situación laboral (insatisfacción, inseguridad).
- El estrés, anteriormente considerado como problema, también se señala como causa.
- La edad, se cita, (10%) como una causa natural, especialmente por los de mayor edad.
- La alimentación, bien por comer en exceso, o por consumir cosas inadecuadas
- El tiempo en términos meteorológico, para los dolores osteoarticulares y de cabeza.
- Con frecuencia, se consideran como causa de otros problemas las enfermedades osteoarticular, infecciones, bajas defensas, mala circulación sanguínea, hernias de hialo, ácido úrico, colesterol.
- Otro grupo lo constituyen los derivados de las características propias de la mujer como son la menstruación, la menopausia, o el embarazo.
- En ocasiones, se hace referencia al insomnio, o al sedentarismo.
- Por último se citan causas sobrenaturales como la suerte, el azar, o la voluntad divina.

La enfermedad como condicionante de la cotidianidad.

La enfermedad, ya sea la diabetes, el cáncer de pulmón o el reuma, no tienen significación por ellas mismas. No pueden existir en sí, existen porque se producen como efecto sobre las ocupaciones, las actividades, las expectativas, los deseos de alguien.

Observado que casi el noventa por ciento de los individuos aseguran que las molestias que presenta tienen consecuencias para su cotidianidad. Consecuencias entre las que destacan:

- Modificaciones en el estado de ánimo en más del sesenta por ciento de los casos.
- Dificultades para desarrollar las tareas habituales (arreglar la casa, estudiar, salir a la calle, etc.) que aparece en la mitad de la muestra.
- Alteración de las relaciones familiares, en uno de cada cinco personas estudiadas.
- Imposibilidad de asistir al trabajo, esto último en menor grado ( un cuatro por ciento de los casos).

En función de la significación que se otorga al problema de salud, se inicia la demanda de ayuda al asistente que la ofrece en términos de asesoramiento y de autocuidados.

#### Los autocuidados.

La medida más utilizada es la automedicación. Los consultados manifiestan disponer de medicamentos en casa. Los prescritos por su médico para la hipertensión, diabetes, bronquitis, etc., junto a otros de uso habitual, que se utilizan para: los dolores habituales, la fiebre, los catarros, los ardores, el insomnio, el estreñimiento, las hemorroides, las quemaduras, etc.

Un 15% utiliza medidas relacionadas con la dieta, las infusiones digestivas (menta poleo, manzanilla), laxantes o bicarbonato.

El calor o el frío local y las fregas de alcohol y los masajes y el reposo constituyen el tercer grupo de medidas mas utilizadas.

El frío local para los dolores de cabeza.

Otro grupo lo forman el ejercicio moderado, la relajación, el descanso o las infusiones relajantes.

En ocasiones, estas medidas se acompañan de ayuda para realizar las tareas domésticas.

#### **Discusión**

En las últimas décadas se viene poniendo de manifiesto la incapacidad del sector oficial de cuidados para, por sí solo, mejorar el estado de salud de la población. Esta ingente tarea exige aumentar el grado de autonomía y responsabilidad de los individuos y la comunidad para la toma de decisiones y medidas relacionadas con el cuidado de la salud y la enfermedad.

El sector popular de cuidados dispone, junto a un patrimonio cultural atesorado a lo largo del tiempo y transmitido a sus miembros, una racionalidad propia, que les permite desarrollar procesos asistenciales útiles para resolver un número importante de problemas de salud.

En los momentos actuales, la medicalización de la vida social está empobreciendo la capacidad de los individuos para autocuidarse haciéndoles cada vez más dependientes del sector oficial de cuidados, desde un discurso que considera las practicas populares inadecuadas.

Devolver a la sociedad su capacidad de autocuidado y el protagonismo que le corresponde en la gestión de la salud, nos obliga a identificar y reconocer, junto a la racionalidad del sector, aquellas prácticas que resultan útiles, prestigiándolas y promoviéndolas. Al mismo tiempo, debemos contribuir a mejorar aquellas que lo requieran.

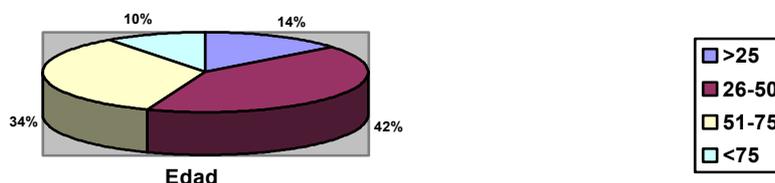
Entendemos que las enfermeras, como profesionales de los cuidados, conforman un grupo profesional que ocupa, dentro del sector oficial de cuidados, una posición privilegiada para contribuir a este propósito.

**Bibliografía**

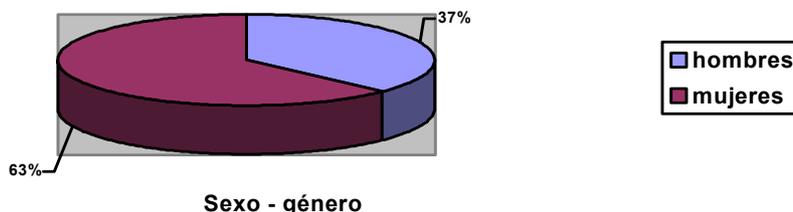
Canals J. "La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua". Actas del VII. Congreso de Antropología social  
 Coe R. "Sociología de la Medicina". Alianza. Madrid.1970.  
 Collière MF. "Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados". Rol de Enfermería 178-179: 71-80. 1993.  
 Comelles J.M. "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". Jano 18-29 Septiembre. volumen XXIX nº 660, 357-362. 1985.  
 Comelles J.M. "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". En Porta y Alvarez-Dardet. Revisiones en Salud Pública nº 3. Masson. Barcelona. 1993.  
 Guía de Asociaciones Andaluzas de Ayuda mutua y voluntariado. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 1995.  
 Guío Y., "Pensamiento mágico, enfermedad y mal". Jano. 1002: 411-418. 1992.  
 Uribe J.M. "Educar y Curar. El dialogo cultural en atención primaria" . Ministerio de Cultura. Madrid. 1996.

**Anexos**

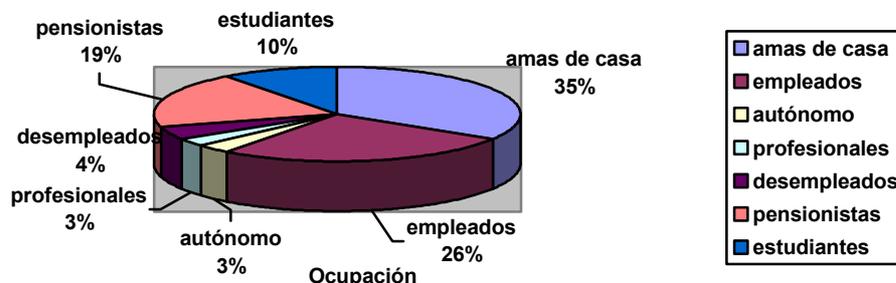
**Distribución por Edad**



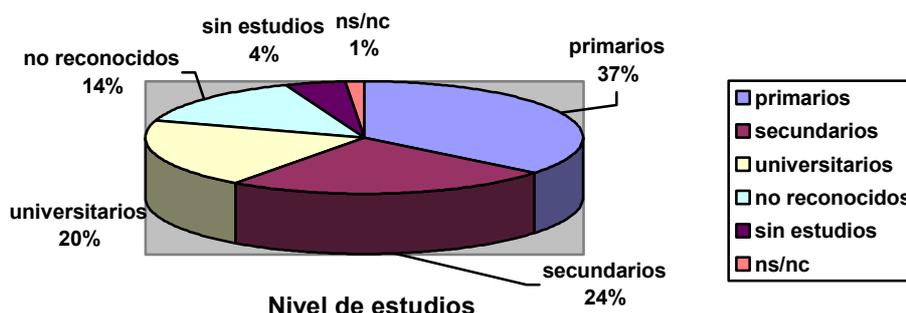
**Distribución sexo-género**



**Distribución según ocupación**



### Distribución según nivel de estudios



**Bermejo Sanchís, M., Benito Herranz, M. L., García Berral, M. J., Hernández García-Alcalá, J., Jordán Martín, M., Martínez Ruiz, M. T., Martínez González, O., Ramos Román, J. M., Ruiz-Giménez Aguilar, J. L.: Evaluación Cualitativa de una Estrategia de Formación en Educación para la Salud (E.p.S) en un Área de Salud de Madrid**

Es para mí una satisfacción participar en este encuentro. Me corresponde comentar en nombre del grupo de formadores del Área 1 de Madrid, el desarrollo de esta evaluación.

La formación en Metodología de E.p.S primer nivel, se inició en 1997, como parte de una Estrategia de Promoción de Salud en el Área 1 de Madrid, con el objetivo, de dotar a sus profesionales de Atención Primaria de una formación en Promoción, Educación para la Salud y Participación Comunitaria, y también de incrementar las actividades de promoción en los Centros de Salud.

Las líneas de trabajo de dicha Estrategia, planteadas en el 2000 fueron:

1º. Plan de Formación en E.p.S primer nivel para los 4 años siguientes.

Elaboración de la estrategia de implantación de EpS de segundo nivel, que aporta al primero, el abordaje de habilidades sociales, la solución de problemas, y el manejo del estrés. Este segundo nivel de Metodología en EpS se implantará a finales del 2003.

2º. Proyecto de Escuelas Promotoras de salud.

El desarrollo del proyecto puede verse muy claramente en la *Guía de promoción de salud para trabajar con agentes de salud comunitarios*, (publicación del instituto madrileño de la salud, Área 1, Atención Primaria, 2003).

3º. Iniciar la línea de trabajo de acreditación de los proyectos educativos.

Guía de acreditación de proyectos de acreditación del Área 1, terminada.

4º. Propuestas de líneas de futuro en los Consejos de Salud.

Desarrollados en los diferentes centros de salud del Área 1.

Los más de 35 Cursos impartidos por el Grupo de Formadores de EpS del Área 1 en los que se han implicado el 100% de los EAP, con la participación de 913 profesionales, (76%) administrativos, auxiliares de enfermería, celadores, enfermeras, matronas, médicos, pediatras, trabajadores sociales.

Una vez realizada la evaluación *cuantitativa*, de la formación en E.p.S, primer nivel, cuyos resultados fueron presentados en la CONFERENCIA EUROPEA DE SANTANDER, y que analizó entre otros:

la cobertura, la metodología empleada en el curso, la valoración de los docentes, programa del curso, el proceso, la duración, horario, la satisfacción global, claridad de los objetivos.

Los formadores en Metodología de Educación para la Salud, se plantearon la necesidad de completarla con la evaluación CUALITATIVA.

#### Objetivos que se plantearon fueron

- Aportar, con la perspectiva del tiempo, la visión de los profesionales, respecto de la EpS.
- Analizar los discursos de los profesionales sobre:
  - La utilidad
  - El desarrollo de estas actividades en los centros.
  - Cómo ha repercutido esta formación de EpS en su satisfacción
- Conocer aspectos sobre los contenidos del curso, el equipo docente, la metodología utilizada,
- Recoger demandas, demandas, necesidades para avanzar en el desarrollo.

#### Metodología

Se formaron 4 grupos de 8 personas, en total 32 profesionales que hubieran participado en la formación, de diferentes profesiones, teniendo en cuenta la edad y el sexo.

La evaluación se realizó conjuntamente con evaluadoras externas y el Grupo de formadores, con la intención de formación y análisis en esta metodología.

La secuencia fue:

- Colaboración en la composición de los grupos de discusión.
- Transcripción de los discursos
- Dos sesiones conjuntas de análisis de los datos recogidos en los discursos.
- Dos sesiones de análisis de los resultados con todos los formadores.

#### Estudio Cualitativo

#### Resultados en Relación

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

- 1º. Imágenes de la E.p.S
- 2º. Evaluación de la formación en EpS
- 3º. Recomendaciones y propuestas
- 1º . IMÁGENES DE LA E.p.S

Barreras:

- Falta de tiempo
- Sobrecarga laboral
- Falta de apoyo por parte de la Dirección
- Lagunas de formación
- Falta de implicación por parte de los profesionales
- Dudas sobre la eficacia de la E.p.S
- Carencia de evaluación
- Minusvaloración de la actividad en relación con otras
- Contexto social

Visión positiva:

- Cambio de actitud
- Distinta forma de atención
- Relación diferente con el usuari@
- Trabajo en equipo, con y para el equipo
- ¿Corresponde al presente?

La EpS en los Equipos:

- Implicación en una filosofía de trabajo
- División dentro del equipo
- Condiciones estructurales diferentes.

Participantes en la formación, opinaban que serían:

- De libre elección, selección natural.
- Interdisciplinariedad
- Según nivel formativo
- Por equipos de A.P

Utilidad:

- Inmediata
- A medio plazo
- A largo plazo

- Calidad de la atención.

¿Quién debe hacer E.p.S?

- Divergencia de opiniones

¿ A quién dirigir la E.p.S?

- A diferentes colectivos de los habituales.
- Según detección de nuevas necesidades.

2.- Evaluación de los cursos de formación en E.p.S:

Aspectos positivos:

- Formación básica y pertinente
- Curso bien planteado en su formulación y estructura
- Carácter participativo del curso
- Actitudes y habilidades del Equipo Docente
- Participación multidisciplinar del E.A.P

Contenidos:

- Amplios y excesivos
- Teóricos
- Rígidos según sesión
- Abstractos
- Difícil aplicación
- Poca adaptación por nivel

Equipo Docente:

- Conexión interna
- Capacidades y habilidades, tanto teóricas como dinámicas.
- Legitimidad de los docentes.

Metodología:

- Innovadora
- Participativa
- Valoración positiva de la parte práctica
- Aprendizaje por modelado

3.- Recomendaciones y propuestas.

- Formación básica continuada
- Equilibrio entre práctica y teoría
- Formalizar asesoramiento a los centros
- Planificar la formación de acuerdo a las necesidades de la población
- Activar, y definir funciones de los responsables de E.p.S en los E.A.P
- Activar el grupo de formadores.
- Realizar cambios estructurales en la organización de actividades en los centros
- Fondo documental de proyectos acreditados
- Apoyo y facilitación de toda la estrategia

## Conclusión

No hay duda que la evaluación cualitativa aporta una gran riqueza a todo proceso y el potenciarla es importante. Gracias.

## Fernandes de Souza, M., Pescuma Capeletti Padula, M.: *Evaluation of a teaching nursing program to paraplegic patients on intestinal elimination self-care deficit*

### Introduction

Spinal cord injury is a severe injury which results in serious changes of the motor, sensation and organic systems function. Due to its seriousness it brings forth major changes both for the patient and the family members, with social consequences as well.

Spinal cord injury patients can have complications such as respiratory failure, bronchopneumonia, deep venous thrombosis, changes in urinary and bowel elimination, pressure ulcers. Spinal cord injury shows a high occurrence rate in Brazil, mainly the traumatic one, with a prevalence of more than 250,000 people<sup>(1)</sup>.

Nursing care of spinal cord injury patients encompasses complex actions since it depends on vital functions and prevention of complications.

In order to collaborate with the nursing assistance of paraplegic patients we carried out the present study, which has the following **objectives**: 1) evaluate the paraplegic patients progress in assuming self-care after the implementation of a Educational Program related to 16 deficits identified in intestinal elimination; 2) verify the possible influence of the preceding variables, neurological lesion level and health locus of control in self-care assumption.

### Conceptual framework

Orem's self-care model was adopted as the reference model<sup>(2)</sup>. The methods used for the nursing actions were: Doing, Guiding, Supporting and Teaching.

The 16 self-care deficits in intestinal elimination were set in a previous investigation<sup>(3)</sup>, and they are the following: 1) changed feeding frequency; 2) inappropriate quality of the ingested nutrients; 3) inappropriate fluid ingestion; 4) lack or insufficiency of knowledge of the normal bowel elimination pattern; 5) change of the bowel elimination pattern; 6) change of the usual elimination place and inappropriate position; 7) usage of non-natural laxatives and enemas; 8) changing of the stool appearance; 9) inappropriate toileting after bowel elimination requiring assistance; 10) need of assistance for positioning and transfer to the elimination place; 11) need of assistance for bedpan cleaning, diaper washing and change; 12) inappropriate diapers use; 13) inappropriate bedpan use; 14) inappropriate cloth diapers wash;

15) inappropriate bedpan wash; 16) lack or insufficiency of knowledge about the hypertensive autonomic crisis.

### Method

After being approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de São Paulo, the study was carried out with the permission of two Rehabilitation Institutions in the city of São Paulo, Brazil, that had developed similar programs in 2003. The sample comprised 28 paraplegic patients, both male and female who had agreed in participating, between 18 and 60 years old and having this as their first rehabilitation treatment.

### Procedures

The patients were randomly assigned to two groups: the experimental group and the control group, with 14 patients each. They were characterized according to the following variables: age, gender, school level, spinal cord injury level and Locus of Control. Since the sample was small, homogeneity was assessed through the Mann-Whitney ( $p$  – value < 0,05) and the Quisquare ( $p$  – value > 0,05) tests. The result showed homogeneity between the sample groups.

First, the Locus of Control scale was applied to both groups, after being adapted to the Portuguese language<sup>(4)</sup>. Next, the required self-care deficits and the nursing actions were identified, one by one, in the sample as a whole, along one week. For the deficits identification parameters were developed which were seen as patterns for the assessment decisions, based on Orem's reference. Scores were given for the assistive methods: Doing – a score of 4; Guiding – a score of 3; Supporting – a score of 2; Teaching – a score of 1; Independent – 0 score. After that first assessment, with its own registration form, we started the implementation of the Education Program for each patient of the experimental group, seeing that the patients of the control group were provided the usual institution caring actions. The developed Education Program is built on the self-care deficits in bowel elimination, and it is based on specific references<sup>(2, 5, 6, 7, 8, 9, 10)</sup>, and in our experience with paraplegics nursing care as well.

Each patient of the experimental group was provided six sessions of the Program implementation, which lasted two months. It was then carried out the final evaluation of both groups and compared to the first one. The result was registered on the same tool used for the assessment in the study's first part.

### Results

To compare both groups the Quisquare test ( $p$  – value < 0,05) was used for every deficit either in the first and the last assessment. Table 1 – First evaluation, shows the deficits (D), numbered from 1 to 16, with the assistive methods along the second column. The data show that both groups were in a similar dependence situation. In deficit n. 5 (change in the elimination pattern), the 14 patients in the experimental group were in the assistive method of Doing, thus more dependent at first.

Table 2 shows the final evaluation data, after the implementation of the Education program. We noticed that in seven deficits (n. 1 to 5, 8 and 16) there was a significant statistical difference; the patients of the experimental group evolved to less dependence. As for the other deficits, there was no significant difference. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis ( $p$  – value < 0,05) tests were used to check the influence of the neurological level of the injury and Locus of Control variables on self-care responsibility taking. The statistical analysis showed no significant difference regarding those variables.

### Conclusion

The data from statistical analysis make clear that the Education Program succeeded in helping paraplegic patients to take control of their self care.

### Some study restrictions

Sample size – statistical tests do not show the existence of bias among the two groups; nevertheless, we believe it is necessary to repeat the study with larger samples. Mortality – eight subjects were lost; the sample comprised 36 patients when the study began (19 in the experimental group and 17 in the control one). It might have influenced the results due to the possibility of the lost patients showing different features when compared to the remaining ones’.

#### Final Considerations

It is worth pointing out the need to work through all deficits according to the required nursing action; they are all part of self care, and one deficit may influence the others’ progress. Sometimes the patient still needs nursing support to retain the learning. We were also able to confirm that, depending on individual features, more time is required for self-care progression. Those observations suggest other studies.

We state that working with those patients was a privilege; they made evident the richness of their experiences and the potential to build a better life, with more quality and accomplishments.

#### References

- MUDO, M.L. Traumatismo raquimedular. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; VALLE, J.R. Atualização terapêutica. 19. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999p. 830-832.
- OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. 5.ed. Saint Louis: Mosby Year Book, 1995. 385p.
- PADULA, M.P.C. Caracterização dos déficits de autocuidado universal da pessoa com lesão medular. 1998. 114f. Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1998.
- DELA COLETA, M.F. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a prevenção e controle da doença cardiovascular. 1995. 334f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 1995.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- BASCH, A.; JENSEN, L. Management of fecal incontinence. In: DOUGHTY, D.B. Urinary and fecal incontinence: nursing management. Saint Louis: Mosby Year Book, 1991, p. 235-266.
- CAMERON, K.J. et al. Assessment of the effect of increased dietary fiber intake on bowel function in patients with spinal cord injury. Spinal Cord, v.34, n.5, p.277-283, May 1996.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 1999.
- YAMAUTI, A.Y. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de lesão medular. In: GREVE, J.M.D.; CASALIS, M.E.P.; BARROS FILHO, T.E.P. Diagnóstico e tratamento da lesão na medula espinhal. São Paulo: Rocca, 2001. p. 152-166.
- DE LOOZE, D. et al. Constipation and other chronic gastrointestinal problems in spinal cord injury patients. Spinal Cord, v.36, n.1, p.63-66, Jan. 1998.

**Table 1: Paraplegics of control and experimental group according Orem’s nursing actions identified in the first evaluation for each intestinal elimination self-care deficit.**

Deficits (first evaluation)	Nursing actions	Group				(p-value)
		Control		Experimental		
		N	%	n	%	
D1	Teaching	6	42,86	4	28,57	0,287
	Supporting	3	21,43	7	50,00	
	Guiding	5	35,71	3	21,43	
D2	Teaching	1	7,14	2	14,28	0,815
	Supporting	7	50,00	6	42,86	
	Guiding	6	42,86	6	42,86	
D3	Teaching	3	21,43	1	7,14	0,535
	Supporting	9	64,29	10	71,43	
	Guiding	2	14,28	3	21,43	
D4	Teaching	10	71,43	9	64,29	0,500
	Supporting	4	28,57	5	35,71	
D5	Teaching	2	14,29	14	100,00	<b>0,054</b>
	Supporting	2	14,29			
	Guiding	2	14,29			
	Doing	8	57,13			
D6	Teaching	10	71,43	7	50,00	0,171
	Supporting			3	21,43	
	Guiding	4	28,57	4	28,57	
D7	Teaching	10	71,43	8	57,14	0,329
	Supporting			2	14,29	
	Guiding	4	28,57	4	28,57	
D8	Teaching	3	21,43	2	14,29	0,500
	Supporting	11	78,57	12	85,71	
D9	Teaching	8	57,14	7	50,00	0,494
	Supporting	4	28,57	2	14,29	
	Guiding	2	14,29	4	28,57	

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

	Doing			1	7,14	
D10	Teaching	4	28,57	5	35,72	0,375
	Supporting	2	14,29			
	Guiding	8	57,14	8	57,14	
	Doing			1	7,14	
D11	Independent	4	28,57	4	28,57	0,172
	Teaching	2	14,29			
	Supporting	7	50,00	5	35,71	
	Guiding	1	7,14	5	35,71	
D12	Independent	4	28,57	3	21,43	<b>0,088</b>
	Teaching	9	64,29	5	35,71	
	Supporting	1	7,14	6	42,86	
D13	Independent	12	85,71	8	57,15	0,214
	Teaching	2	14,29	5	35,71	
	Supporting			1	7,14	
D14	Independent	14	100,00	14	100,00	***
D15	Independent	12	85,72	8	57,15	0,177
	Teaching	1	7,14	5	35,71	
	Supporting	1	7,14	1	7,14	
D16	Guiding	14	100,00	14	100,00	***

**Table 2: Paraplegics of control and experimental group according Orem's nursing actions identified in the final evaluation for each intestinal elimination self-care deficit**

Deficits (final evaluation)	Nursing actions	Group				(p-value)
		Control		Experimental		
		N	%	N	%	
D1	Independent	5	35,71	10	71,43	<b>0,056</b>
	Supporting	5	35,71	4	28,57	
	Guiding	4	28,58			
D2	Independent	1	7,14	6	42,86	<b>0,057</b>
	Teaching	1	7,14	2	14,28	
	Supporting	9	64,29	6	42,86	
	Guiding	3	21,43			
D3	Independent	6	42,86	12	85,71	<b>0,043</b>
	Supporting	5	35,71	2	14,29	
	Guiding	3	21,43			
D4	Independent	4	28,58	11	78,57	<b>0,012</b>
	Teaching	5	35,71	3	21,43	
	Supporting	5	35,71			
D5	Independent	4	28,57	9	64,29	<b>0,005</b>
	Teaching			4	28,57	
	Supporting	5	35,72			
	Guiding	1	7,14	1	7,14	
	Doing	4	28,57			
D6	Independent	11	78,57	13	92,86	0,125
	Supporting			1	7,14	
	Guiding	3	21,43			
D7	Independent	12	85,72	14	100,00	0,341
	Supporting	1	7,14			
	Guiding	1	7,14			
D8	Independent	4	28,57	10	71,43	<b>0,025</b>
	Teaching			1	7,14	
	Supporting	10	71,43	3	21,43	
D9	Independent	9	64,29	9	64,29	0,574
	Supporting	4	28,57	5	35,71	
	Guiding	1	7,14			
D10	Independent	4	28,57	7	50,00	0,470
	Supporting	2	14,29	2	14,29	
	Guiding	8	57,14	5	35,71	
D11	Independent	7	50,00	7	50,00	0,392
	Teaching			1	7,14	
	Supporting	6	42,86	3	21,43	
	Guiding	1	7,14	3	21,43	

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

D12	Independent	6	42,86	5	35,71	0,809
	Teaching	7	50,00	7	50,00	
	Supporting	1	7,14	2	14,29	
D13	Independent	12	85,71	10	71,43	0,324
	Teaching	2	14,29	4	28,57	
D14	Independent	14	100,00	14	100,00	***
D15	Independent	13	92,86	14	100,00	0,500
	Supporting	1	7,14			
D16	Independent			3	21,43	0,003
	Teaching			6	42,86	
	Supporting	1	7,14	1	7,14	
	Guiding	13	92,86	4	28,57	

## Mesa Redonda (Inglés): Nursing and Pain Management

### Niven, C.: *Nursing management of dressing change pain: a translational research study*

#### General introduction

Laboratory based research is rare in Nursing, though it is common in health care research, such as research related to the development of new drug based interventions. Laboratory based research needs to be 'translated' into clinical research if its findings are to be of benefit to patients. This paper presents a series of studies designed to develop and test two non-drug interventions for the relief of acute pain. The results of the two laboratory based studies were sufficiently encouraging to allow us to progress to a small pilot trial with a clinical population.

#### Music - L. Mitchell, R. MacDonald, E. Brodie

Recent research suggests that music can modify all aspects of the pain experience; sensory, affective and evaluative, making it a non-invasive technique useful both in conjunction with analgesic medication and in situations where analgesic drugs are less effective, not desired or can only be given at prescribed intervals (Good et al, 1999).

The vast majority of research studies into audioanalgesia have presented music that has been chosen in advance for presumed relaxing or pain relieving qualities. Listening to your own preferred music, however, may give a sense of familiarity and control over the situation, stimulating relaxation and effectively distracting attention away from pain-related thoughts (Perlini and Viita, 1996).

#### Aim

To compare the effects of preferred music, relaxation music and white noise on the perception and tolerance of experimentally induced cold pressor pain. The cold pressor test is a method of inducing pain experimentally; producing deep, tonic sensations which are closest to the natural experience of pain (Fillingim and Maixner, 1995).

#### Method

**Participants** - 54; 34 female, 20 male, average age 22

**Design** - 4 cold pressor trials (A circulating and cooling water bath, Jeiotech model VTRC 620)

3 conditions presented in counterbalanced order. Participants provided their own preferred music and relaxation music was chosen on the basis of a previous study where it was found to decrease anxiety as measured by the Spielberger Anxiety Inventory and was rated as the most relaxing out of three styles of music.

**Measures** - Pain intensity (Visual Analogue Scale, VAS and McGill Pain Questionnaire, MPQ); pain tolerance time, perceived control over pain.

#### Results

A mixed design ANOVA found a significant main effect of listening condition on tolerance time, [F (2,51) = 12.286, p<.001] on the VAS ratings of pain intensity [F (2,51) = 16.816, p<.01] on the Total PRI score, [F (2,51) = 4.662, p<.014] and on perceived control [F (2,49) = 22.528, p<.01]. Post-hoc Bonferroni corrected pairwise comparisons found the preferred music to result in significantly longer tolerance time than both white noise, p<.001 and relaxing music, p<.001 and significantly higher rating of perceived control in the preferred music condition to both the relaxing music and white noise conditions, p<.01. Relaxing music condition resulted in a significantly higher rating of perceived control than the white noise, p<.05. See Figures 1 and 2

#### Conclusions

Preferred music appears to have a significant impact on the pain experience over and above relaxation music.

#### Odour - S. Brown, C. McVey, E. Brodie

A growing body of research suggests that exposure to odours can have a significant effect on a variety of different aspects of cognition, affect and behaviour in humans. For example, odour exposure has been found to have effects on recall of pleasant memories (Ehrlichman and Halpern, 1988), startle reflex (Miltner et al., 1994) and anxiety reduction (Lehrner et al., 2000). These studies and others appear to suggest that odours may influence various psychological processes and consequently these psychological effects could be perhaps used therapeutically.

There is a very limited amount of research that has looked at the effects of odour on pain in humans. Marchaud and Arsenault (2002) found that when exposed to a pleasant odour, females experienced significantly less pain when their hand was immersed in painfully hot water, however, the same effect was not found in males. Mellier, et al. (1997) and Kawakami et al. (1997) investigated the effects of various odours on the responses to pain in human new-borns during blood sampling. Both studies found that exposure to milk odours had significant effects on the new-borns responses to the blood sampling.

#### Aims

The aim of this research was to examine the effect of exposure to odours on the rating of experimental ischaemic pain in healthy human volunteers.

#### Methods

**Participants** – 63 healthy volunteers; 30 male, 30 female.

**Design** – random assignment to one of three conditions - No odour, lavender, lemon.

Ischaemic pain was induced using the sub-maximum effort tourniquet technique (SETT). This involves inflating a sphygmomanometer cuff over the biceps area of the participant's arm.

**Procedure** - The odour was presented in a steam vapour form and distributed throughout the room 5 minutes before the experiment started. The procedure lasted for a maximum of 10 minutes. Participants in the no odour group went through exactly the same procedure.

**Measures** - The intensity of pain was assessed on the VAS at 1-minute intervals during the experimental ischaemic pain session. On completion of the session the participants were asked to record the qualities of the pain using the MPQ.

#### **Results**

Analysis of the VAS scores at 1-minute intervals using a between and within subjects ANOVA indicated a significant main effect for group once outliers were removed [ $F(2, 50) = 5.308; p = .0008$ ]. Post hoc tests indicated a significant difference between the VAS scores for the 'no odour' and 'lemon' groups ( $p = .017$ ) and also between the 'lavender' and 'lemon' groups ( $p = .033$ ). A significant main effect for time was found [ $F(3.052, 152.588) = 67.714; p < 0.01$ ] and no significant interaction between time and group. No significant differences were found in relation to the quality of the pain as measured by the MPQ.

See table 3.

#### **Conclusion**

This study indicates that odour exposure can have a significant effect on reported pain intensity. Lemon odour appears to be the more effective odour.

#### **CLINICAL STUDY - EXPLORING THE ANALGESIC EFFECT OF ODOUR AND MUSIC THERAPIES DURING AND AFTER VASCULAR DRESSING CHANGE.**

**F. Kane, E. Brodie, L. Coyne, A. Finnie, A. Howd, A. Milne, C. Niven, R. Robbins .**

A variety of studies have suggested that complementary therapies involving odour and music can have an effect on pain. Specifically, the two rigorously conducted laboratory studies reported above demonstrated that in healthy individuals, lemon essential oil odour significantly reduced pain intensity compared to lavender essential oil (Brown et al, 2002) and that preferred music significantly increased tolerance time to pain compared to relaxing music (Mitchell et al, 2002). It is important to replicate these two experimental studies in a clinical setting.

Given the need for additional pain relief for the frequent wound dressings required over a long period of time in vascular wounds, the following pilot study was designed.

#### **Method**

**Participants** - Eight patients (M = 5, F = 3; mean age = 70.1 (SD = 7.1); range =  $\pm 20$ ) were recruited. Exclusion criteria were olfactory, auditory or cognitive deficits. Three had vascular wounds on the ankle, two had vascular wounds on the foot and heel, two had breakdown of amputation stump wounds and one had a pilonidal sinus. One patient did not complete the odour condition and two patients did not complete the music condition. The appropriate means for the scores of the other patients were substituted for the missing data.

**Design** - A within-subject design with all subjects being exposed to each of five experimental conditions consisting of two odour therapies, lemon and lavender, two music therapies, preferred and relaxing music and a control condition with no therapy. The order of presentation of the five conditions was randomised.

**Conditions** - Lemon and Lavender Odour Diffusion of the appropriate odour was instigated with 15-20 drops of essential oil by means of an Aroma-Stream Diffuser made by Tisserand Aromatherapy. Diffusion was commenced at the start of the dressing procedure and continued until the dressing was completed.

**Preferred and Relaxing Music** - The preferred music was previously selected by the patient. The relaxing music consisted of "Carmelian" from Crystals by Llewellyn, New World Music, which had been used in the laboratory study (Mitchell et al, 2002). The music was played either through earphones or speakers on a tape recorder or Compact Disc Player, depending on patient choice, and was commenced at the start of the dressing procedure and continued until the dressing was completed.

**Control** - The usual dressing procedure was carried out.

**Assessment Measures** - VAS and the Present Pain Inventory (PPI), which is a 6 point verbal descriptor scale of increasing intensity, rated 0 – 6.

The Odour and Music Preference Questionnaires consist of a VAS rating how much they liked the odour or music anchored at one end by "not at all" and at the other by "very much".

#### **Procedure**

Ethical approval was obtained from the relevant ethics committees and full written consent from the participants. The pain intensity measures were completed prior to dressing change. During standard dressing change, which was carried out by the hospital staff, patients were given one of the five conditions. Immediately following dressing change the VAS and PPI questionnaire was completed with reference to any pain experienced during the dressing change and subsequently the pain intensity experienced after the dressing change was assessed. Individual conventional analgesia was continued throughout the study.

#### **Results**

There were no significant differences between the two odour and the control conditions on any of the pre dressing change variables. This demonstrates that these variables did not confound measures recorded during and post dressing change.

The pain intensity scores were analysed by ANOVA. One significant main effect for time was found, for the MPQ-VAS score [ $F(2,14) = 3.91; p < .05$ ]. This was due to significantly more pain being experienced during the dressing change. One significant interaction was found between time and condition for the MPQ-VAS score [ $F(4,28) = 4.01; p = .01$ ]. This interaction was due to a significant increase between the pre and post assessment lemon scores ( $t(7) = -4.60; p < .01$ ) and a significant decrease between the during and post dressing change assessment scores for the lavender condition ( $t(7) = 2.98; p < .05$ ). No other main effects or interactions achieved significance.

The odour preference VAS scores were analysed by K related samples non-parametric test. The results show that there was no significant difference between the odour preference, that its subjects did not express a preference for either lemon or lavender.

**Analysis of the Music Condition** - There were no significant differences between the two music and control conditions on any of the pre dressing change variables. This demonstrates that these variables did not confound measures recorded during and post dressing change.

The pain intensity scores for music and control conditions were analysed by ANOVA. A significant main effect of condition was found for the PPI [ $F(2,14) = 4.43$ ;  $p < .05$ ]. This was due to higher levels of pain being reported in the relaxing music condition and lower in the preferred music condition irrespective of the time of assessment.

There was a marked decrease in pain intensity scores for the relaxing music from during the dressing change assessment to the post dressing change assessment. However, this was not significant on statistical analysis ( $t(7) = 1.68$ ; n.s.).

#### **Conclusions**

In this small scale pilot study, we failed to demonstrate that either music or odour therapy reduced the pain intensity during the dressing change. However there was a significant reduction in pain intensity for the lavender therapy and a reduction in pain intensity for the relaxing music therapy after the dressing change.

These findings taken together with those of the laboratory studies, support the use of these complementary therapies, which are inexpensive, easy to administer and have no known side effects, as adjunctive analgesia in this patient population. Earlier administration before dressing change may enhance these effects. Further research is required with larger patient populations before conclusions can be drawn about the overall and relative effectiveness of these interventions.

#### **General conclusions**

The benefits of the laboratory studies were:

- the control over the experimental conditions
- the relatively large number of participants
- the small number of researchers
- the speed of study completion

Together with the clinical study which replicated the methods as closely as possible, these findings allow us to move to larger scale clinical trials having involved the minimum numbers of patients and clinical staff.

#### **REFERENCES**

- Brown, S., McVey, C., & Brodie, E. E. (unpublished observations, 2002). The effect of odour exposure on pain ratings of experimental ischaemic pain.
- Mitchell, L. A., Brodie, E. E., & MacDonald, R. A. R. (2002). Shaken and stirred: Assessing pain intensity and tolerance using the cold pressor. *International Association for the Study of Pain*.
- Fillingim, R.B. and Maixner, W. (1995). Gender differences in the responses to noxious stimuli. *Pain Forum*, **4** (4), 209-221.
- Good, M, Stanton-Hicks, M, Grass, J.A., Cranston Anderson, G, Choi, C, Schoolmeesters, L.J. and Salman, A. (1999) Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*, **81**, 163-172.
- Ehrlichman, H. & Halpern, JN. (1988) Affect and memory: Effects of pleasant and unpleasant odours on retrieval of happy and unhappy memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, **55**(5), 769-779.
- Kawakami, K., Takai-Kawakami, K., Okazaki, Y., Kurihara, H., Shimizu, Y. & Yanaihara, T. (1997) The effect of odours on human new-born infants under stress. *Infant Behavior and Development*, **20**(4), 531-535.
- Marchand, S. & Arsenault, P. (2002). Odours modulate pain perception. A gender-specific effect. *Physiology & Behavior*, **76**, 251-256.
- Mellier, D., Bezard, S. & Caston, J. (1997) Etudes exploratoires des relations intersensorielles olfaction-douleur. *Enfance*, **1**, 98-111.
- Miltner, W., Matjak, C., Braun, C., Diekmann, H. & Brody, S. (1994) Emotional qualities of odors and their influence on the startle reflex in humans. *Psychophysiology*, **31**, 107-110.

## **Bastos, F., Lopes, C.: Self-management and therapeutic regime adherence in type 2 Diabetics - effect of an educational program**

### **Introduction**

Diabetes is globally, one of most common chronic diseases and without effective prevention and control programmes, it will continue to increase.

Patient and family are responsible for the most important decisions that influence treatment and control. With such a burden of responsibility, in a complex treatment, that demand changes in lifestyle, diabetic's education is essential to promote self-care activities, and adherence to adequate preventive guidelines. However, the World Health Organization alert to significant knowledge and skill deficits in 50-80% diabetic's patients, and identify, like one of the goals of Healthy people 2010, the improvement of the proportion of individuals who receive formal diabetics education (1). A systematic review of 72 randomized controlled trials, about the effectiveness of self-management training demonstrated positive effects in knowledge, change in lifestyles, metabolic control and quality of life (2).

Low adherence to diabetic's therapeutic regime is a common phenomena in nurse primary care assistance. To find the best strategies to promote adherence and evaluate the effectiveness of interventions, is a daily challenge in nurse practice. The **objective** of this study was to evaluate the effectiveness of an educational program, designed for type 2 diabetes patients, in adherence, knowledge and metabolic markers.

### **PARTICIPANTS AND METHODS**

**Design:** Effectiveness of education program was accessed by a longitudinal prospective study with repeated measures design. Initial and final observations were nested within participants, followed like a coorte, during two months.

**Setting:** This study setting in a Health Care Centre of the Great Porto area, between April and October of 2003, and the global sample, was constituted by 103 participants aging between 30 years and 85 years. The participation proportion was 76%. Good epidemiological practice ethical principles were respected, and all participants signed the informed consent.

**Participants:** The participants were recruited from health centre diabetic list, and all male patients, with inclusion criteria, were invited to participate. The inclusion criteria were be type 2 patient, diagnosed after the 30 years, male, aging between 30 and 85 years old, and be independent in activities of daily living.

Sample was constituted by 103 participants, aging between 37 and 82 years, with a mean of 61, and 4 years of education. Most of them (64.2%) were retired or unemployed, and previously professional activities were in 69.2% semi-qualify. Diabetes diagnosed, in mean of 7-8 years, and at time of inclusion in the study 60.2% had glicemia higher than 140mm/dl. Thirty one point four percent had obesity criteria's and 61.2% had high blood pressure. The self-perceived wife's help in diabetics care around 86.4%, and in 87.4% of participants meals are always prepared by the wife. Diabetic's wife's aged in mean 58 years old, and had 3 years of education.

**Description of intervention:** An individual intervention plan was tailored and followed with collaborative approach education, integrating patient goals, motivations and values, improving *empowerment*. The main nurse focus attention was:

- Knowledge about diabetes;
- Adherence to the therapeutic regime and healthy life styles like diet, physical activity, no smoke and alcohol consumptions;
- Skill development, including self-monitoring of blood glucose, self-examination and foot care.

After initial evaluation participants were accompanied in two nursing individual sessions, distanced by 15 days, and one month after the last session, they were evaluated and compared with initial evaluation.

**Data collection and measures:** The information on social, demographic and diseases antecedents were obtained by questionnaire, administered by a nurse. Blood pressure, anthropometric measures, blood glucose test, were evaluated at every sessions, and glycated haemoglobin, before or at the inclusion in study and at the end, was collected from clinical charts. Adherence was evaluated indirectly, using "*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure- SDSCA*" (3) and knowledge using "*Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)*" (4). Both scales were translated and adapted to Portuguese population.

In Adherence Scale, questions were made asking about diabetes self-care activities during the last seven days, and the results are expressed in days by week that participants followed the guidelines. A higher score indicates better adherence. Knowledge was scored adding all of right questions, unknown adding the answers "Don't know", and wrong answers to the sub-scale of wrong concepts.

**Statistical analyses:** Statistical software package SPSS, for windows version 11.0 was used for statistical analyses. Participant's characteristics, adherence score and knowledge were expressed as means  $\pm$  SD and percentages. Mean of differences, between initial and final values, were calculated into paired sample, and expressed in means and 95% Confidence Interval (95% CI). Statistical analyses were made by using paired *t test* or non-parametric equivalent.

## RESULTS

At the baseline we found a high blood pressure (HBP) prevalence of 61.2%, according *JOIN 7* (5) criteria for normal risk population ( $>90$  mmHg or  $>140$ mmHg) and a prevalence of 87.4% considering the criteria for diabetics ( $>80$  mmHg or  $>130$ mmHg). We found an obesity prevalence ( $>30$ Kg/m<sup>2</sup>) of 31.4%, and 42.2% of overweight individuals (25-29.9 Kg/m<sup>2</sup>). About an half of male participants had a waist circumference higher than 102 cm. Monitoring of blood glucose was made by 89.3%, but mostly in the Health Care Centre. Only 13 participants do it daily, one or two times in a day.

Comparing baseline results with the 2 months after educational plan, a statistically significant mean improvement of 21% in knowledge about diabetes were found. Wrong concepts about the cause of disease still prevalent after the educational plan (XX%), and questions about the identity of disease were the most difficult for the participants.

(Insert Table 1)

Global adherence and adherence into the different dimensions had significantly increased.

(Insert Table 2)

Physical activity, including continues activity, like home care or gardening, rarely is referred as part of therapeutic regime, by participants, and the adherence for these dimension presented the lowest level at the baseline (2.9 days in a week), increasing in 2.4 days/week after intervention plan. Therapeutic drugs was the dimension that presented the greatest adherence.

**STUDY LIMITATIONS:** This study follow each participant along two months, that is a short period of time, and it's not possible to change or increase outcomes like some of the biological markers. Future studies, like randomised control trials, and with a higher sample, should be done to assure the effect of nurse educational plan in self-care activities, empowerment, metabolic control and quality of life.

## CONCLUSION

The nurse educational program, as measured after 2 months, shows effectiveness improving health outcomes, in knowledge, self-care activities with diabetes, and also in some biological markers, like BMI, waist circumference and blood pressure.

## Bibliography

- (1) World Health Organization. Health Education for People with Diabetes. Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO-EM/DIA/7-E/G. Egipto 1996: 3-5.
- (2) NORRIS S L, ENGELGAU M M, NARAYAN K M. Effectiveness of Self-Management training in type 2 Diabetes – A systematic review of randomised controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-587.
- (3) TOOBERT D, HAMPSON S, GLASGOW R: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000; 23: 943-50.
- (4) GARCIA AA, VILLAAGOMEZ E, BROWN SA, KOUZEKANANI K, HANIS CL: The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire [Erratum publish in *Diabetes Care* 2001; 24: 972]. *Diabetes Care* 2001; 24: 16-21.
- (5) The National High Blood Pressure Education Program. Seven Report of the Join National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication 3-5231. 2003. In: URL: <http://www.nhlbi.nih.gov>

**Table nº:1: Self-care activities before and after educational plan.**

<b>Subscales</b>	<b>n</b>	<b>Mean (± SD)</b>
<b>Diet</b>		
Initial	96	5.0 (± 1.1)
Final	84	6.0 (± 0.7)
Mean of differences[CI 95%]		0.9 [0.7; 1.2]
p		< 0.001
<b>Physical activity</b>		
Initial	103	2.9 (± 2.6)
Final	84	5.0 (± 2.1)
Mean of differences [CI 95%]		2.4 [1.9; 2.9]
p		< 0.001
<b>Medication</b>		
Initial	97	6.3 (± 1.8)
Final	79	6.8 (± 1.0)
Mean of differences [CI 95%]		0.4 [0.0; 0.8]
p		0.042
<b>Self-monitoring of blood glucose</b>		
Initial	103	4.2 (± 2.0)
Final	84	5.4 (± 1.2)
Mean of differences [CI 95%]		1.5 [1.1; 2.0]
p		< 0,001
<b>Foot Care</b>		
Initial	103	4.2 (± 2.0)
Final	84	6.5 (± 0.8)
Mean of differences [CI 95%]		2.0 [1.7; 2.4]
p		< 0,001
<b>Global adherence</b>		
Initial	91	4.5 (± 1.0)
Final	79	5.9 (± 0.7)
Mean of differences[CI 95%]		1.4 [1.3; 1.6]
p		< 0,001

**Table nº.2: Mean of knowledge, unknown and wrong concepts proportion, before and after educational plan.**

<b>Subscales</b>	<b>n</b>	<b>Mean (± SD)</b>
<b>Knowledge %</b>		
Initial	103	53.6 ± 16.1
Final	84	75.5 ± 12.8
Mean of differences		21.5 ± 11.8

p		< 0.001
<b>Unknown %</b>		
Initial	103	20.6 ± 15.5
Final	84	8.6 ± 9.2
Mean of differences		-11.8 ± 12.2
p		< 0.001
<b>Wrong concepts %</b>		
Initial	103	27.0 ± 9.9
Final	84	16.9 ± 10.3
Mean of differences		-11.8 ± 12.2
p		< 0.001

## Sanagoo, A., Jouybari, L. M., Salemi, S.: *Pain management; Iranian nurses' experiences with acute pain*

### Introduction

Pain is a critical symptom that affects quality of life and health outcomes in both acute and chronic illness. From research results published over the recent years, it appears that many surgical patients are still under-treated for their post-operative pain.<sup>1</sup> Studies have shown that 75% or more of hospitalized adult patients suffer moderate or intense pain following surgery even with the use of analgesics.<sup>2</sup> Greater research efforts are needed to identify the factors that impede or facilitate effective pain management. Nurses have the responsibility for managing patient pain, but pain control remains a continuing problem. Pain perception is influenced by the cultural meaning of the situation, past experiences, current anxiety, available options, and sense of control.<sup>3</sup> The research reported in this article evolved from our previous research on patients' lived experience with surgical pain.<sup>4</sup> Our previous work stimulated the study of nurses' experience with pain management.

### Literature Review

Historically, pain and its management have been a fairly low priority for receiving time and attention from healthcare professionals. Medical and nursing schools have devoted very little time to this topic, leaving professionals with only the most fundamental skills. In a prospective study, nurses working in surgical units were asked to answer a questionnaire covering attitudes to post-operative pain and pain treatment. In addition, 191 patients were interviewed before and after surgery about their attitude to and the quality of received pain relief. Of the patients, 47% were in pain at the time of the post-surgical interview, 10% had not any analgesic prescribed at all, and 15% had received less than prescribed. Of the total nursing staff, 55% would occasionally refuse to give analgesics for various reasons.<sup>5</sup> Using a cross-sectional study, Ebrahimi (2003) compared the current pain relief and its effectiveness with the standard one. A visual analog scale was used to measure patients' pain pre- and post-operatively. Fifty surgical patients participated in the study. Results showed that 44% of patients were in severe pain in the first 8 hours, however 18% of them received no pain killer.<sup>6</sup> Using a grounded theory methods nurses' experiences with pain management in long term setting was investigated. Sixteen RN from three nursing homes were interviewed. Knowing the resident, assuming the helping role, and striving to achieve outcomes were three themes that described nurses' experiences with pain management. According to the author's conclusion, decisions about appropriate strategies and effective monitoring of intervention outcomes will be compromised in long term care settings unless caregivers have adequate understanding of the total person and insight into the barriers and facilitators of pain management efforts.<sup>7</sup> The literature search revealed only a few qualitative studies that investigated nurses' perspectives on pain management. No qualitative studies have been conducted with nurses in the surgical wards in Iran. Qualitative studies may offer insight into nurses' experiences that quantitative studies may not be able to capture. To better understand nurses' experiences in surgical wards a qualitative study using an exploratory, descriptive approach to capture experience was timely and appropriate.

### Methods

#### Purpose and design

The purpose of this study was to explore the pain-management experiences of nurses working in surgical wards. A descriptive, exploratory design was used to capture the nurses' experiences.

#### Setting & sample

Participants included 17 nurses, 1 head nurse, 1 supervisor, 4 nurses-aid and 2 associate nurses in the surgical wards. This study was conducted in four large hospitals associated with the Universities in Iran. We used purposeful sampling at first and continued with theoretical sampling according to the codes and categories as they emerged. Nurses were informed about the purpose of the study, and consent was obtained.

#### Data collection

Semi-structured interviews and observations were used to collect data during 12 months. Semi-structured interview began with general question such as, "When your patient says I am in pain, what comes to your mind?" Then we asked participants to explain their own experiences and perceptions of acute pain management. Observations were conducted during the different shifts and involved not only the nurses interviewed, but also the other staff, patients, and patients'

relatives present in the wards. The focus of the participant observations was on nurses' interactions and dealing with the patients in pain.

#### Data analysis

The data were analyzed using a constant comparative process in which data analysis occurred simultaneously.<sup>8</sup> Initially, the analysis consisted of line-by-line coding in which one- to two-word labels were assigned to the participants' experiences. As more data were generated, they were compared and contrasted with the pre-existing data, at which point some labels were changed, some were reinforced, and others were collapsed into larger categories. These categories captured the bigger themes behind the expressions of the participants.

Credibility was established through participants' revision as member check, prolonged engagement with the participants and peer review. Maximum variation of sampling also confirmed the conformability and credibility of the data.

#### Results

The results presented here include four main themes and five sub-themes identified through the constant comparative method. The main themes are "assessing, legitimizing, relieving and organizational issues." The sub-themes are "true vs. false pain, testing, addiction, encourage perseverance, minimizing discomfort, and relying on pain medications." Individual characteristics of the participants are summarized below:

Individual characteristics of the participants	
Age:	23-58 years old
Gender:	5 male, 25 female
Years of service:	3 months-30years
Level of education:	Msn: 1, BSN: 18, Associate: 2, Under Diploma: 4

#### 1)Assessing

Nurses' stories portrayed an image of constantly dealing with uncertainties of diagnosing the nature of patients' pain through verbal reports or behavioral cues. Almost all the nurses struggled to know the physical or emotional basis for pain expressions. How successful nurses were in knowing the patients depended strongly on the presence of good communications. Because of patients' long stays in the orthopedic units, nurses often had more time to develop communication with their patients than patients in the surgical units. However, the staff usually had more information on patients with bad reputations (i.e., drug abusers). Obviously, pain assessment is not a simple job. One of the problems in pain management was assessment based on superficial information. Regarding the question, "When your patients ask for pain killers, what would you do," most nurses stated that they would look at cartex to find the last dose of medication that the patient received, and to find the patients' illness and type or location of the surgery. One of our participants said, "Well first of all I will consider her diagnosis, look at the cartex let see if she has an PRN order then I ask the charge nurse give her an injection". Although the staff looked for symptoms by which accurate assessment might be made, they observed these symptoms in interactions situations that affected their perceptions about the handling of expression and endurance of pain. One participant said that patients sometimes claim to be in pain whenever their husbands are at their bedsides. So, the husband comes to the nurses every 2 hours and says, "My wife is in pain." But, when the family leaves the hospital, the patients get calm and stop asking for the analgesics. The participant interprets the pattern as indicating that the patients "indulge themselves for their families."

#### 2) Legitimizing

One of the complicated tasks for the staff was legitimization. The findings strongly indicated that staffs believed most of the pain claims were based on patients' psychosocial problems.

Some of nurses emphasized that expressing pain 3 to 4 days after surgery couldn't be physical pain. Instead, it is just due to psycho-emotional problems.

#### True vs. false pain

Even though pain is known to be subjective, many nurses chose to disregard patients' reports. True and false pain (psycho-emotional pain) were common terms in the narrative. Nurses said they give pain killers only when they find pain really exists and is severe.

#### Testing

When nurses were in doubt of the patient's honesty in pain expression, then they employed various tactics to find the reality. These tactics included: postponing, using placebo, and limitation.

Postponing: "After three times requesting we give analgesics we don't inject immediately."

Using placebo: "For the relieving emotional pains we inject 0.5 ml distilled water instead of narcotics."

Limitation: "We can't inject (pain killer) sooner than every 8 hours."

When pain was expected to be excessive, then nurses didn't need to test the validity of patient's pain. As one participant said, "I believe cancer pain is very excessive. I give them the painkiller immediately after their request". Seventy percent of the staffs believed psychosocial issues such as "need to money or affection or family conflicts" are the why some of patients often ask for medications.

#### Addiction

The staffs almost were highly concerned about narcotics dependency, particularly for the long hospitalized and multi-trauma patients. We found the nurses regard it as a moral responsibility to resist addictive patients' requests for narcotics and to help patients wean themselves from narcotics.

One of the staff told us about her experience. "We must be careful in order to prevent drug dependency "... It has happened many times... a little girl on our floor was used to getting it. One night in my shift she was biting her blanket. She was one of the Bam earthquake survivors...really drowsy. Eventually one night I didn't give her any narcotic at all. She felt like killing herself because I didn't give her the narcotic..."

#### 3) Relieving

Controlling pain is just one of the nurses responsibilities. "Pain is one of the five first priorities in orthopedic units.", "Keeping patients quiet in the orthopedic units is a very important job."

#### **Encourage perseverance**

The reason to encourage perseverance probably was due to staff concern about addiction. Nurses expected cooperation from patients, and it meant the patients should tolerate pain for a certain amount of time. "If they can cooperate, then 'round-the-clock analgesics work pretty well."

#### **Minimizing discomfort**

A variety of physical and psychological comforting measures were used for minimizing surgical discomforts such as reducing urinary and bowel retention, and changing position.

#### **Reliance on pain medications**

For the busy nurses in the crowded units, giving a shot was the easiest pain-relieving task. To get better results from giving injections, some of the staff reassured patients of the effectiveness of their pain medications. "Your drug is very strong," or "You will be okay in five minutes." One of nurses said, "analgesic without emotional satisfaction is nothing."

#### **4) Organizational issues**

There were various barriers to effective pain management. The reasons can be classified into three categories: a) attitudinal: "He is pretending he wants to get more;" b) knowledge deficits: the staff would wait until a patient get in severe pain before using a prescribed analgesic; and c) organizational, bureaucratic regulation governing the supply: "Sometimes you have only two or three narcotics with five or six patients then you have to dilute them...."

#### **Discussion**

Pain is under-treated in all parts of the world. Our findings are supported by other researchers who indicate that: pain assessment and knowledge of drugs are inadequate; nurses and physicians underestimate patients' expressions of pain; nurses deliver lower dosages of prescribed analgesics; and physicians and nurses are overly concerned about the possibility of addiction, and do not understand the effective use of narcotics in relation to pain management<sup>9,10</sup>.

There were several barriers to effective pain management. It is imperative that we strive to overcome these barriers and correct attitudinal biases and organizational obstacles in order to create a more rational plan for effective pain management. Pain has its own special property: "only the person who is feeling pain can directly perceive it." This means that nurses must rely upon the self-report of the person who is claiming it. However our findings indicated that in order to be convinced, almost all nurses expected pain expressions as crying, loud moaning and yelling. With such expectations patients learn for taking pain medications should legitimize their pain or exaggerate their behavioral expressions. The nurses' pain tasks were assessing, legitimizing and relieving. It means our nurses were not proactive providers. This suggests in order for staff to be proactive pain managers, there is need for radical reforms in our hospitals. Caring for 30 surgical patients, particularly on night shifts with only 2 or 3 staff members, makes pain management very complicated. Nurses must take care of their patients while they are tired physically and emotionally. It's very common for our nurses to work 12 or even 24 hours per day. Obviously working under pressures (such as unfulfilled financial needs, unbalanced nurse-patient ratios) the nurse-patient relationship is likely to be superficial and unsympathetic. Baker (2001) and Adib (2004) have shown lack of time and heavy workload negatively affects nurses decision-making because nurses cannot adequately consider patients needs<sup>11,12</sup>. Although all factors and working conditions are not under control, emotional and financial support for nurses can decrease the pressure on them<sup>13</sup> and enhance their efficacy. We have concluded that there is considerable scope to improve pain management after surgery. Quick or radical change is unlikely. Aside from the organization reforms, one obvious step is to change the education of the staff in the hospitals. Of course, that is not going to be easy. This improvement must be based on improved education of nursing staff, improved communication between staff, patients and their relatives, physicians and other health workers. There is no need to emphasize the obvious necessity of educational preparation and continuing education sessions for nurses, and the need and direction for pain management programs at the hospitals. Continuing education aimed at improving pain management needs to include not only knowledge about pain assessment, prevention, minimization, and relief, but also teaching methods that increase empathy.

#### **Limitations**

The sampling method was a limitation of the study. Because the sample was nonrandom, it may not be representative of all Iranian nurses' experiences with pain management. This study needs to be repeated in the private hospitals which have more facilitates and staff. As well, there is need to explore the hospital staff, particularly physicians who are the main power figures in our hospitals.

#### **Acknowledgments**

The authors want particularly to thank the people, who participated in this study, shared their experiences and donated their time. We would like to convey our sincere appreciation to Dr. G. Lain Ellis for proofing this article. This research was supported partially by Iran University of medical sciences, school of nursing and midwifery.

#### **References**

1. Hojsted J, Hellum KL. Knowledge about and attitude to postoperative pain therapy of health personnel. A questionnaire survey. Ugeskr Laeger. 1999 Dec 6;161(49):6770-5.
2. Brockopp DY, Warden S, Colclough G, Brockopp GW. Nursing knowledge: acute postoperative pain management in the elderly. J Gerontol Nurs. 1993 Nov;19(11):31-7.
3. Watt- Watson, J.H. Misbeliefs about pain. In J.H.Watt-watson & M.I.Donovan (eds.). Pain Management: Nursing Perspective (PP.454-475).St.Louis: Mosby Year Book. 1992.
4. Jouybari LM, Sanagoo A, Nikbakht A. Phenomenology of acute pain in hospitalized Turkmen and Azerbaijani patients. 2003. Unpublished research
5. Juhl IU, Christensen BV, Bulow HH, Wilbek H, Dreijer NC, Egelund B. Postoperative pain relief, from the patients' and the nurses' point of view. Acta Anaesthesiol Scand. 1993 May;37(4):404-9.
6. Ebrahimi H. Comparison of pain relief and its effectiveness with the standard one. Presented in The 4<sup>th</sup> scientific annual meeting of the Iranian pain society 29April-1May 2004, Tehran-Iran.
7. Dominie ME. Nurses' experiences with pain management in long term care setting: A grounded theory study school of nursing. Master thesis, Memorial University. Newfoundland .2000.
8. Strauss A, Corbin J: Grounded theory methodology. In *Strategies of qualitative inquiry* Edited by: Denzin NK, Lincoln YS. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998:158-83.

9. Howard A. Heiff. The truth about pain management: the difference between a pain patient and an addicted patient *European Journal of Pain* .2001, 5, Supp 1, 27-29 .
10. Chapman PJ, Ganendran A, Scott RJ, Basford KE. Attitudes and knowledge of nursing staff in relation to management of postoperative pain. *Aust N Z J Surg*. 1987 Jul;57(7):447-50.
11. Baker J: Nurses' Perceptions of Clinical Decision-Making In Relation To Patients In Pain. *PhD thesis, The University of Sydney, Faculty of Nursing, Department of Family and Community Nursing* 2001.
12. Adib-Hagbaghery M, Salsali M and Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing* 2004, 3:2 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>
13. MacPhee M, Scott J: The Role of Social Support Networks for Rural Hospital Nurses: Supporting and Sustaining the Rural Nursing Work Force. *Journal of Nursing Administration* 2002, 32(5):264-272.

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados de enfermería a inmigrantes y pacientes con VIH**

**Manzano García, M., González Fernández-Conde, M., Maderuelo Fernández, A., Gómez Marcos, M.A., Seco García, M.A., De Celis Villasana, P.: Evaluación del grado de conocimientos en VIH/SIDA y comportamientos sexuales de los adolescentes de un medio escolar, después de un año de implantación de un programa de prevención multidisciplinar**

### **Introducción**

La adolescencia representa un período de cambios rápidos a nivel biológico, psicológico y social de la persona(1). Durante esta etapa los jóvenes alcanzan la madurez sexual y suelen mantener sus primeras relaciones sexuales. No debemos olvidar que la integración de la sexualidad con otros aspectos del concepto de sí mismo, es una tarea central del desarrollo(2).

Los sentimientos de invulnerabilidad propios de esta etapa de la vida, facilitan comportamientos peligrosos como las conductas sexuales de riesgo, a pesar de existir más información y medios para evitarlas, lo que supone consecuencias nefastas para la salud como: enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados.

Sí hacemos un breve resumen de la situación actual de en España, vemos que se ha producido una mayor precocidad en las relaciones sexuales y además la menarquia aparece a una edad más temprana(3). Un 54,8% de los jóvenes españoles de entre 15 a 19 años no utilizan ningún método anticonceptivo(4). Los embarazos en adolescentes han aumentado ligeramente, y las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) han experimentado una tendencia ascendente (en el año 2002 en menores de 19 años la tasa fue de 9,28 por mil)(5).

Las consecuencias de una práctica sexual de riesgo pueden valorarse por los embarazos no deseados, por las IVE, por la transmisión de ETS y VIH y a través de otras situaciones como el uso de la Contracepción hormonal de emergencia, según la Federación de Planificación Familiar de España, se estima que unas 40.000 jóvenes españolas recurren cada año a este tipo de contracepción(5). Entre los motivos alegados más frecuentemente por los jóvenes a la hora de solicitar "la píldora del día después" son la rotura del preservativo o el hecho de no haber utilizado ningún método anticonceptivo(5).

Según ONU/SIDA los adolescentes representan uno de los sectores de más vulnerabilidad en el contagio de VIH(6). En nuestro país, el 33% de todos los casos declarados de SIDA, corresponden a menores de 29 años(5), poniéndose de manifiesto en distintos estudios, la baja utilización del preservativo en las relaciones sexuales en la adolescencia. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraer la infección muy precozmente, alguno incluso en la adolescencia(7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que para la mayor parte de los jóvenes sexualmente activos, el preservativo debe ser el método anticonceptivo de primera elección(8), al evitar no solo embarazos no deseados sino también las ETS.

Entre alguna de las razones para no utilizar el preservativo por parte de los adolescentes, se encuentran: la baja percepción del riesgo, la dificultad para adquirirlo, la carencia de habilidades sociales como puede ser: el negociar con su pareja el utilizarlo o el no ser capaces de comprarlo en un establecimiento, y la percepción de que el SIDA es una enfermedad curable.

Hoy en día se hace cada vez más evidente que los programas preventivos de los adolescentes, han de incluir no sólo un componente informativo sino también, el aprendizaje de las habilidades sociales como: la asertividad y la resistencia a la presión de grupo, puesto que un alto grado de conocimientos no siempre va unido a la práctica de conductas saludables ni a la modificación de prácticas de riesgo(10).

### **Objetivos**

El propósito de este estudio ha sido valorar la efectividad de un programa preventivo de VIH/SIDA y embarazos no deseados en un instituto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) según los resultados obtenidos al año de su implantación. Nuestros objetivos fueron los siguientes:

Aumentar: los conocimientos sobre VIH/SIDA, la asertividad y la resistencia a la presión de grupo y la utilización del uso del preservativo en las relaciones sexuales. Además de retrasar la edad de inicio en las relaciones sexuales.

### **Métodología**

El trabajo que se presenta está enmarcado dentro de un estudio de investigación más amplio (de 1º a 4º de la ESO), todavía en curso, en el que nos planteamos una vez conocida la situación, realizar una intervención preventiva con evaluación de los resultados.

**Diseño:** Estudio de intervención comunitaria cuasi-experimental con grupo control.

**Muestra:** Alumnos de 1º y 2º de ESO: 189 en el grupo intervención y 146 en el grupo control. 59% varones y 41% mujeres. Edad media de 13,2 años.

### **Realización del estudio**

1. Con los alumnos de un instituto de ESO: de forma multidisciplinar, profesionales de un Centro de Salud urbano (Enfermería, Trabajadores Sociales y Médicos), personal docente del Instituto y contando con la colaboración de Agentes Sociales: Educadores de calle.

2. Con los padres: mediante sesiones informativas llevadas a cabo por los sanitarios en el instituto y en el centro de Salud, reforzando los contenidos que se les daba a sus hijos en el aula.

3. En un Centro de Salud urbano, mediante la creación de la Consulta del Adolescente.

**La intervención educativa** consistió a lo largo del curso escolar:

- Sesiones informativas sobre sexualidad, VIH/SIDA y embarazos no deseados.
- Sesiones sobre habilidades sociales: asertividad y susceptibilidad a la persuasión (resistencia a la presión de grupo).

Estas sesiones, se realizaron tanto con los alumnos como con sus padres de forma separada.

#### **Mediciones**

Cuestionario autoadministrado y modificado del programa "Construyendo Salud"(10), validado por la Universidad de Santiago, entregado previamente y al año de la intervención. Del cual seleccionamos las escalas referentes a la asertividad y a la susceptibilidad a la persuasión.

La encuesta se paso durante las horas de tutoría en cada clase. Un sanitario después de explicar los objetivos del cuestionario y la manera de cumplimentarlo de forma correcta, insistiendo en el anonimato de los alumnos. El sanitario iba leyendo lo ítems al mismo tiempo que los escolares iban contestando. Los docentes no estuvieron presentes en el aula.

Dicho cuestionario incluye escalas que valoran: El grado de conocimientos VIH/SIDA (19 ítems), la asertividad (IA)( 15 ítems), la susceptibilidad a la persuasión (IPD)(5) y Los hábitos sexuales (5 ítems).

Cada escala se puntuó según los criterios de corrección correspondiente. Utilizamos la prueba t de student, análisis de la varianza y chi-cuadrado mediante el programa informático SPSS. En los casos en que el tamaño muestral fue pequeño se utilizaron pruebas no paramétricas: Prueba U de Mann Whitney y Test exacto de Fisher. Con un nivel de significación del 5 %.

#### **Resultados**

El 4,1% de los alumnos del grupo intervención afirmaron haber mantenido relaciones sexuales, frente al 20,5% del grupo control, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

La edad media de inicio es de 13 años para el grupo intervención y de 12,15 años para el grupo control.

En el Instituto Intervención el 100% de los adolescentes que mantienen relaciones sexuales lo hace 1 ó varias veces al año y en el instituto control: el 47,1% lo realiza una ó varias veces al año, el 29,45 una ó varias veces al mes y el 23,5% una ó varias veces a la semana. Las diferencias rozan el límite de la significación debido posiblemente al pequeño tamaño muestral.

Todos los alumnos del grupo intervención utilizaron siempre el preservativo, por el contrario en el control únicamente lo utilizaron siempre el 44,4% y el 22,2% lo había utilizado sólo alguna vez. Las diferencias tampoco son significativas.

Habían utilizado la píldora postcoital el 4,1% del intervención y el 17,2% del control. Siendo las diferencias estadísticamente significativas.

No existen diferencias significativas en la asertividad y la susceptibilidad a la persuasión en ambos grupos.

#### **Discusión**

Hemos encontrado que en el grupo intervención se produjo una disminución en el porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales y la frecuencia de las mismas, además se aumentaba la utilización del preservativo y la Píldora postcoital era menos utilizada, y existe una menor susceptibilidad a la persuasión.

El nivel de conocimientos de los adolescentes sobre VIH/SIDA es insuficiente y además independiente del uso de preservativo. No hay diferencias entre ambos grupos en Asertividad.

No ha sido posible la comparación con otros estudios debido a que los existentes difieren tanto en la metodología, como en el tipo de intervención.

Sin embargo, la principal limitación del estudio fue el enfoque cuantitativo, mostrando el grado de conocimientos y comportamientos, sin profundizar sobre ellos ni valorar los motivos y creencias que los originan. Una profundización en este tipo de variables cualitativas, nos permitirá una mayor comprensión de esta realidad.

Respecto a valorar la utilidad de la prevención, existe aun la creencia que al tratar estos temas de sexualidad y dar más información se podría incitar a mantener un mayor número de relaciones sexuales. En nuestra experiencia, también compartida por otros estudios, hemos constatado que no aumenta el numero y además se retrasa la edad de inicio, disminuyendo por tanto las conductas de riesgo. Por tanto, consideramos necesario introducir en la escuela programas de prevención activos, en los que el alumno participe y con evolución en el tiempo, en los que junto con la información se trabajen también las habilidades sociales. y no limitarnos a intervenciones puntuales con solo un componente informativo.

Además creemos que la creación de la consulta del Adolescente en los centros de Salud aumentaría la eficacia preventiva al atender las demandas de los adolescentes, facilitando el acercamiento de los adolescentes al sistema sanitario, aprovechando cualquier consulta en relación con la salud sexual para aumentar sus conocimientos en prevención, informándolos y adiestrándolos en el uso del preservativos y otros medios de prevención de ETS y embarazos no deseados.

En conclusión es necesario que el personal de enfermería se involucre cada vez más en este ámbito, siendo dinamizador y colaborador de proyectos preventivos de VIH/SIDA y sexualidad, con evaluación de resultados a largo plazo. Situándose como agentes activos de salud, trabajando y colaborando con otros profesionales para conseguir que los adolescentes vivan una sexualidad saludable, responsable y segura.

#### **Bibliografía**

- 1-Cornellá i Canals J, Llusent Guillaumet A. La entrevista al adolescente. [www.spapex.org/spapex/tallerentrevista.htm](http://www.spapex.org/spapex/tallerentrevista.htm)
- 2- Rodríguez de la parra S, Carbelo Baquero B. Autocuidado en el adolescente. Rev. ROL Enf. 1999;22(7-8):497-505.
- 3-Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia.Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción(SEC) 2001. [www.sec.es/msociedad.htm](http://www.sec.es/msociedad.htm)
- 4-I Encuesta schering europea 2003. [www.equipodaphne.es](http://www.equipodaphne.es)
- 5-Dirección general Salud Pública. Ganar salud con la juventud. 2003. [www.msc.es](http://www.msc.es)

- 6- Informe de ONU/SIDA sobre la juventud  
 7- Plan de movilización multisectorial 2001-2005.  
[www.msc.es/Diseño/informacionprofesional/profesional\\_preencion.htm](http://www.msc.es/Diseño/informacionprofesional/profesional_preencion.htm)  
 8-Family planning. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva.1997.  
[www.who.int/reproductive-health/publications/sp](http://www.who.int/reproductive-health/publications/sp)  
 9-Caballero Hoyos R, Villaseñor Sierra A.Consenso de conocimientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes. Rev salud pública de México. 2003;45(1);113.  
 10-Luengo Martín M.A, Romero Triñanes E, Gómez Fragueta J.A, Guerra López A, Lence Pereiro M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. 1999.

**Ruzafa Martínez, M., Madrigal de Torres, M., Cano Sánchez, A.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas por VIH en la Región de Murcia**

Los datos aportados en este trabajo forman parte del proyecto de investigación financiado por la Fundación Fipse sobre "Percepciones y actitudes de las personas infectadas por VIH respecto a la vivencia de su enfermedad, e identificación de las necesidades de inserción socio-laboral" (2003).

**Importancia del tema**

El aumento de la supervivencia de las personas infectadas por VIH, debido fundamentalmente a los tratamientos de alta eficacia ha hecho posible pasar de hablar de enfermedad mortal a enfermedad crónica. A la eficacia de estos nuevos tratamientos hay que contraponer algunos serios inconvenientes como son los efectos adversos, el elevado número de comprimidos diarios, la frecuencia de las pautas de administración, las restricciones alimentarias, las interacciones con otros fármacos, estos inconvenientes pueden causar con cierta frecuencia un deterioro en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) del paciente. Así pues, evaluar al CVRS y tomar la medidas necesarias para que sea la mejor posible, no es únicamente un aspecto de bienestar subjetivo sino mas bien una garantía de estos tratamientos de alta eficacia. Los principales estudios hechos en España sobre CVRS en pacientes infectados por VIH los han realizado X. Badia y D. Pdzamczar<sup>(1-3)</sup>. Estos investigadores han realizado la traducción y adaptación al español de los cuestionarios MOS-HIV, basado en el Medical Outcomes Study Short-Form 20 que incluye aspectos adicionales específicos para la infección del VIH y MQOL-HIV Multidimensional Quality of life Questionnaire. Ambos cuestionarios en su versión española han mostrado una adecuada factibilidad, fiabilidad y validez para su uso en la investigación en España<sup>(3)</sup>.

Los pacientes con infección VIH suelen presentar una importante problemática social, especialmente en el caso de personas relacionadas con las drogodependencias. En nuestro país, ha afectado fundamentalmente a personas con graves problemas sociales de desempleo, desestructuración familiar, escasa escolarización, nivel cultural bajo, pobreza, marginación e inflar viviendas. Si a esto añadimos el desconocimiento de los servicios sociales y la tendencia general a que sea el usuario quien se adecue a los servicios, es fácil encontrar una población enferma, con elevada problemática social, que no llega hoy llega con dificultad a las ayudas y a las prestaciones sociales de las que podrían beneficiarse y por tanto con una baja calidad de vida relacionada con su salud.

Hay datos que correlacionan la capacitación profesional, el nivel de estudios y las vías de transmisión con los recursos mas deseados por estas personas y entre las necesidades que más reclaman se encuentran la ayuda económica, vivienda, trabajo y otras prestaciones sociales. Por otra parte, la mejoría en su calidad de vida conlleva o conllevaría en muchos casos la imposibilidad de percibir una pensión no contributiva y por tanto como única opción para tener unos ingresos la inserción laboral remunerada. En la literatura anglosajona existen múltiples trabajos llevados a cabo con la finalidad de ayudar y asistir a las personas infectadas por VIH para retornar al trabajo<sup>(4-9)</sup>. Estos estudios han identificado numerosas barreras para la efectiva reintegración de estas personas al mundo laboral y han recomendado una serie de programas educativos. Tanto estas barreras como las preocupaciones detectadas en estas personas infectadas por VIH corresponden a un medio sociocultural distinto al nuestro, cada cultura simboliza e interpreta la realidad y la enfermedad desde su cosmovisión, desde su sistema de valores e ideologías. Por tanto, los resultados de estos estudios no son extrapolables a nuestra cultura, dado que nuestra sociedad pese a la globalización en la que nos hallamos inmersos, detenta otros valores. No hemos encontrado en nuestra búsqueda, ninguna investigación realizada en nuestro país, que estudie en profundidad las características que mejorarían la calidad de vida relacionada con la salud de las personas infectadas por VIH. Por ello consideramos llevar a cabo este estudio cuyos objetivos son:

**Objetivos**

- 1.- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas infectadas por VIH.
- 2.- Describir las características sociodemográficas de los encuestados y su relación con cada una de las dimensiones del cuestionario.

**Métodos**

Se diseñó un estudio transversal y descriptivo. La recogida de información se realizó a través del cuestionario Multidimensional Quality of Life-HIV Questionnaire (MQOL-HIV)<sup>(10)</sup> en su versión española validada<sup>(1)</sup> formado por 40 ítems distribuidos en 10 dimensiones (*salud mental, salud física, funcionamiento físico, funcionamiento social, apoyo social, funcionamiento cognitivo, estatus económico, intimidad de la pareja, funcionamiento sexual, asistencia médica*), al que se añadieron preguntas sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, vía de contagio, con quién vive, lugar de residencia, tratamiento actual). El marco temporal de todas las preguntas se refiere a las 2 últimas semanas y disponen de 7 categorías ordinales de respuesta que van de 1 (nunca) a 7 (siempre) más una octava opción de "no procede" en los ítems 29-32. Algunas preguntas (1, 2, 4, 5-8, 13-15, 21-28, 32, 34-39) se puntúan de forma inversa. Para cada dimensión se obtiene una puntuación de 4 a 28 puntos mediante la suma de la respuesta de cada pregunta de la dimensión, donde puntuaciones más altas indican valoraciones más favorables del estado de salud<sup>(11)</sup>. Puede obtenerse un índice global de calidad de vida multiplicando por 2 la puntuación en la dimensión de salud mental y sumándole la puntuación en salud física. Este índice oscila entre 28 y 84 puntos y la puntuación mas alta representa una mejor calidad de vida<sup>(11)</sup>.

El muestreo fue de tipo no probabilístico consecutivo, realizado en la población de personas infectadas por VIH atendidas en dos hospitales de Murcia y uno de Cartagena. La muestra obtenida fue de 260 encuestados; tras el

tratamiento y depuración de datos se analizaron 243 cuestionarios. Para el análisis de los datos se realizó una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia. Para comparar varios grupos en una variable cuantitativa se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) tras comprobar normalidad y homocedasticidad. Cuando no se pudo asumir que las varianzas poblacionales eran iguales se empleo el estadístico de Brown-Forsythe. Como métodos de comparación *post-hoc* se utilizaron el método de Tukey (para igualdad de varianzas) o el método de Games-Howell (cuando no se pudo asumir la igualdad de varianzas).

### Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra estudiada (tabla 1) destacan los siguientes datos: el 74 % de los pacientes encuestados son varones, la edad media global de 37,24 años y el 63,8 % tiene Estudios Primarios. El 65,7 % vive con los padres, mientras que un 21,9 % ha conformado una familia nuclear. Existe un número similar de pacientes casados y solteros. La vía de contagio más frecuente es a través de relaciones sexuales (56,8%) seguida de la vía parenteral (34,6 %). El 51% se encuentra laboralmente en activo frente al 27% que está en paro y del 21,4% que recibe una pensión no contributiva. El 84,8% tenía un trabajo previo al diagnóstico de VIH. La terapia triple (TARGA) con fármacos antirretrovirales es el tipo de tratamiento más frecuente un 48,6 %, mientras que el 12 % no siguen ningún tipo de tratamiento, y el 25 % no conoce el tratamiento.

Para cada dimensión del cuestionario se ha obtenido una puntuación de 4 a 28 puntos mediante la suma de la respuesta de cada pregunta, donde las puntuaciones más altas indican valoraciones más favorables del estado de salud. Las dimensiones en las que se obtiene una mayor puntuación son: "Intimidad de la pareja": 25, 25 (DE: 4,5) y "Asistencia médica": 24,6 (DE: 4,8). Por otra parte las dimensiones que obtienen puntuaciones más bajas son: "Estatus económico": 16,07 (DE: 4,01) y "Salud mental": 17,97 (DE: 5,9). La puntuación media obtenida en el Índice Global de Calidad de Vida (sobre un máximo de 84 puntos) es de 57,81 (DE: 15,59). Para su mejor comprensión se ha calculado el valor de las dimensiones del MQoL-VIH sobre una puntuación máxima de 100 (figura 1).

En el análisis bivalente se obtienen diferencias estadísticamente significativas (tabla 2) entre la "Edad" y las dimensiones "Funcionamiento físico" al comparar el grupo de 18 a 30 años con el grupo de 41 a 65 años (a favor de los más jóvenes), y en la dimensión "Asistencia médica" cuando comparamos el grupo de 41 a 65 años con los del grupo de 18 a 30 años (a favor de los de mayor edad). Entre la variable "Sexo" y la dimensión "Estatus Económico" también existe una relación significativa, siendo en promedio, más elevado en las mujeres que en los hombres. En el análisis del "Nivel de Estudios" existe una diferencia significativa respecto al "Funcionamiento físico" entre el grupo de pacientes con estudios universitarios y los que tienen estudios primarios (a favor de los universitarios). Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable "Situación Laboral" en las dimensiones: *Salud Mental*, *Salud Física*, *Funcionamiento Cognitivo*, *Funcionamiento Social* e *Índice Global de Calidad de Vida* (siendo la persona que trabaja quien obtiene puntuaciones más altas frente al parado o pensionista). Con respecto a la variable "Lugar de Residencia" hay diferencias en las dimensiones en las dimensiones *Salud física* y *Funcionamiento físico* a favor de los residentes en Murcia; en *el Funcionamiento sexual* y *Asistencia médica* a favor de los residentes en Cartagena. En relación con las distintas categorías de la variable "Situación Social", los promedios de puntuación no difieren significativamente en ninguna de las dimensiones del cuestionario. No se ha hallado ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables tipo de tratamiento y vía de contagio con respecto a las variables sociodemográficas.

### Discusión

La valoración global de la Calidad de Vida es media alta. Sin embargo, el análisis detallado por dimensiones indica que se debe incidir en la mejora de la situación económica y la salud mental de estos pacientes. Los jóvenes presentan una mejor calidad en el funcionamiento físico, y los mayores en la asistencia médica. Por otra parte, el trabajo destaca como factor protector en casi todas las dimensiones, por tanto la medida prioritaria para la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH pasa por su integración laboral en la medida de lo posible, o aún mejor, la posibilidad de que no abandonen el puesto original, ya que las cifras muestran una elevada pérdida del mismo.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada (n = 243)**

Sexo	Hombre n (%)	180 (74,1)	Area geográfica residencia	Murcia pedanías n (%)	40 (16,5)
	Mujer n (%)	63 (25,9)		Murcia n (%)	49 (20,2)
				Cartagena pedanías n (%)	74 (30,5)
				Cartagena n (%)	80 (32,9)
Edad	Media (DE)	37,24 (7,361)			
Nivel de estudios	Sin estudios n (%)	22 (9,1)	Con quién vive	Solo n (%)	16 (6,6)
	Primarios n (%)	155 (63,8)		Pareja n (%)	6 (2,5)
	Secundarios n (%)	43 (17,7)		Familia nuclear n (%)	53 (21,9)
	Universitarios n (%)	23 (9,5)		Padres n (%)	159 (65,7)
				Amigos n (%)	7 (2,9)
				Asociación n (%)	1 (0,4)
Situación laboral actual	Trabaja n (%)	124 (51)	Vía de contagio	ADVP n (%)	84 (34,6)
	Parado n (%)	67 (27,6)		ETS n (%)	119 (49)
	Pensionista n (%)	52 (21,4)		ETS-ADVP n (%)	19 (7,8)
				Transfusión n (%)	1 (0,4)
				Desconocido n (%)	20 (8,2)
Trabajo antes diagnóstico	Si n (%)	206 (84,8)	Tratamiento que sigue en la actualidad		
	No n (%)	35 (14,4)			
	No contesta n (%)	2 (0,8)			

<b>Abandono trabajo tras diagnóstico</b>		3 fármacos TARGA n (%)	118 (48.6)
Si n (%)	47 (19,3)	No TARGA n (%)	27 (14.8)
No n (%)	165 (67,9)	No sabe n (%)	89 (36.6)
No contesta n (%)	31 (12,8)		
<b>Pacientes quieren volver trabajar</b>			
Si n (%)	101 (41,6)		
No n (%)	36 (14,8)		
No contesta n (%)	106 (43,6)		

ADVP: administración de drogas vía parenteral  
ETS: enfermedades de transmisión sexual

Figura1. Puntuación obtenida en las Dimensiones del MQoL-VIH en porcentaje

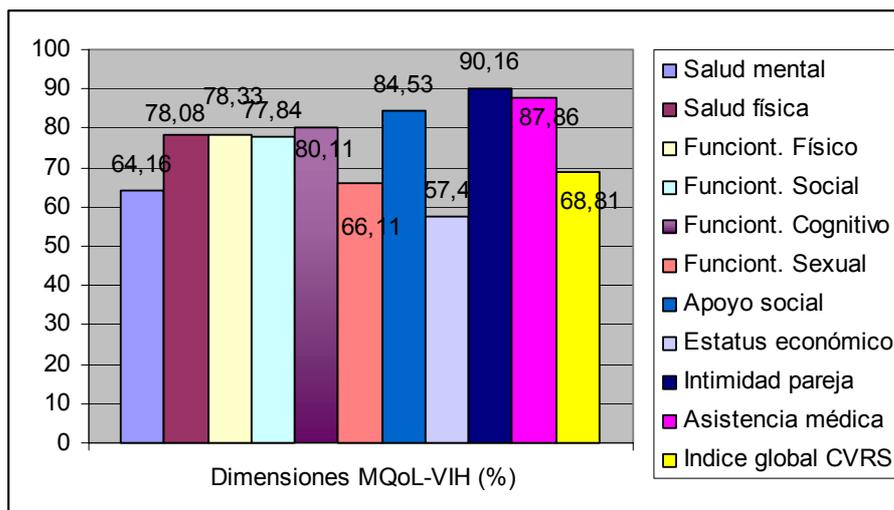


Tabla 2. Test ANOVA (con *post hoc* de Tukey y Games-Howell) comparando medias entre variables sociodemográficas y dimensiones del MQoL-HIV (sólo se muestran las diferencias con una  $p < 0,05$ )

Dimensiones MQoL-HIV	Edad (años)		Diferencia medias	Sig.	IC a 95%
Funcionamiento físico	18-30	31-40	1,53	0,154	- 0,43 a 3,49
		41-65	2,76*	0,021	0,35 a 5,17
Asistencia médica	18-30	31-40	- 2,01	0,122	- 4,45 a 0,42
		41-65	- 3,05*	0,010	- 5,46 a - 0,63
Dimensiones MQoL-HIV	Nivel de estudios		Diferencia medias	Sig.	IC a 95%
Funcionamiento físico	Universitarios	Ningunos	2,99	0,092	-0,32 a 6,29
		Primarios	2,88*	0,015	0,40 a 5,36
		Secundarios	1,50	0,536	-0,39 a 4,39
Dimensiones MQoL-HIV	Situación Laboral		Diferencia medias	Sig.	IC a 95%
Salud mental	Trabaja	Parado	2,59*	0,012	0,47 a 4,71
		Pensionista	1,56	0,266	- 0,80 a 3,91
Salud física	Trabaja	Parado	1,87	0,075	- 0,14 a 3,88
		Pensionista	3,45*	0,001	1,25 a 5,65
Funcionamiento cognitivo	Trabaja	Parado	3,48*	0,000	1,45 a 5,51
		Pensionista	1,43	0,133	- 0,83 a 3,69
Funcionamiento social	Trabaja	Parado	4,14*	0,000	1,97 a 6,31
		Pensionista	5,28*	0,000	2,19 a 8,37
Índice Global CVRS	Trabaja	Parado	7,05*	0,008	1,53 a 12,58
		Pensionista	6,43*	0,037	0,30 a 12,57
Dimensiones MQoL-HIV	Lugar de residencia		Diferencia medias	Sig.	IC a 95%
Salud física	Murcia	Murcia pedanías	1,40	0,656	- 1,74 a 4,54

		Cartagena	2,89*	0,030	0,20 a 5,59
		Cartagena pedanías	1,10	0,726	- 1,63 a 3,83
<b>Funcionamiento físico</b>	Murcia	Murcia pedanías	1,31,	0,493	-1,09 a 3,70
		Cartagena	2,86*	0,002	0,80 a 4,93
		Cartagena pedanías	2,04	0,057	-0.04 a 4,13
<b>Funcionamiento sexual</b>	Murcia	Murcia pedanías	-4,97*	0,006	-8,86 a -1,08
		Cartagena	-3,67*	0,035	-7,16 a -0,18
		Cartagena pedanías	-5,76*	0,000	-9,21 a -2,30
<b>Asistencia médica</b>	Cartagena pedanías	Murcia pedanías	3,14*	0,010	0,59 a 5,70
		Cartagena	1,12	0,346	-0,63 a 2,86
		Murcia	3,64*	0,01	1,30 a 5,97

\* Niveles significativos  $p < 0.05$ , también con pruebas no paramétricas.

### Bibliografía

1. Badia X, Podzamczar D, López-Lavid C, García M y Grupo Español de Validación de los cuestionarios MOS-HIV y MQOL-HIV. Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida: La versión española del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17(Suppl 2):103-113.
2. Badia X, Guerra L, García M, Podzamczar D. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y sida. *Med Clin (Barc)* 1999;112:739-744.
3. Badia X, Podzamezer D, García M, López-Lavid C, Consiglio E, and the Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. A randomised Study comparing instruments for measuring Health-Related Quality of Life in HIV-infected patients. *AIDS* 1999;13:1727-35
4. Brooks RS; Klosinski LE., Assiting persons living with HIV/AIDS to return to work; programmatic steps for AIDS service organizations. *AIDS Educ Prev* 1999 Jun; 11(3): 212-23
5. Larade R., Back to the future: return to work programming issues for people living with HIV/AIDS. *Int Conf AIDS* 1998; 12:1096.
6. Malinoska-Sempruch K., Psycho-social needs of people living with IVH in Poland, with emphasis on housing. *Int Conf AIDS* 1998; 12:972.
7. Cherrick RE; Delate T; Skarupski; Coons JC., Barriers to workforce participation for HIV-infected individuals. *Abstr Book Assoc Health Serv Res* 1999; 16:13-4.
8. Butler D., AIDS and disability. *Int Conf AIDS* 1994 Aug 7-12;10(1): 405.
9. Bally G; McAulay T. Guiding principles of vocational rehabilitation and return to work in the context of HIV infection. *Int Conf AIDS* 1998; 12:715.
10. Avis N E, Smith KW. Development of the MQOL-HIV:The Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS. *Quality of life* 1997; (17):3-4.
11. Badía X, Salamero M, Alonso J. Versión española del cuestionario MQOL-HIV para pacientes con SIDA. En: *La medida de la salud*, 2ª ed. Barcelona, Edimac, 1999: 287-91.

## Merino, S., Montero Alonso, S., Niño Martín, V.: *¿Podemos contribuir las enfermeras en la mejora de la salud del inmigrante?*

### Introducción y justificación

Enfermería es una de las profesiones que ha demostrado, a lo largo de su historia, saber responder a las demandas que la sociedad le ha ido manifestando, siendo capaz de ir adaptando sus cuidados para cubrir y dar solución a dichas demandas.

En la actualidad además de otros muchos compromisos que vamos cumpliendo nos encontramos con nuevos retos que afrontar, problemas específicos sobre los que debemos responsabilizarnos y tomar conciencia, como es el compromiso con la violencia doméstica (o de género) o la atención a la salud de los inmigrantes, tema sobre el que versa nuestro trabajo, ya que cada vez son mas los que van llegando a nuestra comunidad, con sus diversidades y especificidades.

La atención a la salud del inmigrante, viene recogido en la Ley Orgánica 4/2000 sobre "Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, reformada por las Leyes Orgánicas 8/2000 y 14/2003 (Ley de Extranjería) (1);

El derecho a la protección de la salud, aparece recogido en el Art. 43 de la Constitución Española (1978) como un derecho de toda la población.(2) Esta tendencia a la universalización de la asistencia sanitaria a toda la población, se hace efectiva en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece en su artículo 1º "el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de los ciudadanos extranjeros" en la forma que establezcan las leyes y convenios internacionales.(3)

También queda recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su Capítulo preliminar, en las disposiciones generales: Art. 3 (Titulares de los derechos): punto2: "Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de salud" (4)

Con el objetivo de contribuir al desarrollo del compromiso profesional, que se deriva, hemos realizado este trabajo.

Para ello, primero, hemos identificado necesidades y problemas que tienen, respecto a su salud, este grupo de población y de esta manera orientar los cuidados que debemos prestar.

Por otra parte hemos valorado las necesidades, carencias y deficiencias con que se encuentran los profesionales de enfermería, para poder dar solución a estos problemas.

Nos parece determinante, para los profesionales de enfermería en ejercicio, en este momento, el desarrollo de estrategias necesarias para dar respuesta a la recién aprobada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

las Profesiones Sanitarias, en cuyo Título II, capítulo I, sobre Normas Generales, Art. 12, en los "Principios Rectores", el apartado e) dice: "La revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población". (5)

También es un momento crucial para los futuros graduados, ya que próximamente se van a transformar y adaptar los estudios de grado, al "Espacio Europeo", siendo imprescindible antes de que esto se lleve a cabo, describir las competencias específicas que como profesionales de enfermería debemos afrontar, para prestar los cuidados necesarios, tanto cuantitativa como cualitativamente, y así dar respuesta de forma permanente a las necesidades y problemas de la población, en este caso concreto de los inmigrantes que vayan incorporándose a nuestro país. (6)

Según los datos sobre movimientos migratorios del INE (7) en nuestro país, hace prever que el número de inmigrantes, lejos de ir disminuyendo, va a seguir en aumento, por lo que consideramos imprescindible el tener una preparación adecuada, que nos habilite para dar una atención equitativa, eficaz y eficiente a toda la comunidad y de esta manera asumir, como profesionales sanitarios, el deber que queda recogido como normativa legal en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en el Título 1 Art.5 apartado a) recoge: "Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables"

En el apartado c) recoge: "Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten". (5) De la misma forma queda recogido en el Capítulo X, Art. 52 del Código Deontológico de la Enfermería Española: "La enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes". (8)

#### **Objetivo**

Contribuir a que los cuidados de enfermería, prestados a los inmigrantes, tengan la adecuada equidad y eficacia, para que este grupo de población logre alcanzar un mayor grado de salud y con ello mejorar su calidad de vida.

#### **Material y metodos**

Estudio descriptivo de necesidades y problemas, por un lado, relacionados con la salud, que tienen los inmigrantes que llegan a nuestro país y por otra parte, dificultades, barreras y deficiencias que encuentran, profesionales de enfermería en Atención Primaria, para prestar los cuidados necesarios, en calidad y cantidad, a esta población.

Para este estudio diseñamos 2 modelos de encuesta, una para cada grupo, adaptando las preguntas en cada caso, realizando primero una prueba piloto para asegurar la comprensión de los cuestionarios.

La población objeto de nuestro estudio son: un grupo de 44 inmigrantes adultos, con una media de edad de 32,4 años (28 mujeres y 16 varones) y un tiempo medio de estancia en España de 2 años y medio.

Y un grupo de 47 profesionales de enfermería, con una media de edad de 38 años (desviación estándar de 10,73) (35 mujeres y 12 varones) con una media de ejercicio profesional de 14,83 años. Estos profesionales pertenecen a Atención Primaria del Área Este de Valladolid y desarrollan su trabajo en zonas urbanas, que corresponden a los centros de Rondilla, Tórtola y Delicias.

Las encuestas de respuesta semicerrada a inmigrantes, se han estructurado en tres partes, la primera sobre datos generales (país de origen, años de residencia...) una segunda que hace referencia a barreras o dificultades que el inmigrante ha podido encontrar en relación a la atención sanitaria recibida, estructurándose en tres apartados: socioculturales, sanitarios y de relación/comunicación, dando un enfoque integral, relacionado con la salud y su atención; con el fin de detectar necesidades y problemas relacionados con su salud y el grado de accesibilidad y satisfacción con el Sistema Sanitario. En la tercera parte de la encuesta, hemos querido, recoger sus aportaciones para contribuir en la mejora de la atención recibida y su estado de salud

Dentro de las muchas variables, en el grupo de los inmigrantes, relacionadas con sus especificidades hay una muy diferenciada en relación al idioma, por un lado los hispanoparlantes y por otra parte los no hispanoparlantes, en concreto la distribución de su procedencia es: el 45% de Ecuador, el 21% de Marruecos, 15% de Bulgaria, 5% de Colombia, 8% de Brasil, 3% de Perú y otro 3% de Mali.

Las encuestas realizadas a los profesionales también han estado estructuradas en tres partes, la primera y segunda diseñadas igual a la de los inmigrantes. En la tercera parte de la encuesta, solicitábamos sus aportaciones sobre las herramientas e intervenciones que les serían necesarias para reducir o eliminar las barreras y deficiencias que encuentran en la aplicación de los cuidados a la población en estudio. Con ello buscábamos un paralelismo entre las necesidades y problemas de unos y la falta de conocimientos, herramientas... de los profesionales.

#### **Resultados**

Destacamos los resultados mas relevantes: De los inmigrantes:

1. El primero es obvio, el 99% de los inmigrantes no hispanoparlantes, en el primer año de estancia su mayor problema es el dominio del idioma, el 2% restante lo subsana a través de algún amigo o familiar.
2. El 90% accede al Sistema de Salud, solo cuando se encuentra enfermo y desconoce lo que éste le puede ofrecer en otras circunstancias.
3. El 75% sabe donde acudir para vacunar a los niños
4. El 95% tiene distinta concepción y costumbres, relacionadas con la salud.
5. El 63% está satisfecho con el trato recibido en el sistema de Salud
6. Propuesta de mejora:
7. - El 41% precisa de mayor y mejor información  
- El 27% reclama mas amabilidad en el trato  
- El 24% demanda la figura de un intérprete

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

De los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Área Este de Valladolid destacamos:

1. El 78% tiene problemas con el idioma
2. El 52% encuentra dificultades con las costumbres y hábitos culturales
3. El 48% tiene problemas en el seguimiento de sus cuidados por la falta de asentamiento del inmigrante
4. El 67% considera que el inmigrante desconoce las actividades que debe realizar de promoción de la salud y preventivas
5. El 57% tiene dificultades en la relación y comunicación con inmigrantes
6. Propuesta de mejora:
  - El 74%% demanda el establecimiento de la figura del mediador, para salvar sobre todo barreras idiomáticas
  - El 84%% cree que deberían desarrollarse protocolos y guías de actuación profesional
  - El 62%% considera necesario que se incluya formación específica en los Planes de estudios de Enfermería
  - El 71%% cree necesario el desarrollo de actividades de formación continuada en este campo

### **Discusión**

Nuestra comunidad autónoma es una de las que menos número de población inmigrante ha ido acogiendo hasta ahora, no obstante el aumento es continuo y ya empieza a ser un número significativo. Así por ejemplo en el año 2001 el número total de inmigrantes en España era de 1370.657 personas de las cuales 26.572 residían en Castilla y León; en el año 2002 en nº de inmigrantes en España era de 1.977.946 de los cuales 42.640 acogía Castilla y León, lo que demuestra que la proporción de la incidencia va siendo mayor en nuestra comunidad y parece, que esta tendencia se mantiene.(10) Siendo la cifra a fecha de Junio del 2004 de 55.154 inmigrantes residentes.

Esta situación, nos ha llevado a intentar despertar el interés en los profesionales de enfermería para que adquiramos el compromiso de prestar, a los grupos de población con culturas diferentes, los cuidados adecuados y necesarios, con el fin de alcanzar, junto al resto de la población, el mayor grado de salud, contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. Las enfermeras/os debemos prepararnos para prestar cuidados a las personas que viven entre nosotros y tienen culturas, religiones, costumbres...diferentes a las nuestras y que inciden directamente sobre su salud y la de la comunidad que les acoge.

Todo lo referente a la salud en este grupo de población es importante, pero algunas cuestiones en concreto tienen mayor relevancia, ya que pueden causar incluso un problema de salud pública, como es, por ejemplo, el hecho de desconocer, o eludir, algunos grupos, sus obligaciones frente a las vacunas, haciendo así peligrar la cobertura total alcanzada en nuestro país y con ello, plantear un riesgo para todos.(9)

Otro problema que detectamos es que muchos de ellos no tienen conceptualizada la salud con un enfoque integral, lo que les lleva, a veces, a responsabilizarse menos en muchos aspectos personales, familiares y comunitarios, que inciden directamente en su salud.

Para paliar esta situación nos parece necesaria la aplicación de programas específicos de Educación para la Salud, que les permita desarrollar habilidades de auto cuidado y ayuda mutua, por lo que estos programas deben estar adaptados a las necesidades y problemas concretos de cada grupo. Para ello, se debe, proporcionar a los profesionales responsables de la aplicación de estos programas, los conocimientos y habilidades necesarias que permitan hacerlos efectivos

En cuanto a las demandas solicitadas tanto en el grupo de inmigrantes, como en el de los profesionales, se encuentra, la creación de la figura del mediador o traductor, aunque su ausencia, nos comentan, va subsanándose con la colaboración de algún amigo. También al ir incorporándose otros miembros a la unidad familiar, hijos pequeños, con mucha más capacidad de adaptación y aprendizaje del idioma, hacen las veces de traductor, aunque es obvio que no son válidos para algunas consultas concretas.(10)

Incluso en los hispanoparlantes puede ser válida esta figura, ya que con frecuencia, aunque el idioma sea el mismo, cambia la terminología y la interpretación de ésta.

Otro de los resultados destacados es la necesidad de incluir en los Planes de estudio, materias que permitan desarrollar las competencias para la atención a este grupo de población como ya expresamos en la justificación.

Los nuevos Planes de Estudio, conducentes a la obtención del título de grado, se están desarrollando a través de la previa descripción de las competencias profesionales, con el fin de adecuarlos para habilitar a los futuros profesionales de los conocimientos, intereses y habilidades suficientes para el logro de éstas y con ello dar respuesta a las nuevas necesidades de la población(6)

Otra de las conclusiones que consideramos importante es respecto a la formación continuada, sobre ella, opinamos que una formación concreta, consensuada y uniforme a todos los profesionales, con programas específicos de atención al inmigrante, evitará que una vez más suceda la improvisación y la solución parcial, basada en la buena voluntad que enmascara el problema. También a través de la formación sobre las culturas y diversidades conseguiremos que los profesionales de enfermería se acerquen más a estas poblaciones disminuyendo los miedos y mejorando el aspecto humano de la atención.

Tanto la inclusión de contenidos específicos en los futuros estudios de grado, como en la formación continuada, son por lo tanto las conclusiones que nos parecen más importantes ya que consideramos, por un lado, que una buena formación subsanará todas las deficiencias, pues nos habilitará para prestar los mejores cuidados y subsanar aquellas barreras que impidan nuestro desarrollo profesional con la mayor calidad. Por otro lado somos conscientes del momento tan oportuno, ya que para converger en el Espacio Europeo se deben modificar todos los Planes de Estudio, desarrollando así una uniformidad con los estudios Europeos.(6)

Para terminar, queremos comentar que en relación a la necesidad manifestada por los profesionales de contar con guías y protocolos de actuación profesional, la Gerencia Regional de salud de Castilla y León ha editado, en Mayo del 2004, una guía de "Atención Sanitaria al inmigrante en Atención Primaria". Esta guía además de ser una herramienta de apoyo en la práctica clínica, permite unificar criterios en la atención a las personas inmigrantes. Entre sus apartados

**LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004**

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

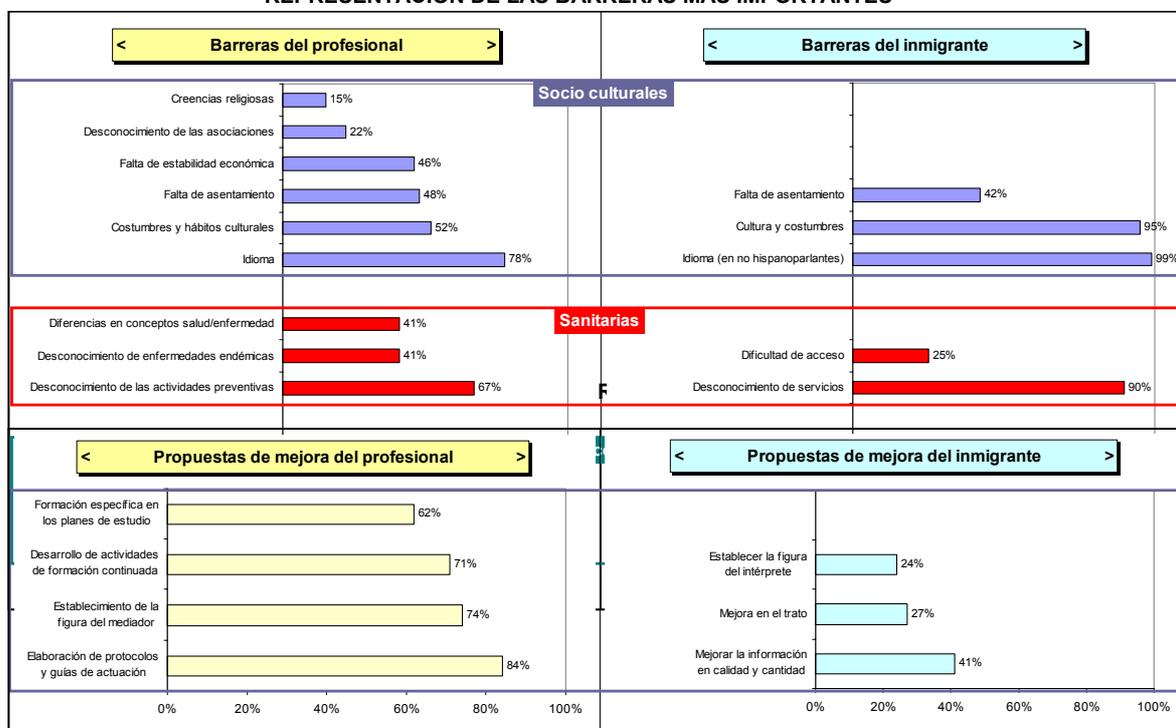
figuran cuestiones sobre aspectos de la historia clínica, la atención al niño y adolescente, las enfermedades infecciosas y la vacunación, la salud mental, recursos sociosanitarios existentes en Castilla y León y medicamentos extranjeros.(11)

Nos parece que esto es una demostración de que en nuestra comunidad se van desarrollando responsabilidades con este grupo de población y estamos seguras de que los profesionales de enfermería vamos, una vez mas, a dar respuestas eficaces y demostrar nuestra sensibilidad profesional y capacidad de adaptación.

#### Bibliografía

1. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, reformada por las Leyes Orgánicas 8/2000 y 14/2003
2. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
4. Ley16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
6. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Universidad de Deusto. 2003
7. INE (Instituto Nacional de Estadística) Los Extranjeros residentes en España. 1998-2002. [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/ext\\_espa/ext\\_espa.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/ext_espa/ext_espa.htm)
8. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid 1989
9. Jansà J. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Pública 1998;72(3):165-168
10. El Médico interactivo. Diario electrónico de la Sanidad. [http://www.elmedicointeractivo.com/formación\\_ace2004/tema9/inmigrantes2.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/formación_ace2004/tema9/inmigrantes2.htm)
11. Guía de Atención Sanitaria al inmigrante en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Sacyl. 2004

#### REPRESENTACIÓN DE LAS BARRERAS MÁS IMPORTANTES



### Tomás-Sábado, J., Antonín Martín, M.: La actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11-M

#### Introducción

Los recientes atentados terroristas que hemos sufrido en nuestro país y la constatación de que algunos de sus autores pertenecían a colectivos de inmigrantes, ha sugerido la idea de un posible deterioro de la actitud por parte de la población autóctona hacia los inmigrantes y hacia el fenómeno de la inmigración en general, que pudiera traducirse en un aumento de los sentimientos y conductas xenófobos. Numerosos estudios realizados en la década de los años noventa avalan los bajos niveles de xenofobia y/o racismo que presenta la sociedad española respecto a la inmigración en comparación con otros países de la Unión Europea. Aún así y dado que podemos definir la actitud como una disposición emocional, favorable o desfavorable, hacia algo (1), en cuya constitución inciden elementos emocionales y componentes cognitivos, como las creencias, pensamientos u opiniones, estas, pueden acabar por manifestarse mediante conductas específicas (2) negativas o de rechazo.

Por lo que respecta a la Enfermería Docente, las cuestiones referentes a las actitudes que los estudiantes mantienen ante el fenómeno de la inmigración se convierten en un aspecto prioritario para poder cumplir el objetivo de formar

profesionales capaces de ofrecer cuidados de calidad a todos los potenciales usuarios, sea cual sea su etnia o bagaje cultural. En este sentido, los esfuerzos deben dirigirse a conseguir que los estudiantes adquieran una sensibilidad más aguda y crítica hacia los procesos culturales de las personas, independientemente de su origen, para que en su futuro como profesionales sean capaces de reconocer sus propias actitudes y gestionarlas eficazmente, modificándolas cuando sea necesario. En definitiva, debemos formar profesionales de enfermería dotados de los conocimientos básicos e instrumentos precisos para que inicien por sí mismos esta introspección, de manera que puedan afrontar las incertidumbres y la complejidad de las diferentes situaciones.

Es particularmente importante que los profesionales de la salud seamos capaces de identificar y analizar nuestras actitudes ante los usuarios, haciendo conscientes nuestras propias concepciones culturales, sentimientos, juicios (y sobretodo, prejuicios) y creencias y de reconocer en qué medida inciden en nuestro trabajo (3).

Garantizar la calidad implica reconocer esta diversidad para ofrecer una respuesta adaptada y flexible (4) que se traduzca en una calidad óptima de los cuidados que proporcionan.

Desde esta perspectiva, los objetivos de este trabajo fueron realizar una comparación entre las puntuaciones obtenidas en una Escala de Actitud ante la Inmigración (EAI), pasada a una muestra de estudiantes de enfermería en febrero de 2003 y abril de 2004 y analizar las posibles variaciones que pueden haberse producido.

#### **Método**

**Sujetos.** Participaron en el estudio un total de 204 estudiantes de enfermería, 188 mujeres y 16 hombres, con una edad media de 22,18 (DT=4,98) años y un rango de 18 a 52 años. De ellos, 138 respondieron a la escala en febrero de 2003 (curso 2002-03) y los 66 restantes en abril de 2004 (curso 2003-2004). Además, 58 de los alumnos respondieron al cuestionario en ambas ocasiones.

**Instrumento.** Para evaluar la actitud de los estudiantes se utilizó la Escala de Actitud ante la Inmigración (EAI) desarrollada y validada por Antonín y Tomás-Sábado (5). La EAI es un cuestionario autoadministrado que consta de 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones, desde total acuerdo hasta total desacuerdo, que puntúan de cuatro a uno o de uno a cuatro, según la dirección del ítem, de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 39 y 156, indicando las puntuaciones más altas actitudes más favorables hacia la inmigración. En las pruebas de validación de la escala se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, un coeficiente test-retest de 0,90 y una estructura factorial que apoya su consideración como medida básicamente unifactorial.

**Procedimiento.** Todos los sujetos respondieron a la escala como parte de un cuestionario anónimo que les fue administrado de forma grupal en sus propias aulas de clase. Previamente se les advirtió que la participación era voluntaria y se les garantizó la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows, realizándose comparaciones mediante prueba t de Student para muestras independientes, análisis de la varianza (ANOVA) y contrastes múltiples.

#### **Resultados**

En las respuestas al cuestionario durante el curso 2002-03, se obtuvo una media de 102,33 (DT=18,78), mientras que las respuestas en el curso 2003-04 presentan una media de 108,46 (DT=22,65). La diferencia entre ambas medias resulta estadísticamente significativa ( $t = 2,39$ ;  $p < 0,05$ ). El grupo de alumnos que respondió en las dos ocasiones, obtuvo una media de 101,98 (DT=20,23) en la primera pasación y 109,00 (DT=21,96) en la segunda. No obstante, en este caso, las diferencias no alcanzan significación estadística ( $t = 1,83$ ;  $p = 0,07$ ).

La tabla 1 contiene las medias y desviaciones típicas de los cuatro grupos de alumnos que respondieron a la escala. La representación gráfica de estas puntuaciones (gráfica 1) permite apreciar con mayor detalle la elevación que se produce en las puntuaciones del curso 2003-04 con respecto al curso anterior. Esta tendencia se aprecia igualmente en el análisis de las puntuaciones medianas y distribución cuartil del diagrama de cajas de la gráfica 2.

#### **Discusión**

En general, los resultados obtenidos muestran un evidente aumento de las puntuaciones de la EAI en los datos obtenidos durante el curso 2003-04 respecto al curso anterior. En consecuencia, las posibles hipótesis con respecto a la posibilidad de que los recientes acontecimientos pudiesen traducirse en una actitud más negativa hacia el fenómeno de la inmigración, no presentan ningún apoyo empírico, al menos en lo que se refiere a nuestra muestra de estudiantes de enfermería, en los que parece tener más influencia el énfasis docente en el principio de equidad hacia todos los usuarios, sean, o no culturalmente distintos. Es evidente que todas las personas somos etnocéntricas, como consecuencia del proceso de aprendizaje, consciente o inconsciente que vivimos al ser socializados en una determinada cultura, pero, cabe pensar que la "socialización profesional" en la que se sumergen nuestros alumnos, la "cultura de la enfermería" (6) que reciben en su proceso de formación, incide en una toma de conciencia más favorable respecto a sus propias actitudes y al reto que supone conocer y cuidar a las personas con rasgos y manifestaciones culturales diferentes. Creemos firmemente, que los estudiantes de enfermería están cada vez más sensibilizados en el respeto y la necesidad de valorar el bagaje cultural de las personas. Ser conscientes de sus propias "limitaciones", ser más críticos con sus propias actitudes, les brinda la posibilidad de reconocer en sí mismos y en los demás los diversos modelos culturales (3) y les ayuda a evitar las respuestas negativas frente a este tipo de acontecimientos.

Es evidente, no obstante, que las características de este estudio no permiten inferir asociaciones causales en uno u otro sentido y que presenta limitaciones que exigen ser cautos a la hora de interpretar los resultados e intentar extrapolarnos a la población general.

#### **Referencias**

1. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. San Sebastián: Ttartalo; 1988.
2. López Pérez J. Las escalas de actitudes. En: Morales P. (comp.). Metodología y teoría de la psicología. Madrid: UNED; 1989.
3. Antonín, M. Antropología de la salud. En: Sáez S, Font P, Pérez R, Marqués F. (eds). Promoción y educación para la salud: conceptos, metodología, programas. Lleida: Milenio; 2001.
4. Domínguez-Alcón C. Sociología del cuidado Enfermería Clínica 1999; 9: 174-181.
5. Antonín M, Tomás-Sábado J. La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: Validación preliminar. Enfermería Científica 2004; 262-263:77-82.
6. Spector R. Las Culturas de la Salud. Madrid: Prentice Hall; 2003.

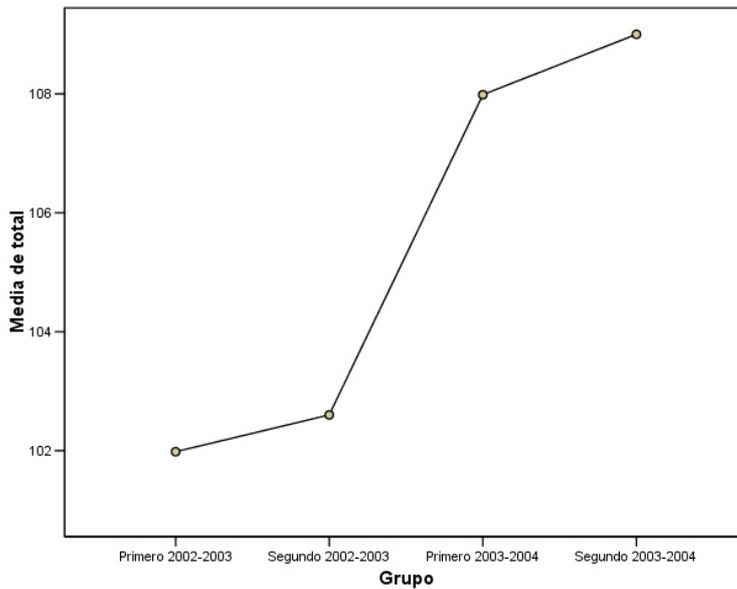
**Tabla 1. Puntuaciones medias de los cuatro grupos y del total**

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

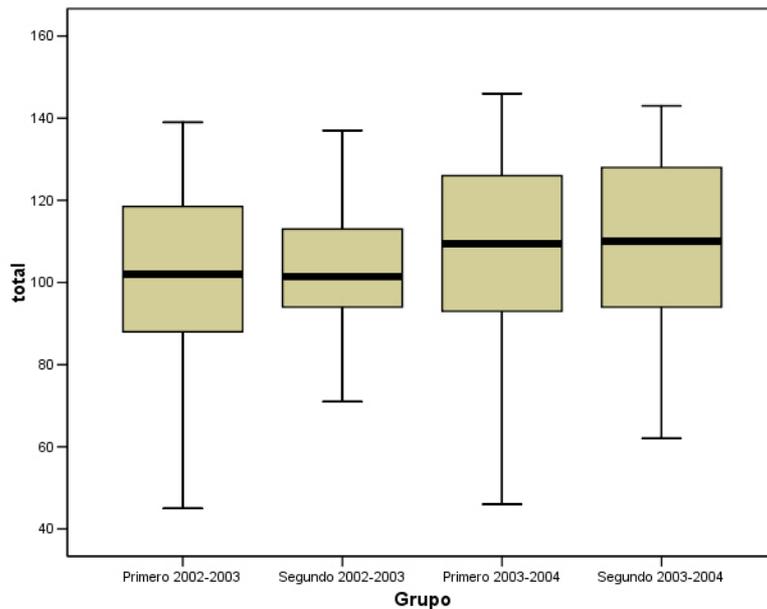
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Primero 2002-2003	60	101,98	20,228	96,76	107,21
Segundo 2002-2003	78	102,60	17,713	98,61	106,60
Primero 2003-2004	66	107,98	23,389	102,24	113,73
Segundo 2003-2004	58	109,00	21,959	103,23	114,77
Total	262	105,23	20,885	102,69	107,77

**Gráfica 1. Medias de los cuatro grupos**



**Gráfica 2. Distribución de las puntuaciones**



## Mesa Redonda (Bilingüe): Docencia en Enfermería/ Nursing Education

### Asiain Erro, M. C., Margall Coscojuela, M. A.: Autoevaluación de la competencia profesional de enfermeras asistenciales

#### Introducción

El objetivo prioritario de cualquier centro hospitalario es alcanzar altos estándares de calidad en la atención al paciente, y por tanto en la realización de los cuidados, un aspecto importante para lograrlo, es conocer el nivel de competencia profesional de las enfermeras del hospital. Al revisar la bibliografía, los puntos que se citan en la mayoría de las publicaciones, para decir que una enfermera posee una buena competencia profesional, incluyen los conocimientos, habilidades, valores y actitudes<sup>(1-5)</sup>. El conocimiento de la competencia profesional de las enfermeras es de gran valor para los responsables de la gestión de las Unidades, ya que les orienta en el proceso de desarrollo profesional de cada una de las enfermeras, a la vez que les permite identificar los puntos de formación que deben ser reforzados, para que puedan adquirir el grado de competencia requerido. El desarrollo profesional, como apunta Benner<sup>(6)</sup>, es un proceso continuo empezando desde novel hasta llegar a experto, este desarrollo, habitualmente se produce en un tiempo más o menos rápido, sin embargo, como los aspectos que abarca la competencia profesional no son estáticos, si el desarrollo no se mantiene de forma continuada, se produce una declinación inevitable, dando lugar a una disminución del grado de competencia<sup>(7)</sup>. Por este motivo, para conocer el nivel de competencia profesional de las enfermeras con el paso del tiempo, es necesario la realización de evaluaciones periódicas<sup>(8,9)</sup>.

En las áreas del hospital especializadas como son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), las enfermeras, además de poseer unas competencias básicas, tienen que poseer otras específicas para conseguir que la atención al paciente crítico sea segura y eficaz<sup>(10)</sup>. En la bibliografía, Scribante en 1996<sup>(7)</sup>, recoge que existen pocas guías internacionales que describan las competencias que requieren las enfermeras para trabajar en una Unidad de Cuidados Intensivos. Si bien, algunos países como Australia<sup>(3)</sup>, Sudáfrica<sup>(7)</sup>, Canadá<sup>(11)</sup>, y Estados Unidos<sup>(12)</sup>, han realizado investigaciones desde distintas perspectivas y métodos, con el fin de conocer cuales deberían ser las competencias de las enfermeras de cuidados intensivos, estableciendo posteriormente los estándares nacionales de conocimientos requeridos para la atención al paciente crítico<sup>(13)</sup>. De igual modo, centros hospitalarios como la Clínica Mayo de Estados Unidos, ha publicado la guía que utilizan para evaluar la competencia en Cuidados Intensivos, adquirida a través del curso que imparten al personal de nueva incorporación; las cinco categorías principales de valoración se refieren a: situación hemodinámica del paciente, el análisis del ECG, líquidos y electrolitos, atención del paciente y comunicación con otros miembros del equipo<sup>(14)</sup>.

En lo que respecta al ámbito nacional, desde 1999, la Sociedad Española de Enfermería de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias, ofrece la posibilidad de obtener una diploma, que acredita la competencia profesional, a todas las enfermeras/os del medio que cumplan los requisitos establecidos de práctica asistencial activa, y superen una prueba escrita de conocimientos. Con el fin de mantener actualizada esta acreditación, el programa de certificación establece recertificaciones cada tres años<sup>(15)</sup>.

En la Clínica Universitaria de Navarra, donde se ha llevado a cabo esta investigación, en el año 1996 se estableció un Plan de Desarrollo Profesional para las enfermeras y auxiliares del hospital, que requiere la realización de evaluaciones periódicas. En un principio, el documento utilizado para ello, evaluaba, de forma genérica, los conocimientos y actitudes de cada grupo profesional. Este documento ha experimentado una evolución, y en la actualidad se cuenta con uno específico para las distintas áreas del hospital, que incluye las áreas de competencia respectivas. Para su elaboración se contó con la orientación y aprobación del Comité de Acreditación de la Fundación Avedis Donabedian, que en ese momento estaba realizando una evaluación para la acreditación de la calidad del hospital.

Esta investigación se ha realizado con los siguientes **objetivos**: 1) Conocer el nivel de competencia profesional que tienen las enfermeras asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria de Navarra, y 2) Identificar las carencias que puedan existir en algunos aspectos de la competencia profesional.

#### Método

Este estudio de tipo descriptivo, analizó la competencia profesional de las 34 enfermeras, en activo, de la plantilla de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria. Para ello se utilizó el documento Plan de Desarrollo Profesional, diseñado para la evaluación del desempeño profesional de las enfermeras de Cuidados Intensivos del citado centro. Éste consta de tres partes, en la primera se incluyen las instrucciones de cómo debe cumplimentarse, en la segunda, se describe la misión y funciones requeridas para el puesto de enfermera de Cuidados Intensivos, y la tercera parte recoge propiamente los aspectos de autoevaluación. Ésta evaluación incluye nueve áreas de competencia, compuestas a su vez de categorías, y cada una de ellas con sus correspondientes ítems, estas áreas son: relación-comunicación (24 ítems), educación para la salud (9 ítems), aplicación del proceso de atención de enfermería (119 ítems), actuaciones de enfermería derivadas de otros profesionales (27 ítems), seguridad y prevención del riesgo (16 ítems), trabajo en equipo (5 ítems), ética profesional (8 ítems), docencia e investigación (6 ítems) y administración (6 ítems). Los ítems de las cinco primeras competencias hacen referencia a aspectos de valoración y cuidados/intervenciones que las enfermeras realizan a los pacientes, y los ítems de las cuatro restantes, hacen referencia a aspectos de la propia enfermera. Cada ítem se valoró mediante una escala de Likert de 4 grados, las enfermeras asignaban el grado "Muy bien", cuando la actividad evaluada siempre la realizaban correctamente, "bien", cuando la actividad evaluada, en la mayoría de las ocasiones, la realizaban correctamente, "regular", cuando la actividad evaluada, con relativa frecuencia la realizaban incorrectamente y necesitaban mejorar, "insuficiente", cuando la actividad evaluada, en la mayoría de las ocasiones la realizaban incorrectamente o no sabían como hacerlo, y "no aplicable", cuando las enfermeras consideraban que la actividad no afectaba a su área de trabajo. El documento fue autoadministrado y cumplimentado privadamente. La autoevaluación realizada por cada una de las enfermeras se confirmó posteriormente con la supervisora en una entrevista individual, en ese encuentro, se fijó la evaluación definitiva así como los objetivos de formación y desarrollo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

#### Resultados

La edad media de las 34 enfermeras evaluadas fue de 34 años (22-43; DE=6,3), con una media de 10,7 años de experiencia en Cuidados Intensivos (1-20; DE=5,8). Todas ellas han realizado el curso de Especialización en Cuidados Intensivos que se imparte en la Clínica, y 23 poseen el diploma de Certificación en el cuidado del paciente crítico, otorgado por la Sociedad Española de Enfermería de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias. Para facilitar la

presentación de los datos, los grados "muy bien y bien" se dan conjuntamente. Desde el punto de vista de la evaluación global, el 88,33 % de las enfermeras, es decir, 30 de las 34 enfermeras, se han situado en el grado de competencia profesional "bueno y muy bueno". Los resultados detallados se muestran por competencias y categorías. En la competencia "**relación/comunicación**", el 89% de las enfermeras obtuvieron un grado de competencia entre bueno y muy bueno. Al analizar sus categorías se observa que en la de "comunicación y atención psicológica", un 6,5% de las enfermeras (grados regular e insuficiente) requiere más formación para valorar la repercusión de la enfermedad en el paciente y familia, para ayudarles a afrontar la enfermedad y para comunicarse mejor con el paciente; y en cuanto a la de "valores y creencias", un 19% necesita ayuda para valorar y atender las necesidades espirituales de los pacientes. Con respecto a la competencia "**educación para la salud**", el 89% de las enfermeras se evaluaron en el grado de competencia bueno o muy bueno. En la tabla 1 se presentan el detalle de los datos de ambas competencias. En la tercera competencia, "**aplicación del proceso de atención de enfermería**", que incluye nueve categorías, se observa que el 92,5% de las enfermeras se situaron en el grado bueno y muy bueno. Por categorías, en la del "sistema circulatorio", se detecta que el 11% de las mismas necesita más formación en lo que se refiere a tecnología avanzada, como son los nuevos equipos de monitorización hemodinámica y de asistencia circulatoria mecánica. Asimismo, en la categoría "sistema músculo-esquelético y tegumentario", se observa que el 18,5% de las enfermeras muestra la necesidad de profundizar más en el conocimiento para realizar una mejor valoración y cuidados de la piel, así como para la aplicación de escalas de puntuación para valorar el riesgo y evolución de las úlceras por presión. Del mismo modo, en las categorías "dolor" y "sueño y descanso", se observa que el 7% y 6% respectivamente, necesita mejorar en la aplicación de cuidados y métodos para aliviar el dolor y favorecer el sueño. Los datos completos referidos a esta competencia se muestran en la tabla 2. La cuarta competencia, "**actuaciones de enfermería derivadas de otros profesionales**", incluye tres categorías, desde el punto de vista global, el 93% de las enfermeras se evaluaron en el grado de competencia bueno y muy bueno; al analizar por categorías se detecta que un 5% requiere profundizar en algunos aspectos de la administración de medicamentos, fundamentalmente en lo relacionado con la administración de fibrinolíticos. En la quinta competencia que se refiere a "**seguridad y prevención del riesgo**", el 82,5% de las enfermeras se situaron en el grado bueno o muy bueno; por categorías se observa que en la que se refiere a "higiene y control de la infección", el 12% de las enfermeras reconoce la necesidad de una mayor formación para identificar el riesgo de transmisión de infección y las medidas de aislamiento a utilizar, y en la categoría "riesgo de incendios", el 55% de las enfermeras muestra desconocimiento de las medidas a utilizar en caso de incendio. Los datos completos correspondientes a la cuarta y quinta competencia se presentan en la tabla 3. En la competencia "**trabajo en equipo**", el 96% de las enfermeras se situó en el grado de competencia bueno y muy bueno. En la que se refiere a la "**ética profesional**", el 92,5% consideró que el grado de competencia era bueno o muy bueno, por otro lado, el 5% de las enfermeras señaló que desconoce la carta de derechos de los pacientes. La competencia "**docencia e investigación**", desde el punto de vista global, el 69,5% se situó en el grado bueno y muy bueno; esta competencia incluye dos categorías, "docencia" e "investigación", en la primera, se observa que el 19% de las enfermeras necesita potenciar su capacidad docente; en la que se refiere a "investigación", el 43% consideró que participa poco en proyectos de investigación. Finalmente, la última y novena competencia, que hace referencia a "**administración**", el 91% de las enfermeras se situó en el grado de competencia bueno y muy bueno. El detalle de los datos referidos a estas cuatro últimas competencias se muestra en la tabla 4.

#### **Discusión**

Del análisis de los resultados, se desprende que el nivel de competencia profesional de las enfermeras del estudio puede considerarse bueno, ya que en torno al 90% de las enfermeras se atribuyeron los grados bueno y muy bueno, en ocho de las nueve competencias. Sin embargo, aquellos aspectos en los que las enfermeras se han autoevaluado en regular o insuficiente, no deben minimizarse, dada el alto nivel de exigencia que requiere la atención de los pacientes en estado crítico<sup>(8)</sup>. Al analizar las carencias detectadas en cada una de las competencias, se observa que en la "aplicación del plan de atención de enfermería", las enfermeras apuntan la necesidad de conocer mejor los nuevos equipo de monitorización hemodinámica y de asistencia circulatoria mecánica, esto encuentra su explicación en el carácter dinámico de estas unidades, en las que el constante desarrollo implica la incorporación de equipos con tecnología avanzada<sup>(9,10)</sup>. Con relación a la competencia "actuaciones de enfermería derivadas de otros profesionales", concretamente en lo que se refiere a la administración del tratamiento farmacológico, queremos destacar que el porcentaje de carencias de conocimiento detectado, un 5%, se refiere fundamentalmente al tratamiento fibrinolítico, este hecho se explica porque en nuestra Unidad, este tratamiento se administra con poca frecuencia, ya que los pacientes con problemas coronarios, subsidiarios de este tratamiento, ingresan en la Unidad Coronaria, independiente de la nuestra. De todas formas, el tema de la correcta administración de medicamentos tiene gran importancia, ya que se ha demostrado que entre un 5% y 10% de las muertes que se producen en un hospital están relacionadas con errores de medicación<sup>(16, 17)</sup>. Éste es el motivo principal, por el que en el proceso de acreditación de un Hospital, la administración de fármacos se considere como uno de los temas "core" o centrales. En lo que se refiere a la competencia "seguridad y prevención del riesgo" hay que destacar que la evaluación de la competencia de las enfermeras se realizó en el momento en el que la comisión de infecciosas para la profilaxis de la infección, estaba renovando los protocolos. Del mismo modo, los miembros de la comisión de seguridad y prevención de riesgos laborales, estaban revisando los de gestión de residuos y riesgo de incendios. Con respecto a las enfermeras que se autoevaluaron carencias en la competencia "ética profesional", hay que señalar, que éstas se refieren fundamentalmente al desconocimiento de la carta de derechos de los pacientes, de reciente divulgación en el hospital. Finalmente, en cuanto a la evaluación de la competencia "docencia e investigación" se observa que un 19% de enfermeras solicitan una mayor preparación pedagógica (establecimiento de objetivos, evaluación...) para desarrollar mejor su función como tutoras con las alumnas de enfermería básica y de post-grado; y en cuanto a la investigación, aunque la mayor parte de las enfermeras han realizado y publicado una o más investigaciones, los resultados muestran el interés que ello les suscita.

#### **Conclusiones**

Se puede concluir diciendo que las enfermeras del estudio se sienten capacitadas para proporcionar una atención de calidad a los pacientes de Cuidados Intensivos. Además, la identificación de las carencias ha permitido establecer los objetivos individuales para cada una de las enfermeras, dentro su plan de desarrollo profesional, así como orientar el programa de formación continuada del grupo.

#### **Bibliografía**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Bradshaw A. Defining 'competency' in nursing (Part I): a policy review. J Clin Nurs 1997; 6(5): 347-54.
2. Bradshaw A. Defining 'competency' in nursing (Part II): a policy review. J Clin Nurs 1998; 7(2): 103-11.
3. Dunn SV, Lawson D, Robertson S, Underwood M, Clark R, Valiente T, Walker N, Wilson-Row Ch, Crowder K, Herewane D. J Adv Nurs 2000; 31(2): 339-46.
4. Zhang Z-x, Luk W, Arthur D, Wong T. Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. J Adv Nurs 2001; 33(4): 467-74.
5. Scholes J, Endacott R. The practice competency gap: challenges that impede the introduction of national core competencies. Nurs Crit Care 2003; 8(2): 68-77.
6. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1987.
7. Scribante J. A Guideline for competency of the critical care nurse. Am J Crit Care 1996; 5(3): 217-26.
8. Jeffrey Y. Using competencies to promote a learning environment in Intensive Care. Nurs Crit Care 2000; 5(4): 194-8.
9. Jones M. Critical care competencies. Nurs Crit Care 2002; 7(3): 111-19.
10. Huggins K. Lifelong learning – the key to competence in the Intensive Care Unit. Intensive Crit Care Nurs 2004; 20:38-44
11. Canadian Association of critical care nurses. Study guide for critical care nursing certification examination in Canada. Morgan B (editor). London (Ontario); 1996.
12. Curley MAQ. Patient-Nurse synergy: optimizing patients'outcomes. Am J Crit Care 1998; 7(1): 64-72.
13. Ashworth P. Critical care competencies. Intensive Crit Care Nurs 1997; 13: 1.
14. Mckane ChL. A method to evaluate clinical performance in critical care orientation. J Nurses Staff Dev 2004; 20(3): 134-9.
15. Marin Fernández B. El qué y el para qué de la certificación de enfermería en el cuidado del paciente crítico. Editorial. Enferm Intensiva 2002; 13 (3): 95-7
16. Juntti-Patinen L, Neuvonen PJ. Drug-related deaths in an university central hospital. Eur J Clin Pharmacol 2002; 58(7): 479-82
17. Philip J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J Health Syst Pharm 2001; 58(19):1835-41

**Tabla 1.- Porcentaje de enfermeras y grado de competencia obtenido en: “relación/comunicación” y “educación para la salud”, igualmente por categorías (n=34).**

Áreas de competencia	Muy bien/Bien	Regular	Insuficiente	N/A
<b>Relación/Comunicación (24 ítems)</b>	89,0%	8,0%	2,0%	1,0%
• Comunicación con el paciente y atención psicológica (17 ítems)	92,5%	5,5%	1,0%	1,0%
• Valoración de Valores y creencias (7 ítems)	80,0%	15,0%	4,0%	1,0%
<b>Educación para la salud (9 ítems)</b>	89,0%	8,0%	--	3,0%

N/A = No aplicable

**Tabla 2.-Porcentaje de enfermeras y grado de competencia obtenido en “aplicación del proceso de atención de enfermería”, igualmente por categorías (n=34).**

Áreas de competencia	Muy bien/Bien	Regular	Insuficiente	N/A
<b>Proceso de atención de enfermería (119 ítems)</b>	92,5%	6,3%	1%	0,2%
• Admisión y alta del paciente (11 ítems)	95,0%	5,0%	--	--
• Sistema neurológico (15 ítems)	95,0%	3,0%	1,5%	0,5%
• Sistema respiratorio (22 ítems)	96,5%	3,0%	0,5%	--
• Sistema circulatorio (14 ítems)	89,0%	10,0%	1,0%	--
• Sistema nefro-urinario (13 ítems)	94,0%	5,5%	0,5%	--
• Sistema digestivo y nutrición (15 ítems)	94,5%	5,0%	0,5%	--
• Sistema músculo-esquelético y tegumentario (15 ítems)	81,0%	14,5%	4,0%	0,5%
• Dolor (6 ítems)	92,5%	6,5%	0,5%	0,5%
• Sueño y descanso (8 ítems)	94,0%	6,0%	--	--

N/A = No aplicable

**Tabla 3.- Porcentaje de enfermeras y grado de competencia obtenido en la evaluación de “actuaciones de enfermería derivadas de otros profesionales” y “seguridad y prevención del riesgo”, igualmente por categorías (n=34).**

Áreas de competencia	Muy bien/Bien	Regular	Insuficiente	N/A
----------------------	---------------	---------	--------------	-----

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

<b>Actuaciones de enfermería derivadas de otros profesionales (27 ítems)</b>	93,0%	4,0%	1,0%	2,0%
• Administración de tratamiento farmacológico (19 ítems)	92,0%	4,0%	1,0%	2,0%
• Preparación y coordinación de procedimientos diagnósticos (7 ítems)	89,5%	6,0%	3,0%	1,5%
• Colaboración con la investigación médica (1 ítem)	97,0%	3,0%	--	--
<b>Seguridad y prevención del riesgo (16 ítems)</b>	82,5%	11,0%	6,0%	0,5%
• Higiene y control de la infección (9 ítems)	88,0%	12%	--	--
• Riesgo de lesión (4 ítems)	97,5%	2,5%	--	--
• Riesgo de incendios (3 ítems)	45,0%	20,5%	31,5%	3,0%

N/A = No aplicable

**Tabla 4.- Porcentaje de enfermeras y grado de competencia obtenido en la evaluación “trabajo en equipo”, “ética profesional”, “docencia e investigación” y “administración”, igualmente por categorías (n=34).**

Áreas de competencia	Muy bien/Bien	Regular	Insuficiente	N/A
<b>Trabajo en equipo (5 ítems)</b>	96,0%	3,5%	--	0,5%
<b>Ética profesional 8 ítems)</b>	92,5%	6,0%	1,5%	--
<b>Docencia e Investigación (6 ítems)</b>	69,5%	17,5%	11%	2%
• Docencia (3 ítems)	81,0%	15,0%	4,0%	--
• Investigación (3 ítems)	57,0%	20,5%	18,5%	4,0%
<b>Administración (6 ítems)</b>	91,0%	6,5%	2,5%	--

## **Faro Basco, M.; Isern Farrés, O.; Casas Baroy, J.C.: Valoración de los estudiantes del aprendizaje basado en la simulación de casos**

### **Introducción**

Las exigencias actuales de la profesión requieren que la docencia vaya encaminada a interrelacionar los distintos roles a desarrollar en la práctica diaria para adquirir experiencia en el aprendizaje, acercando la teoría a la práctica permitiendo así aumentar la calidad de los cuidados de enfermería. Para alcanzar este objetivo es importante el aprendizaje basado en problemas. Este pretende que los estudiantes aprendan aquello que permite desenvolverse en la vida profesional de la manera más natural posible a partir de una idea clara y profunda de la evidencia sobre la que se debe actuar.

Por este motivo la asignatura de Enfermería Medico-Quirúrgica. Adulto I del Departamento de Enfermería de la Universitat de Vic, inició una experiencia de aprendizaje basado en la resolución de problemas, con alumnos de segundo curso para estimular en ellos el aprendizaje en el sentido más obvio, es decir, la adquisición de determinados conocimientos, habilidades, capacidad de decidir y resolver problemas de manera que se consiga llegar a tener capacidad de reflexión y relación, y que el aprendizaje de la materia en concreto refuerce el aprendizaje del resto.

El aprendizaje basado en problemas facilita la integración continua de tres elementos fundamentales: conocimientos, aptitudes y valores. Es una metodología docente que tiene como punto de partida un problema o situación en la que el estudiante identifica las necesidades de aprendizaje que facilitan la comprensión de este problema/situación. Requiere trabajar en pequeños grupos, con un sistema de tutorías que permite al profesor conducir al grupo hacia los objetivos de aprendizaje programados.

A este efecto se diseñaron casos clínicos con unos objetivos que requerían la integración de conocimientos, aptitudes y valores, con distintas fases a desarrollar en un período de tiempo predeterminado; la primera fase consistía en la planificación y análisis, durante la cual se organizaban los datos según el modelo de Virginia Henderson y se planificaban los cuidados después de una discusión y revisión bibliográfica. En la segunda fase se procedía a la ejecución de los cuidados en el laboratorio de simulación, con un maniquí y el material necesario para llevar a cabo los procedimientos. En esta fase la acción de los estudiantes era observada directamente y valorada por tres profesoras a partir de unas plantillas de evaluación previamente diseñadas a la vez que se filmaba el desarrollo de la fase con una cámara de video. Posteriormente, profesoras y estudiantes visualizaban la grabación por separado y emitían una valoración para, al cabo de un mes, contrastarla conjuntamente.

A partir de esta experiencia nos interesó conocer como los estudiantes valoraban este método de aprendizaje y las sensaciones percibidas en el transcurso de la misma.

#### **Objetivos**

- 1- Evaluar como los estudiantes valoran la integración del modelo de enfermería y del proceso de atención en el aprendizaje basado en la simulación de casos.
- 2- Valorar las sensaciones percibidas por el estudiante durante la simulación del caso.
- 3- Evaluar globalmente el aprendizaje basado en la simulación de casos.

#### **Método**

La población de estudio la constituyen los alumnos de 2º de Enfermería Medico-quirúrgica. Adulto I de la Universitat de Vic, curso 2002-2003 y 2003-2004.

Las profesoras responsables de los seminarios realizaron una evaluación a través de una encuesta a los estudiantes con preguntas cerradas (escalas de puntuación de 0 a 10), que evalúan los objetivos planteados. Esta encuesta se respondía al cabo de un mes de la simulación en el laboratorio, cuando se contrastaban los resultados obtenidos en este, entre profesoras i estudiantes, i después de visualizar la grabación hecha durante el mismo. La encuesta era realizada individualmente y de manera anónima a través de las siguientes variables:

- 1- Duración del seminario: insuficiente, adecuada o excesiva.
- 2- Nivel de participación de los estudiantes en los seminarios.
- 3- Comprensión de la documentación entregada para el seminario.
- 4- Utilidad de la bibliografía revisada.
- 5- Integración del modelo de Virginia Henderson.
- 6- Integración del Proceso de Atención de Enfermería.
- 7- Discusión para la identificación de problemas y su resolución.
- 8- Realización de la simulación en el laboratorio.
- 9- Valoración global del seminario.
- 10- Valoración de las sensaciones percibidas durante la simulación.

#### **Resultados**

El total de estudiantes que han realizado la encuesta son 64. 25 correspondían a estudiantes del curso 2002-2003 y 39 del curso 2003-2004. Se pasó la misma encuesta dado que la simulación planteada era la misma. Al aplicar los tests estadísticos correspondientes no se observan diferencias significativas entre los dos grupos por lo que se han tratado como un único grupo de 64 estudiantes.

De la encuesta de evaluación realizada por los estudiantes en relación a los seminarios de simulación se destacan los siguientes aspectos:

- La práctica totalidad de los estudiantes (95,3%) consideran que la duración de la simulación ha sido adecuada.
- Un 73,4% de los estudiantes sitúan el nivel de participación en los seminarios entre un 6 y un 8 (en una escala de 0 a 10). Destacaríamos que un 20,3% la puntúan entre 9 y 10. Solo un 1,6% considera su participación con una calificación inferior a 5.
- Respecto a la comprensión de la documentación entregada para realizar la simulación, el 70,2% de estudiantes la sitúan entre un 6 y un 8 y el 26,6% entre un 9 y un 10. El 1,6% lo valora por debajo de 5.  
El apartado de valoración del trabajo realizado en relación a (*Figura 1*):
  - Modelo de enfermería, el 86% lo valoran con una puntuación entre 7 y 10
  - El Proceso de Atención de Enfermería es valorado con puntuaciones entre 7 y 10 por un 78,1% de los estudiantes
  - Utilidad de los artículos bibliográficos revisados, el 57% la valoran con una puntuación superior a 7.
  - La discusión para la detección de problemas i su resolución es evaluada por el 78,2% de los estudiantes con puntuaciones entre 7 y 10.
  - La realización de la simulación en el laboratorio ha sido evaluada por un alto porcentaje de estudiantes (68,8%) con puntuaciones entre 6 y 8 mientras que un 26,6% la sitúan entre 9 y 10. Solo un 4,7% la puntúan con 5.
- La valoración global de la simulación es calificada por los estudiantes con una puntuación de 8 (34,4%) seguida de un 28,1% con una consideración de 7. Un 7,2% puntúan entre 9 y 10. Solo un 1,6% la puntúan por debajo de 5.
- En el apartado de sensaciones percibidas por el estudiante durante la simulación se manifiestan claramente el nerviosismo, la tensión/rigidez y el respeto, así como excesivamente técnicos mientras que la mayoría consideran que no se muestran naturales ni distantes, ni excesivamente amables/teatrales. (*Figura 2*)

#### **Discusion**

Ante los resultados obtenidos de nuestra experiencia llegamos a las siguientes conclusiones:

El tiempo destinado a la realización de la simulación ha sido el adecuado.

El trabajo en grupos reducidos ha facilitado la participación activa de cada uno de los miembros.

Hace falta mejorar la comprensión de la documentación entregada para el seminario y concienciar sobre la importancia de la utilidad de la revisión de artículos que dan soporte a la práctica.

Es necesario insistir en la importancia del uso de un modelo de enfermería i de un método, PAE, para mejorar la atención en los cuidados.

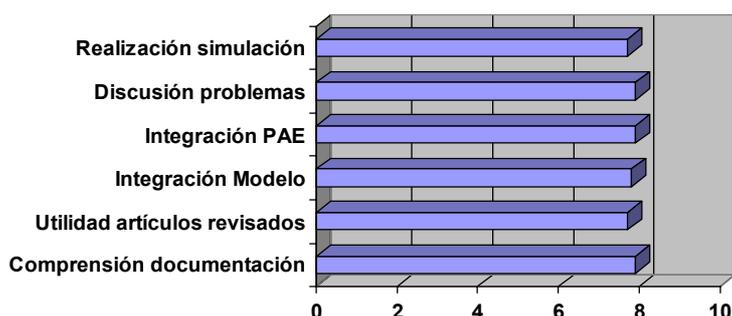
Es necesario ayudar a los estudiantes a reflexionar, la reflexión no nace sola, se debe provocar y estimular en los alumnos.

El aprendizaje de los estudiantes a través de la simulación de casos es una estrategia válida que el estudiante valora positivamente al mismo tiempo que permite desarrollar habilidades para la práctica profesional.

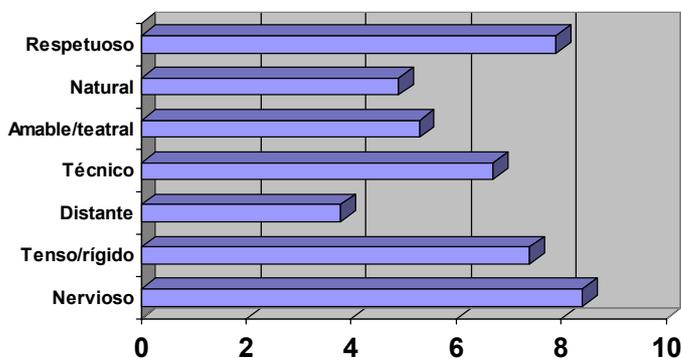
A pesar de que los estudiantes manifiesten sentirse nerviosos al ser observados y valorados por las profesoras durante la simulación ellos mismos destacan que esta metodología es un elemento dinamizador para el desarrollo de las capacidades que la profesión enfermera requiere. De todas formas el uso del maniquí en la simulación presenta limitaciones cuando se han de valorar habilidades de comunicación y sociales siendo necesario diseñar casos con la participación de actores previamente entrenados para que sean capaces de simular la situación propuesta y valorarla. Nuestra intención es continuar utilizando este método de aprendizaje que integra conocimientos, aptitudes y valores de manera que nos permita incorporar modificaciones en aspectos metodológicos docentes y facilitar que el estudio de una materia refuerce el aprendizaje de otra.

En general hemos podido contrastar que los estudiantes muestran un alto grado de satisfacción respecto al método didáctico empleado ya que les ha acercado la teoría a la práctica clínica pero en relación a los resultados debemos modificar algunos aspectos como el sistema de autorización y la importancia de la revisión crítica de artículos.

**Figura 1: Valoración media del trabajo realizado**



**Figura 2: Valoración media de las sensaciones percibidas**



**Bibliografía**

- Carrero-Cardenal, E. Gomar, C. Penzo, W. Rull, M. *Case problem based discussion compared with traditional lecturing improves Anesthesiology Residents Year1 comprehensive learning in preoperative assessment.* Educación Médica 2004; 7 (3): 88
- Bonfill, X. *Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia. De la evidencia a la práctica Clínica.* Madrid: Sanidad y Ediciones, 2000
- *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya.* Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2003
- Vila, M. Vilanova, M. Mas, N. *Seminarios con casos simulados en la diplomatura de enfermería.* Educación Médica 2002; 5 (4): 184-90
- Dell'Ordine, J.L. *Pedagogía visible y educación invisible.* [Monografía en internet]. Buenos Aires; 2000 [citado 15 set 2004]. Disponible en: [www.didacticahistoria.com/didacticos/did04.htm]
- Carulla, M. *Programme for information management in nursing studies using problem-basen methodology (PBL) at the escuela universitaria de enfermería "Vall d'Hebron" Barcelona.* Educación Médica 2004; 7 (3): 61
- Kassab, S. Hamdy, H. Abu-Hijleh, M. Al-Shboul, Q. *Student-Led Tutorials in Problem-based Learning* Educación Médica 2004; 7 (3): 64

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen

- Zaragoza, A. *El proceso de atención de enfermería*. Rev ROL Enf 1999; 22(9):583-590
- Fernandez, A. Juanola, MD. Guillamet, A. Bernaus, E. *Evaluation of tutor competency by second-year students from*. Educación Médica 2004; 7 (3): 120

## **Dos Santos Lopes, M. B., Rodrigues, M. A.: Aprendizaje autodirigida: un paradigma educativo en la formación de los enfermeros**

### **Introducción**

Los cambios rápidos y profundos que se producen en las sociedades modernas introducen factores de inestabilidad y de duda en las relaciones sociales y profesionales. Las instituciones necesitan afrontar los desafíos de la modernidad, preparando sus recursos humanos para saber actuar con conocimientos, autonomía, flexibilidad estratégica, capacidad de adaptación y creatividad. Desde la Declaración de UNESCO, se hizo evidente la necesidad de una formación continuada para conseguir una actualización permanente de las competencias de su trabajo. En este proceso, cada persona deberá asumir la responsabilidad de su formación, ya que los nuevos modelos formativos valorizan más las capacidades para aprender y para resolver problemas que los propios conocimientos. De esta forma, a los nuevos estilos de vida y de trabajo, se han de añadir los nuevos estilos de aprendizaje, lo que conlleva la promoción de nuevos abordajes curriculares y métodos educativos. Así, se crea un nuevo paradigma del aprendizaje, centrado en el sujeto inmerso, motivado y autodirigido ( Knowles, 1995; Oddi, 1986; Carré, 1997; Long, 1996). El aprendizaje autodirigida es un concepto complejo, no siempre definido de la misma forma. Donde las personas están de acuerdo es en el conjunto de característica personales, factores internos del sujeto, que lo predisponen para un determinado estilo de aprendizaje (Knowles y Swanson, 1998; Oddi, 1986; Long, 1992; Oliveira, 1997).

En este estudio se desarrolla una abordaje sistemática al problema del aprendizaje autodirigida, en el ámbito de formación de enfermeros. Su principal propósito es conocer la predisposición para este tipo de aprendizaje en los enfermeros en formación, bien como sus métodos de estudio. Se justifica este tema, en este momento en que los desafíos inherentes a una sociedad de progreso son particularmente significativos entre los profesionales de enfermería, los cuales enfrentan un progresivo choque laboral, caracterizado por la incertidumbre de los nuevos modelos de gestión. Los enfermeros necesitan adquirir una visión de futuro, desarrollar competencias de autodirección y autonomía, así como de abordar con profundidad diversos campos de conocimiento científico de interés para la enfermería, que les permita afirmarse con serenidad dentro del equipo sanitario y demostrar que su papel es determinante para obtener beneficios sanitarios.

Es fundamental conocer las predisposiciones de autodirección y los estilos de aprendizaje de los enfermeros en formación para así, en las instituciones y escuelas, se ajusten los programas y los métodos de enseñanza al paradigma constructivo centrado en el "autor aprendiz" y no sólo en el "reproductor de conocimientos".

### **Objetivos**

- Analizar la correlación de algunas estructuras psicológicas ( como la satisfacción con la vida, la motivación, estrategias y abordajes (superficial, profunda y de alto rendimiento) y la predisposición para la autodirección en el aprendizaje.
- Analizar la correlación de variables personales (edad), y profesionales (tiempo de experiencia profesional) y la predisposición para la autodirección en el aprendizaje.
- Analizar la eficacia predictiva de las abordajes (superficial, profunda y de alto rendimiento) en la predisposición para la autodirección en el aprendizaje.

### **Método**

#### **Participantes**

Considerando una población de enfermeros que realizan el curso de complemento de formación en dos escuelas de Enfermería de Coimbra, se seleccionó una muestra no probabilística, de 157 enfermeros, que voluntariamente respondieron al cuestionario, durante el mes de enero de 2003. Los enfermeros participantes se distribuyen de acuerdo con las siguientes características personales y profesionales: 83,4% del sexo femenino y de 16,6% del sexo masculino; la media de edad fue de 33,77 años (DP: 6,78), oscilando entre un mínimo de 23 y un máximo de 60 años; la media del tiempo de experiencia profesional es de 10,68 años (DP: 5,98); 38,2% son enfermeros, 61,1% enfermeros graduados y 6% enfermeros especialistas. Proviene del hospital 82,2% y 17,8% de los Centros de Salud.

#### **Hipótesis**

Hipótesis 1 – El nivel de autodirectividad de los que se están formando se encuentra significativamente correlacionado con la edad y el tiempo de experiencia profesional.

Hipótesis 2 – La predisposición para la autodirección en el aprendizaje de los que se están formando está significativamente correlacionada con el nivel de satisfacción con la vida.

Hipótesis 3 – La predisposición para la autodirección en el aprendizaje de los que se están formando está significativamente correlacionada con las diferentes formas de abordaje al aprendizaje: superficial, profunda y de alto rendimiento.

Hipótesis 4 –El nivel de autodirectividad es diferente conforme la forma de abordaje al aprendizaje predominante

#### **Instrumentos**

-Oddi Continuing Learning Inventory (OCLI), vuelve operacional la variable aprendizaje autodirigida. Concebido por Oddi (1986), permite verificar la naturaleza del involucro de los sujetos en actividades de aprendizaje. El cuestionario de auto-respuestas con 24 ítems, puntuable en una escala tipo likert con siete niveles, permite un valor mínimo de 24 y un máximo de 168. Fue construido teniendo como referencia teórico los atributos de la personalidad, iniciativa y persistencia, a lo largo del tiempo y en una variedad de formas. En los estudios de validación portugueses se reveló un índice de consistencia interna de 0,77 (Oliveira y Simões, 2001), valor razonable, aunque inferior al obtenido por Oddi, que se situó en 0,87. Los factores específicos que el instrumento parece medir, se relacionan con la habilidad para trabajar de modo independiente y aprender a través de la relación estrecha con los demás, la habilidad de auto-regulación y la avidez por la lectura.

-Satisfaction with life scale (SWLS), avalía el juicio subjetivo que cada individuo hace sobre su calidad de vida en los diferentes dominios (salud, familia, finanzas). Es de Diener et. al. (1995) y fue validada por la primera vez para la población portuguesa por Neto et. al., (1990), y posteriormente por Simões (1992), de forma a hacer su contenido más

comprensible. La puntuación varía entre un mínimo de 5 y un máximo de 25, siendo la puntuación máxima señal de elevada satisfacción con la vida. La validación portuguesa reveló un índice de consistencia interna de 0,78 y 0,77, respectivamente, valor inferior al obtenido por Dienner et. al., (1995), de 0,87 y 0,82 en el teste-reteste. La escala está disponible en varios idiomas y sugiere potencialidad en una perspectiva transcultural.

-Study Process Questionnaire, SPQ, Concebido por Biggs, (1987;1996), e adaptado para la población portuguesa por Rosário (2000). Evalúa el grado y nivel de los diferentes abordajes al aprendizaje que un estudiante universitario utiliza en sus métodos de estudio. Es un cuestionario de auto-respuesta en escala tipo likert, compuesto por 42 ítems que permiten en un primer nivel evaluar las motivaciones, estrategias para sus seis sub-escalas. En un segundo plano, se obtienen las puntuaciones para las tres escalas de abordajes al aprendizaje (superficial, profunda y de alto rendimiento, en todo parecido con los estudios realizados por Biggs y Barca (1987 y 1999)

#### **Resultados**

En la muestra estudiada, la predisposición para la autodirección en el aprendizaje se sitúa entre 40 y 51 puntos con una media de 122.01.

A semejanza con estudios previos, son las variables psicológicas (abordaje al aprendizaje: superficial, profunda y de alto rendimiento) de los enfermeros en formación, las que se correlacionan positiva y significativamente con la autodirección de estos estudiantes. Siendo los abordajes profundos (motivación y estrategias profundas) las que representan un mayor valor explicativo de la varianza (26,01%).

Se determinó una diferencia significativa ( $p < 0.01$ ) en los niveles de la predisposición para la autodirección en el aprendizaje entre los enfermeros en que predomina un abordaje profunda ( $\bar{X} = 126.81$ ) y aquellos en que predomina el abordaje superficial ( $\bar{X} = 109.74$ ).

Los enfermeros que presentan un mayor nivel de autodirección optan por abordajes más profundos, con un estudio que orientado hacia la búsqueda de intereses personales, intrínsecamente motivado y con personal deseo de aprender.

El estudio de regresión múltiple, por el método Stepwise, permitió constatar que sólo un abordaje profundo predice una aprendizaje autodirigida. Este abordaje explica 26,3% de la varianza (25,8% si tenemos en cuenta el valor de  $R^2$  ajustado). Los enfermeros que optan por un abordaje preferentemente profunda tienden a presentar niveles más elevados en las medidas de OCLI. La ecuación de regresión presenta una capacidad predictiva de ( $p < 0.005$ ).

#### **Implicaciones para la formación de enfermeros**

Necesidad de repensar los contextos de aprendizaje y los métodos de formación continuada, enfatizando metodologías activas, de orientación reflexiva y experiencial, para las cuales los enfermeros demostraron tener predisposición.

Promover nuevas dinámicas educativas en las escuelas y ajustar los currículos, optando por métodos integrados que valoricen contextos interactivos, estrategias promotoras de abordajes profundos y significativas, estimulación metacognitiva y promoción de desarrollo personal.

Tanto desde el punto de vista de la formación continuada como de la formación académica es importante disponibilizar a los enfermeros oportunidades para que desarrollen y lideren proyectos de investigación y formación en contexto de servicio, introduciendo innovación en la práctica de cuidados y produciendo nuevo conocimiento científico.

Las organizaciones aprendientes y los servicios de formación de enfermería, deben recorrer a facilitadores y supervisores de aprendizaje y desarrollo, que sepan estimular la realización global de la persona del enfermero y su productividad.

Las nuevas tecnologías y la organización de redes son factores importantes a considerar, actualmente, en la innovación educativa, debiendo ser privilegiadas en la formación de profesionales de enfermería.

#### **Bibliografía**

BARCA LOZANO, A. [et al] (1999) - Estratégias y enfoques de aprendizaje, contextos familiares y rendimiento académico en el alumnado de educación secundaria: indicadores para un análisis causal. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*. Nº 2 (4).

BIGGS, J. B. (1987) - *Student approaches to learning and studying*. Hawthorn, Victoria: Australian Council of educational Research.

BIGGS, J. B. (1996) - Western misperceptions of the confucian heritage learning culture. In WATKINS, D.; BIGGS, J. (Eds) - *The chinese learner: cultural, psychological and contextual influences*. Hong Kong: Cerc e Acer, p. 45-67.

BROCKETT, R. G.; HIEMSTRA, R. (1991) - *Self-direction in adult learning: perspectives on theory, research and practice*. London: Routledge.

CARRÉ, P. (1997) - L'autodirection en formation: contribution à une analyse ternaire de l'autoformation en Chantiers. *Education Permanente*. 122, p. 221-232.

DIENNER, E.; SUH, M. E. (1995) - Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 17, p. 304-324.

GROW, G. (1991) - The staged self-directed learning model. In LONG, H. B. and Associates - *Self-directed learning: consensus and conflict*. Oklahoma: Oklahoma Research Center for Continuing Professional and Higher Education, University of Oklahoma, p. 199-226.

KNOWLES, M. (1995) - *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. Chicago: Follett Publishing Company.

KNOWLES, M.; HOLTON, F.; SWANSON, A. (1998) - *The adult learner: the definitive classic in adult education and resource development*. 5ª ed. Houston: Gulf Publishing Company.

LONG, H. B. (1992) - Learning about self directed learning. In LONG, H. B. and Associates - *Self-directed learning: application and research*. Norman, Oklahoma: Oklahoma Research for Continuing Professional and Higher Education, University of Oklahoma, p. 1-18.

NETO, F.; BARROS, J.H.; BARROS, A. (1990) –Satisfação com a vida .In *Ação educativa: análise psico-social*. Leiria: ESEL/APPORT p.105-117.

ODDI, R. (1986) - *Development of an instrument to measure self-directed continuing learning*. Dekalb: Northern Illinois University (Doctoral Dissertation).

OLIVEIRA, A. (1997) - Autodirecção na aprendizagem: a actualidade de um construto. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXXI, p. 35-57.

OLIVEIRA, A.; SIMÕES, A. (2001) - Estudo de validação do Oddi Continuing Learning Inventory (OCLI): um instrumento de medida da habilidade para a autodirecção na aprendizagem. In *Actas das Jornadas Modelo e Práticas em Educação de Adultos*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos, p. 289-296.

ROSÁRIO, P. [et al] (2000) - *As abordagens dos alunos à aprendizagem em função da área académica: uma investigação na Universidade do Minho*.

SIMÕES, A. (1992) - Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXVI, nº 3, p. 503-515.

## **Robinson, S. and Murrels, T.: Supporting newly qualified nurses with the delivery of patient care: first job experiences of adult branch diplomates in England**

### **Introduction**

This paper is concerned with research on support for newly qualified nurses in the delivery of patient care, focusing in particular on support with the development of clinical skills. The research was undertaken in the course of a programme of work on the careers and working lives of nurses that is funded by the Department of Health for England and Wales and based at the Nursing Research Unit (NRU) of King's College, London University.

There has long been recognition that newly qualified nurses need support in the transition from student to qualified nurse (1,2). Support is regarded as important not only because it improves the quality of patient care that these nurses provide but also enhances their confidence and increases the likelihood that they will remain in nursing (2,3). Consequently much attention has been paid in recent years to developing strategies to ensure that support is available. Forms of support that may be available to the newly qualified nurse include formal systems of preceptorship and clinical supervision and informal support from colleagues. In the United Kingdom (UK), preceptorship is a system whereby each newly qualified nurse is allocated a named individual working in the same area to help, guide and advise them (2,3). The literature on preceptorship suggests that it has two broad aims: easing newly qualified nurses with the transition to a new role and assisting them with the development of new skills (e.g. 5,6,7). The provision of preceptorship has long been advocated by the Nursing and Midwifery Council with the recommendation that it last typically for four months after qualification (3,4). Another form of support, clinical supervision, usually commences after a period of preceptorship (8) although it may be available from qualification onwards. Clinical supervision usually involves nurses meeting on a one to one basis with a person of a higher grade than themselves for the purpose of assisting their personal and professional development. As a means of supporting nurses in coping with the stresses of working life and with the development of skills and knowledge, its provision has been recommended for all nurses throughout their working life (8). While a review of the provision of supervision (9) shows that much research has focused on the subject, much less has focused on the provision of preceptorship (10,11). Most of the studies have taken the form of interviews with nurses in one or two settings.

### **Objectives and methods**

The objectives of the research reported here were to investigate adult branch diplomates' first job experiences of support in relation to:

1. Views on the amount of support received for key aspects of the newly qualified nurse's role.
2. Receipt of preceptorship and whether demand had been met for 12 separate aspects of preceptorship.
3. Receipt of clinical supervision.
4. Relationship between receiving sufficient support with the development of clinical skills and receipt of preceptorship and supervision.

The research was undertaken in the course of a longitudinal study of the careers of nurses who had qualified from the adult branch of the nurse diploma course. In England, the diploma course, which is based in the higher education sector, is the main route to qualifying as a nurse. A nationally representative multi-stage sample of just over 2000 adult branch diplomates were asked to participate in the study and 87% (1836) agreed to do so. Data collection was by postal questionnaire sent to diplomates at qualification, at six months and regular intervals thereafter. Questionnaire content was developed with a pilot cohort of 150 diplomates recruited the previous year. The above objectives were investigated in the questionnaire sent at six months to all those who had returned a questionnaire at qualification (1596) and 83% (1331) responded. The data were weighted for unequal selection probabilities and analysed using descriptive and inferential statistics.

### **Findings**

#### **Diplomates' views on whether sufficient support received**

Six key aspects of support for the newly qualified nurse were identified from a review of literature on preceptorship and supervision, combined with interviews with members of the pilot cohort. Two of these focused on developing clinical

skills: feedback on clinical skills and being taught new such skills. The other key aspects were: emotional support, setting learning objectives, reflection on practice and advice on professional practice.

For each aspect, respondents were asked for their views on the amount of support that they had received. Pilot work showed that the following five options covered all circumstances:

1. I had sufficient assistance
2. I had some but wanted more
3. I had more than I felt I needed
4. I had none but did not want any
5. I had none and wanted some.

Respondents who rang options 1, 3 or 4 were categorised as having had their demand for support met; nearly all those in this category had in fact ringed option 1. For each aspect, Figure 1 shows the proportion of respondents who had their demand met. With the exception of emotional support, less than half the diplomates reported having had sufficient support; this was particularly marked for feedback on clinical skills at 31% and figures were little higher than a third for being taught new skills, setting learning objectives and reflection on practice.

#### **Support through preceptorship and supervision**

The extent to which diplomates felt supported was then investigated further in terms of receipt of preceptorship and/or clinical supervision. Turning first to preceptorship, nearly all diplomates wanted a preceptor when asked at qualification. The six months questionnaire revealed that 85% had been allocated a preceptor in their first job. Having a preceptor did not, however, guarantee receiving preceptorship and in fact just under three quarters (72%) had done so, representing 61% of those in their first job.

Of those whose preceptorship period had ended just over half (52%) of diplomates reported that their preceptorship period had lasted as long as expected; for the 42% whose period had ended sooner than they expected, reasons offered most frequently were that their preceptor thought that they had had sufficient, staff shortages or that their preceptor had left.

Those diplomates who had received preceptorship were asked whether they had received sufficient for various separate aspects of support. These were identified from a literature review on preceptorship, combined with interviews with members of the pilot cohort. Shown in Figure 2, these included the six key aspects of support referred to earlier (in the top half of the figure), plus six other aspects concerned mainly with easing the transition into a new role. The options offered to respondents were categorised into demand met or not met; the percentages for the former are presented. The majority of diplomates received sufficient support with each aspect of preceptorship. Those aspects concerned with clinical skills, however, were among those least likely to be met.

Although the provision of clinical supervision often starts after preceptorship is completed, 34% of the diplomates taking part in this study reported having a supervisor during their first job. As with preceptorship, there was a discrepancy between having a supervisor and receiving supervision; three-quarters of those with a supervisor received supervision, accounting for 25% of those with a first job. Support with clinical skills featured prominently for the minority who had received supervision in that 97% reported being taught new clinical skills and 95% receiving feedback on clinical skills. Other key aspects of support were also likely to have been received: 90% reported receiving emotional support from their supervisor, 84% advice on professional practice; 82% on setting learning objectives and 79% on reflection on practice.

The research also investigated the extent to which receipt of preceptorship and clinical supervision was associated with feeling supported with key aspects of the newly qualified nurse's role. As shown in Figure 1, just 31% reported having had sufficient support with feedback on clinical skills. For those who had received preceptorship and supervision, this figure rose to 59%, for those who had received preceptorship only it was 32% and for supervision only, 25%. Thirty seven percent of all those with a first job reported sufficient support with being taught new clinical skills. Corresponding figures by support received were 54%, 40% and 26%. Diplomates were thus most likely to report feeling supported if they had received both preceptorship and supervision and this was followed by receiving only preceptorship and then only supervision. The findings also showed that 14% of those who received neither preceptorship or supervision, nonetheless said that they had had sufficient feedback on their clinical skills and for being taught new skills, the corresponding figure was 23%. Senior staff and staff of same grade were the main sources of informal support.

#### **Conclusions**

Two main themes emerge from this research on adult branch diplomates' experiences of support with patient care in their first job. First there was a discrepancy between being allocated a preceptor and actually receiving preceptorship; a finding also reported by other researchers (10,11). Although, there is not an expectation that all nurses will receive supervision in the immediate post qualification period, again a discrepancy emerged between being allocated a supervisor and receiving supervision.

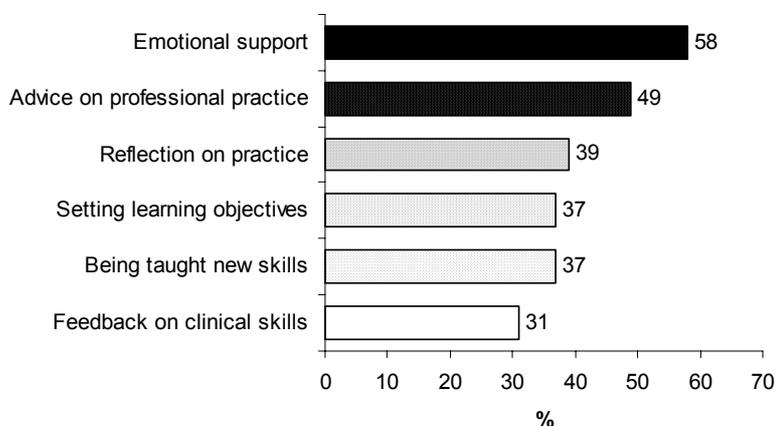
Secondly, support with development of clinical skills, the heart of patient care, was the aspect of the newly qualified nurse's role with which these diplomates were least likely to feel supported (Figure 1). Support with the development of clinical skills was one of the rationales for the introduction of preceptorship (3). Although most diplomates had received preceptorship, support with clinical skill development was among the aspects of preceptorship with which diplomates were least likely to feel that their demands had been met (Figure 2).

For nearly all of those who had received clinical supervision, this form of support had included development of clinical skills; the research did not, however, investigate whether diplomates felt that the amount they received was sufficient.

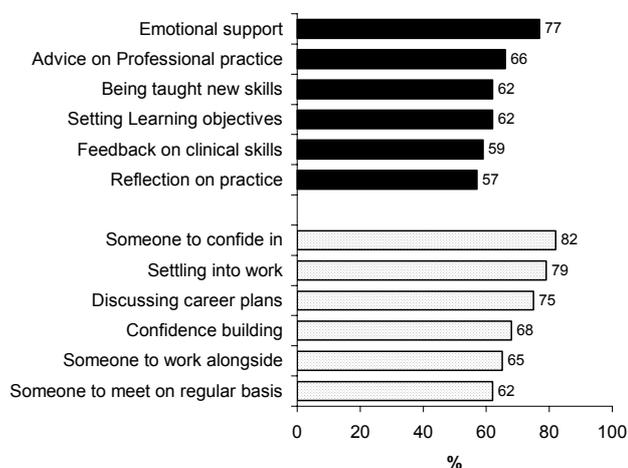
The findings have several implications for ensuring that newly qualified nurses are supported in the early post-qualification period, particularly with the development of clinical skills. First it is important that the provision of preceptorship is not just regarded as a paper exercise of ensuring that all new staff are allocated a preceptor. Rather, a senior member of staff in each setting should be nominated as taking responsibility for ensuring that preceptorship is actually delivered. Secondly, the design of preceptorship programmes should ensure that sufficient attention is devoted to the development of clinical skills. Programmes need to be based on the separate aspects of preceptorship identified in this study and preceptors should assess the expectations of their preceptees in relation to each of these aspects, as well as making their own assessment of these newly qualified nurses' needs. Third, the resource implications of preceptorship and other forms of support have to be recognized. Staff require time to acquire the skills needed to be a successful preceptor and staffing levels and workloads have to be such to allow time for assessment of preceptees' needs and for the actual provision of preceptorship. With a shortage of staff in many areas and those in post often

heavily committed with service demands and the support of pre-registration students on placement, providing adequate preceptorship for all newly qualified nurses may appear unrealistic. The NHS may be faced with the dilemma of needing to provide new staff with support to develop their confidence and safeguard the quality of patient care but having insufficient staff to do so.

**Figure 1: Demand for help and support**



**Figure 2: Demand for preceptorship**



**Bibliography**

1. Kramer M (1974) Reality shock: why nurses leave nursing. CV Mosby, St. Louise, MIS
2. Lathlean J, Smith G, Bradley S (1986) Post-registration development schemes evaluation. Nursing Research Unit, King's College, University of London
3. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1993) The Council's position concerning a period of support and preceptorship. UKCC, London
4. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1999) Fitness for practice. The UKCC commission for nursing and midwifery education. UKCC, London
5. Armitage P, Burnard P (1991) Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Education Today 11 (3): 225-229
6. Ashton P, Richardson G (1992) Preceptorship and PREPP. British Journal of Nursing 1(3): 143-146
7. Burke L (1994) Preceptorship and post-registration nurse education. Nurse Education Today 14 (1): 60-66
8. Butterworth T (1992) Clinical supervision as an emerging idea in nursing. In Butterworth T, Faugier J (eds.) Clinical supervision and mentorship in nursing. Chapman and Hall, London

9. Department of Health (1993) A vision for the future. HMSO, London
10. Butterworth T, Faugier J (eds.) (1992) Clinical supervision and mentorship in nursing. Chapman and Hall, London
11. Maben J, Macleod Clark J (1998) Project 2000 diplomates' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse. Journal of Clinical Nursing 7(2): 145-153
12. Charnley E (1999) Occupational stress in the newly qualified staff nurse. Nursing Standard 13 (29): 32-37

## Mesa Redonda (Inglés): Nursing Education

### Nilsson, L.: *Trainee program for newly graduated nurses. One way for the advanced novice to be a competent professional?*

The study had the aim to investigate if, and in that case how, a trainee program for newly graduated nurses can strengthen their vocational socialisation and their self-efficacy in work related situations. The participants got their first nursing jobs in a small hospital in the Swedish countryside. They were employed in a trainee program for two years which included three different clinic placements for eight months each, a parallel educational program and a mentor relationship. The trainee program had the aim to facilitate recruitment of nurses and to give newly graduated nurses a supportive start in their professional career.

Following research concepts has been used as theoretical framework: *socialisation processes* (1-10), *vocational learning* (11-19), *self-efficacy* (2-4, 7, 20-29) and *mentoring* (19, 30-53). From the theory of self-efficacy (24) a model was developed as a tool for analysing the results. This model stated sources for self-efficacy in terms of experience, modelling, feed-back and emotional control. As mediators for self-efficacy to go into real action the model stressed concepts like motivation, goal-setting, organisational support and possibilities to make choices.

The data that was collected came from interviews with all participants in the trainee program, and the interviews were made in the beginning and at the end of the program. Also mentors, clinic managers and program organisers were interviewed. A self-efficacy scale was used to estimate the learning process during the program. This instrument was used three times to get a longitudinal perspective – at the beginning, in the middle and at the end of the program. A reference group was used to control the results from the key respondents. The self-efficacy scale had the purpose to measure three different aspects of self-efficacy – *general self-efficacy*, *social self-efficacy* and *specific vocational self-efficacy*. For general and social self-efficacy a validated scale was used (54, 55) and for the specific vocational self-efficacy a new instrument was constructed with inspiration from other validated scales and from theories about development in vocational skills (13, 56).

The results shows that the participants start their career with a high or very high level of perceived general self-efficacy and this level remains steady during the trainee program. Social self-efficacy level start on a lower basis, but have a positive development the first year in the program. The levels for specific vocational self-efficacy differ a little depending on which nursing skill you focus on. For the role of *helping* and *treating* the participants show a high level of perceived self-efficacy through the whole program. The roles of *teaching*, *diagnostics*, *quality controller* and *organiser* start on a lower level, and do not change the first year but big achievements are made the second year. The perceived self-efficacy for dealing with *acute situations* is the role where the participants have the lowest starting point. But during the two years in the trainee program remarkable positive changes are made.

In summary you can without no doubt make the conclusion that the participants in the trainee program keep a high level, or strengthen the level, of self-efficacy during the studied period. But this is also the case for the reference group, so therefore it is impossible to state that the trainee program causes the positive development in self-efficacy. In the interviews all trainee participants, mentors, clinic managers and program organisers are very positive to the program. First of all they found it very useful to work on different clinics getting a broader experience. When the trainee group met for education they also found it positive to discuss their experiences with peers.

In many research studies you can find evidence for the view that newly graduated nurses experience a shock when they meet "the reality" in the profession (19, 57-60). But my study cannot confirm this. The trainee participants seem to come from their university studies with strong perceived self-efficacy, which even improve during the first two year of work. Sometimes the trainee nurses feel insecure and insufficient, but in most cases they cope with the situation. There is a risk that the nurse role as "a spider in the net" lead to a reactive working pattern, where you all the time depend on others needs and demands (17, 61, 62). This is evident in my study too. But you can see a paradox here because studies also show that those who choose the career as a nurse like to have a lot going on at the same time (61, 63). This makes it very important to give nurses a free space for their own initiative and possibilities to make the right priorities.

#### References

1. McGrath BJ, Princeton JC. Evaluation of a clinical preceptor program for new graduates - eight years later. Journal of Continuing Education in Nursing 1987;18(4):133-136.
2. Saks AM, Ashforth BE. Organizational socialization: making sense of the past and present as a prolog for the future. Journal of Vocational Behavior 1997;51:234-279.
3. Jones GR. Socialization tactics, self-efficacy, and newcomers' adjustment to organizations. Academy of Management Journal 1986;29(2):262-279.
4. Laker DR, Steffy BD. The impact of alternative socialization tactics on self-managing behavior and organizational commitment. Journal of Social Behavior and Personality 1995;10(3):645-660.
5. Ashforth BE, Saks AM. Socialization tactics: longitudinal effects on newcomer adjustment. Academy of Management Journal 1996;39(1):149-178.
6. Ostroff C, Kozlowski SWJ. Organizational socialization as a learning process: the role of information acquisition. Personnel Psychology 1992;45:849-874.
7. Bauer TN, Green SG. Effect of newcomer involvement in work-related activities: a longitudinal study of socialization. Journal of Applied Psychology 1994;79(2):211-223.
8. Chao GT, O'Leary-Kelly AM, Wolf S, Klein HJ, Gardner PD. Organizational socialization: its content and consequences. Journal of Applied Psychology 1994;79(5):730-743.
9. Nielsen K, Kvale S. Current issues of apprenticeship. Nordisk Pedagogik 1997;17(3):130-139.

10. Walker K. Dangerous liaisons: thinking, doing, nursing. *Collegian* 1997;4(2):4-14.
11. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur; 1999.
12. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Förhållandet mellan teori och praktik i förvärvandet av färdigheter. In: Benner P, Tanner CA, Chesla CA, editors. *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur; 1999.
13. Benner P. Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur; 1993.
14. Thibodeau JA, Hawkins JW. Moving toward a nursing model in advanced practice. *Western Journal of Nursing Research* 1994;16(2):205-218.
15. Lave J. The practice of learning. In: Chaiklin S, Lave J, editors. *Understanding practice. Perspectives on activity and context*. New York: Cambridge University Press; 1996.
16. Lave J. Learning, apprenticeship, social practice. *Nordisk Pedagogik* 1997;17(3):140-151.
17. Cheek J, Jones J. What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. *Nurse Education Today* 2003;23:40-50.
18. O'Connor SE, Pearce J, Smith RL, Voegeli D, Walton P. An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competency based assessment. *Nurse Education Today* 2001;21(7):559-568.
19. Edmond CB. A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today* 2001;21:251-259.
20. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215.
21. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982;37(2):122-147.
22. Bandura A. *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
23. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, editor. *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press; 1995.
24. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
25. Martocchio JJ. Effects of conceptions of ability on anxiety, self-efficacy, and learning in training. *Journal of Applied Psychology* 1994;79(6):819-825.
26. Saks AM. Longitudinal field investigation of the moderating and mediating effects of self-efficacy on the relationship between training and newcomer adjustment. *Journal of Applied Psychology* 1995;80(2):211-225.
27. Tannenbaum SI, Mathieu JE, Salas E, Cannon-Bowers JA. Meeting trainees' expectations: the influence of training fulfillment on the development of commitment, self-efficacy, and motivation. *Journal of Applied Psychology* 1991;76(6):759-769.
28. Major DA, Kozlowski SWJ. Newcomer information seeking: individual and contextual influences. *International Journal of Selection and Assessment* 1997;5(1):16-28.
29. Gist ME, Stevens CK, Bavetta AG. Effects of self-efficacy and post-training intervention on the acquisition and maintenance of complex interpersonal skills. *Personnel Psychology* 1991;44:837-861.
30. Hayes EF. Mentoring and nurse practitioner student self-efficacy. *Western Journal of Nursing Research* 1998;20(5):521-535.
31. Bidwell AS, Brasler ML. Role modeling versus mentoring in nursing education. *Journal of Nursing Scholarship* 1989;21(1):23-25.
32. Donovan J. The concept and role of mentor. *Nurse Education Today* 1990;10:294-298.
33. Caine RM. Mentoring the novice clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist* 1989;3(2):76-78.
34. Hamilton EH, Murray MK, Hunt Lindholm L, Myers RE. Effects of mentoring on job satisfaction, leadership behaviors, and job retention of new graduate nurses. *Journal of Nursing Staff Development* 1989;5:159-165.
35. Atwood AH. The mentor in clinical practice. *Nursing Outlook* 1979;27:714-717.
36. Gray MA, Smith LN. The qualities of an effective mentor from the students nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(6):1542-1549.
37. Jarvis P. Towards a philosophical understanding of mentoring. *Nurse Education Today* 1995;15(6):414-419.
38. Chao GT, Walz PM, Gardner PD. Formal and informal mentorship: a comparison on mentoring functions and contrast with nonmentored counterparts. *Personnel Psychology* 1992;45:619-636.
39. Brasler ME. Predictors of clinical performance of new graduate nurses participating in preceptor orientation programs. *Journal of Continuing Education in Nursing* 1993;24(4):158-165.
40. Rosser M, King L. Transition experiences of qualified nurses moving into hospice nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(2):206-215.
41. Aryee S, Chay YW. An examination of the impact of career-oriented mentoring on work commitment attitudes and career satisfaction among professional and managerial employees. *British Journal of Management* 1994;5:241-249.
42. Waters D, Clarke M, Ingall AH, Dean-Jones M. Evaluation of a pilot mentoring programme for nurse managers. *Journal of Advanced Nursing* 2003;42(5):516-526.
43. Darling LAW. What does nurses want in a mentor? *Journal of Nursing Administration* 1984;14(10):42-44.
44. Andrews M, Chilton F. Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today* 2000;20(7):555-562.
45. Ostroff C, Kozlowski SWJ. The role of mentoring in the information gathering processes of newcomers during early organizational socialization. *Journal of Vocational Behavior* 1993;42:170-183.
46. Comer DR. Organizational newcomers' acquisition of information from peers. *Management Communication Quarterly* 1991;5(1):64-89.
47. Glass N, Walter R. An experience of peer mentoring with student nurses: enhancement of personal and professional growth. *Journal of Nursing Education* 2000;39(4):155-160.
48. Yates P, Cunningham J, Moyle W, Wollin J. Peer mentorship in clinical education: outcomes of a pilot programme for first year students. *Nurse Education Today* 1997;17(6):508-514.
49. Bahn D. Social learning theory: its application in the context of nurse education. *Nurse Education Today* 2001;21(2):110-117.
50. Kram KE. Phases of the mentor relationship. *Academy of Management Journal* 1983;26(4):608-625.

51. Kram KE. Mentoring at work. Developmental relationships in organizational life. Lanham: University Press of America; 1988.
52. Smith P, Gray B. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lectures and mentors in a time of change. *Nurse Education Today* 2001;21(3):230-237.
53. Nilsson L. Att tilltro sin handlingskraft. Ett mentorprogramms betydelse för fjorton kvinnors chefskarriärer. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2000.
54. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports* 1982;51:663-671.
55. Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports* 1983;53:899-902.
56. Harvey V, McMurray N. Self-efficacy: a means of identifying problems in nursing education and career progress. *International Journal of Nursing Studies* 1994;31(5):471-485.
57. Fagerberg I. Nursing students' narrated, lived experiences of caring, education and the transition into nursing, focusing on care of the elderly. Stockholm: Karolinska institutet; 1998.
58. Kapborg I, Fischbein S. Nursing education and professional work - Transition problems? In: Kapborg I, editor. *Evaluation of swedish nursing education and professional practice*. Stockholm: HLS Förlag; 1995.
59. Lindberg-Sand A. Spindeln i klistret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska. Lund: Lunds universitet; 1996.
60. Oermann MH, Garvin MF. Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today* 2002;22(3):225-230.
61. Pingel B, Robertsson H. Yrkesidentitet i sjukvård - position, person och kön. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1998.
62. Thunborg C. Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare sjuksköterskor och undersköterskor. Linköping: Linköpings universitet; 1999.
63. Bergman G. Sjuksköterskors yrkeskarriärer och fortsatta utbildning. Linköping: Linköpings universitet; 1994.

## **Mesa Redonda (Español): Docencia en Enfermería**

**Guerra Cuesta, I., Mateo Herrero, M. L., Mayo Iscar, A.: *Análisis de las prácticas clínicas en la titulación de Enfermería: un camino hacia la calidad***

### **Introducción**

La Enfermería a lo largo de su historia se ha desarrollado como ciencia y como profesión. La profesión que poco a poco se ha ido consolidando con el respaldo de la ciencia, que le ofrece metodología, y con la práctica, que le hace funcional y útil.

Como actividad especializada y con el fin de proporcionar una atención de calidad, requiere unos conocimientos científicos y unas habilidades técnicas específicas que se adquieren mediante el estudio teórico-práctico, acrecentándose posteriormente con el desarrollo de la actividad profesional avalada por una formación continuada.

La Enfermería ha sido capaz de ir adaptándose a las necesidades y exigencias de una sociedad cambiante, pasando de ser meros dispensadores de cuidados a gestores de los mismos. Este hecho hace necesario aunar esfuerzos y unificar criterios no solo a la hora de sistematizar la práctica enfermera del día a día, sino también cuando se trata de la formación teórica-práctica de los nuevos profesionales, tratando de elaborar planes de estudio acordes con las demandas sociales en materia de salud. Estos planes de estudio también se han visto y se siguen viendo involucrados en importantes cambios a lo largo de la historia de la profesión. Podemos recordar como más significativos el R.D. 2128, de 23 de Julio de 1977, en el que las Escuelas de A.T.S. pasan a ser absorbidas por la Universidad, denominándose a partir de ese momento Diplomado en Enfermería (D.E.). Tras varios informes y estudios, se aprueba el 26 de octubre de 1990 el R.D. en el que se establecen las Directrices propias de la Diplomatura. También hay que mencionar el R.D. 1558, de 28 de Junio de 1986, que abre las negociaciones Universidad-INSALUD, para dar paso a la figura del profesor asociado clínico. Sin olvidarnos de la reforma en los nuevos planes de estudios (Convergencia Europea).

La Universidad no puede ser ajena a este cambio; antes bien, ha de liderar este proceso y garantizar la formación de profesionales. En Valladolid, los primeros veintidós profesores asociados fueron nombrados en el año 1989. Este colectivo se ha ido incrementando progresivamente hasta llegar en la actualidad a un total de cuarenta, número insuficiente y que tiene como consecuencia que los alumnos de enfermería de los tres cursos sigan recibiendo buena parte de su formación práctica de los profesionales que realizan el trabajo cotidiano.

La motivación de este trabajo es conocer la opinión de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid sobre las prácticas clínicas para identificar los problemas existentes y el grado de satisfacción sobre las mismas.

Los responsables de las Escuelas de Enfermería han analizado la complejidad y algunas dificultades que impiden que las prácticas alcancen un óptimo desarrollo (1). Entre las dificultades a destacar se encuentra la problemática propia de los centros sanitarios, el recorte de plantillas, la presión asistencial, la utilización de los recursos sanitarios por parte de otros estudios universitarios y de formación profesional, circunstancias éstas que repercuten la formación práctica de los estudiantes (2).

### **Objetivos**

- Determinar, desde el punto de vista de los alumnos, cuáles son las carencias de formación en competencias asociadas a la práctica enfermera.
- Valorar la necesidad de formación continuada y docente en los profesores asociados y no profesores para impartir una docencia práctica de calidad.
- Conocer en qué medida mejoraría su formación, aprendizaje y evaluación si estuvieran directamente tutorizados por un profesor asociado.
- Valorar el grado de satisfacción de las prácticas clínicas.

### **Métodos**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

La herramienta utilizada para medir las características de interés fue un cuestionario, con preguntas de respuesta múltiple, que los estudiantes rellenaron de forma anónima.

El cuestionario elaborado con 20 preguntas se divide en cuatro áreas con el objetivo de conocer la opinión de los alumnos sobre los siguientes aspectos relacionados con los profesores asociados sanitarios y los enfermeros que imparten sus prácticas clínicas:

- Metodología de trabajo en las diferentes unidades donde realizan los alumnos sus prácticas clínicas
  - o Aplicación del PAE
  - o Aplicación de técnicas y procedimientos.
- Metodología docente.
  - o Preparación docente.
  - o Actitud en el aprendizaje del alumno.
  - o Conocimiento y desarrollo de los objetivos a alcanzar.
  - o Evaluación
- Análisis del alumno sobre su propio aprendizaje para alcanzar las competencias del Diplomado en Enfermería (3, 4):
  - o Para desarrollar la práctica incorporando los principios éticos y legales.
  - o Para desarrollar un pensamiento crítico.
  - o Para gestionar y proveer el cuidado.
  - o Para establecer relaciones de forma eficaz, con el usuario, familia, equipo de salud y otros profesionales
- Grado de satisfacción de los alumnos en las prácticas clínicas y (5, 6, 7,8):
  - o En que medida el aprendizaje de los alumnos se debe a los profesores asociados sanitarios /enfermeros.
  - o Tiempo que los estudiantes estuvieron directamente en sus prácticas con el profesor asociado sanitario.

Muestra: 238 estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería en el Campus de Valladolid.

Lugar de realización de las prácticas clínicas: Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario "Pío del Río Hortega" y 9 Centros de Salud de la ciudad de Valladolid

Se resumieron las respuestas obtenidas con medias y desviaciones típicas o porcentajes según correspondiera. Para comparar la opinión sobre los profesores y los profesionales realizamos, según la naturaleza de la característica estudiada, un contraste de igualdad de porcentajes o de igualdad de medias. Se consideraron significativos valores de p inferiores a 0.05.

#### Resultados

**TABLA 1**

		Muy deficiente	Insuficiente	Buena/o	Excelente	P
Conocimiento y aplicación del PAE	Prof	3.17%	45.70%	41.18%	9.95%	p<0.01
	Enf	9.33%	48.44%	35.11%	7.11%	
Conocimiento y habilidades técnicas	Prof	0.48%	3.35%	65.55%	30.62%	p=0.11
	Enf	0.44%	4.00%	69.33%	26.22%	
Preparación docente	Prof	2.67%	29.33%	52.89%	15.11%	p=0.79
	Enf	0.88%	31.28%	55.95%	11.89%	
Grado de interés en aprendizaje alumno	Prof	7.49%	19.38%	41.85%	31.28%	p=0.42
	Enf	4.85%	21.15%	51.98%	22.03%	
Objetivos del aprendizaje	Prof	6.51%	24.65%	46.05%	22.79%	p<0.01
	Enf	26.11%	27.43%	38.94%	7.52%	
Evaluación objetiva por parte profesor	Prof	15.42%	11.44%	36.32%	36.82%	p<0.01
	Enf	16.98%	35.38%	30.19%	17.45%	
Aprender a optimizar y priorizar	Prof	19.18%	34.70%	36.99%	9.13%	p<0.01
	Enf	4.04%	32.29%	43.50%	20.18%	
Adquisición de actitudes hacia paciente/familia	Prof	6.57%	30.52%	42.25%	20.66%	p=0.55
	Enf	4.02%	31.70%	41.96%	22.32%	

En la tabla 1 presentamos resúmenes de las contestaciones obtenidas en preguntas relativas a la metodología de trabajo, a la metodología docente y al aprendizaje del alumno.

#### Metodología de trabajo

Los alumnos reciben una formación teórica basada en el proceso de atención de enfermería, pero tienen dificultades para llevarlos a la práctica, ya que se observa que solo el 9% de los profesores asociados sanitarios y de los profesionales aplica sistemáticamente el PAE como metodología de trabajo, mientras que el 96% de los profesores asociados sanitarios y de los profesionales realizan correctamente las técnicas y procedimientos, en concordancia con los conocimientos teórico-prácticos que ellos han adquirido en las prácticas simuladas realizadas en la propia Escuela de Enfermería.

#### Metodología docente

En relación con la opinión de los alumnos sobre la preparación docente de los asociados sanitarios un 52% cree que es adecuada y un 15% excelente, observándose similares resultados para los profesionales: un 55% la considero adecuada y un 11% excelente.

El grado de interés por el aprendizaje de los alumnos fue similar en ambos colectivos, encontrando, al menos, un interés adecuado en ellos en torno al 72% de los estudiantes.

Un 31% de los profesores asociados no tiene en cuenta los objetivos a alcanzar en la formación práctica mientras que en el caso de los enfermeros este porcentaje se incrementa hasta el 54% ( $p < 0.01$ ).

En cuanto a la evaluación un 48% de los alumnos cree estar mal evaluado cuando esta directamente tutorizado por el profesor asociado, mientras que este porcentaje se eleva hasta un 72 % cuando el alumno no realiza sus prácticas con el profesor que le evalúa ( $p < 0.01$ ).

#### Análisis del alumno sobre su propio aprendizaje para alcanzar las competencias del Diplomado en enfermería.

Un 63% de los alumnos reconoce haber adquirido actitudes y formación en valores tanto de los profesores asociados como de los profesionales.

El 46% de los alumnos cree haber adquirido la competencia para desarrollar un pensamiento crítico con el profesor asociado frente a un porcentaje muy superior, el 63%, observado con el enfermero ( $p < 0.01$ ).

#### Grado de satisfacción.

En una escala de 0 a 10, los estudiantes otorgaron un 6.5 (d.t.=1.5) a su satisfacción en las prácticas. Los estudiantes estuvieron directamente en sus prácticas con el profesor asociado un 29.6% (d.t.=17.9%) del tiempo y consideran que un 36.3 % (d.t.=20.7%) de su aprendizaje se debe a ellos ( $p < 0.01$ ).

Gráfico 1



#### **Discusión y conclusiones**

El objetivo general que nos proponemos conseguir durante el periodo de prácticas es: "Que el alumno integre los conocimientos y desarrolle las habilidades que le permitan prestar cuidados de enfermería al individuo, familia, y comunidad en cualquier estado de salud en respuesta a la valoración de sus necesidades bio-psico-sociales, integrado en el equipo de salud, con el fin de adquirir las competencias profesionales del Diplomado en Enfermería".

Este trabajo de investigación muestra que los estudiantes aprecian carencias fundamentales en su formación práctica, tanto si es impartida por profesores o no profesores.

Los estudiantes encuentran una gran divergencia entre las enseñanzas teóricas (P.A.E.) y lo realizado en las prácticas, situación ésta que dificulta el aprendizaje necesario para alcanzar la competencia profesional para gestionar y proveer el cuidado.

El alto porcentaje de conocimiento y correcta aplicación de técnicas que adquieren los estudiantes en las prácticas impartidas por ambos colectivos nos indica una importante relación entre la teoría adquirida en la Escuela (prácticas simuladas) y las prácticas reales.

En la formación en valores y adquisición de actitudes hacia el paciente, familia y miembros del equipo de trabajo, los alumnos refieren que la formación recibida por profesores y profesionales no alcanza el nivel óptimo que se precisa para el ejercicio de nuestra profesión.

El desconocimiento de los objetivos por parte de un elevado porcentaje del colectivo enfermero y en menor grado de los profesores asociados dificulta la adquisición del aprendizaje y la evaluación del mismo. El alto porcentaje los alumnos que se sienten mal evaluados demanda de los responsables de las materias herramientas que permitan llevar a cabo una evaluación más objetiva.

Los alumnos opinan que ambos colectivos demuestran un insuficiente interés por su aprendizaje. Asimismo refieren desigualdades en su aprendizaje en función del lugar asignado para la realización de las prácticas.

En consecuencia, hemos detectado carencias en la aplicación de metodología enfermera, en la preparación y motivación docente y en la formación por objetivos del aprendizaje. Por otra parte los estudiantes muestran una relativa satisfacción con las prácticas clínicas realizadas.

Como propuestas de mejora, ofrecemos las siguientes:

- Puesta en marcha de programas de formación específicos para cubrir carencias señaladas.
- Necesidad de que las prácticas sean tutorizadas directamente por profesores.

#### **Bibliografía**

1. Ferrer MA, Rojo C, Ruiz MC, Fernández AM, Guerrero M, Cruz J. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela U. de Enfermería de Soria. Metas 2002; 44: 18-22.
2. Icart T, Pulpón A, Pedreny R, Úbeda I, Roca M. Prácticas de Enfermería Comunitaria: evaluación de una muestra de enfermeras tutoras (curso 2001-02). Revista Educación Médica. 2003. V. 6. N.4.
3. Argómaniz J y otros. Competencias profesionales. Una guía para la formación enfermera. Servicio vasco de salud. 2004.

4. Medina JL.. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de Enfermería. Editorial Alertes. 1999.
5. Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizárraga C. La formación práctica en Enfermería en la Escuela U. de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales, un estudio cualitativo con grupos de discusión. Revista española de salud pública. 2002; 76: 517-530.
6. Colina J, Medina JL. Construir el conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. Revista Rol. Enfermería. 1997; 232: 23-30.
7. Úbeda I, Pujol G, Olive C, Álvarez R, Segura MS. Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. Enfermería clínica. 1993; 3 (11-15).
8. Roma J. La enseñanza basada en problemas y la enseñanza en grupos: Una alternativa para estudio, residentes y profesionales. Revista Educación Médica. 1999; 2 (3) 104-106.
9. Zabalegui A. Prácticas clínicas en Enfermería: métodos docentes. Revista Educación Médica. 1999; 2 (4).

## **Palmar Santos, A., Pedraz Marcos, A., García González, A.: Construcción de un protocolo de investigación tutorizado en la formación pregrado**

### **Introducción**

La investigación en Enfermería cobró un impulso definitivo en España en el último cuarto del siglo pasado, con la aparición de revistas de contenido científico, el reconocimiento de la capacidad investigadora de todos los profesionales sanitarios en la Ley General de Sanidad, y la incorporación de esta disciplina a la Universidad. Desde 1977, los estudios de Enfermería pertenecen al ámbito de la educación superior, que prepara como indicaba la Ley de Reforma Universitaria, para el ejercicio de actividades profesionales que exijan la aplicación de conocimientos y métodos científicos.

La mayoría de los planes de estudios de las escuelas universitarias de Enfermería españolas incorporan la metodología de la investigación al currículo formativo de las enfermeras. No obstante, y con el fin de superar las trabas que la Subcomisión de Estudios Experimentales del Consejo de Universidades pone a las escuelas que incluyen dentro de sus planes de estudios asignaturas denominadas metodología de la investigación en enfermería, ha sido necesario camuflar esta formación con denominaciones que sólo sugieren el contenido de la asignatura a impartir.<sup>1,2</sup>

La necesidad de investigar en salud tiene su fundamento principal en la aplicación de los resultados de la investigación en la mejora de la práctica asistencial. Desde este principio, parecería imprescindible la formación metodológica en el curriculum de Enfermería. Como dice Sánchez-Prieto, la ciencia es una actividad humana y la metodología, algo más que la lógica del procedimiento científico: es lo que nos permite en el fondo, adquirir conocimientos nuevos, salir de la tradición de lo que ya se sabe.<sup>3</sup>

La Universidad Autónoma de Madrid mantuvo en el plan de estudios de sus cinco escuelas de Enfermería la asignatura de Metodología de la Investigación, de 1993 a 1999. Con la introducción del plan de estudios actual, la asignatura cambió su nombre por el de Teoría del Conocimiento, aunque los contenidos se mantuvieron idénticos, ya que los descriptores lo permitían. El empeño en mantener esta formación en la diplomatura se basaba en una realidad incuestionable: la ausencia de licenciatura en Enfermería no impedía que las enfermeras de este país realizaran investigaciones locales relacionadas con su trabajo habitual, participaran en cursos de postgrado de investigación o fueran investigadores principales de proyectos presentados a financiación en las convocatorias, por ejemplo, del Fondo de Investigaciones Sanitarias.<sup>4</sup>

Como en casi todas las escuelas españolas, en la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid existen otras asignaturas troncales, obligatorias y optativas en las que se trabajan aspectos relacionados con la investigación: la asignatura de Bioestadística, el módulo de Epidemiología que se imparte dentro de Enfermería Comunitaria, la asignatura de Documentación y Sistemas de Información Sanitaria.

El objetivo de la asignatura Teoría del Conocimiento es proponer al alumno el aprendizaje del proceso de investigación. Para ello, los alumnos realizan un protocolo de investigación a lo largo del curso, en pareja, y guiados por un tutor procedente experto en metodología de investigación. Además, los alumnos reciben clases teóricas de apoyo previas a la elaboración de la pregunta de investigación.

Durante 4 o 5 tutorías, los alumnos discuten con el tutor: la pregunta de investigación (el tema de estudio); la revisión bibliográfica y la consulta de expertos, para justificar y describir el estado actual del tema de investigación; la fase conceptual del estudio; y la fase metodológica del mismo.

Para la Escuela, la experiencia de los últimos diez años había sido evaluada como positiva:

- Los alumnos presentaban temas relevantes para Enfermería.
- Se implicaba a otros profesores de la escuela como expertos.
- También los profesionales de los centros donde los alumnos hacían sus prácticas clínicas participaban como expertos y asesores a lo largo del proyecto.
- Alguno de los protocolos diseñados se llevó a cabo en años posteriores.

Sin embargo, queríamos contar con la evaluación de la experiencia por parte de los alumnos, para lo cual llevamos a cabo el estudio que se presenta.

### **Objetivo del estudio**

El objetivo del estudio es conocer la opinión de los alumnos acerca de la metodología de aprendizaje utilizada en la asignatura Teoría del Conocimiento: la construcción de un protocolo de investigación tutorizado

### **Metodología**

Diseño: Estudio descriptivo transversal que se materializó en una encuesta de tipo evaluativo. Ámbito del estudio: El estudio se llevó a cabo en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, ubicada en el municipio de Leganés. La población elegida fueron todos los alumnos que en ese momento estaban cursando la asignatura de "Teoría del conocimiento", que son los correspondientes a 2º de Enfermería. El número total de encuestados fue de 69 alumnos de los cuales 13 son varones y 56 son mujeres. El momento elegido para el desarrollo del estudio fue en el periodo comprendido entre la entrega del protocolo a sus respectivos tutores tras la finalización del mismo, y a la

espera de la evaluación final. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta de satisfacción creada ad hoc que se validó con un 5% de la muestra.

La encuesta cuenta con 5 apartados referidos a:

1. La elaboración de la pregunta de investigación.
2. La búsqueda bibliográfica.
3. El diseño del estudio.
4. La metodología de estudio.
5. Aspectos evaluativos de la asignatura.

Se trata de una escala de satisfacción con preguntas cerradas, con 4 ítems de respuesta cada una. En cada apartado, se incluyeron también una pregunta final de carácter abierto y dos finales en la misma línea de valoración general. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis descriptivo con asignación de frecuencias.

#### **Resultados**

Los resultados son planteados de manera que cada asignación de frecuencia nos muestre el porcentaje que representan del total, expresándolo en una tabla de frecuencias.

El porcentaje de no contestados resulta mínimo siendo 4 ítems aislados dentro de distintos apartados, por lo que no se han tenido en cuenta a la hora de valorar sus representatividad en las tablas finales.

En la valoración global tenemos un porcentaje de satisfacción del 74% entre los alumnos que se muestran satisfechos o muy satisfechos. Pero en el análisis por apartados vemos que este porcentaje se ve disminuido en algunos casos.

El apartado 1, en el que nos referimos a la pregunta de investigación, su utilidad, la dificultad en su elaboración. El 76% se encuentra satisfecho o muy satisfecho siendo los principales problemas encontrados: los derivados de las dificultades de acceso a la información para discriminar lo que puede resultar pertinente como tema de investigación y lo que no.

El apartado 2, en el que se analizaba la parte de búsqueda bibliográfica que permita elaborar el estado actual del tema de investigación, existe un 56% de alumnos satisfechos o muy satisfechos, encontrando más problemas que en el apartado anterior, relacionados con: pocos recursos a la hora de acceder a los sistemas informáticos y redes necesarias para la elaboración del mismo. Y un número significativo de respuestas en la línea de dificultad personal a la hora de abordar esta parte del trabajo.

El apartado 3, que se centra en el diseño del estudio, nos informa de que los alumnos vuelven a encontrarse más cómodos en este trabajo y el grado de satisfacción con esta parte llega al 66%. Cuando han resuelto las otras dos partes anteriores no tienen mucho problema en abordar el diseño correspondiente a su estudio elegido, aunque hay apreciaciones en la línea de no tener conocimientos suficientes para afrontar este apartado y la dificultad de la elección con la formación recibida.

El apartado 4 referente a la metodología del estudio existe un 68% de satisfacción, encontrando los mayores problemas en el tratamiento de las variables elegidas de la forma apropiada para el desarrollo de su trabajo. Presentan muchas dificultades en la elección de la muestra y el cálculo de su tamaño.

El último apartado que analiza la evaluación de la asignatura y la percepción que tienen los alumnos de la carga evaluativa, el tratamiento de asignatura tutorizada y los problemas encontrados con su consecución en el aspecto formal de la materia, observamos un 82% de alumnos satisfechos o muy satisfechos, lo que parece corroborar la idea de la pertinencia de la metodología educativa seguida para este tipo de formación académica.

Resaltan como aspectos positivos de la forma tutorizada el acceso a resolución de dudas de forma efectiva, y la orientación facilitada en los distintos momentos del trabajo. La accesibilidad de los distintos tutores también se percibe como algo positivo.

En cambio existen valoraciones negativas en cuanto a la materia, centrándose principalmente en el hecho de la dedicación tan importante que requiere no siendo siempre evidente su utilidad para el futuro como enfermeros asistenciales. El desfase existente entre lo exigido y lo enseñado queda patente en algunas encuestas, considerando desproporcionado lo que se pide en comparación con lo que ellos obtienen en la formación teórica de las materias impartidas al respecto.

#### **Discusión**

La elección de una metodología de aprendizaje participativa en la asignatura Teoría del Conocimiento, basada en la realización de un protocolo de investigación tutorizado, se percibe como satisfactoria para la mayoría de los alumnos que la cursan en la EUE de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, los responsables de la asignatura deberían tener en cuenta en su programación aspectos referidos a:

- a. Reforzar la formación teórica previa a la realización del protocolo.
- b. Mejorar las infraestructuras de acceso a la información.
- c. Considerar el tiempo de dedicación del alumno a la asignatura, tal como indica la filosofía del Espacio Europeo de Educación Superior.

#### **Bibliografía**

1. Moreno Casbas MT. La investigación de enfermería en España, una realidad posible. *Enferm Cardiol.* 2001; 22: 19-24.
2. Cabrero García J, Richart Martínez M. Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Universidad de Alicante; 2001.
3. Sánchez-Prieto JM. El diálogo con otras ciencias. En: Escuela Universitaria de Enfermería Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Investigación: El diálogo de enfermería con otras ciencias. Pamplona: EUNSA; 1997. p. 17-47.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

4. Pedraz Marcos A. La formación en metodología de investigación en el pregrado de Enfermería. En: XXIV Sesiones de Trabajo de la AEED. XXV Años de la Enfermería en la Universidad; Cartagena 5,6,7 de marzo de 2003. [en prensa]

**Durán Escribano, M., Miralles Sangro, M. T.: *Análisis transcultural de los valores del concepto de cuidar, identificados por los estudiantes de Enfermería del primer curso***

**Palabras clave:** Valores del cuidado/ Educación transversal

**Resumen**

Este estudio trata de identificar los valores del cuidado que tienen significación para los estudiantes que acceden a los estudios de enfermería. Se parte de una población de estudio culturalmente homogénea y se enmarca en el contexto del modelo de aprendizaje significativo. Desde esta perspectiva, nos proponemos en ésta primera fase del estudio que el estudiante identifique los valores emocionales, éticos y de la práctica de cuidar y ser cuidado, que hayan podido resultar significativos para sí mismos en su experiencia vital y la de su entorno familiar, cultural y social. Partiendo del reconocimiento de ésta vivencia personal, se le va a permitir al estudiante compartir con el grupo aquellos valores que son significativos del cuidado propio para incorporarlos en el aprendizaje y en la práctica del cuidado enfermero, siguiendo un proceso de educación transversal, que ha de facilitarle la integración del conocimiento disciplinar del concepto y naturaleza del cuidado enfermero.

**Objetivos de investigación**

- Conocer la determinación de los valores significativos del cuidado que tienen los estudiantes que acceden a los estudios de enfermería.
- Integrar los valores del cuidado en el aprendizaje teórico-práctico del conocimiento disciplinar utilizando para ello el método de educación transversal.
- Determinar el grado de representación de los valores por parte del estudiante durante el periodo de prácticas clínicas.

**Objetivos finalistas del trabajo**

- Que los estudiantes determinen y describan los valores que les identifican desde su propio concepto de cuidar para reconocerlos en el aprendizaje del cuidado enfermero.
- Que los estudiantes participen activamente en la construcción de la definición y justificación de los valores que son incorporados como elementos transversales en las prácticas clínicas del primer año de sus estudios.
- Que los valores definidos por el propio estudiante, se adapten a su método de aprendizaje para contribuir a la determinación de la actitudes que debe tener como futura/o enfermera, en relación con la persona que cuida, orientando el aprendizaje en las prácticas clínicas desde los valores significativos que son constitutivos del cuidado.
- Que los estudiantes participen en la construcción de los materiales que se van a utilizar en las prácticas clínicas en relación con el trabajo de educación en valores del cuidado enfermero.

**Hipótesis conceptual**

- El aprendizaje de los valores del cuidado está determinado por el concepto de cuidar que el estudiante conoce desde su experiencia y cultura del cuidado propio.
- El método de educación transversal permite incorporar los valores del cuidado a lo largo del proceso de aprendizaje del estudiante.

**Hipótesis discursiva**

- Los estudiantes que identifican desde su propia posición sociocultural la construcción del discurso en el aprendizaje en valores, se comportan con mayor motivación hacia las actitudes derivadas de los valores del cuidado enfermero.

**Metodología**

Se asienta en el análisis discursivo y profundiza en los usos concretos que pueden hacerse desde el análisis de textos en una orientación inicial por métodos de inducción y deducción, hasta el análisis del discurso en una perspectiva constructivista o interpretativa del sentido del lenguaje.

1.- Población de estudio:

- a) Estudiantes de enfermería del primer año. Total 113 estudiantes.
- b) Características socioculturales de la población de estudio; VARIABLES:
  - Residencia de la vivienda actual. En el área urbana donde se ubica la universidad o, fuera del área urbana de la universidad en la que estudia.
  - Nivel de estudios previos para el acceso a la universidad. Formación Profesional, Selectividad, o mayores de 25 años.
  - Nivel de instrucción de los padres. Estudios superiores, Profesionales de Grado Medio o, sin estudios específicos.
- c) Características del perfil del estudiante de enfermería; VARIABLES:
  - La carrera de enfermería ha sido su elección primera.
  - Accede a enfermería porque tiene algún familiar cercano de la rama sanitaria.
  - Accede a enfermería porque ha vivido una experiencia personal o cercana en relación con la dependencia de cuidados.
  - Estudia enfermería como segunda opción de Ciencias de la Salud.
  - No ha sido su elección enfermería y piensa cambiar de carrera.
  - Dedicar estrictamente su tiempo en la universidad al estudio de su carrera.
  - Dedicar su tiempo en la universidad a actividades culturales y de extensión universitaria.
  - Compartir sus estudios con el trabajo remunerado.

- Comparte sus estudios con el trabajo voluntario.
  - Realiza de forma sistemática otras actividades complementarias (deporte, culturales, etc.).
- 2.- Antes de iniciar este estudio, se introduce previamente al grupo de estudiantes en un programa de formación inicial en el procedimiento y métodos de la educación por valores, haciéndole participe desde su inicio en la metodología del proyecto, a través de seminarios programados para éste fin.
- 3.- Análisis e interpretación de los textos producidos.
- Se analiza el texto, destacando las palabras en las que se producen reiteraciones, y en las que existen asociaciones posibles o a las que se puede atribuir lejanías o proximidades semánticas. Es una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa de los mensajes.
  - Se analiza posteriormente la estructura de frecuencias en la que la palabra se convierte en la unidad básica de análisis, se trata de un análisis de asociaciones que se lleva a cabo desde la descripción de sus componentes y se incluyen en categorías objetivadas, destacando entre todos los valores seleccionados aquellos que resultan ser significativos para el conjunto de los estudiantes.
  - Se determina el código o enunciado de los valores definidos por los estudiantes, en la interpretación que de ellos se realiza en relación con la clasificación predeterminada de los valores en sus tres dimensiones; éticos, emocionales y pragmáticos.
  - Para ello se identifican los elementos básicos y se subdividen en fracciones hasta sus últimas consecuencias, para posteriormente descubrir nuevas maneras de componerlos de forma diferente, por lo que se sigue un proceso de deconstrucción en el sentido de tomar del discurso del estudiante los elementos claves del lenguaje del cuidado propio, para construir un lenguaje común sobre el que trabajar posteriormente en una idea compartida de los valores del cuidado, que habrán de conducir al estudiante a aproximar su propia percepción del cuidado a la naturaleza disciplinar del cuidar enfermero.
  - Buscamos las líneas de enunciación simbólica para hacerla objetiva, dando un mayor interés a la práctica del discurso y considerando en ello el contexto educativo y social como el conjunto de referentes que otorgan significado a este discurso y a este momento histórico en concreto.
  - La interpretación del discurso nos va a llevar a la búsqueda del sentido, estableciendo correlaciones entre el perfil y características socioculturales del estudiante y la percepción del propio cuidado interpretado por ellos mismos, buscando las correlaciones e interpretaciones que pueden inferir o resultar condicionantes de la construcción de una cadena compleja que circunscribe a tales valores y la percepción de los conceptos definidos por los propios estudiantes.

#### **Procedimiento**

- Seminario sobre Educación por Valores, dirigido a los estudiantes de primer año de enfermería.
- Selección y descripción de los valores representativos del cuidado. Producción de textos por los estudiantes.
- Lectura crítica de los textos por el grupo de investigadores y presentación del texto elaborado a los estudiantes para realizar a partir de ello una segunda lectura crítica del texto por los propios estudiantes y se contrastan las interpretaciones de los investigadores y de la población de estudio.
- Se completa el análisis de textos con debates abiertos de participación activa del estudiante y se hace análisis del discurso.
- La documentación obtenida de este proceso, nos lleva a crear asociaciones e hipótesis, a partir de los conceptos más relevantes utilizados por los alumnos, lo que nos conduce hacia una primera clasificación de los tres valores seleccionados.
- Los estudiantes participan posteriormente seleccionando nuevamente los códigos que les parecen relevantes desde la lectura estructurada de sus propios textos, y destacan de ellos los conceptos (códigos) que les orientan hacia una definición compartida de los tres valores seleccionados. Los investigadores construyen el nuevo texto con la interpretación de la definición de los tres valores.
- Esta definición es la que se va a utilizar en el documento de trabajo que el estudiante deberá llevar a la práctica durante el periodo clínico.
- Posteriormente se evalúan los resultados a partir de la producción de nuevos textos en los documentos elaborados por el estudiante en la transcripción de las situaciones que han representado la aplicación de los valores seleccionados.
- De la misma manera, durante el periodo lectivo teórico, los tres valores han pasado a constituir un eje transversal que se referencia durante la exposición de las clases teóricas.
- Esta experiencia se evalúa igualmente a través de un ejercicio en el que el estudiante manifiesta la capacidad para integrar los valores seleccionados, en los contenidos impartidos en el periodo lectivo de las clases teóricas.
- Se analiza la variabilidad en los contextos del discurso, lo que nos permite agrupar diferentes formaciones culturales o simbólicas.
- Se clasifica un orden que nos permita identificar las diferencias observadas, traducidas en informes redactados.
- Y, por último se representan los resultados en ejes de polaridad.

#### **Conclusiones**

##### Conclusiones al Primer Objetivo:

Los estudiantes describen en una primera etapa del estudio un total de 64 valores que posteriormente clasifican por su significado, integrando unos en otros, lo que les lleva a seleccionar 34 valores. Estos los clasifican a su vez en los tres ejes, dándoles un peso específico en razón de su frecuentación y sentido simbólico para la definición del valor seleccionado. Como resultado de éste proceso, los estudiantes identifican tres valores principales, según los ejes de estudio;

- En el eje ético identifican el valor del RESPETO.
- En el eje emocional, identifican el valor de la EMPATÍA.
- En el eje práctico, identifican el valor de la RESPONSABILIDAD.

##### Conclusiones al Segundo Objetivo:

- El 5'30% de los estudiantes, incorpora adecuadamente los valores en el aprendizaje del conocimiento teórico.
- El 42'47% de los estudiantes, no incorpora transversalmente los valores seleccionados, y transmite dificultad para relacionar los conceptos teóricos con los valores seleccionados.
- El 52'2% de los estudiantes no está motivado o no responde a la propuesta de trabajo voluntario para la integración de los valores en el aprendizaje del conocimiento teórico.

#### Conclusiones al Tercer Objetivo:

- El 100% de los estudiantes, en las relaciones personalizadas que se dan durante las prácticas clínicas, responde al descubrimiento de situaciones que suscitan la representación de encuentro con los valores del cuidado que han sido predeterminados por ellos mismos.
- No todos los estudiantes identifican en igual cantidad y calidad los valores del cuidado, durante el periodo práctico.

#### **Discusión final**

1.- Los estudiantes de primer año, no presentan dificultad aparente para incorporar nuevos modelos de valoración cualitativa en su aprendizaje.

2.- La identificación de los valores del cuidado que surge de la experiencia vivida desde la particularidad de cada estudiante como persona, es muy similar entre estudiantes de perfil cultural homogéneo, existiendo bastante consenso en el acuerdo de los valores seleccionados.

3.- La representación de los valores del cuidado, se hace más evidente durante la relación personalizada entre el estudiante y la persona que requiere cuidados enfermeros, durante las prácticas clínicas, que en el aprendizaje teórico ya que presenta cierta dificultad para el estudiante la abstracción necesaria para relacionar, valores con conceptos teóricos de contenido disciplinar.

4.- El desarrollo de métodos de educación enfermera nos debe llevar hacia la incorporación de modelos constructivistas de significación de conceptos y valores, ya que la manera natural de aprender de las personas es, a partir de sus conocimientos y experiencias previas y, siendo que, el concepto de cuidar es de naturaleza transcultural y compleja, los métodos de aprendizaje que han de resultar consecuentemente más efectivos habrán de estar enmarcados en ésta misma estructura didáctica, en transición entre el paradigma sociocrítico y el paradigma educativo de la complejidad (Edgar Morin).

4.- La constatación de diferencias en la calidad y cantidad de las representaciones de valores identificados por los estudiantes, durante el periodo de prácticas, nos lleva a plantear una nueva etapa del estudio para profundizar en los diferentes contextos que establecen estas diferencias.

#### **Bibliografía**

- Escamez J. Gil R. "La educación en la responsabilidad". Barcelona 2001, Paidós Ibérica.
- Martín X. Y cols. "Tutoría, técnicas, recursos y actividades". Madrid, 2003, Alianza Editorial.
- Míguea Jean-Claude. "La escuela de la ignorancia". Madrid 2002. Acuarela Libros.
- Haydon G. "Enseñar Valores. Un nuevo enfoque". Madrid 2003, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Morin Edgar. "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro". Barcelona 2001, Paidós Ibérica.
- Medina J.L. "La Pedagogía del Cuidado" Barcelona 1999, Alertes S.A.
- Steiner G. "La barbarie de la ignorancia". Madrid 2000, Taller de Mario Muchnik.
- García S. Dolan S. "La dirección por valores". Madrid 2003, Esade.
- Monereo C. Pozo J.I. "La universidad ante la nueva cultura educativa". Madrid 2003, SINTESIS.
- Stephenson J. Y cols. "Los valores en la educación". Barcelona 2001, Gedisa.
- Alonso L.E. "El análisis sociológico de los discursos", Capítulo 6: La mirada cualitativa en Sociología. Fundamentos. Material entregado en el Curso Avanzado de Investigación Cualitativa. Investen-Redics.
- Conde F. "El análisis del discurso". Material entregado en el Curso Avanzado de Investigación Cualitativa. Investen-Redics.

## 19 de Noviembre

### **Mesa Debate: La Investigación en Enfermería en Europa/ Nursing research in Europe**

**Investigación en Enfermería y Genética. Maggie Kirk. Directora Asociada de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Glamorgan. *Nursing Research and Genetics: a priority for 21st century Europe? Dr. Maggie Kirk. Associate Head of the School of Care Sciences, University of Glamorgan.***

Genetics has been seen by many as being of little relevance to nursing practice and education. Many genetic conditions are rare, and most nurses are unlikely to encounter patients with such conditions in the whole of their professional life. Are we then justified in claiming that greater priority should be given to improving genetics knowledge amongst nursing professional groups, and in conducting more research about genetics? Should we not focus our efforts on improving care for people with more common diseases?

This paper will challenge these assumptions, arguing on several counts that nursing cannot assign a low priority to genetics in research or education.

#### **The relevance of genetics to everyday nursing practice**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

It is true that traditional genetics, as a medical specialty, has had a relatively narrow focus on the single gene conditions and on alterations to chromosome number or structure. On an individual basis, most conditions are rare but numerous, with the potential for alterations to around 30,000 genes to result in single gene conditions alone. Even so, some conditions are more common, such as cystic fibrosis and sickle cell disease, with a birth frequency in the UK of 0.4 and 0.1 per 1000 births respectively. Other conditions, such as familial hypercholesterolaemia are more common again, with a birth frequency of 1 in 500. Taken all together, the single gene conditions are thought to affect up to 5% of the population, causing considerable ill-health and premature mortality (1). Improvements in diagnosis and management of these conditions, coupled with globalization and the greater mobility of people across international boundaries, is changing the pattern of genetic disease and making it more likely for health professionals to encounter people with genetic conditions,

However, it is the developments in research and technology through the Human Genome Project that have broadened the scope of genetics, bringing it into the 'healthcare mainstream'. Attention is being paid increasingly to specific genes involved in common disorders, such as cardiovascular disease, hypertension, cancer and schizophrenia. Greater understanding of the role that our genes play in illness indicates that six out of ten people are likely to develop a disease that is at least partly genetically determined by the age of 60 (1). This knowledge and understanding is also leading to:

- A new way of classifying diseases incorporating 'sub-types' based on genotype, such as is developing for diabetes, breast cancer and Alzheimer's disease.
- The possibility of earlier detection of disease, with an increasingly widespread use of gene tests to diagnose and predict disease.
- Greater opportunities for prevention of disease, transforming disease management from a 'diagnose and treat' approach to one of 'predict and prevent'. Integrating this into prevention programmes will require patient and provider education, along with the identification of effective compliance programmes.
- More effective and better targeted treatments will be developed through rational drug design.
- Ultimately, newer types of treatments, incorporating gene therapy techniques such as gene replacement, gene augmentation and gene correction will become available (2).

The implications of these developments for healthcare are far-reaching, both for the organisation and delivery of services, and for the appropriate preparation of healthcare professionals to learn new skills and to take on new roles. Research will be needed in all areas of nursing practice, including the delivery of care, health environment, organisation and management of services, and workforce evaluation and planning. For example, the role of the nurse in identifying people who might benefit from genetics information, in communicating risk, obtaining informed consent for genetic testing, and supporting decision-making, all need to be carefully studied. Modes of delivery of different services, and interdisciplinary working, will be increasingly relevant as the focus of genetics services moves from the specialist regional centres to local community health centres.

There has been clear indications that education is ill-prepared and even reluctant to embrace the challenges posed by genetics (3). Equally worryingly, there is growing evidence of poor knowledge and skills in genetics, further compromised by inadequate provision for education, that raises doubts about the quality of care delivered *currently* for all patients with or at risk of a genetic condition (4).

There has been a steady flow of literature urging nurses to take note of the advances in genetics brought about by the Human Genome Project, and to consider their implications for health and nursing (5). The statement by the UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education that "... *nurses and midwives of the future will have to have a basic knowledge of genetics, at the very least*" gave a clear indication that nursing was beginning to recognise the growing importance of genetics in nursing education and practice (6). In a more recent statement (7), the Nursing and Midwifery Council (formerly UKCC) stresses that "*For health professionals, genetics has already become an issue they cannot observe from the sidelines.*"

We can thus no longer 'dismiss' genetics as being of little relevance to nurses in their everyday practice. Education and research are essential, to produce informed practitioners who can themselves address the need for a greater body of nursing knowledge to inform a practice in which genetics is an integral part. The optimal ways to integrate genetics technology into the delivery of nursing care also will have to be identified.

#### **Research and education: essential factors for effective health care**

Research cannot take place without educated practitioners to identify the research questions, and education cannot be evidence-based without the underpinning knowledge base. To build the evidence base for nursing care, underpinned by a genetically literate workforce, presents us with an enormous challenge.

Work to develop nursing competency in genetics has already begun in the UK, with the recent publication of a competency based genetics education framework that sets out seven competency standard statements for all nurses (7). This work is being taken forward through the new NHS National Genetics Education and Development Centre, and research methods will be used to identify teaching and learning needs, and to evaluate the impact of new initiatives.

Although this work will cover all four regions of the UK, an international effort needs to be made to identify and address common challenges. This will not be easy, given the difficulties that nursing research has faced historically in gaining funding support, but initiatives such as the Tuning project should help raise awareness of the relevance of such work to individual countries. What is important is that we demonstrate a willingness to work together, to identify common barriers to, and facilitators of, genetics research and education, sharing best practice and resources.

There has been a steady increase in genetics literature in the nursing press over the last ten years or so. Figure 1 shows how the frequency of English publications from the UK and USA has risen, although the majority of papers found are review articles rather than research (accessed from the Nursing Collection and CINAHL databases, September 2004). Only very recently have papers begun to emerge written in collaboration with colleagues from the USA, but networks have been established and it is important to build on these across Europe and further afield.

#### **Research and ethics**

The application of new genetic technologies also brings the potential for ethical dilemmas which may be exacerbated by globalisation and inequity in provision and regulation across international boundaries. The International Council of Nurses cautions about the potential for harm through loss of privacy, erosion of human dignity, and inequity based on genetic information (8). It outlines concerns regarding discrimination and misuse of genetic information, perceptions of humans as being assemblies of genes, and attributing behavioural and social ills to genes. Nursing professionals have a crucial role to play in guiding policy on such issues, and this must be informed by the views of patients and public.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Novel ways of canvassing public opinion, and involving ordinary people in policy decision-making are important areas for research in democratic societies.

#### Genetics and research: a priority?

There is now little argument that genetics does have the potential to make an enormous difference to healthcare, and research in this area is important on this basis. However, it is important to keep a sense of perspective. Many of the predicted advances may not be seen for several years, even decades for some novel interventions. There are other, equally important, and perhaps more urgent, areas of nursing practice where research is needed. We also need to consider very carefully how we as professionals can work together to ensure that research findings are disseminated effectively, appraised critically, and integrated into practice appropriately. In the case of genetics however, I would argue that because we have such a long way to go, first in producing knowledgeable practitioners, and then in conducting research around the integration of new knowledge and skills into new roles, we have to make genetics research a priority now.

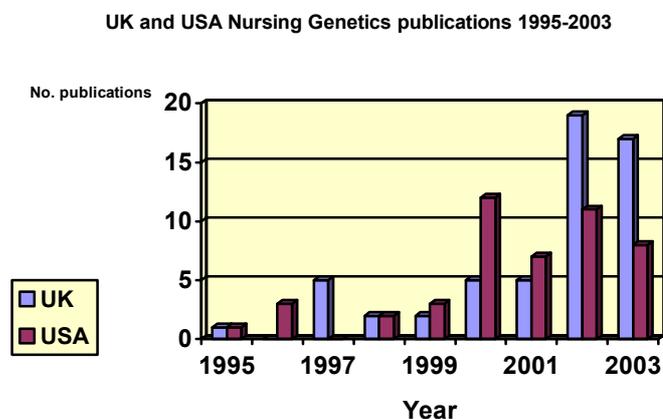
#### References

1. Department of Health (2003) *Our Inheritance, Our Future. Realising the potential of genetics in the NHS*. London: The Stationery Office.
2. Bell J (1998) The new genetics in clinical practice. *BMJ* **316**: 618-620.
3. Kirk M (1999) Preparing for the future: the status of genetics education in diploma-level training courses for nurses in the United Kingdom. *Nurse Education Today* **19**(2): 107-115.
4. Metcalfe A and Burton H (2003) Postgraduate genetics education provision for nurses, midwives and health visitors in the UK. *Journal of Advanced Nursing* **44**(4): 350-359.
5. Skirton H and Patch C (2000) The new genetics and nursing: what does it have to do with me? *Nursing Standard* **14** (19): 42-46.
6. UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education (1999) *Fitness for practice*. London: UKCC.
7. Kirk M, McDonald K, Longley M, Anstey S et al. (2003) *Fit for Practice in the Genetics Era: A competence based education framework for nurses, midwives and health visitors*. Pontypridd: University of Glamorgan. <http://www.glam.ac.uk/socs/research/gpu/FinalReport.pdf>
8. International Council of Nurses. Genetics and Nursing. Nursing Matters Fact Sheet. [http://www.icn.ch/matters\\_genetics](http://www.icn.ch/matters_genetics) (accessed September 2004).

#### Acknowledgements

Thanks to Kevin McDonald for help in preparing this paper.

Figure 1



### Investigación en Enfermería y estructuración del Espacio Europeo. Teresa Moreno Casbas. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería Investén-isciii. *Nursing Research and Structuring of the European Area. Teresa Moreno Casbas. Unit for Coordination and Development of Nursing Research Investén-isciii.*

#### Background:

Between 1993 and 1995 the European Health Committee organized three meetings with the objective of analysing the importance and relevance of Nursing research (NR) defining research priorities and analysing the elements which might constitute a national strategy for the development of NR. The final document with the recommendations for the development of NR was accorded by the Council of Ministers to the Member States of the European Union and was

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

signed in February 1996. Since that moment, the Member States were informed about the importance of establishing a strategy involving the creation of a structure and a solid and stable organization for the development of NR.

In response to the above mentioned Recommendation, the Spanish Administration established in, 1996, the Spanish NR Coordination and Development Unit (Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen) located within the Carlos III Health Institute.

This Unit organized a European Conference on nursing research strategy, called "Building an European Nursing Research Strategy" in 1999. The event was co-financed by the European Commission through the 'Biomed 2' Programme. 14 countries attended this Conference and its aim was to establish recommendations for each of the subjects proposed:

- structure and organization,
- integration into practice,
- training,
- financing and
- priorities

and to achieve a consensus of all participants.

After this initiative, European NR has followed different paths, and while some countries have been able to develop an established Nursing Research Programme, other are still trying to make it. This unequal evolution was studied also by the Spanish NR Coordination and Development Unit, which in 2001 carried out a questionnaire survey with the aim of assessing the degree of progress concerning the recommendations of the 1999 Salamanca Conference.

Meanwhile, the BIOMED2, which had funded the Salamanca conference, evolved into FP5, and this one into FP6, having the European Research Area (ERA) as its main standard. This is the central and new focus of FP6 which acts as a conduit for securing the future of research in Europe

This FP6 is the main financial tool of the European Commission to build an European Research Area (ERA). This ERA shall be a true European internal market for research and knowledge, where EU and national Research & Development efforts will be better integrated.

Therefore, the main objective for this FP6 is the development of a true European scientific community of scientific and technical work of the highest quality.

To create a lasting and coherent impact on EU research initiatives this FP focuses on: High-quality research initiatives with a lasting or "structuring" impact which strengthens Europe's science and technology foundations and maximum "added value" from transnational cooperation, investing in these activities 17.5 billion €.

In the idea that the welfare state of the citizens depends on the quality and relevance of Research and Technological Development (RTD) this programme provides a coherent an ambitious pan-European framework. At a time, when nursing is perceived as essential in service provision, it is critical that nursing research produces results that improve the quality of health and health care for people. Such research has the potential to make a significant impact on outcomes of care, treatment and patient experience. In this way, FP6 is a really important initiative in which NR should do an effort for not being forgotten or excluded.

#### **Methods:**

Four years after this Salamanca meeting, the General Deputy of Health Research considered essential to organize another meeting of European Experts in NR in September 2003 with the objective of finding out the evolution of the different countries which assisted to the Euroconference, bearing in mind the new instruments developed for the FP6 and the creation of a ERA,.

This meeting was an effort to join European NR groups and programs in order to have the possibility of applying for European funding that will improve the situation of NR at an international level, having an effect in the improvement of cares and needs demanded by the European society.

The main aim of this experts meeting was to relate the European NR groups and networks with the priorities established in the 6FP. The attending states were: Denmark, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Spain, Sweden and United Kingdom, as well as some observers coming from Scotland and Australia and members of European Nursing Research Institutions, such as the Workgroup European Nursing Research (WENR) and the RCN Research and development Co-ordinating Centre, also attended the Meeting and showed a truly collaborative spirit.

#### Contacts and procedures:

With the objective of exchanging experiences and information concerning organizational concepts and establish NR networks we contacted the European NR experts letting them know that this meeting could improve the results of all NR Units in Europe To do this, we first wrote an introduction letter which introduced our Unit, the objectives and the dates of the event.

After writing this letter and with the help of the attendants to the Salamanca Conference we obtained the addresses and e-mails of representative nursing researchers. We also invited two members of the Spanish Ministry of Science and Technology who attended the meeting in order to give information about the priorities of the 6FP and ERA-NET Scheme.

Meanwhile, we tried to obtain funding from our Institution as well as from the Ministry of Science and Technology and the European Commission. Finally, we obtained funding from the first two organisms.

#### The meeting:

a) *Presentations:* The meeting began with a presentation about NR situation in the different attending countries. This was done on the 18<sup>th</sup> and the morning 19<sup>th</sup>.

The discussions that followed these presentations, as well as the questions and comments referred to the FP6, were moderated by a facilitator, foreign to Nursing Research. The presence of this person allowed us to fulfill the schedule and avoided competitions between the experts.

The conclusions reached after these presentation were that there is a wide diversity in NR status along Europe where the principal field is the University, and that European NR units are small and disperse, and with small collaboration between them.

These presentations also showed which have been able to achieve an enormous advantage in NR, such as Ireland, Netherlands, Spain or UK, where Nursing and Midwifery research has been developing in the last years obtaining

specific nursing research programs and priorities which are supported with public or governmental funding, while other countries, such as Germany, are approaching this situation.

b) *Making groups*: Taking into account this reality, we designed an strategy in which every country, despite their NR situation, could take part in FP6. To achieve this, we created three different groups into which every country could be integrated according to their experience and their health policies.

- The first one addresses to the **Specific Support Actions**, which are intended to be used to help preparing for future EU research policy activities and stimulate, encourage and facilitate the participation of small research groups in the activities of the priority thematic areas, especially through networks of excellence and integrated projects.
- The second group was to develop **Networks of excellence**, designed to strengthen excellence on a particular research topic by networking together the critical mass of resources and expertise.
- The last group focused on the **ERA-NET scheme**. This scheme aims to contribute to the creation of the European Research Area by stimulating and supporting program coordination and joint activities conducted at national or regional level, as well as among European organizations.

The main difference between the first two groups and the last one is that, while the Specific Support Actions and the Networks of Excellence focus on research groups and intend to join persons, the ERA-NET scheme, focuses on public organizations or institutions and pretends to join national research programs and funding, rather than research groups.

The themes proposed for the first two groups were various: elderly, mental health, primary health care, palliative care, aids, chronic illness, genetics... These, were many subjects to try to join all of them, that is why, we all decided to focus on just three topics to apply for the FP6: genetics, elderly and ERA-NET.

To establish the guidelines for a Collaborative Partnership in each of the groups formed, we followed the "Sigma Theta Tau International Guidelines for International Collaborative Research" developed by the International Research Committee in 2003.

These groups worked individually on the morning of the 20<sup>th</sup> of September until they reached specific outcomes and conclusions.

#### **Outcomes:**

The most important outcome of this meeting was the formation of three working groups.

We chose the topics of Genetics and Elderly, because of different reasons.

- Genetics are not very well known in our field but are gaining importance along with the rapidly expanding science of genetics, and surely, nursing should have a place in this topic in the near future. We thought it would be of a great interest to make an effort to build up a nursing space in this area on the FP6.
- Elderly was chosen because the majority of the countries represented on the meeting has already developed research lines focused on this field, some of them, as Spain, have established a national network of elderly, and we saw a good chance of applying to the networks of excellence.
- Concerning the ERA-NET project, it joined those countries which we considered that have developed nursing research programs at a national level. National or regional Nursing research programs was the topic.

#### Composition of the groups, objectives and evolution:

a) *Group of Genetics*: This group was composed by Iceland, Malta, Sweden, Scotland and Spain, and lead by the UK, as it is the country with most experience in this field.

Firstly, this group was going to work on a **Specific Support Action in Genetics** to explore its implications for adults, genetic education and practice of healthcare professionals; and future networks of excellence in this topic.

The participants in this SSA meant to be experts in genetics, ethicists, users healthcare educators and researchers, and the major diseases focused were coronary diseases, diabetes and muscle-skeletal diseases.

It was soon shown that this group could not apply for a SSA as little was known about the topic. That is why they decided to point to the **Marie Curie Actions** to facilitate the training on genetics, through the "Host-driven actions" in the paragraph referred to conferences and training.

b) *Group of Elderly*: Nine countries composed this group: Denmark, Germany, Greece, France, Poland, Portugal, Romania and Spain, lead by Ireland and with support of the WENR and worked in different subjects related to the elderly to submit a proposal, maybe to the **networks of excellence** in the next European call.

Unfortunately, this group was not cohesive enough, and as its leader was also working in the ERA-NET proposal, could not have a proper evolution, at least during this year, in which not final initiatives have been presented.

c) *ERA-NET*: This ERA-NET group was composed by those countries with NR Programs developed at a National Level: Netherlands, Ireland and Scotland lead by Spain and counting with the support of the RCN Research and Development Coordinating Centre.

The purpose of this initiative was to align European programs of high quality NR. and bring together departments of national governments and health research development agencies. In the absence of a European strategy we propose to establish a NR and Development Group (NRDG) to develop networks to support high quality NR, and to develop research capacity and capability in nursing. Such an infrastructure will strive for greater collaboration and partnerships in research endeavors and will define a stronger focus for NR activity.

This ERA-NET group suffered an evolution even before the September meeting:

Firstly, a previous ERA-NET proposal was applied before the September meeting to the EC, with the participation of different organs representing Spain, United Kingdom, Ireland, Greece and France, but it was denied as only the Irish and Spanish organs fulfilled the ERA-NET criteria of eligibility.

For the proposal born after the September meeting, we chose eligible national and public institutions from Ireland, Netherlands, Scotland and Spain that were perfect for this type of action. Although we applied for an ERA-NET Specific Support Action in the call of March 2004, due to technical factors it was again denied, and that is why we applied again, with the presence of a new partner from England, in the last call of October 2004

Still, our aim is to create an infrastructure capable of delivering high quality research, which will impact on patient outcomes and stimulate and support participation from candidate countries in future Coordination Actions

#### Other outcomes and final commitments:

As well as this working groups, another outcome was a document in which common objectives, project priorities and guidelines for the future communication among European NR Groups were summarized.

Also, we can point up the establishment of a list of final commitments, which have been completed during this year. Those were:

1: Our Institution sent a letter which summarized the objectives and results of the meeting to the higher policy makers in the field of NR and encouraged them to support NR initiatives

2: A common document was written to inform the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs about our achievements and our aim of constituting a consolidated group for future initiatives in the field of NR.

3: All participants agreed to register themselves in the database of the EC in Brussels and the majority has already done it.

4: Each of the participants had to find 10 genetics and elderly experts in their own country and ask them to register themselves in the experts database. At present, 26 experts have registered, 5 on genetics and 21 in elderly.

5: A letter was written to be sent by each participant to their country's coordinator on National Contact point for the FP6. The aim was that these coordinators inform the policy makers about the interest of this group in the European Research Policies.

6: Finally, the experts agreed in joining together again in the International Congress of Seville, Nov 2004 to discuss the evolution of the groups and the further projects to work on.

#### **Conclusions:**

This meeting was therefore, an important step towards the establishment of various European networks of researchers working in nursing related activities.

We now have to see which are the objectives and priorities in FP6 to see in which of them, NR may develop a strong position. This objectives are:

- 1 Life science, genomics and biotechnology for health
- 2 Information society technologies
- 3 Nanotechnologies and nanosciences, knowledge-based multifunctional materials and new production process and devices
- 4 Aeronautics and space
- 5 Food quality and safety
- 6 Sustainable development, global change and ecosystems and
- 7 Citizens and governance in a knowledge-based society.

In this list, NR may fit into priorities 1 and 7. We have already taken the first step into priority 1, and some documents, as the one written by the WENR about the feasibility of a FP6 Application show an interesting initiative to have NR included in objective 7.

The acquisition of European funding through the first ERA-NET in Nursing Research will, for sure, promote a more coordinated NR in Europe, trying to expand NR Programmes that will improve the situation of our research in the European countries.

On the other hand, two recent proposals might help us to raise our voice:

- The first is a questionnaire sent by the EC referred to the future FP7 that was to be answered by the 15<sup>th</sup> of October. The Investen Unit distributed it among the September Meeting participants, so they would have the opportunity to fill it up.
- The second initiative emerge from Germany, where the German representant in the September meeting asked the EU countries to write a 2 pages proposal about the importance of NR in Europe to be sent to the EC along with the questionnaire.

It means an important initiative to put together the European organizations dedicated to NR, and mobilized them as a whole group to find a strong position in the priorities established in the FP7 and the ERA-NET Scheme. By developing research activities and joining similar NR Programs, we will be able to make a better clinical practice that benefits people, not just countries.

## **Mesa Redonda (Bilingüe): Salud Comunitaria/ Community Health**

**Walsh-Daneshmandi, A., P.A. Scott; M.P. Treacey; P. Mac Neela; M. Corbally; P. Henry; A. Hyde; M. Butler; K. Irving; A. Byrne. On behalf of the joint nursing research group of Dublin City University and University College, Dublin: *Mental Health Nurses' contribution to patient care in Ireland***

### **Introduction and Background**

This paper presents findings from two qualitative studies, designed to gain insight into the contribution of Mental Health Nurses in a variety of health care settings in Ireland.

Mental Health Nursing, as an integral part of health care, is undergoing considerable change at present. A key feature of this change is a close scrutiny of the role of Nursing. Within this context, there is general acceptance that Mental Health Nurses are central to provision of care for people experiencing psychological and social difficulties. The precise nature of their contribution, however, and the question of what it is that makes it unique have yet to be fully articulated in Ireland. In formulating a coherent response to such questions we gain little from review of literature on the history of Nursing, as it was mainly written from an outsider's perspective<sup>3</sup>. Therefore, given the traditionally low timbre of the Nursing voice, the need to have a practitioner-generated description of this process is essential. In other countries this has been articulated in Nursing Minimum Data Sets.

A credible foundation for such a data set for Mental Health Nursing requires expression within the Mental Health Nursing fraternity. The studies reported here were carried out to gain insight into Mental Health Nurses' own description of the phenomena in their work. The findings of these studies, in addition to providing a rich description of Mental Health nursing contribution to care, have informed the development of a survey instrument for use in a Delphi study of a large sample of Nurses in Ireland. The purpose of these surveys is to develop an Irish Nursing Minimum Data Set and to provide data to further research into Clinical Judgement and Decision Making.

These studies, undertaken by the School of Nursing, DCU, were part of an Integrated Programme of Research designed to maximise the Effectiveness of Clinical Nursing Resources.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

This programme is being undertaken by the Schools of Nursing at two main universities in Dublin Ireland, and is funded by a Health Research Board Research Programme Grant (2002-2207). Directed by Professors P.A. Scott (DCU) and Pearl Treacy (UCD), and the research team includes academics from both universities.

#### **Methods**

A mixed method approach, involving Focus Groups and Documentary analysis, was employed. The respondents were from both general and mental health divisions but this paper is confined to data from the mental health division. Mental Health nurses working in acute admission units, high dependency community hostels and day centres participated in the first study. Analysis of ten focus group interviews with nurses (n=59) who had post-registration experience ranging between 1-35 years was conducted. A more detailed account of the methodology for the first study, including detail of ethical considerations, can be found in formal report <sup>1</sup>.

In the second study 43 documentary records of mental health nursing care were analysed. Protocols developed to establish methodological rigor included: Pilot tested Question guide, Sampling criteria for recruitment, Consistent group moderator, Verbatim transcription of interviews, Computerised and manual coding with cross-coding by team members, Visible coding framework (NVivo database), and Peer-review of analysis by expert advisory team.

#### **Findings**

While distinct accents were emphasised within the two data sets, considerable concordance emerged in the data from the two data sets.

The Focus Group data lent itself to the formulation of seven distinct categories describing Mental Health Nursing Contribution to Care.

The categories were:

Difficulties in articulating Nursing contribution to care

This was consistent across groups and suggests that nursing practice is complex and not easy to describe.

Unique Contribution

This category incorporated the view that nurses acted as a key link between the patient and the doctor. This role was enabled by the length of time nurses spend with patients and were therefore able to build friendships and communicate effectively with patients. While a clear picture of being part of a multidisciplinary team emerged, nurses felt that they used an individualised approach. Part of this was the report of nursing expertise and experience in clinical judgement but the importance of having a sense of humour, respect for the patient and a positive attitude were also apparent in the data.

Patient Assessment

Using formal and informal processes participants reported spending considerable amounts of time assessing patients in terms of history, current status and future prognosis. This occurred not only on admission but was evident in the constant monitoring role adopted by nursing staff. The holistic approach to assessing physical, psychological and social aspects of patient needs, reported here, concurs with previous research <sup>2</sup>.

Patient Problems

A key observation here was the articulation of the inherent tendency for nurses to respect the patients' definition of their problems. Patient problems and potential problems were defined as physical, psychological and social dimensions and were seen as related and interdependent.

Nursing Interventions

The importance of encouraging independence in patients was underlined in the data and central to this was communication with and on behalf of patients. This is a recurring theme in the literature <sup>2</sup>. Nursing care was defined in terms of direct care, encompassing physical, psychological and social dimensions, and indirect care incorporating co-ordination of care, indirect social care, and management and organisation and advocacy. The density of themes in this category echoes the reports of the broad range of nursing activity illuminated in other categories.

**Patient Outcomes**

This category encompasses data describing expected outcomes of care identified by nurses. What was clear in the data was the lack of endorsement for the term 'outcomes', rather 'goals for care' were seen as being unique and open to individual interpretation by nurses. Outcomes were most often identified in terms of concrete results of nursing interventions. Within the category progressive restoration of patient independence, in terms of physical, psychological and social aspects of life skills was a prevalent outcome of care identified by participants. Education was seen to be central to achieving this outcome.

Issues and Aspects of Nursing

This category focuses on descriptions of changes in nursing practice, the organisation of health care and the ensuing challenges facing practicing nurses. Nursing was described as being in a state of flux 'the one constant is change'. There was a constant need to prioritise and re-prioritise tasks. This was also characterised by the need for flexibility in roles. Increased demands for documentation and administration tasks was seen as inappropriate given the relative decrease of nursing staff compared to administration staff in the organisation. Within this context the lack of communication across sectors of the organisation posed particular difficulties for community based nurses. Other elements in this category focused on the frequent need to perform non-nursing duties (cooking, laundry etc.), the changing age profile of patients and staff (ageing nurses and younger patients), lack of flexibility in work schedules, the difficulties in dealing with medical staff and the impact of not having the nursing expertise acknowledged. These issues were placed within the context of organisational limitations where there were staff shortages and a constantly changing (6 month) cohort of junior doctors. Challenges regarding legal status of patients were heightened by lack of support from colleagues in the multidisciplinary team and a lack of respect from patients. Environmental factors including sub-standard accommodation posed additional challenges for nurses in carrying out their work. Many of these themes confirmed previous reports of problems experienced by health care practitioners in Ireland.

The complexity of Mental Health Nursing was underlined in the reported difficulty in articulation of the phenomena involved. This is consistent with the propensity to adopt abstract conceptualisations of care. Nursing process elements were apparent in the data that included assessment, problems, interventions and outcomes. There was clear evidence of the impact that external (non-nursing) factors have on nurses' contribution to care.

Within the documentary analysis study there was an impressive level of legibility in records, only four entries in three different records were illegible. There was clear evidence of adherence to professional guidelines. All notes were individualised, dated, in chronological order and signed.

Entries were objective in the main with an occasional subjective entry without substantiation. Very few abbreviations were used. A staff nurse signed all entries, although some of the entries were written by students (this was indicated in the text). However, patient names and record number did not appear on every page of the records. In addition, not all records contained an up-to-date care plan although some planned actions were recorded in the progress notes (e.g. shopping or developing a therapeutic relationship).

Documentary analysis indicated a similar structure of physical, psychological and social domains of assessment, interventions and outcomes involved in the Nursing Process. Records identified actual or potential problems, which necessitate nursing actions.

Entries focused more on recording nursing interventions and nursing actions than identification of problems, or the evaluation of the care provided. The impact of organisational policies, procedures, protocols on all aspects of nursing contribution to care was underlined in the emergent categories.

Findings from Documentary Analysis also emphasised the use of nursing care models, the most prevalent being the Roper, Logan and Tierney Activity of living Model. Roy's Adaptation Model was used in one community-based unit and Orem's Human Needs Model was used in a high support hostel. Also evident was the use of Team / Primary Nurse approach to care and a focus on nursing actions rather than evaluations.

Distinct within this data set was the clarity of articulation of the category Co-ordination of Care element of the nursing contribution.

### Conclusions

Valuable insights emerged from the data that shed light on the direct and indirect contributions that nurses make to delivery of care.

These studies give a clear focus on the way nurses document and describe their care.

Nurses spend a lot of time engaged in indirect care and co-ordination activities - which tend to be invisible but very likely vitally important to patient care and patient outcomes. Clearly,

Nurses make initial and ongoing assessment of patients that feeds directly into both nursing interventions and provides information for the MDT. In addition there is an unambiguous indication, with discrete examples, that organisational and contextual issues have an important influence on nursing decisions and nursing practice.

Across the two studies, each data set provided a unique perspective that culminated in a consistent categorisation across the themes of Assessment, Intervention, Outcomes, and the impact of external factors on the nursing process. The strength of the mixed methodology was clearly evidenced by the emergence of distinct themes within each study. The separation of patient problems into a distinct category in the focus group interviews gave an important insight into the approach adopted by nurses in their care of patients, as did the clear indication of the complexity of the nursing role evidenced by the difficulty nurses had in defining their roles.

Within the documentary analysis study the clear articulation of the co-ordination of care aspect to nursing was consistent with the suggestions incorporated within categories in the interview data. The clarity of this category in the documentary analysis was however far superior.

The generality of concepts emerging from these two studies echoes the voice of previous studies in Ireland and this can be seen as an indication of the validity of the findings. What is unique here however is the usefulness of this data in forming a base for the development of a survey instrument.

The categorisations emerging from the analysis provide a sound foundation for the development of a survey instrument to be employed in the development of Ireland's first nursing minimum data set. This lends enormous credibility to the development of a set of data that has been framed by evidence reported by mental health nurses working in the Irish health services. In this respect it is anticipated that the utility of the data collection tool will be maximised by the its cultural relevance. Consequently, the quality of the data collected using this tool is enhanced.

For the first time in Ireland we see the development of a complex and comprehensive picture of Mental Health Nurses contribution to care. In addition, this work affords a mechanism for a culturally relevant and topical framework for exploration clinical judgement and decision making practices among nurses working in the Irish health care system. These studies contribute substantially to the research programme's aim to Maximise the Effectiveness of Clinical Nursing Resources. The possibilities of an important contribution to the quality of patient care via the progression of nursing scholarship are manifold and may well serve as a model for other countries.

### References

1. Corbally M. Nursing Decision Making: An Integrated Programme of Research to Maximise the Effectiveness of Clinical Nursing Resources: Report on the analysis of focus groups with mental health nurses. Dublin: Dublin City University; 2004.
2. Cowman S, Farrelly M, Gilheaney P. The role and function of the psychiatric nurse in clinical practice. Dublin: St. Vincent's Psychiatric Hospital; 1997.
3. Nolan P. A History of Mental Health Nursing. London: Stanley Thornes; 1993.

## **Vivas Broseta, A. M<sup>a</sup>, Pereiro Berenguer, I., Villanueva Garcia, P. A., Perez Pallares, M. J., Martinez Mir, I., Palop Larrear, V., Peiro Perez, R., Saiz Rodriguez, R. M.: *Del botiquín familiar (BF) a la automedicación (AM), estudio en 300 familias***

### Introducción

De las estadísticas de consumo de medicamentos y de las cifras de gasto farmacéutico facilitadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo puede inferirse que la automedicación representa más del 30% de las especialidades farmacéuticas adquiridas en la farmacia. Se afirma que una persona se automedica cuando toma un medicamento por decisión o consejo de personal no médico, con el fin de aliviar un síntoma o curar una enfermedad<sup>1</sup>.

La OMS ha aconsejando que "la política sanitaria pública debe tener en cuenta la automedicación y buscar la manera de optimizar el uso de esta importante práctica". Asimismo, en 1986, la Oficina Regional Europea de la OMS publicó una serie de directrices de las características que debe poseer un fármaco para su empleo en automedicación<sup>2</sup>.

Por otra parte, la existencia de un pequeño almacén de medicamentos en el hogar, llamado botiquín familiar, es un hecho general que implica la posibilidad de acceder por cualquier miembro de la familia a medicamentos, con o sin prescripción médica y el consiguiente riesgo que ello supone.

La mejor estrategia para conocer la conducta de automedicación de la población general y el contenido y uso de los botiquines familiares es la encuesta domiciliaria con entrevista personal. Por todo ello, nos planteamos como objetivo describir el BF, consumo de medicamentos en últimos 15 días y conductas de AM, en la población del Área 3 de la Comunidad Valenciana.

#### **Material y métodos**

Se trata de un estudio observacional transversal estacional, llevado a cabo en el domicilio, mediante un cuestionario estructurado a través de una entrevista con la persona de la unidad familiar (UF) que se definía así misma como gestora del botiquín familiar. Se realizó en la población general del Área de Salud 3 de la Comunidad Valenciana donde se seleccionaron como población urbana el municipio de Sagunto con 60.640 habitantes agrupados en dos núcleos: Sagunto y Puerto Sagunto (24.503 y 36.137 habitantes respectivamente) y como población semirural Segorbe (8.197 habitantes). La población diana son las unidades familiares de estos municipios, estimadas en 17.209. El tamaño de la muestra N=300 fue establecido con un IC del 95% y la hipótesis de que al menos el 50% de la población tiene en su botiquín la mitad de los medicamentos de bajo valor intrínseco (Epi info 6.0).

Los criterios de inclusión fueron UF que residieran más de 8 meses en uno de estos municipios. Como criterios de exclusión tener un miembro médico en la UF y domicilio en barrio marginal.

Para la selección de la muestra se solicitó a los Ayuntamientos los distritos y secciones censales, obteniendo plano callejero y número de habitantes por secciones (actualizado Septiembre 2001). La población de Sagunto se distribuye en 4 distritos, con 6,3, 9 y 25 secciones, siendo el 4º el más numeroso por englobar el núcleo de Puerto Sagunto. Segorbe se distribuye en 3 distritos, con 5, 2 y 2 secciones respectivamente. Por motivos de seguridad de las encuestadoras no se incluyeron 3,5 secciones (8,6% población) de Sagunto coincidentes con barrios marginales.

Las 300 encuestas objeto de nuestro estudio se repartieron proporcionalmente según el número de habitantes por distritos y secciones, quedando 104 en Sagunto, 161 en Puerto Sagunto y 35 en Segorbe.

Para seleccionar cada UF utilizamos la metodología de señalar sobre plano callejero "dejando caer el dedo al azar". Con ello obteníamos calle, avda. o plaza. A continuación, valiéndonos de una tabla de números aleatorios se determinaba el nº de la calle (primer nº incluido en el tramo de calle que ocupaba esta sección en el plano). Seguidamente con el programa Abucasis, obteníamos nombre y teléfono de mujer adulta que viviese en el domicilio. Con el programa SIP completábamos piso y puerta.

Conociendo estos datos se enviaba una carta informando del objetivo del estudio y solicitando su colaboración a través de una entrevista a domicilio con una encuestadora. La carta incluía el teléfono de un miembro del equipo, logotipo y dirección de Consellería de Sanidad, sita en Sagunto. Posteriormente un investigador contactaba por teléfono, concertándose una cita según su tiempo y disponibilidad de las encuestadoras. Estas, sanitarias de profesión, habían sido entrenadas. Se realizó una prueba piloto con UF de la población de estudio para ajustar los instrumentos y el plan de trabajo.

El cuestionario estructurado recogía el consumo total de medicamentos por problemas de salud, el origen de la prescripción y la pauta posológica de los últimos quince días de todos los miembros de cada unidad familiar, así como las características sociodemográficas. Al mismo tiempo la encuestadora solicitaba a la entrevistada que le mostrara todas los medicamentos que hubiera en el domicilio en ese momento, registrando su ubicación, contenido y uso del mismo. Se estimó que el tiempo medio de duración fue de 45 minutos.

#### **Resultados**

En un periodo de 2 años, octubre 2001-2003, se realizaron un total de 300 encuestas. Hubo 164 UF (35,3%) que no quisieron participar. Los motivos de no participar expresados telefónicamente, fueron: no interesa 56 (34,1%), desconfianza manifiesta 29 (17,6%), ocupados 43 (26,2%), descontentos con la seguridad social 4 (2,4%), y no recogido el motivo 32 (19,5%).

La representatividad de los distintos distritos y secciones se comprobó puntuando gráficamente los domicilios de las UF encuestadas sobre plano de cada sección

Se entrevistaron 300 UF compuestas por un total de 968 personas (52% mujeres). La mediana y moda de miembros por UF fue de tres (1-7). La mediana de edad 43 años, (11,8% de 0-14, 81,5% de 15-59 y 6,7% mayores de 60 años). El ama de casa es el responsable del BF en 84%, el 64% son pareja con hijos, el 45% tienen estudios primarios completos o incompletos y el 36,9% bachiller o universitarios, la situación laboral más frecuente es la activa 36,8%, son casados el 53,5%, son pensionistas el 25,6% y el 6,1% posee cartilla de CLT.

Encontramos un total de 6468 medicamentos. La media de medicamentos por UF es 21,63 (0-86). Según la Clasificación Anatómica Terapéutica (0,23% sin clasificar) pertenecen: al Sistema-Nervioso el 18,6%, a Dermatología el 17,8%, al Digestivo-Metabólico el 13,4%, al Respiratorio el 13,2%, al Locomotor el 12%, al Cardiovascular el 8,9%, y al grupo de Antiinfecciosos el 3,1%.

Durante los últimos 15 días se habían tomado 2008 medicamentos (31%), correspondiendo: al Sistema-Nervioso un 21,4%, al Cardiovascular un 18,6%, al Digestivo-metabólico un 15,9%, al Respiratorio un 11%, al Locomotor un 10,7%, a Dermatología un 4,5%, y al grupo Antiinfeccioso un 2,4%.

Durante el periodo de estudio se produjeron 214 (22,10%) conductas de automedicación, de las cuales 62,6% fueron realizadas por mujeres, y el 36% por población activa. Por edad, en el grupo de 0-14 años consumieron 129 medicamentos en los últimos 15 días y se automedicaron el 10% (48% niñas). La madre es quien decide en el 69% de los casos y el padre 9%. Siendo los grupos terapéuticos más frecuentes: los analgésicos 28%, los antigripales-antitusígenos 16% y los antiinflamatorios-antirreumáticos 13%. Entre los 15-59 años se automedican el 21% (54,5% mujeres), de 1003 consumidos, el motivo más frecuentemente es el catarro (n=101, 54% AM), la jaqueca (n=93, 62% AM), la hipertensión (n=78 1,2% AM), los nervios, la depresión (n=80, 9,6%AM), el dolor de espalda (n= 70,36% AM), y la acidez (n=73, 37% AM). Los mayores de 60 años se automedican el 10% con 875 medicamentos consumidos para hipertensión, dolores de espalda, adelgazar y cirugía.

#### **Discusion**

En primer lugar es preciso señalar las dificultades y limitaciones en la realización de este tipo de estudios, dificultades que es posible hayan provocado que en los últimos 23 años de los 62 artículos relacionados con estos temas sólo nueve fueran realizados mediante encuestas domiciliarias. De ellos sólo cuatro comentan muy ligeramente alguna de

sus dificultades o limitaciones<sup>3,4,5,6</sup>, como es el caso de la no participación. Los porcentajes son dispares oscilando entre el 5,2% y el 68%, posiblemente debido a las diferentes metodologías de captación. En nuestro estudio el 35,3% estaría dentro de los encontrados en dichos estudios. El hecho de que la entrevista suponía recibir a una persona desconocida en el domicilio, 45 minutos aproximados de tiempo, y el mostrar toda la medicación de que disponía en ese momento señalando su ubicación, pudo influir en que las UF no desearan o pudieran participar.

Respecto al sesgo de selección que las UF no participaciones podrían haber causado en nuestro estudio, pensamos no ha podido influir en nuestros resultados puesto que por cada UF no participante se seleccionaba otra UF de la misma sección y distrito por el mismo procedimiento, quedando finalmente proporcionalmente representadas según el número de habitantes. No así es el caso de los barrios marginales cuya exclusión supuso el 8,6% de la población de Sagunto, por lo que nuestros resultados no describen la conducta de estos grupos de población.

Como en otros estudios<sup>7</sup> el sesgo del entrevistador, se controló con el adiestramiento, prueba piloto, y limitación a dos del número de encuestadoras.

Nuestra media de medicamentos por BF, 21,63, está dentro del rango de estudios previos que van desde los 7,2<sup>4</sup> a los 28<sup>8</sup>, siendo uno de los más altos. Llama la atención que durante los últimos 15 días se han tomado el 31% de los específicos presentes en los botiquines, es decir, uno de cada tres ha sido tomado últimamente. Observamos una alta probabilidad de tomar los específicos presentes en los botiquines con la consiguiente peligrosidad.

Llama la atención la máxima presencia en los BF de los medicamentos del sistema nervioso, incluidos los antiinflamatorios, y siendo este el mayor grupo farmacológico consumido en todos los intervalos de edad, a pesar de estos datos sólo se han tomado el 35,8% de los presentes en el botiquín. Es interesante la gran presencia de productos dermatológicos en comparación con el poco uso durante el período de nuestro estudio. Los medicamentos del grupo digestivo-metabólicos ocupan el tercer lugar en presencia y uso durante los últimos 15 días. Los del grupo respiratorio y locomotor también se encuentran en gran medida en los BF y son consumidos habitualmente. La presencia de antibióticos 3,1% es baja en comparación con otros grupos pues ocupa el 8º lugar, pero preocupante pues sólo se ha consumido el 24,1%, y no deberían quedar restos de antibióticos en casa. Por el contrario llama la atención la importante presencia de medicamentos cardiovasculares, 6º lugar, de los cuales se han consumido el 64,5%. Estos serán los más consumidos en relación a la cantidad presente en los botiquines, junto a los medicamentos de terapia genitourinaria (incluido hormonas sexuales) y terapia antiinfecciosa más agentes inmunomoduladores habiéndose consumido cifras de más del 70% de los específicos presentes en el BF.

Respecto a las conductas de automedicación, las cifras obtenidas en nuestro estudio, 22,1%, son similares a los estudios cuya metodología fue similar (14,6<sup>4</sup>, 22,4<sup>9</sup>) y bastante más baja cuanto la entrevista ha sido telefónicamente (39,8<sup>10</sup>). Las mujeres son las más frecuentadoras de conductas de automedicación y el grupo de 15-59 años el más reincidente.

En el caso de los menores de 14 años es la madre quien mayoritariamente decide con un 69% frente al padre con un 9%.

En resumen, el BF contiene los medicamentos más tomados, destacando dermatológico-antiinfecciosos con bajo consumo e inversamente cardiovascular. Un porcentaje muy amplio de la población toma medicación por lo tanto es necesario profundizar en el conocimiento para mejorar este consumo. El aporte de nuestra experiencia en este tipo de estudios mediante entrevista domiciliaria puede ser de utilidad en la planificación de futuros proyectos que, aunque son costosos, aportan una valiosa información más próxima a la realidad.

#### **Bibliografía**

1. Laporte J.R. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-796.
2. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhagen: World Health Organization (Regional Office for Europe), 1986.
3. Gómez A, Varona W, Alonso MC, García L y Menéndez J. Salud percibida, utilización de servicios, y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. Aten Prim 1993;11(5):233-238.
4. Puche E, Saucedo R, García M, Bolaños J, Vila A. Estudio del botiquín familiar y algunas de sus características en la ciudad de Granada. Estudio realizado en 1.548 familias. Med Clin (Barc) 1982;79: 118-121.
5. Mintegi I, Alvarez I, Artola C, Causo C, Ibañez F, Muguza I, Olaskoaga A. Características del botiquín familiar en el barrio de Rekaldeberri-Bilbao. Aten Prim 1995; 16:397-406.
6. Arias A, Martín M.L, Pardo L, Campillo M. Botiquines familiares y estructura sociosanitaria: estudio descriptivo de una muestra piloto. Aten Prim 1986;3(3):128-132.
7. Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. Gac Sanit 2002;16(3):230-5.
8. Librero J, Benavides FG. La validez del municipio de residencia en las estadísticas de mortalidad: hallazgos a partir de la actualización de los padrones municipales en dos municipios de la comunidad valenciana. Gac Sanit 1995;9:232-6.
9. Arroyo et al. Utilización de medicamentos en el hogar. Botiquines familiares y automedicación. I parte. Farm Clin. 1990.
10. Tejedor N, Zafre E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro F. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. Aten Prim 1995;16(1):13-18.

## **Oltra Rodríguez, E., Mendiola Cortina, L. A., Riestra Rodríguez, R., Fernández García, B.: Estado de la cadena de frío vacunal en los centros de atención primaria de Asturias**

### **Introducción**

Uno de los avances más importantes en la calidad de la salud pública es la disminución de las enfermedades infecciosas y sus consecuencias, muchas de las cuales siguen teniendo un gran interés actualmente (sarampión, rubéola congénita, hepatitis B...) y siguen sin disponer de un tratamiento específico para su curación. Las vacunas han ejercido un papel determinante en ello, siendo un instrumento fundamental de la salud pública<sup>(1)</sup>, pero para ello no bastará con disponer de vacunas seguras, eficaces, eficientes y de fácil administración, será necesario que dichas

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

vacunas lleguen a la población en cantidad suficiente y le sean administradas en su estado de máxima potencia, lo que precisa, entre otras cosas, que se transporten y conserven a la temperatura adecuada respetando la llamada "cadena del frío vacunal".

Como cadena del frío vacunal se define a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta su administración, en los últimos años y en los países donde la vacunación es una actividad generalizada, el concepto de cadena del frío se ha ampliado a la planificación operativa que se denomina logística de los programas de inmunización<sup>(1)</sup>.

Las vacunas deben ser mantenidas en todo momento, incluido el transporte y almacenamiento final, a una temperatura adecuada (entre 2° C y 8° C). Todas las rupturas de la cadena del frío son acumulativas, pueden entrañar un aumento del riesgo de efectos secundarios, una disminución de la eficacia y hasta un fracaso de las vacunas<sup>(2)</sup>. En todo caso, si se llegase a superar los 15° C de máxima ó los 0° C de mínima, la vacuna no debe ser utilizada hasta que se compruebe fidedignamente su estado<sup>(3)</sup>.

El almacenamiento de las vacunas debe realizarse en frigoríficos en cuyo interior debe existir de forma permanente un termómetro de máximas y mínimas para verificar las temperaturas a diario. Las vacunas se situarán en los estantes centrales, nunca en las puertas, colocándose cerca del congelador las víricas por ser más sensibles al calor. Las cámaras frigoríficas se descongelarán periódicamente porque el acumulo de escarcha disminuye la capacidad frigorífica; durante el proceso de descongelación de los aparatos habrá que mantener las vacunas refrigeradas, introduciéndolas en una nevera portátil con acumuladores de frío<sup>(3)</sup>.

Para tratar de mantener estable la temperatura en la que se conservan las vacunas y evitar las fluctuaciones, se recomienda colocar en el interior del congelador acumuladores de frío y en el refrigerador botellas de agua, mejor salada, o de suero fisiológico<sup>(2,4,5)</sup>.

Una ruptura en la cadena del frío vacunal, pudiera ser una de las posibles causas de ciertos casos de sarampión en personas inmunizadas en Canadá en 1983<sup>(6)</sup> y de un brote de difteria en territorio de la antigua Unión Soviética en 1990<sup>(7)</sup>.

A pesar de la importancia que tiene realizar adecuadamente los pasos considerados en la cadena del frío, son pocos los países que tienen rigurosamente protocolizado y controlado todo este complejo sistema<sup>(5)</sup>, incluso en los llamados países desarrollados no parece que el cumplimiento de todos los eslabones sea muy homogéneo, como lo reflejan algunos estudios realizados en España<sup>(8,9,10)</sup>, o en Ontario-Canadá<sup>(11)</sup>.

Los profesionales responsables de los últimos eslabones de la cadena que son el almacenamiento en los puntos de administración y la propia administración, son mayoritariamente enfermeras<sup>(8,9,12)</sup>, quienes han de tener conciencia de la importancia de su labor, conocimientos suficientes y motivación<sup>(13)</sup> para mantener correctamente la cadena del frío. Además cada punto de almacenamiento finalista ha de estar dotado de los medios materiales y de la sistemática adecuada para ello.

En Asturias, el Programa de Vacunaciones se pone oficialmente en marcha como tal en 1986 por parte de la Consejería de Sanidad, desde entonces se han introducido diversas adaptaciones, siendo la última revisión del año 2001<sup>(4)</sup>, tanto en ésta como en la Guía de Inmunizaciones editada también por la Consejería de Salud ya en 1997<sup>(14)</sup>, se establece la normativa relativa a la cadena del frío vacunal.

Por todo ello y a la vista de la escasa información que existe al respecto, nos preguntamos cuál sería la situación en nuestra Comunidad Autónoma, tanto en equipamiento y condiciones, como en resultados traducidos en el control de la temperatura en las neveras que contienen las vacunas.

#### **Objetivos**

- Conocer las características y condiciones de los puntos de vacunación, neveras y responsables, en la red de atención primaria de Asturias.
- Identificar el estado de la temperatura de las neveras que albergan las vacunas en los puntos de vacunación de los centros de salud y consultorios periféricos de Asturias.
- Conocer los factores asociados al adecuado control de la cadena de frío vacunal en los puntos de vacunación de atención primaria de Asturias.

#### **Material y métodos**

El estudio es realizado el cuarto trimestre del 2002 y primero del 2003, mediante cuestionario a los responsables de vacunas de los 148 puntos de vacunación oficiales de atención primaria de Asturias ó a una enfermera en los casos en que no había responsable.

La encuesta la realizaron telefónicamente dos de los autores con protocolo estandarizado y se desarrolla estando el encuestado "delante de la nevera", en caso que no pudiese ser así por estar muy distantes teléfono y nevera, se envía cuestionario por fax, con el compromiso de devolución inmediata.

Los profesionales encuestadores se presentan como independientes de toda organización o institución, es decir, como iguales de los entrevistados. Se explica el objetivo, el método, se garantiza el anonimato y se solicita su conformidad y colaboración.

A los tres meses se vuelve a repetir la medición de temperaturas a los puntos donde se habían encontrado los valores extremos y a una muestra aleatoria. Esta nueva medición la efectúa un tercer autor, sin la presencia de los datos anteriores.

Las variables estudiadas son: Profesión de los responsables, existencia de responsable en el punto de vacunación, existencia y cumplimentación de registro, formación específica de los encuestados y temperaturas máxima y mínima, características de la nevera (tipo, uso exclusivo para vacunas o compartido con otros materiales, edad, estado), existencia y adecuación de nevera portátil, existencia de acumuladores de frío en congelador y en el refrigerador, organización del material en el interior, existencia de termómetro y frecuencia de medición,.

El estudio es de corte transversal. Se realizó una descripción de las variables cuantitativas mediante porcentajes y cálculo de media, desviación estándar y rango cuando fue preciso. En el caso de las variables cualitativas se realizó estudio de asociación utilizando la técnica de Chi-cuadrado para encontrar qué factores se podían asociar al adecuado control de la cadena del frío vacunal. La variable temperatura máxima y mínima, que en principio fue registrada como cuantitativa, fue transformada en cualitativa y se categorizó como normal o adecuada, desviada o inadecuada, y alarmante o muy inadecuada con el fin de acercar los resultados a los profesionales a los que van dirigidos.

No se extrae una muestra y se trabaja con toda la población por no diferir mucho el tamaño de esta y el de una muestra que fuese suficientemente representativa.

## Resultados (Tabla I: de resultados)

De los 148 puntos de vacunación se obtuvieron datos de 144 (97,3%).

- La totalidad de los profesionales que contestaron la encuesta eran enfermeras/os.
- En el 10% (14) de los casos no se identificó responsable de la nevera, de los cuales en la mitad (7) si estaba identificado el responsable de la recepción de las vacunas.
- Ninguna nevera era del tipo sanitario, todas eran modelo doméstico y por tanto, en ningún caso existía alarma de temperatura.
- La mayoría de las neveras, 58% (83) eran de uso exclusivo para vacunas, mientras que el 42% (60) de ellas albergaban otros materiales distintos de las vacunas.
- La edad media de las neveras se situaba en 6,6 años con una desviación estándar de 4,86 y un rango entre menos de un año y más de diecisiete.
- El estado de la nevera fue clasificado como bueno o muy bueno en un 79,4% (108) de los casos, siendo regular en el 11% (15) y malo en el 9,6% (13).
- Existía nevera portátil adecuada en un 83,9% (120) y no existía o no estaba en condiciones adecuadas el resto.
- Existían acumuladores de frío en el congelador en un 88,9% (128).
- Existían botellas de líquido como acumuladores de frío en el refrigerador solamente en el 37,1% (53) de las neveras estudiadas.
- En la puerta de la nevera había pegatina con la normativa que indicase el estante y lugar de colocación de las vacunas según sus necesidades de frío solo en el 47,9% (69) y en estos casos en que había pegatinas, las vacunas estaban colocadas según el orden correcto indicado en un 92,5% (62).
- En el 94,4% (136) de las neveras se declaraba que las vacunas estaban colocadas correctamente según orden de caducidad.
- En el 90,2% (129) de las neveras había espacio suficiente entre los envases.
- En el 86,8% (125) de las neveras hay termómetro de máximas y mínimas.
- La temperatura se mide a diario en el 40,3% (58) de las neveras, a días alternos o semanal el 22,2% (32) y ocasionalmente o nunca en el 37,5% (54).
- Declaran que existe registro de temperaturas el 36,1% (52) de los entrevistados, aunque de ellos solo dicen cumplimentarlo el 80,7% (42).
- La mitad de los encuestados, 55,2% (79) declaran haber realizado algún curso específico de vacunas.
- Temperaturas encontradas en las 125 neveras que tenían termómetro:  
El 51,4% (64) de las neveras tenían su temperatura dentro de límites adecuados (2-8° C).  
En el 38,9% (49) eran inadecuadas (0-2 ó 8-15° C).  
En un 9,7% (12) la desviación era muy preocupante (inferiores a 0° ó superiores a 15° C), puesto que las correspondientes vacunas deberían inmovilizarse, sin administrarse a los usuarios hasta comprobar su estado.

Se encontró asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre las siguientes variables:

- Que la temperatura sea adecuada y la frecuencia con que se mide la misma.
- La frecuencia de medición de temperatura y la existencia de registro de la misma en el punto de vacunación.
- Que la temperatura sea adecuada y que la nevera sea utilizada en exclusiva para almacenar vacunas.
- Que la nevera se utilice en exclusiva para almacenar vacunas y que los responsables hubiesen asistido a cursos específicos.

Se encontró una asociación "cuasi-significativa" ( $p < 0,06$ ), si nos ajustamos al concepto "clásico" de significación, entre las siguientes variables:

- Que la temperatura esté bien, frente a estar mal o ser desconocida, se asocia a la existencia de botellas de líquido en el refrigerador.
- Que existan botellas de líquido en el refrigerador como acumuladores de frío se asocia a haber realizado cursos de formación específicos.

Aunque no eran estadísticamente significativas, se observaron las siguientes tendencias:

- Aparecían temperaturas adecuadas en un:  
17,5% más entre las neveras que tenían responsable que entre las que no lo tenían.  
14,7% más entre quienes habían realizado cursos de formación específicos.
- Aparecían temperaturas incorrectas o desconocidas en un:  
17,4% más entre las neveras que no tenían responsable que entre las que si lo tenían.  
15,7% más entre quienes no habían realizado cursos de formación específicos.

Por último, considerando que en la primera medición de las 125 temperaturas (19 neveras no tenían termómetro) 113 estaban entre 0 y 15° C, y de las 14 registradas a los 3 meses 11 se encontraban en ese mismo rango, se calculó que la probabilidad de encontrar una nevera con temperaturas alarmantes es de 0,295 (29,5% de las neveras).

## Discusión

La obtención de datos no fue por observación presencial, lo que podría introducir sesgos del observado, al ser este parte del sistema de observación. Sin embargo el que se hubiese identificado a los investigadores como profesionales pares, la garantía de anonimato, el alto índice de respuestas y la existencia de datos que se les puede clasificar como claramente negativos, apuntan a que no hayan existido por parte de los encuestados, manipulación de las respuestas con ánimo de engañar.

Se trata de un estudio de corte transversal, por lo que los resultados responden a la situación de un momento puntual y pueden oscilar ampliamente en el tiempo, como se puede ver en la probabilidad teórica de encontrar una nevera con temperaturas inadecuadas al considerar lo encontrado en las dos observaciones.

Respecto a la posible comparación con otros estudios existentes, queda reflejada en la Tabla II: comparativa de estudios.

## Conclusiones

- El panorama es preocupante, aunque con unas claras oportunidades de mejora

- Es posible que los resultados encontrados sean consecuencia de la excelente situación a la que se ha llegado en la atención que en los centros de salud se está ofreciendo a los usuarios (“podemos estar muriendo de éxito), es decir:
  - Afortunadamente las enfermedades infecciosas “vacunables” no tienen una presencia preocupante en nuestro entorno y quizás, por ello, nos hayan dejado de “preocupar” por considerarlas retos ya superados.
  - La atención primaria está bien asentada, es de alta calidad, da gran satisfacción a los usuarios... y tiene la vista puesta en la resolución de problemas de mayor complejidad: Coordinación entre niveles asistenciales, control del gasto, resolución de problemas complicados como la atención a pacientes en final de vida, grupos desfavorecidos, patologías agudas y crónicas emergentes...
- Algunos aspectos de mejora que se pueden deducir del estudio son:
  - o Re-potenciar la concienciación entre los profesionales
  - o Reestablecer sistemas de registro y control sistematizado, incluso establecidos en contrato programa y con influencia en la incentivación.
  - o Potenciar la formación, especialmente a los responsables de los puntos de vacunación, pero también al resto del equipo, no voluntaria y ligada a objetivos.
- Nuestro compromiso con la mejora nos ha llevado a diseminar los resultados, en primer lugar y de forma directa entre: los responsables político-sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma, las direcciones de enfermería de las Áreas Sanitarias y entre todas y cada una de las enfermeras responsables de los puntos de vacunación de las Zonas Básicas de Salud.
- Podemos resumir en que parece necesario revalorizar la “cuestión vacunas” en general y la cadena de frío vacunal en particular, y que posiblemente con un no muy excesivo derroche de energías podamos aprovechar esta oportunidad de mejora.

Nuestro agradecimiento a todos los compañeros de atención primaria cuyas aportaciones fueron imprescindibles para la realización de este estudio y a todos los amigos (Norberto Corral Blanco, Miguel Prieto García, Mar Martínez Suárez, Ana Isabel Esteban, José Tullés Hernández...) que nos ofrecieron su consejo, su crítica continua y su apoyo en algún momento en que los datos que íbamos encontrando en la “tórrida cadena del frío vacunal” nos situaron en un escenario algo caliente.

#### Bibliografía

- 1- Batalla J, Fernández-Lara N. Pautas de transporte, distribución y conservación de las vacunas. En: Salleras Sanmartí LL. Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones. 1ª reimpression. Barcelona: Masson S.A; 1998. p. 543-559.
- 2- Committee on Infectious Diseases of the American Academy of Pediatrics. Red Book 1997. 24ª edición (española) 1997.
- 3- Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª edición. Barcelona: Masson- Salvat; 1991.
- 4- Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud de Asturias. Programa de Vacunaciones. Oviedo. 2001.
- 5- Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Manual de vacunas en pediatría. España: 2ª edición 2001.
- 6- Steinmetz N, Furesz J, Reinhold C, Yarosh W. Storage conditions of live measles, mumps and rubella virus vaccines in Montreal. Can Med Assoc J 1983; 128:162-163.
- 7- Chen RT, Hardy IR, Rhodes PH, Tyshchenko DK, Moisseeva AV, Marievsky VF. Ukraine, 1992: First Assessment of Diphtheria vaccine effectiveness during the recent resurgence of Diphtheria in the former Soviet Union. J Infect Dis 2000; 181 Suppl 1: S178-183.
- 8- Danés Roca M, Camps Cura N, Terrados Cama J. Estrategia para garantizar la efectividad vacunal en la Región Sanitaria de Girona. Vacunas 2002; 3: 60-65.
- 9- Ortega Molina P, Astasio Rabiza P, Alvadalejo Vicente R, Gómez Rábago ML, Juanes Pardo JR, Domínguez Rojas V. Cadena del frío para la conservación de las vacunas en los centros de atención primaria de un Área de Madrid: Mantenimiento y nivel de conocimientos. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 333-346.
- 10- Campo Alepud G. Vacunas. Cadena del frío (Citado 26 de febrero de 2004). [www.perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/trabaj\\_vac\\_cad\\_frio.htm](http://www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_vac_cad_frio.htm)
- 11- Yuan L, Daniels S, Naus M, Brcic B. Vaccine storage and handling. Knowledge and practice in primary care physicians' offices. Can Fam Physician 1995; 41:1169-1176.
- 12- Consejo Internacional de Enfermería. La cadena del frío para las vacunas: mantener los enlaces del frío (Citado el 26 de febrero de 2004). [www.icn.ch/matters\\_coldsp.htm](http://www.icn.ch/matters_coldsp.htm)
- 13- Picazo JJ. Guía práctica de vacunaciones 2002. Madrid. Ed. Centro de Estudios Ciencias de la Salud. 2002. p. 73-87
- 14- Dirección General de Salud Pública, Consejería de Servicios Sociales de Asturias. Guía de inmunizaciones
- 15- Fernando Valls T, Tuells Hernández J, Llopis González A, Guevara Serrano J, Haro Salinas M, Villalba Garnica P, Morales Suárez-Varela M. Cadena de frío de vacunas. Estudio del material inmunizante para campañas de vacunación en España. Farm Clin 1989; 6; 212-20.

**Tabla I: de resultados**

ENCUESTA	Si	%	No	%	Total	N/C
<b>Responsable de la nevera:</b>						
Existe responsable de la nevera	130	90%	14	10%	144	0
Existe responsable de la recepción de vacunas	7	50%	7	50%	14	0
Profesión del responsable o encuestado						
<b>Características de la nevera:</b>						
La nevera es exclusiva para vacunas	83	58%	60	42%	143	1
Hay material ajeno en la nevera	60	42%	83	58%	143	1
Tipo de nevera						
Existe alarma de temperatura	0	0%	0	0%	144	0
Edad de la nevera (años)						

Estado observado de la nevera (MB, B, R, M)					136	8
(Muy Bueno + Bueno)	108	79,4%				
Regular	15	11%				
Malo	13	9,6%				
<b>Nevera portátil:</b>						
Existe Nevera portátil adecuada a las necesidades	120	83,9%	23	16,1%	143	1
<b>Características interior de la nevera:</b>						
Hay acumuladores de frío en el congelador	128	88,9%	16	11,1%	144	0
Hay botellas de agua o suero dentro de la nevera	53	37,1%	90	62,9%	143	1
Hay pegatinas en el exterior sobre orden colocación	69	47,9%	75	52,1%	144	0
Las vacunas están según indicación de pegatinas	62	92,5%	5	7,5%	67	2
Vacunas están colocadas según orden de caducidad	136	94,5%	8	5,6%	144	0
Hay separación suficiente entre los envases	129	90,2%	14	9,8%	143	0
<b>Medición de temperatura</b>						
Existe termómetro de máximas y mínimas	125	86,8%	19	13,2%	144	0
Intervalo de máximas y mínimas en el momento de la observación (en °C)						
Correctas (2-8°C)	64	51,4%				
Desviadas (0-2 ó 8-15°C)	49	38,9%				
Alarmantes (<0 ó >15°C)	12	9,7%				
Frecuencia medición de temperatura (Diaria, días alternos, semanal, ocasional, nunca)					144	0
Diaria	58	40,3%				
Días alternos ó semanal	32	22,2%				
Ocasionalmente o nunca	54	37,5%				
Hay registro de temperatura en el exterior	52	36,1%	92	63,9%	144	0
Se cumplimenta algún registro	42	80,7	10	19,3%	52	
<b>Cursos cadena frío</b>						
Realizó algún curso sobre cadena de frío	79	55,2%	64	44,8%	143	1

**Tabla II: comparativa de estudios**

	Gerona 2002 <sup>(8)</sup>	Alicante 2000 <sup>(10)</sup>	Madrid 2002 <sup>(9)</sup>	España 1989 <sup>(15)</sup>	Asturias 2003
Frigoríficos sanitarios	-	-	37,2%	-	0%
Frigorífico exclusivo vacunas	-	40%	51,2%	-	58%
Vacunas mal colocadas	34,5%	40%	14,0%	-	-*
Termómetro interior	93,6%	100%	-	80%	86,8%
Registro diario temperatura	68,6%	-	97,6%	7,7%	40,3%
Acumuladores congelador	-	80,0%	-	-	88,9%
Acumuladores refrigerador	-	0%	-	-	37,1%
Existencia responsable	-	90,0%	-	-	90,0%
Temperatura entre 2-8° C	-	-	88,4%	-	51,4%

\*No comparable por haber usado criterios diferentes

## **Masip Janer, M., Egea Soldevila, L.: Una reflexión sobre la práctica enfermera en los Equipos de Salud Comunitaria: Una Investigación Acción Participativa**

### **Introducción**

Las competencias en sanidad que marca la Legislación vigente para los Ayuntamientos en Cataluña, están explicitadas en el 3er capítulo del artículo 42 de la Ley General de Salud (LGS), y en el artículo 67 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC).

Según estas leyes los Ayuntamientos ocupan un lugar central, como garantes de la salud ciudadana y como promotores de políticas que favorezcan la salud.

En relación con las competencias en materia de promoción de la salud, estas se llevan a cabo de forma coordinada, entre la Atención Primaria y los Servicios de Salud Municipal, estos últimos sin embargo, tienen tareas complementarias de Educación Sanitaria. A priori, las intervenciones en el ámbito individual son asumidas por la Atención Primaria y las comunitarias por los Ayuntamientos, a través de los Equipos de Salud Comunitaria. En el Ayuntamiento de Barcelona concretamente, estos Equipos han estado coordinados y gestionados hasta hace poco por el Instituto Municipal de Salud (IMS) que depende del Área de Salud Pública.

Estos Equipos han estado los encargados de la promoción de la salud de sus territorios, a través de distintas intervenciones dirigidas a grupos de riesgo de la comunidad, sobre todo a escolares. En el caso de Barcelona estos Equipos están distribuidos en los diferentes Distritos de la ciudad y actualmente dependen y están gestionados por la Agencia de Salud Pública, organismo de creación reciente. Este hecho ha supuesto un cambio tanto de organización como de gestión y de competencias que afecta de forma directa al trabajo de los Equipos y a su organización.

Se trata de un colectivo formado mayoritariamente por enfermeras, 36 en total, un ATS y cuatro médicos. Todos los profesionales son funcionarios municipales con una larga trayectoria en la administración y con una antigüedad entre 25 y 30 años de servicio.

**Detección de síntomas y realización de una demanda de intervención. Etapa de pre-investigación:**

En esta etapa se detecta a través de nuestro conocimiento del contexto y de los miembros de los Equipos, síntomas claros de problemas relacionados con la motivación y con las expectativas creadas como consecuencia de los cambios de gestión y de organización de la Institución, así como los cambios en las tareas y en la estructura de los Equipos.

A raíz de estos sucesos, pensamos que sería interesante hacer una intervención basada en un proceso que potencie la reflexión de la práctica cotidiana de los Equipos, ya que según nuestra percepción, están en un momento delicado y con la percepción de falta de definición de sus funciones.

El interés en el tema viene dado por nuestra relación estrecha con los Equipos desde diferentes posiciones, pero con una percepción similar del problema y con la convicción de que el hecho de poder aproximarnos a ellos y a su contexto, dándoles la oportunidad de expresar aquello que piensan y creen, puede mejorar su motivación y abrir nuevas expectativas de trabajo y de reconocimiento profesional.

Por este motivo nos pusimos en contacto con los miembros de los Equipos para expresarles nuestra intención y pedir su opinión, así como también con los responsables de la Institución a través de una entrevista con la Dirección del Instituto de Medicina y Salud.

#### **Planteamiento de la investigación:**

En este punto se constituye el equipo de investigación formado por Lourdes Egea coordinadora de los Equipos de Salud Comunitaria, y Montserrat Masip responsable de las prácticas de Salud Comunitaria de la Escuela Universitaria de Cruz Roja de Barcelona.

Pensamos que nuestra vinculación con los Equipos puede ser positiva en muchos aspectos, pero también nos sitúa en una posición delicada, sobre todo a la persona coordinadora de los Equipos, por su relación laboral y su posición jerárquica.

**El título propuesto inicialmente para nuestra investigación es:** Una reflexión sobre la práctica enfermera en los Equipos de Salud Comunitaria: Una investigación Acción Participativa.

**Los participantes del estudio son:** Los miembros de los Equipos de Salud Comunitaria de los Distritos de Barcelona. La participación será voluntaria y de acuerdo con los intereses del equipo investigador y de los participantes.

**Los objetivos y los focos de interés** son en principio los que se exponen a continuación, siempre sujetos a posibles nuevos focos de interés que puedan ir surgiendo en el curso de la investigación:

- Promover la reflexión sobre el trabajo de los Equipos a partir de un proceso participativo de los interventores, con la finalidad de aportar cambios en su trabajo
- Conocer el estado de motivación entre los profesionales y de cómo afecta a sus expectativas los cambios que se han producido tanto en la organización como en su trabajo.

También vemos interesante que los participantes puedan alcanzar los siguientes objetivos en el curso de la investigación:

- Comprender como el proceso de reflexión puede conducir a la elaboración de estrategias de cambio
- Fortalecer la autoestima profesional i personal con la finalidad de potenciar la creatividad i favorecer la innovación.

**La perspectiva paradigmática** de esta investigación es la *constructivista*, la cual reconoce que existen diversas realidades socialmente construidas y que los conocimientos son construcciones colectivas. Este paradigma hace posible la formación gradual del consenso a través de un círculo hermenéutico en el que se generan discusiones, críticas, negociaciones y reevaluaciones.

Pensamos que es importante que sean los participantes quienes creen un conocimiento legítimo construido por ellos mismos y esto lleve a mejorar su práctica profesional y a potenciar su motivación y autoestima.

**El método** utilizado es una Investigación Acción Participativa (IAP) (1,2,8) desde el paradigma constructivista. Hemos escogido este método porque nos permite hacerlo desde el mismo lugar de trabajo y porque ha estado uno de los más utilizados por enfermería para producir cambios en su trabajo. Es una metodología que permite la participación social, valora las experiencias, conocimientos y opiniones de todos los participantes favoreciendo la generación de ideas y nuevas propuestas con el fin de modificar la práctica y favorecer la motivación. Todo esto en un proceso de reflexión colectiva donde se participa activamente en la toma de decisiones y en la planificación del proceso.

Nos hemos basado en el modelo de IAP de Kemmis y Mc Taggart (1988) (3) compuesto por círculos en el interior de una espiral. Cada círculo según sus autores, contiene cuatro etapas: la planificación, la acción, la observación y la reflexión. Cualquier cambio en alguna de estas dimensiones puede ser observado en todas las demás, por tanto, estas dimensiones orientaran el contenido de cada etapa del proceso.

**La recogida de datos** se realiza a través de técnicas de generación de datos cualitativos. Se explican a los participantes las diferentes técnicas existentes para favorecer la reflexión, tales como la observación del contexto, grupos de discusión, entrevistas en profundidad y otras que puedan ser útiles y atractivas para ellos. En todo caso, son los propios participantes quien finalmente pueden sugerir la técnica o técnicas que mejor se adapte a sus intereses y a los objetivos de la investigación (4,5).

#### **Etapas de Diagnóstico:**

Esta etapa incluye el conocimiento contextual del territorio y el acercamiento a la problemática a partir de la documentación existente (6,7) y de las entrevistas realizadas a un representante institucional (entrevista 1) y a un representante miembro de los Equipos (entrevista 2).

Se ha recogido información, para conceptualizar el problema, entrevistando a una persona "experta" responsable de uno de los Distritos de Barcelona (Gerente del Distrito de Gracia), y también directora del IMEB (Institut Municipal d'Educació). Esta persona ha sido una informante clave que nos ha proporcionado información muy valiosa sobre el contexto y sobre el trabajo de los Equipos desde la perspectiva de la Administración. El motivo de escogerla ha venido dado por su conocimiento del trabajo de los Equipos en los diferentes Distritos y también por su visión histórica de la evolución de su trabajo en los últimos diez años.

La primera entrevista se realizó en el despacho de la entrevistada y se exploraron diferentes aspectos

(Entrevista 1) como: *La historia de los Equipos y las necesidades que generaron su aparición. La situación actual de los Equipos y el rol que desempeñan. Las diferencias más significativas entre sus tareas actuales y las iniciales. La necesidad del trabajo de estos Equipos desde la perspectiva del Distrito. La compatibilidad de su trabajo con el trabajo de los Equipos de Primaria.*

Los tópicos que nos planteamos al elaborar la entrevista fueron: *Motivación. Reconocimiento de su trabajo por parte de los responsables del Distrito. Necesidad i/o utilidad de su trabajo. Duplicidad de tareas con la Atención Primaria. Diferencias en el trabajo de los Equipos.*

Se realiza la transcripción completa de la entrevista y se procede al análisis del discurso. En este caso no se codifica por temas genéricos para su análisis, como si se hace con la segunda entrevista, ya que esta entrevista sirve básicamente para obtener información de fuera de los Equipos.

Del **análisis** de la entrevista se desprende que las modificaciones en el trabajo de los Equipos son significativas. Estos han pasado en poco tiempo, de ocuparse exclusivamente de los exámenes de salud a escolares y del programa de vacunaciones escolares, a no tener en estos momentos una definición clara de cuales serán sus funciones en el futuro. Las funciones de las que eran responsables han pasado en su mayoría a la Atención Primaria a causa de la Reforma y las funciones que se supone se atribuyen a los Equipos, todavía no están consolidadas. También los cambios en la gestión de los Equipos y de la Institución parece que crea confusión tanto en los Equipos como en los Distritos, ya que los Equipos dejan de depender directamente del Distrito y pasan a depender de la Agencia de Salud Pública, aunque su ubicación física sigue siendo el Distrito.

Por otro lado, nos hemos aproximado a la situación concreta en la que se va a intervenir, tanto de forma general como específica alrededor del tema de investigación. Lo hemos hecho a través de una entrevista en profundidad a un miembro de uno de los Equipos de un Distrito de Barcelona. Se escogió a esta persona por ser una persona que refiere a menudo la necesidad de un cambio y cree que hay mucho trabajo por hacer dentro de los Equipos como también en la comunidad de referencia. Pensamos que nos podría dar mucha información del trabajo de los Equipos, así como de su motivación actual y de sus expectativas en relación a los cambios experimentados. También ella se prestó a realizar la entrevista sin presentar ningún problema y colaboró en todo momento.

La entrevista se realizó en las dependencias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. En la entrevista se exploraron los siguientes aspectos (entrevista 2): *Antigüedad en el Equipo actual. Las diferencias entre su trabajo actual y el de los inicios. La percepción de la importancia de su trabajo y de la necesidad de las actividades que desempeña en el Equipo. La valoración y el reconocimiento profesional por parte de la Agencia de Salud Pública. La motivación actual tanto personal como del resto de miembros. Las diferencias de formas de trabajar entre los Equipos. Como afecta el cambio de gestión y de organización en el trabajo de los Equipos. Necesidad de poder hacer una reflexión compartida con la finalidad de fomentar la motivación y la autoestima profesional.*

Los tópicos que nos planteamos al elaborar la entrevista fueron: *Desmotivación de los Equipos. Reconocimiento de su trabajo. Sistema de incentivos. Cambios en el trabajo y en la organización. Sistema funcional.*

Se realiza también en este caso la transcripción completa de la entrevista y se hace el análisis del discurso con la ayuda informática del programa Atlas ti. En este análisis se procede a la codificación de los contenidos de la entrevista por temas de interés que van surgiendo y que están relacionados con los tópicos planteados desde el inicio. Interesaba sobre todo, explorar la motivación actual de los Equipos, cómo los cambios afectan a esta motivación y las expectativas creadas con esta nueva situación.

La entrevista nos ha proporcionado mucha información y material suficiente para avanzar en esta fase de diagnóstico. **Los resultados iniciales del análisis** son los siguientes:

Se ha procedido a agrupar la información en cinco códigos genéricos con sus subgrupos o correspondientes. Estos son:

- **Características de los Equipos y trayectorias profesionales** (antigüedad, tiempo, equipos1, 2, rol de médico, rol enfermera)
- **Organización** (trabajo en equipo, desvinculación, diferencias entre los equipos, valoración, motivación, relaciones personales)
- **Cambios en la actividad** (tareas al inicio, equipos tipo 1, tareas ahora, competencias profesionales, compartir ideas, evaluación, necesidad de formación, implicación, transparencia)
- **Cambios en la organización** (traspaso de responsabilidades, valoración profesional, expectativas con relación al cambio)
- **Perspectivas de futuro** (formación adecuada, percepción del cambio, reconocimiento profesional, necesidad de reflexión).

Algunos de los párrafos literales que se desprenden del análisis de los contenidos basándose en los cinco códigos genéricos y a sus correspondientes subgrupos, son los siguientes:

- Se constata que hay diferencias importantes tanto en la composición de los Equipos como en sus tareas, desde que los Equipos empezaron y en la actualidad.

*"En aquellos momentos habían Equipos que ya estaban distribuidos por Distritos pero cada Equipo estaba formado por un médico y una enfermera, quien dirigía era el médico, la enfermera iba de acompañante....solo hacían revisiones puras y duras y vacunaciones, nada mas....sin objetivos...sin evaluación de nada, quiero decir que se funcionaba por tareas...se había de hacer como fuera, lo mas rápido posible y aire.....Ahora es muy distinto el papel del médica es testimonial y se trabaja con objetivos y programas..."*

- En cuanto a la organización se ven dificultades tanto en la adaptación al cambio como en las tareas de los profesionales, como también diferencias de funcionamiento de los Equipos.

*"...el cambio lo provocamos nosotros he?...pero además ya les ha ido bien, iban diciendo que estábamos locas que no saben lo que se encontrarán....y ya ves lo hicimos y ahora.....Este año ha habido una reducción, habíamos llegado a ser diez personas por Equipo, ahora somos cinco, falta tiempo, horas para poder hacerlo todo..."*

- En cuanto a los cambios en la organización y la gestión se desprende de la entrevista que esto ha creado unas expectativas en los Equipos que no están siendo **del todo** satisfechas.

*“ hay una desvinculación de lo que es el personal y lo que es la organización vale?...no se hace ningún seguimiento del personal, ni desde la Agencia, esta es nuestra percepción. El hecho de haber pasado del Distrito a la Agencia nos ha creado unas expectativas, que pensamos ahora si que iremos bien, ahora a lo mejor hablamos el mismo idioma, puede que haya un cambio. Pero no sabemos ni que haremos ni como lo haremos, ni que futuro nos espera.....hay que sentar unas bases...”*

- Cree que la desmotivación que aparentemente tienen los profesionales es debida a un conjunto de factores, uno de ellos es que se valoran poco a ellos mismos, al que se le añade la indefinición de su trabajo en el futuro. Ve también la necesidad de una renovación de personal, de más formación y mas implicación por parte de la empresa.

*“ sería buena una reflexión, pero en este momento que pasamos, en el que ves que no se te dan una serie de cosas, no se puede traspasar la papeleta y decir bueno que problemas tenéis?... hablar entre vosotros y ya nos daréis las soluciones.....vale?....da la sensación que la empresa se lava las manos, se traspasa a los de abajo lo que han de resolver ellos.....tengo la sensación de que como no hay demasiadas ideas se lavan las manos y dadme soluciones de lo que hay y como lo veis.....”*

*“...si que sería buena una reflexión porqué proyectaría hacia arriba, pero en estos momentos son ellos los que han de proyectar hacia abajo y que digan esto es lo que se va a hacer y a partir de aquí dar perspectivas de cómo irán realmente las cosas y como irá cambiando todo.....”*

*“...yo quiero verle futuro, lo necesito, hay gente que no.....parece que solo se trabaja para cobrar un dinero a final de mes.....creo que el problema que tenemos, no es que no tengamos ideas o que no tengamos ganas, es que la administración o la empresa va a un ritmo distinto entonces cualquier cosa que se quiera cambiar o mejorar, aunque estén abiertos ha hacerlo la maquinaria va lenta.....”*

Estos son algunos de los literales que ilustran como ejemplo lo que se desprende del análisis de la entrevista 2.

Como conclusión de esta fase de diagnóstico se remite a las personas entrevistadas y a la Administración un informe de todo el proceso, con el fin de devolverles la palabra y negociar la continuidad de la investigación con las siguientes fases de la IAP y la participación de todos los miembros de los Equipos que quiera participar.

#### **Bibliografía**

- 1- **Vilasante TR, Montañés M, Martí J.** La Investigación social participativa: construyendo ciudadanía/1. 1ª Edición. Barcelona: El Viejo Topo; 2000.
- 2- **Mercado F, Gastaldo D, Calderón C.** Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. 1ª Edición. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara; 2001.
- 3- **Kemmis S, Mc Taggart R.** The Accion Research Planner. 3ª Edición. Australia: Deakin University Press; 1988.
- 4- **Santos M.** La observación en la investigación cualitativa en el área de salud. Rev. Atención Primaria 1999; 24 (1): 425-430
- 5- **Vilasante TR.** De los movimientos sociales a las metodologías participativas. 2ª Edición. Madrid: Síntesis; 1994.
- 6- **Hito P.** Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. Rev. Enfermería Intensiva 2001; 12 (3): 110-126
- 7- **Mercado F, Gastaldo D, Calderón C.** Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. 1ª Edición. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara; 2002.
- 8- **Guerreo B.** Investigación Acción Participativa: Una experiencia colectiva que reconstruye al ser. Artículo publicado en Internet.

### **González Fernández-Conde, M. M., Manzano García, M., Maderuelo Fernández, A. Carreto Sánchez. M., Gómez Marcos, M.A., Seco García, M. A.: Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas**

#### **Introducción**

La adolescencia es una etapa crítica para iniciarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y, por tanto, también para su prevención. A los cambios biológicos y psicológicos propios de la adolescencia se unen en la actualidad una serie de factores sociales y económicos que favorecen el consumo de drogas en unas edades cada vez más precoces.

Nunca como ahora los jóvenes han tenido tanta autonomía, libertad y poder adquisitivo, lo que es aprovechado por la industria del ocio y por otros sectores económicos (música, ropa, telefonía móvil, etc.) para estimular el consumo juvenil de todo tipo de productos, entre los que las drogas no son una excepción.

Los ámbitos de socialización tradicionales (escuela y familia), aún siendo muy importantes, están perdiendo fuerza en las sociedades modernas. Su capacidad de control compite cada vez en mayor medida con otras fuentes de influencia social como son los medios de comunicación y las nuevas tecnologías, a las que hay que añadir, en el caso de los adolescentes, al grupo de amigos y compañeros (1).

Los adolescentes tienen los primeros contactos con el alcohol y el tabaco a una edad promedio que ronda los 13 años, iniciándose en el consumo habitual de estas sustancias entre los 14 y 15 años (2).

Como muestra la encuesta escolar sobre drogas elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas 2002, un 76% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y un 60 % ha fumado en alguna ocasión. Si hablamos de prevalencia de consumo habitual (último mes), el 28,8% fuma y el 55,1% consume alcohol (2).

Son datos que ponen de manifiesto que las primeras experiencias con el alcohol y con el tabaco se producen a edades muy tempranas y que el consumo habitual de estas sustancias es importante, lo que incrementa la probabilidad de tener problemas con estas drogas en el futuro, sin olvidar el progreso que el momento actual está teniendo el consumo de cánnabis y otras drogas ilegales (2).

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Además de las consecuencias a largo plazo, los efectos a corto plazo del consumo de drogas son importantes y se asocian con otros problemas como: violencia, embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental (3).

El trabajo preventivo en el campo del consumo de drogas en la adolescencia desarrollado por los profesionales de Atención Primaria de Salud de nuestro país es escaso (4,5). Existen sin embargo, otros campos de actuación que si se han desarrollado y han demostrado su eficacia para prevenir el consumo de drogas en la población adolescente, destacando la prevención en el medio escolar y familiar (6,7,8,9).

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 del Plan Nacional sobre Drogas establece entre otros puntos, que los programas preventivos de nuestro país deben facilitar la sinergia y complementariedad de actuaciones entre los distintos ámbitos de intervención (educativo, sanitario, social...) (10). Numerosos estudios dejan claro también, que las intervenciones puntuales no sirven y que la prevención debe basarse en teorías contrastadas, considerándose un área de trabajo científica (7,8,11).

#### **Objetivo**

Analizar los resultados obtenidos durante el primer año de funcionamiento de un programa de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en un instituto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Específicamente valorar la existencia de cambios en la intención de consumo, actitud hacia el consumo, la resistencia a la presión de grupo, grado de conocimientos de los efectos de las distintas drogas, edades de inicio y prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cánnabis en los adolescentes.

#### **Método**

El programa preventivo ha sido diseñado y coordinado por profesionales de enfermería. El tiempo de duración del mismo es de 4 años (de 1º a 4º de la ESO). Este trabajo supone la evaluación tras el primer año de intervención.

El equipo de profesionales que lleva a cabo el programa es multidisciplinar: profesionales de enfermería, medicina y trabajo social de un Equipo de Atención Primaria, equipo directivo, docentes y equipo de orientación de un Instituto de ESO que pertenece a la Zona de Salud, educadores de calle y policía de barrio de esa zona.

Las intervenciones que se han realizado durante este primer año han sido las siguientes:

1. Aplicación de distintas sesiones del programa Construyendo Salud dentro del aula: realizada por los docentes, aunque algunas sesiones fueron desarrolladas por profesionales de enfermería a petición de los docentes o los propios alumnos. Este programa fue seleccionado porque ha demostrado su efectividad en la prevención en el ámbito nacional.
2. Intervención familiar: realizada por los sanitarios sobre los padres de los alumnos a los que se les está aplicando la actividad preventiva. Las intervenciones siguen las pautas de la FAD (Fundación de ayuda contra la drogadicción).
3. Creación de la Consulta del Adolescente en el centro de salud para atender individualmente a los alumnos que lo demanden.
4. Derivación a los educadores de calle de adolescentes en situaciones de riesgo.
5. Contacto con la policía de barrio con el fin de obtener información actualizada sobre las drogas más consumidas en Salamanca y específicamente en el barrio.

Sujetos: el programa preventivo se está realizando con todos los alumnos de 1º y 2º de la ESO (edad media de 13,2 años). Un total de 189 alumnos. El diseño del estudio es de intervención comunitaria cuasi-experimental con grupo control. El grupo control lo forman 146 alumnos. Previa a la intervención se realizó una encuesta para establecer si ambos grupos eran comparables. No encontramos diferencias en ninguna de las variables estudiadas entre ambos grupos.

Mediciones: para la evaluación del trabajo se ha utilizado un cuestionario realizado por M.A. Luengo y cols. y validado por la Universidad de Santiago. Se ha aplicado de forma autoadministrada preintervención y al año de la intervención.

El cuestionario incluye diferentes escalas que valoran algunos de los factores de riesgo que los estudios actuales han asociado al consumo de drogas, en concreto las siguientes:

1. Escala IPD: mide la intención de consumo que los adolescentes de la muestra tienen hacia las drogas y su capacidad para resistirse a la presión de los iguales.
2. Escala IA: mide la asertividad.
3. Escala CAD: mide la actitud (favorable o no) que tienen hacia el consumo de drogas.
4. Escala CID: mide los conocimientos que tienen sobre los efectos del consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en el organismo.
5. Escala que valora los hábitos de consumo de tabaco, alcohol, cánnabis y otras drogas ilegales: edad de inicio, prevalencia de consumo, frecuencia de consumo.

El análisis estadístico de los datos realizado ha sido el siguiente: cada escala se ha puntuado según los criterios de corrección correspondientes. Hemos utilizado la prueba t de Student, análisis de la varianza y la prueba de Chi-Cuadrado mediante el programa SPSS. En los casos en que el tamaño de la muestra fue muy reducido utilizamos pruebas no paramétricas. El nivel de significación asumido en todos los casos ha sido del 5%.

#### **Resultados**

Tras un año de aplicación del programa hemos observado cambios positivos en la actitud media hacia el consumo de drogas, de forma que en el instituto intervención la actitud media fue de 1,37 (escala 1-3) y en el control de 1,52, siendo las diferencias significativas. No ha habido diferencias significativas en la intención de consumo, resistencia a la presión de grupo ni en la asertividad, aunque en todos los casos los resultados fueron menores en el grupo intervención.

Respecto al nivel de conocimientos de ambos grupos sobre los efectos del consumo de las drogas sobre el organismo, obtuvimos diferencias, en esta caso a favor del grupo control. En una escala de 1-10, la puntuación obtenida por el grupo intervención fue de 5,7 y en el control de 6,2.

Los resultados relacionados con el consumo de tabaco fueron los siguientes. La prevalencia de consumo de ambos grupos es similar (51,4% en el intervención y 50% en el control), sin embargo si hay diferencias significativas en la edad media de inicio y en el número de cigarrillos/semana fumados. En el grupo intervención la edad media de inicio se situó en 11,94 años y la media de cigarrillos/ semana fumados en 7,6 y en el control la edad media es de 11,12 años y la media de cigarrillos/ semana fumados de 17,42.

En relación al consumo de alcohol, destacar el alto porcentaje de adolescentes que lo han probado en ambos grupos (71,9% en el intervención y 70% en el control), siendo también la edad media de inicio similar (11,07 y 11,47). Los resultados si varían significativamente en la prevalencia de consumo del último mes (23,7% en el intervención y 70,9%

en el control). Es decir, han probado el alcohol un número de adolescentes similar, pero su consumo habitual es mucho menor en el grupo intervención.

Los datos respecto al nº de borracheras son también sorprendentes en cuanto a resultados, en el instituto intervención el 80,6% no se emborracharon ninguna vez en el último año y sin embargo en el control sólo el 52,5%. Prácticamente la mitad de los adolescentes del grupo control se ha emborrachado alguna vez en el último año.

En el caso de las drogas ilegales, en concreto: cánnabis, éxtasis, LSD, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes sin prescripción, no hemos obtenido diferencias significativas, aunque en muchos casos se rozaba la significación. Ha sido menor tanto la experimentación como el consumo habitual en el grupo intervención para todas las drogas ilegales. Han probado el cánnabis el 12,2% de los adolescentes en el grupo intervención, con una prevalencia de consumo habitual del 4,1% y en el control lo han probado el 14,3% con una prevalencia de consumo habitual del 8,6%.

#### **Discusión**

Hemos obtenido resultados positivos en el campo de la prevención del consumo de drogas tras la intervención de este primer año.

Respecto a los factores asociados al consumo de drogas sobre los que hemos trabajado con los adolescentes se ha modificado significativamente la actitud hacia el consumo de drogas, aspecto que ha podido influir en los resultados sobre los hábitos de consumo que hemos obtenido. Nos parece importante destacar que conseguimos modificar también, aunque en menor medida la intención de consumo y la resistencia a la presión de grupo.

Se ha retrasado la edad de inicio del consumo de tabaco y en los adolescentes fumadores ha disminuido la media de cigarrillos/ semana fumados. Ha disminuido significativamente el número de adolescentes consumidores habituales de alcohol y el número de borracheras. Únicamente no hemos obtenido diferencias significativas en los datos de consumo de drogas ilegales, creemos que por el pequeño tamaño muestral; pero en todos los casos el consumo ha sido menor en el grupo intervención.

Sorprende que el nivel de conocimientos en el grupo control haya sido mayor que en el intervención. Este dato apoya a otros muchos estudios que evidencian que el nivel de conocimientos no es un factor determinante en el consumo de drogas, y que la información debe ir encaminada fundamentalmente a modificar las actitudes favorables al consumo de drogas que puedan tener los adolescentes. Las sesiones aplicadas en este caso se hacían con este fin.

Estos datos apoyan la efectividad hasta el momento, del programa preventivo realizado. La colaboración entre el sistema sanitario, educativo y social es efectiva en el campo de la prevención del consumo de drogas en los adolescentes y creemos necesario potenciarla.

Los profesionales de enfermería constituyen un elemento clave en las intervenciones preventivas con adolescentes, realizando la coordinación de los diferentes recursos, participación en proyectos de investigación y utilizando la educación para la salud como estrategia básica sobre la que diseñar los programas y las actuaciones preventivas. Deben desarrollar su trabajo basándose siempre en las evidencias científicas disponibles.

#### **Bibliografía**

1. Martínez González F, Perez Mulet E, de las Heras Renero M.D. Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas. Deporte y vida. 2004: 5-6.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 6. Julio- 2002. [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)
3. Ariza i Cardenal C, Nebot i Adell M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y LLeida. Rev Esp Salud Pública 2002; 76 (3).
4. González Fernández-Conde M.M. Consumo de drogas en los adolescentes y su prevención desde la Atención Primaria de Salud. Propuesta de Intervenciones Enfermeras. Trabajo de Grado. Universidad de Salamanca. Julio 2004.
5. Miembros del Grupo de Trabajo del Adolescente de la socalemFYC. Guía de Atención al Adolescente en la Atención Primaria de Salud. Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. 2004.
6. Luengo Martín MA, Romero Triñanes E, Gómez Fragueta JA, Guerra López A, Lence Pereiro M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. 1999.
7. Fernández S, Nebot M, JanéM. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cánnabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis?. Rev Esp Salud Pública 2002; 76 (3).
8. Martínez González F. Prevención familiar del consumo de drogas. Trastornos adictivos 2001; 3(4).
9. Fernández JR, Secades R, BecoñaE, Calafat A, Espada JP, Gil E et al. Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre Droga, 2003:15.
10. Acero Achirica A, Moreno Arnedillo J. Modelos teóricos en prevención. La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Deporte y vida. 2002. Madrid: 77-99.
11. Matellanes M. La prevención de las drogodependencias:¿es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar?. Intervención familiar en la Prevención de las drogodependencias. [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)

## **Mesa Redonda (Inglés): Community Health**

### **Matsushita, Y.: Nurses' Actions for environmental protection in clinical practice**

#### **Introduction**

The objects of nursing are clients, their family and community. However happiness and health for human depend on the environment. The purpose of this study was to explore the concern and actions for saving the earth performed by nurses. The study showed that almost all nurses regularly carried out specific actions for environmental protection even though they were in nursing service. Although each action is small, it will be a motivation to share responsibility to sustain and protect the natural environment from depletion, pollution, degradation, and destruction.

#### **Methods**

The study was carried out after informed consent was obtained from each practicing nurse. The study period was three months, from September to November in 1999, and samples consisted of 390 practicing nurses in Osaka, Japan. The questionnaire was made by researcher, and its contents were focused on whether they carry out any sort of activity for environmental protection, and if they do, what those activities are.

#### **Results**

The number of Respondents who had less than five years' experiences as a nurse was 71 (18.2%), those with experience of not less than five, and less than ten years were 76 (19.5%), those with experience of not less than ten, and less than twenty years were 115 (29.5%), and those with experience of not less than twenty years were 124 (31.8%). (Figure 1)

Those respondents who were regularly carried out specific actions for environmental protection were 359 (92.1%). And concerning concrete actions, classifying the wasters properly was most they did, 337 (86.4%). More than fifty- percent respondents generally save on water, paper, and electricity. Some respondents try to reduce and recycle wastes, and furthermore suggested green purchase of medical goods. (Table 1)

Concerning the number of actions each respondent preformed, more than twenty- percent respondents carried out three or four actions. In addition, more than ten-percent of them carried out five actions, or six and more actions. (Figure 2)

If we compared the number of actions to experience as a nurse, we recognized that chi-square test showed significant difference in them ( $p < 0.001$ ). This test result means that the more nursing expertise they had, the more and better they performed such actions. (Table 2)

#### Conclusion

This study shows that most nurses already carry out something for environmental protection, and that their specific actions are manifold. Each nurse performed 3~4 actions for the environment on the average. It was very interesting that the more nursing expertise they had, the more and better they performed such actions.

In the 21st Century, we seek not only for health but also for a rich environment as a component of welfare. The findings of this study mean that nurses have sufficient awareness of their responsibility for environmental protection. So now nurses can establish a new role to promote environmental protection in the medical area.

**Table2: Experience as a nurse and the number of actions**

Experience (Years)	Under five	Five and more
Less than 5	64 (90.1)	7 (9.9)
Not less than 5 and, less than 10	63 (82.9)	13 (17.1)
Not less than 10 and, less than 20	94 (81.7)	21 (18.3)
Not less than 20	71 (57.3)	53 (42.7)

chi-square test  $p < 0.001$  (n=390)

### Griffiths, J.: *The power of "Community" in rural nursing : an Australian study*

#### Introduction

This paper outlines part of a larger study that explored the relationship between a health service and its community in rural Australia, in terms of the trauma experienced by staff. The study explored how the social and cultural context impacted on the relationship between the rural health service and the community in rural Australia. An outline of the literature, methodology is presented, followed by the findings of the study. Conclusions drawn from the findings together with the implications for rural nursing practice and research are finally presented.

Literature Review: The nursing workforce in rural Australia is aging and there are significant concerns about its future viability and issues of continuing education, professional support and recruitment.<sup>1,2</sup> Nursing in rural areas is significantly different from that in urban areas in terms of the type of nursing, the complexity of the roles, and their relationships with their patients.<sup>3</sup> 'Knowing your community' is seen as a distinguishing feature of rural nursing in both hospitals and community, which results in nurses being able to provide more 'holistic' care to their clients.<sup>1</sup> However, there is also a down side of 'knowing your community' because nurses are often expected to care of relatives and friends. Also they are unable to have any privacy because of the lack the anonymity in the community.<sup>1,3</sup> Issues of anonymity, knowing clients and confidentiality not only are an issue for rural nurses in Australia, as it has also been reported in Canada and America.<sup>3</sup> Gender issues have been identified in rural Australian communities in terms of power and paternalism<sup>4</sup>, attitudes to leisure<sup>5</sup> and attitudes of the doctors.<sup>1</sup> This suggests that attitudes and practices in rural health services are the same as twenty years ago.<sup>1</sup>

Community invokes a range of different meanings,<sup>6,7</sup> but common to most definitions of community are notions of togetherness, shared history, goals, activities, culture and ideology.<sup>8</sup> Contemporary use of the concept of community has its origins in the work of Tonnies who proposes that the dichotomy in society is based upon social relationships and propinquity. This dichotomy is also known as community and society, *gemeinschaft* or *gesellschaft* or rural and urban.<sup>9</sup> *Gemeinschaft*, which relates to rural communities, is characterised by the intimacy of familial and personal relationships based upon propinquity that impacts on every aspect of the social organisation.<sup>9</sup> Recently, research revisits the concept of *Gemeinschaft*<sup>7,8,10-12</sup>. *Gemeinschaft* elements of community are important in rural Australia because they reflect the notion of village, family, friendship and neighbourhood.<sup>10,11</sup> In *Gemeinschaft* communities, a sense of familiarity and safety, mutual concern and support, continuous loyalties in human social relationships, are evident<sup>12</sup>. *Gemeinschaft* elements common to sociological theory include: (1) dense social relationships, (2) attachment to the social institutions, (3) significant rituals, (4) size of the group, (5) perceived similar lifestyle of shared history and (6) common beliefs or morals of the group<sup>12</sup>. These elements have been found in Australian research<sup>7,8,10,11, 13-16</sup>.

Study Aims: Previous research<sup>1-3</sup>, identifies issues that set rural nursing apart from urban nursing, but how the community impacts on rural nursing is not covered, in any depth. Given the concern about the viability of the rural nursing workforce in Australia, it is imperative to understand the complexity of rural nursing so that education can adequately address the complex nature of rural nursing and recruitment can therefore be effective. This study attempts to redress the gap in the literature and explain the complex relationship between nursing in a rural health service and one community. This study explored the nature of the relationship between the staff of the health service and their

community. More specifically, it examined how the social and cultural context of the community impacted upon the staff of the rural health services.

### Methodology

This study is a naturalistic inquiry<sup>17</sup> within the constructivist paradigm<sup>18</sup>. Appleton and King's constructivist framework<sup>17</sup> was utilised because of its flexibility and applicability to health care settings. In addition, the framework addresses issues of ethics, which is particularly pertinent to this study. Ethics approval was difficult because there was some resistance from the Ethics Committee of the Area Health Service because of the type of study and its qualitative nature. The rigour of the study was enhanced by triangulation of theory, methods, sources and a focus group. In order to protect the anonymity of the community the pseudonym of Aston was used.

The location of the study was the Aston health service. Aston, a community with a population of approximately 17,000, is located approximately 350 kilometres south west of Sydney in a relatively isolated area. It is not on a major highway, rail-route, or river. The town has a relatively stable population and is the administrative and commercial centre for a number of smaller towns and villages. The health service includes the hospital, with an average daily occupancy of 20 patients, and community health which includes mental health, maternal and child health and adolescent health.

The methods used to obtain data were 32 semi-structured interviews with staff of the health service and community leaders, and participant observation during the field study. Interviews were transcribed as soon as possible. Analysis of the data used a grounded theory approach using inductive analysis and constant comparison of transcripts to field notes, historical documents and the literature. Categories and themes were identified and a focus group with participants confirmed the emergent theory.

### Findings

In the community of Aston, the six major categories of Brint's analysis of *Gemeinschaft* communities, were evident.<sup>12</sup> Those categories include: group characteristics, dense social relationships, attachment and belonging, shared history, customs and rituals and values and beliefs.<sup>12</sup> Group characteristics, social relationships, and attachment and belonging were identified as social elements of the community which impact on nursing in rural communities. Shared history, customs and rituals, and values and beliefs are cultural elements that influence nurses and their practice. An explanation of each of these categories follows.

The group characteristics, the first *Gemeinschaft* category, are those of nurses in the health service who also reflect the community characteristics. The majority of the nurses had lived in the community for most of their lives. Many had trained as nurses at the hospital after commencing nursing straight after leaving school, with the average length of service more than 15 years. Nurses in the hospital predominantly had no university education or further qualifications, unlike those that worked in community health.

The community was considered familial because families lived in the area for generations and it was said to revolve around children. Similarly, the staff of the hospital described their workplace as being homely, friendly and personal as the following quote illustrates.

*Well I have grown up here and you know most of the people, that is the main thing. It is like an extension of family and fiends. It is more personal. I mean knowing everybody has got a lot to do with it (YN12).*

The familial characteristic of the health service and the metaphor of the family, explained the differences and tensions between the hospital staff and those who worked in community health. Community health was like the younger generation, with people with new ideas and experiences, different from the traditional nursing orientation of the hospital staff.

The second *Gemeinschaft* category is dense social relationships which were bound together through the theme of connectedness. Connectedness between individuals appeared strong throughout the community and the health service. It was evident in the complex interwoven web of relationship. People in the community were said to have connections to others by one degree of separation. People were either related or they knew each other or someone had relationships in common. Nurses were connected to the patients because of the dense social relations in the community, they had often nursed them a number of times, as illustrated in the following quote:

It is more personal for staff and patients, because they either know you or they know some part of your family because your children have gone to school with their children or their grandchildren (YN5).

'Knowing people' had advantages and disadvantages for nurses. The advantage of knowing people was that they mostly had a thorough knowledge of family histories, both medically and personally because of the size of the community and the connectedness between people. Staff worried that one of their family would be admitted to their care because of the connections and the size of the community. Also, staff of the health service had difficulty in living private lives because whenever they went about their normal daily activities they would encounter patients and their families who often stopped to ask questions about their health or the activities in the hospital. One person whose area of practice was in mental health gave up playing sport because of encountering clients in her own and opposing teams. Other staff spoke of the embarrassment of normal work activities when the patient was known to them outside of work.

The third social category of *Gemeinschaft* communities that impacts on rural nursing is 'attachment and belonging'. The size, location and familial characteristics of the community together with the connectedness created a sense of belonging and attachment. The attachment to the community was evident in the way that people stayed there and did not want to live anywhere else, and the sadness of those who were leaving the community. Staff of the hospital believed that members of the community thought they 'owned' the hospital because it was seen as belonging to the community. Community members confirmed this ownership of the hospital claiming that they had invested a lot of time and money supporting its operations over many years.

'Attachment and belonging' also differentiated groups within the community in terms of how long people had been in the community. Those people who had strong family histories were 'locals'; those who came into town for a short period, usually for work, were 'blow-ins'; and those who were from the city, were 'outsiders'. Differentiating between groups was important for the nursing staff because the connections to patients added an emotional element and personal dimension to professional responsibilities. This was a particular issue when a person died, who was a 'local', or had strong connections to staff.

The first of the cultural categories was shared history, with themes of 'links with the past' and 'rural toughness'. More than half of the participants of the study had links with the past because they trained at the hospital and many had not worked anywhere else.

Historically, rural communities were said to be tough. 'Rural toughness' was associated with the history of survival against the odds in difficult times. Participants commented about the country toughness which lead to people accepting things without fuss. This rural toughness was significant to rural nursing because both nurses and patients were expected to be tough when something happened either at the hospital or in the community. The toughness evolved through Australian bush folklore of mateship or 'looking after each other'.<sup>19</sup> The history of the community and its isolation from other areas, resulted in community resourcefulness.

The second of the cultural categories was 'customs and traditions'. The common custom of the community was to 'assist each other' during difficult times. There was an expectation and obligation that people assist neighbours and members of the community. This expectation to help was particularly important for nurses as an extremely valuable community resource when patients go home or there was a death. This custom was well known and nurses commented that in rural communities they knew who to call for assistance for anything. Not only was the assistance within the community, it was also evident in the reciprocal assistance between nurses and the ambulance.

The custom of assisting each other was particularly evident in the provision of tangible support provided when a person or family was having difficulty. This practice was embedded in the cultural norms of the community. The tangible support was particularly evident when someone died at the hospital or in the community. This support included the provision of food and money, performed household chores such as washing ironing, cleaning, gardening, and mowing lawn, looked after the children. A further example of tangible support included a community member paying the funeral director when three young people died in a car accident, because they thought the funeral director would have difficulty meeting the costs associated with three funerals within 2 days. Such tangible supports were so embedded in the culture that they were not overtly evident. However, cultural practices such as these in rural communities can be invaluable resource to nurses in rural communities.

A further theme in the customs and traditions category was inquisitiveness. Connectedness in the community resulted in a tradition that information was public and therefore to be sought and exchanged. The difficulty for the nurses in the community was that they had information about people that they couldn't divulge because of confidentiality. Nurses heard information passed through the effective grapevine, but could not correct misinformation or comment. As both members of the community and nurses of the health service, such inquisitiveness resulted in role conflict. In order to avoid the pressures of inquisitiveness many nurses avoided public places such as the supermarket, particularly when something tragic happened at the hospital. The following quote illustrates how the inquisitiveness impacted on nurses in Aston.

Everybody seems to know everybody's whereabouts or what has happened. If someone isy are not at home they ring the hospital to see if they are here. "Such and such is having a baby and she is not home so we thought we would ring there". There are people that have not told anyone that they are having their baby so they can have their delivery in peace, but somebody had drive up the street and seen their car here. The next minute you have got the mother-in-laws ringing up and whatever else (YN4).

The final cultural category in *Gemeinschaft* communities that impacts on nurses in rural hospitals was beliefs and values. The main theme of this category was the traditional nature of the community. The community was described as conservative and traditional and this was also evident in the nurses of the hospital. The traditional method of educating nurses through the hospital system resulted in a rejection and scepticism of university-educated nurses. One nurse whose original qualification was a degree in science, followed by a graduate diploma in nursing undertaken with concurrently with practical enrolled nurse training. When she commenced at the hospital, to gain the trust and confidence of her colleagues, she did not mention her university education, but emphasised her enrolled nurse training. Also the patriarchal nature of rural communities was further evidence of the values and beliefs of the community. The dominance of the agricultural economic base in rural communities reinforces patriarchal values and power relations.<sup>4,5</sup> The gendered nature of the nursing workforce in the Aston health service maintained those patriarchal values with the predominantly male medical practitioners, thus reinforcing the conservative values.

### Conclusions

Nursing in rural areas is influenced by the symbiotic relationship between the rural community and the health service. The connectedness in rural communities, results in extra personal demands on nurses that can result in a role conflict because of the professional requirements for anonymity and confidentiality, in a culture of a community where "everyone knows everyone else's business". Despite the potential for role conflict there are advantages for nurses in rural communities.

The tangible support provided for those in difficulty, familial type relationships and attachment to the community provided additional resources to nurses because of their connectedness and involvement in the community as both individuals and professionals. Rituals based on shared history ensured that those with strong attachment to the community supported by each other, thus reiterating the significance and power of 'community' to influence nursing practice. Understanding the social characteristics and cultural norms, customs and values can assist nurses in effective use of the community to provide culturally appropriate care.

Although the community may seem to be inconsequential in times of technological ly specialised medicine, in rural communities, it still has significant power. The generalist nature of rural nursing and the scarcity of resources means that the community can assist nurses practice and how they balance the demands of their professional and personal lives. However for the future viability of rural nursing, we need to direct the research effort into ensuring that the complexities of rural nursing are identified and incorporated into specialised education programs.

### References

1. Hegney D, Pearson A, McCarthy A. The role and function of the rural nurse in Australia. Deakin ACT: Royal College of Nursing Australia; 1997
2. Stephenson J, Blue I, Petkov J. A National Survey of Australian Rural Nurses. Deakin ACT: The Association for Australian Rural Nurses Inc.; 1999;
3. Bushy A. International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. Australian Journal of Rural Health. 2002; 10: 104-111.

4. Poiner G. *The Good Old Rule: Gender and other power relationships in a rural community*. Sydney: Sydney University Press; 1990
5. Darian-Smith K, Wills S. Queen of Agriculture to Miss Showgirl: Embodying rurality in Twentieth-century Australia. *Journal of Australian Studies*. 2001; (71): 17-32
6. Kenny S. *Developing Communities for the Future: Community Development in Australia*. 2<sup>nd</sup> ed; Melbourne: Nelson; 1999
7. Ife J. *Community Development*. 2<sup>nd</sup> ed. Sydney: Longman; 2002
8. Farwell N, Cole J. Community as a context of healing: Psychosocial recovery of children affected by war and political violence. *International Journal of Mental Health* 2001-2002;: 20(4):19-41
9. Tonnies F. *Community and society: gemeinschaft and gesellschaft*. Trans/ed C Loomis; New York: Harper Row; 1957
10. Fisher A, Sonn C. Psychological sense of community in Australia and the challenges of change. *Journal of Community Psychology* 2002; 30(6): 597-609
11. Jobes P., Effective officer and good neighbour: Problems and perceptions among police in rural Australia. *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management* 2002; 25(2): 256-273
12. Brint S. *Gemeinschaft Revisited: A Critique and reconstruction of the community concept*. *Sociological Theory*. 2001; 19 (1): 1-23
13. Dempsey K. *Smalltown: A study of social inequality, cohesion and belonging*. Melbourne: Oxford University Press; 1990
14. Butler, Rissel & Khavarpour, 1999;
15. Coakes S, Bishop B. Defining the nature of participation in rural Australian communities: A qualitative approach. *Journal of Community Psychology*. 2002; 30(6): 635-646.
16. Whittaker A, Banwell C. Positioning policy: The epistemology of social capital and its application in applied rural research in Australia. *Human Organization*. 2002; 61 (3): 251-261.
17. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985
18. (Appleton J. King L. *Constructivism: A naturalistic methodology or nursing inquiry*. *Advances in Nursing Science*. 1997; 20 (2): 13-22.
19. Haltof M. Gallipoli, mateship and the construction of Australian national identity. *Journal of Popular Film and*

## **Mesa Redonda (Español): Salud Comunitaria**

**Galiana Sánchez, M. E., Verdú Soriano, J., Caballero Pérez, P., Davó Blanes, M. C., Nolasco Bonmatí, A.: *Impacto de las cementeras en el medio ambiente y la salud pública: estudio piloto en la población de San Vicente del Raspeig***

### **Introducción y objetivos**

Según la OMS, la prevención y el control de los problemas ambientales es uno de los principales desafíos en el marco de la adopción de estrategias multisectoriales para crear una salud duradera (1). La calidad del aire, como agente directamente implicado en la salud pública ha estado presente en los distintos acercamientos socio-ecológicos a la salud (2). En la actualidad, la contaminación atmosférica es entendida como un fenómeno que afecta a la comunidad social y constituye un auténtico problema de salud pública que genera preocupación acerca de sus posibles efectos sobre la salud humana (3). Un ejemplo de ello lo constituye el impacto de las cementeras en el medio ambiente y la salud pública. Los hornos de las fábricas de cemento son señalados como una amenaza para la salud de los trabajadores, las poblaciones más cercanas y el medio ambiente (4). Se ha relacionado la exposición crónica a polvo de cemento, con una mayor prevalencia de síntomas respiratorios crónicos y con una reducción de la capacidad ventilatoria (5) (6). Igualmente, la exposición ocupacional al ruido en estas industrias constituye un serio riesgo de pérdida auditiva (7). Además, la Agencia de Protección Medioambiental de Estados Unidos, detectó en 1995 contaminación de las aguas subterráneas asociadas en áreas de instalación de cementeras y en 36 casos documentaron el daño también a la atmósfera (8). En la actualidad, la cementera de San Vicente del Raspeig, localidad alicantina de aproximadamente 38.000 habitantes, dispone de permiso de la Consellería de Medio Ambiente para incrementar su actividad, completándola con la incineración de residuos (9). Este hecho, genera, a nuestro juicio, una situación ambiental problemática, y genera la necesidad de estudiar los posibles riesgos para la salud derivados de su situación ambiental. Para poder apreciar en su totalidad los riesgos sobre la salud de los contaminantes ambientales, hay que diseñar y poner en marcha sistemas de vigilancia adecuados, evaluar los peligros de la exposición y llevar a cabo el seguimiento de casos de la población expuesta (10). Pero, de igual modo, la valoración de las preocupaciones de la población sobre salud ambiental es fundamental para el desarrollo de programas de salud comunitarios centrados en aspectos ambientales (11). Por todo ello, y dado que San Vicente del Raspeig se encuentra en una situación ambiental problemática, nos parece pertinente explorar qué preocupaciones sobre salud ambiental tienen los habitantes de esta localidad. Este trabajo permitiría identificar cuál es el nivel de preocupación de los ciudadanos para, posteriormente llevar a cabo el establecimiento de objetivos y planes de mejora conjuntos. Asimismo, constituiría el primer paso para desarrollar un estudio global de la situación de salud ambiental y de riesgo para los ciudadanos en San Vicente del Raspeig.

Para ello se planteó como objetivo general explorar las preocupaciones sobre salud ambiental a través de un enfoque participativo en la población de San Vicente del Raspeig. Se evaluó cómo los miembros de la comunidad comparan las preocupaciones ambientales con otras preocupaciones comunitarias, así como el modo en que éstas preocupaciones estaban orientadas en el tiempo (presente, pasado y futuro) y en el espacio (local, nacional y global); se midieron las preocupaciones en distintas categorías locales (agua, aire, alimentación, aspectos ecológicos, aspectos sociales y enfermedades), así como la frecuencia de comportamientos relevantes para la salud ambiental. También se identificaron las necesidades de información y las sugerencias de la población sobre posibles mejoras en la localidad; por último, se valoraron los puntos de vista de los ciudadanos relativos a las políticas ambientales.

### **Métodos**

Para favorecer el proceso de colaboración con la comunidad, se llevaron a cabo entrevistas con miembros de la comunidad. Concretamente se llevaron a cabo dos reuniones con la Concejalía de Medio Ambiente del Ayuntamiento de San Vicente del Raspeig, y se asistió a una mesa redonda organizada por la Plataforma Ciudadana de L'Alacantí y la Red Ciudadana de Alerta a la Incineración (RCAl). Estas reuniones aportaron información valiosa sobre las estrategias para favorecer la recogida de información y para la difusión de los resultados del trabajo. Se diseñó un estudio descriptivo transversal en una muestra representativa de la población residente en San Vicente del Raspeig de más de 18 años durante los años 2003-2004 (tamaño muestral: 384, precisión de 0.05, nivel de confianza del 95%). El instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado de administración indirecta basado en Dunlap et al., 1992 (12). Previamente se desarrolló una prueba piloto con el objetivo de probar el instrumento de recogida de información y reflexionar sobre los resultados preliminares en una muestra de 51 personas de la población seleccionadas por muestreo sistemático entre usuarios del centro de salud. La información ha sido codificada e introducida en una base de datos. El tratamiento estadístico se ha realizado mediante el programa informático SPSS 11.0 para Windows. En el análisis descriptivo se ha calculado media, desviación estándar, mínimo y máximo e IC<sub>95%</sub> para variables cuantitativas y frecuencias y proporciones para cualitativas. En esta comunicación presentamos los resultados del estudio piloto.

### **Resultados**

El 70% de los encuestados eran mujeres. La media de edad fue de 42.5±16.7. El 35.3% tenía estudios primarios. Los ingresos familiares oscilaban entre 600 y 900 € en el 35.3%. El 45.1% era trabajador activo y el 74.5% estaba casado o en convivencia. A escala global, los problemas ambientales son los problemas más importantes para el 11.8% de los encuestados, calificándose de problema "muy grave" por el 62.7%. Además, el 72.5% tiene una gran preocupación o bastante preocupación personal por los problemas ambientales. El 78.4% considera la calidad del medio en España como "bastante mala" o "muy mala", en comparación con el 47% que hacen la misma consideración sobre San Vicente. El 94.1% considera que el ambiente tendrá repercusiones negativas para su salud en "gran cantidad" y "en bastante cantidad" en el futuro. Los problemas ambientales considerados más importantes son: falta de agua (19.6%), contaminación general (17.6%) y contaminación del aire (13.7%). Localmente, el 54.9% considera la contaminación atmosférica un problema muy grave. El 17% añade de forma voluntaria la cementera como un problema local. El 88.2% afirmó llevar a cabo comportamientos que contribuyen a cuidar el medio, siendo la separación de los residuos en origen la más frecuentemente mencionada con un 43.1%. El 25.5% afirma haber votado por candidatos por su postura respecto a los temas ambientales. El 74.5% opina que se debe dar prioridad a la protección del medio ambiente, incluso a riesgo de enlentecer el crecimiento económico. En este sentido, el 62.7% estaría dispuesto a pagar precios más altos para mejorar la protección. Las necesidades de información se centraron en el medio general (23.5%) y en los efectos de la cementera sobre la salud de los ciudadanos (19.6%).

### **Discusión**

A modo de conclusión, podemos afirmar que el cuestionario utilizado se ha mostrado útil para medir las dimensiones planteadas. No obstante, la prueba piloto ha permitido identificar áreas susceptibles de mejora para el estudio completo.

La problemática ambiental es considerada el segundo problema más grave que afecta a nuestro país en la actualidad, alcanzando en nivel de preocupación a problemas como la inseguridad ciudadana o el desempleo. Según Dunlap et al (12), los individuos valoran siempre de modo más positivo su medio más cercano frente al medio nacional o global, ya que la valoración de las condiciones locales está fuertemente influida por las propias circunstancias del individuo, por una información de "primera mano". Sin embargo, los puntos de vista globales dependen más de la información obtenida, en la mayoría de los casos, de los medios de comunicación, creadores de opiniones y puntos de vista más contundentes. En nuestro trabajo se dibuja un fenómeno similar, aunque las condiciones locales son peor valoradas que en el trabajo mencionado, posiblemente por la presencia de un evidente foco de contaminación. Además, las personas encuestadas consideran que el medio ambiente afecta a la salud hoy en día en mayor medida de lo que afectó en el pasado y menos de lo que se espera que afecte en el futuro.

La contaminación en general y la contaminación atmosférica en concreto son el segundo y tercer problema más mencionado, que unidos alcanzarían el primer lugar. No obstante, si los consideramos independientes, la falta de agua se sitúa como el principal problema mencionado. La escasez de agua en esta región es en la actualidad una cuestión relevante para los ciudadanos, pero merece la pena mencionar que en el momento de la encuesta tenía una gran presencia en los medios de comunicación por considerarse no sólo una cuestión ambiental, sino también política. A escala local, también existe un alto nivel de preocupación por las enfermedades respiratorias. La valoración de la situación ambiental de San Vicente del Raspeig es peor que la señalada en estudios previos sobre otras poblaciones.

La mayoría de los individuos dice llevar a cabo acciones en su vida cotidiana que contribuyen a cuidar el medio ambiente. Como acciones más frecuentes destaca la separación de residuos en origen y el ahorro de agua.

Ninguno de los encuestados pertenece a una asociación de defensa del medioambiente, aunque en éste dato puede estar influyendo la selección de una muestra restringida a los usuarios de centros de atención primaria. La otra forma de activismo político, el comportamiento electoral, sí se aprecia en los resultados. Una cuarta parte de los encuestados muestran un comportamiento político en beneficio del medio ambiente. Además, las personas encuestadas estarían dispuestas a pagar precios más altos para mejorar la protección ambiental, dando prioridad a la protección ambiental frente al crecimiento económico.

Se refleja claramente en las respuestas al cuestionario que la fábrica de cemento de San Vicente, como foco contaminante y posible generador de problemas de salud, es considerada una situación problemática en la localidad, señalándose la necesidad de establecer mecanismos de información a los ciudadanos.

Consideramos que este trabajo puede constituir el primer eslabón para medir el impacto real de un fenómeno contaminante en la salud de las personas. Partiendo de él, es posible hacer propuestas de intervención efectiva que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos. La concepción de la enfermería comunitaria actual no puede permanecer ajena a situaciones comunitarias como la analizada. Abordar estudios sobre salud ambiental, supone iniciar un proceso que, inicialmente, parece ofrecer posibilidades ilimitadas a los profesionales de enfermería que trabajan con la comunidad. Por todo ello, nos hemos adentrado en el estudio de una población expuesta a riesgos ambientales, explorando cuales son sus preocupaciones sobre salud ambiental. La actividad enfermera respecto a este tema puede girar en torno a la adecuación de los elementos ambientales poco favorables, la potenciación de los favorables y el control de los elementos hostiles.

### **Bibliografía**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
2. Rosen G. A history of Public health. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press; 1993
3. Ballester F, Tenías JM, Felipe N. La contaminación atmosférica y sus riesgos. En: Sánchez A; Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 169-182.
4. Greenpeace. Incineración y salud. Conocimientos actuales sobre los impactos de las incineradoras en la salud humana; 2001 [fecha acceso Junio 2002] URL disponible en: <http://www.greenpeace.es>
5. Al-Neaimi YI, Gomes J, Lloyd OL. Respiratory illnesses and ventilatory function among workers at a cement factory in a rapidly developing country. Occup Med (Lond) 2001; 51(6): 367-73.
6. Abou-Taleb A, MUSAIGER A, Abdelmoneim R (1995). Health status of cement workers in the United Arab Emirates. JR Soc Health, 115, 378-81.
7. Hernández SI, Santos C, Becker JP, Macías C, López M. Prevalencia de la pérdida auditiva y factores correlacionados en una industria cementera. Salud Pública de México (Mex) 2000; 42, 2: 106-111.
8. US Environmental Protection Agency. Regulatory Determination on cement kiln dust, 40 CFR Part 261, Federal Register:1995.
9. Unos 75 ecologistas protestan contra la quema de harinas en Alicante. Panorama-actual, 12-02; Sociedad
10. Solé R, Cruz MT. Percepción de riesgos ambientales: estudio cualitativo realizado en la zona de vertido tóxico de Aznalcóllar, Gac Sanit 2000; 14 (3): 226-232.
11. Severtson DJ, Baumann LC, Will JA. A participatory assesment of environmental health concerns in an Ojibwa community. Public Health Nurs 2002, 19(1): 47-58.
12. Dunlap RE, Gallup GH, Gallup AM. Health of the planet: results of a 1992 international environmental opinion survey of citizens in 24 nations. Princeton: The George H. Gallup International 1992.

## **Lima Rodríguez, J., Cobo Castillo C., Lima Serrano M., Casado Mejía R.: Educación Grupal en Enfermería**

### **Introducción**

En los momentos actuales, la educación para la salud (EpS) se considera un instrumento fundamental para dotar a las personas de los conocimientos y habilidades necesarias, al objeto de que sepan y puedan cuidarse a si mismas y a los que le rodean, adoptando estilos de vida saludables. Cuando la educación para la salud se imparte de forma grupal, se convierte, además, en elemento dinamizador de las relaciones de autoayuda entre personas que comparten los mismos problemas de salud.

La educación para la salud se orienta a modificar aquellos comportamientos personales que resultan inadecuados para la salud. Cuando hablamos de comportamientos nos referimos a estilos de vida, impregnados de fuertes sistemas de creencias y valores, que conforman actitudes, en función de las cuales el sujeto actúa.

En estos sistemas intervienen: el componente cognitivo (los conocimientos), que se refiere a todo lo que se sabe acerca del objeto de la actitud, es decir, a la información, sea o no ajustada a la realidad que se tiene respecto a dicho objeto; el componente afectivo, que incluye todas aquellas emociones o estados afectivos que genera el objeto de la actitud y pueden tener una valencia positiva (emociones agradables) o negativa (emociones desagradables) y; el componente conductual, que traduce en conductas, es decir, en acciones concretas y objetivas, los componentes anteriores. Por tanto, un primer requisito de la EpS es que debe incidir sobre los tres componentes básicos implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, interviniendo sobre los conocimientos, las emociones y las actitudes.

En ocasiones, nos encontramos con situaciones en las que no existe una relación mecánica entre los componentes cognitivos y afectivos y las conductas, pudiendo éstas no parecer congruentes o coincidentes. Entonces, la explicación habrá de buscarla en la existencia de otros componentes que modulan la conducta individual, como puede ser la existencia de una enfermedad que vulnera la capacidad de la persona para controlar su conducta, o la presencia de determinados condicionantes socioculturales.

Por otra parte, el aprendizaje humano se realiza tanto de manera formal, a través de instituciones como la familia, la escuela, la universidad, o el sistema sanitario, en las que la dirección del proceso recae en el docente: padres, maestros, profesores, profesionales; o informalmente a través, también de las familias (que constituiría un sistema mixto de aprendizaje), medios de comunicación, grupos de iguales (hermanos, amigos o compañeros), donde la dirección del proceso recae fundamentalmente en el discente. En el primer caso, el proceso priman los aspectos cognitivos ofreciendo información y aportando conocimientos a través de lecciones, clases magistrales, conferencias, o material bibliográfico, centrados en la enseñanza; en el segundo caso, la observación de la experiencia de otros, capaz de generar emociones o la imitación de conductas juegan un papel fundamental como elementos para el aprendizaje.

### **Justificación**

Las enfermeras de familia que trabajan a nivel de Atención Primaria de Salud (APS), orientan, en gran medida, su trabajo a conseguir que las personas a su cargo, modifiquen o desarrollen conductas relacionadas con su estado de salud, al objeto de mejorarlo, resolver algunos problemas o evitar enfermedades o accidentes. Los problemas de salud de mayor incidencia a este nivel, en nuestro entorno, incluyen procesos crónicos, como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, o accidentes de tráfico, laborales o domésticos, en los que los hábitos y costumbres de la persona se traducen en conductas que pueden ser adecuadas o inadecuadas para su salud.

Tradicionalmente se ha trabajado utilizando la educación para la salud para mejorar estas conductas, poniendo el acento fundamentalmente en dos cuestiones:

- Impartirla de forma individual, bien en consulta de enfermería o en el domicilio, centrada en los programas de salud y orientada al seguimiento y control de pacientes con: enfermedades crónicas, planificación familiar, educación maternal. Además, en ocasiones se realizan charlas, coloquios, conferencias, etc. en colegios, institutos o asociaciones.
- Abordar fundamentalmente el aspecto cognitivo, a través de una oferta de conocimientos teóricos-prácticos.

Entre otras consecuencias, utilizar de este modo la EpS dificulta intervenir sobre los componentes emocionales y actitudinales, que como ya se ha visto, resultan claves en cualquier proceso educativo que pretenda intervenir sobre las conductas humanas, a la vez que limita, por su orientación individual, acceder a un número importante de individuos. Actualmente la Consejería de salud de la Junta de Andalucía, a través del Servicio Andaluz de Salud, incluye entre los objetivos asistenciales de las enfermeras de atención primaria, el desarrollo de intervenciones educativas grupales. En esta línea, los gestores sanitarios están poniendo el énfasis en el desarrollo de talleres de educación para la salud, dirigidos principalmente a personas con problemas de salud crónicos (Diabetes, Hipertensión arterial, Asma y EPOC) y a sus cuidadores familiares, en el caso en que estén incapacitados.

#### **Objetivos**

Desde esta perspectiva, realizamos un estudio sobre la EpS impartida por las enfermeras de APS, con los siguientes objetivos:

1. Conocer la educación grupal que se ha venido desarrollando en los centros de salud de Sevilla y su provincia, durante el año 2003.
2. Analizar la metodología seguida por los enfermeros en el desarrollo de la misma.
3. Identificar los problemas que tienen los enfermeros para llevar a cabo este tipo de educación para la salud.
4. Conocer la opinión de los profesionales.

#### **Metodología**

- ✓ Hemos desarrollado un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, durante el primer trimestre de 2004, en el que se analiza la educación grupal realizada por los enfermeros de 17 centros de salud de la provincia de Sevilla, durante el año anterior. Se recogieron 106 cuestionarios.
- ✓ Recogida de datos mediante cuestionario y mediante entrevista, a enfermeros. Las variables estudiadas han sido: realización de EpS grupal, conocimiento previo de las necesidades educativas, temas abordados y metodología docente.
- ✓ Se realizó el análisis cuantitativo de los datos recogidos mediante encuestas a través del paquete estadístico SPSS, obteniendo las medidas de frecuencias y los estadísticos elementales. Asimismo se procedió a la tabulación de las preguntas abiertas.

#### **Resultados**

- Del total de enfermeras encuestadas, el 36% ha realizado EpS grupal (gráfico I). De entre estas últimas éstas, el 72% son mujeres y el 28% hombres y tienen una edad media de 40.35 años, con una desviación típica de 7, 5. Del total de los profesionales el 69% son enfermeras de familia, el 10% enfermeras comunitarias de enlace y el 21% matronas.
- Cuando plantean las sesiones de EpS, un 93% conocía las necesidades de salud de la población a la que iba dirigida, mientras que el 7% las desconocía (gráfico II).
- Los temas abordados (gráfico III) hacen referencias a problemas crónicos entre los que destacan diabetes (7%), HTA (2%) EPOC (2%); Aspectos relacionados con alimentación (3%), sueño (1%), sexualidad (2%), Otros aspectos relacionados con la promoción de la salud: Educación Maternal (8%), salud escolar (1%), accidentes domésticos (1%), vacunaciones (3%), relajación (3%). Otro grupo importante configuran los talleres dedicados a cuidadores (4%).
- En cuanto a la metodología:
  - Un 79% de las enfermeras establecían objetivos previos a las sesiones.
  - Los contenidos trabajados se orientaron hacia (gráfico IV):
    - Conocimientos: 86%
    - Emociones: 76%
    - Actitudes: fueron trabajadas en un 76%
  - Los asistentes a los talleres realizaron exposiciones teóricas en un 41% de los casos y, realizaron algún trabajo práctico un 62% de los asistentes a estas sesiones.
  - El tiempo medio dedicado a cada sesión fue de 47 minutos, con una desviación típica de 22.5.
  - El 73% de las enfermeras afirman haber evaluado las sesiones (gráfico V).

#### **Discusión**

A pesar de la pertinencia y utilidad de la EpS grupal para trabajar la modificación de estilos de vida insanos dentro de la población y del impulso que se está haciendo de la misma por parte de la Administración andaluza, que prima la realización de dichas intervenciones, ésta no es todavía una práctica habitual y mayoritaria para las enfermeras comunitarias sevillanas, ya que tan sólo la ha realizado a lo largo del año 2.003 un 36% de las enfermeras encuestadas.

Aunque es porcentaje aún es bajo, pensamos que las enfermeras que la realizan, lo hacen adecuadamente, ya que: parten de las necesidades de los usuarios para planificar el proceso de enseñanza-aprendizaje y utilizan una metodología docente apropiada al contar con la participación de los usuarios, trabajar conocimientos, emociones y actitudes y evaluar el proceso.

También habría que destacar que la EpS grupal impartida, está en concordancia con las necesidades de salud de la población que atienden y con los objetivos del Servicio Andaluz de Salud, tal como se puede deducir de los temas que se abordan: crónicos, educación maternal, salud escolar, destacando que parte de las intervenciones se están dirigiendo a los cuidadores, grupo de población prioritario en nuestro sistema sanitario, y la orientación hacia la promoción de la salud.

El trabajo educativo con grupos resulta idóneo para favorecer el cambio de conducta al permitir que los miembros del grupo: a) adquieran un sentimiento de igualdad con otros y de generalización de su situación, evitando que se aislen socialmente; b) compartan experiencias y vivencias con otros; c) aumenten su fortaleza para hacer frente a sus problemas, ya sea como individuos o como grupo; d) sean capaces de buscar alternativas conjuntas, y e) reciban apoyo y refuerzo emocional, que les mueva a adquirir hábitos saludables. En este sentido el papel del profesional consistirá fundamentalmente en animar, catalizar o facilitar la dinámica del grupo, intentando crear y favorecer un clima satisfactorio para que cada miembro desarrolle sus potencialidades y aporte voluntariamente su esfuerzo cooperativo para conseguir los objetivos de desarrollo del grupo.

#### **Bibliografía**

- Darías Curvo S. Educación para la Salud. Evolución histórica y conceptos básicos en Ramos E. *Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas*. Enfermería Siglo XXI. Difusión Avances Enfermería. Madrid. 2002.
- Hernández Padilla M. Modificación de comportamientos en salud en Frías A. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Masson. Barcelona. 2000.
- Manual de Educación Sanitaria. Doyma. Barcelona. 1989.
- Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson. Barcelona. 2001.
- Rochón A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Colección de Planificación Sanitaria y Gestión Sanitaria. Masson. Barcelona. 1992.
- Sánchez Moreno et al. Paradigmas y modelos en Educación para la Salud en Mazarrasa. *Enfermería Profesional Biblioteca, Salud pública y Enfermería Comunitaria*. Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid. 2002.
- Serrano González I. La Educación para la Salud del siglo XXI. Díaz de Santos. Madrid. 1997.
- Serrano González I. La Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Díaz de Santos. 1989.

## **Gènova Maleras, R., Morant Ginestar, C.; Álvarez Martín, E.: Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida de la población española 1990-1995-2000**

### **Introducción**

La esperanza de vida ( $e(x)$ ), y más concretamente la esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ) es el indicador sintético que mejor refleja, en una sola cifra, el nivel de mortalidad de una población. Es el resultado más conocido –aunque no el único– de una potente herramienta de análisis, la llamada tabla de mortalidad o tabla de vida. La  $e(0)$  es fácilmente inteligible incluso por los no especialistas, y permite, a diferencia de las tasas brutas, las comparaciones directas (entre poblaciones, a lo largo del tiempo, entre mujeres y hombres) puesto que contiene en sí misma las virtudes de la estandarización, superando por tanto el efecto de confusión que genera la estructura por edades de la población. En relación con los métodos de estandarización, la  $e(0)$  cuenta además con la ventaja de expresarse en una magnitud –años de vida– mucho más comprensible que las Razones Comparativas de Mortalidad de la estandarización directa o los Índices de Mortalidad Estándar de la estandarización indirecta.

Habitualmente, la esperanza de vida se calcula en referencia a la mortalidad general. Aunque el concepto de esperanza de vida se utiliza también en la práctica clínica para expresar la supervivencia media vinculada a una enfermedad, como indicador poblacional demográfico-sanitario no es común construir tablas de mortalidad para una causa de muerte de manera aislada. Sin embargo, desde principios de los años ochenta del siglo pasado se han desarrollado diversos métodos basados en el análisis demográfico que ponen en relación la  $e(0)$  con las causas de muerte<sup>(1,2,3,4)</sup>. Estos métodos, que dan resultados muy semejantes en todos los casos<sup>(5)</sup>, permiten medir cuál es la participación de una causa de defunción en la evolución de la esperanza de vida a lo largo de un periodo de tiempo, o en las diferencias entre dos poblaciones, o en las desigualdades entre sexos<sup>(6,7,8,9,10,11)</sup>.

### **Objetivo**

El objetivo de este estudio es analizar la evolución reciente de la mortalidad por causa en la población española mediante la estimación de su contribución a los cambios en la esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ) en los periodos 1990-1995 y 1995-2000.

### **Material**

Las poblaciones por sexo y edad son las calculadas como estimaciones intercensales a 1 de julio de los años respectivos (1990, 1995 y 2000) por el Instituto Nacional de Estadística. Las cifras de los años 1995 y 2000 son provisionales.

Las defunciones por sexo, edad y causa de muerte se han obtenido mediante explotación de los ficheros de registros anonimizados de defunciones de los años correspondientes. Los años 1990 y 1995 tienen la causa de defunción codificada mediante la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). El año 2000 está codificado con la 10ª Revisión (CIE-10).

### **Métodos**

A partir de las defunciones y poblaciones por sexo y edad de los años 1990, 1995 y 2000 se han construido en primer lugar las respectivas tablas de mortalidad, utilizando el programa Epidat versión 3.0.

Posteriormente, con las tablas de vida y las cifras de causas de defunción por sexo y edad de los mismos años se ha estimado la contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida en los quinquenios 1990-1995 y 1995-2000. Los cálculos se han realizado por el método de Arriaga (3) utilizando el programa Epidat versión 3.0. Los fundamentos matemáticos del método pueden consultarse en el artículo citado y en el manual de Epidat<sup>(12)</sup>.

Las rúbricas detalladas de causas de muerte se han agregado, en los tres años, de acuerdo con la llamada Clasificación de Carga de Enfermedad<sup>(13)</sup> utilizando el programa Gesmor<sup>(14)</sup>. Esta clasificación tiene una estructura jerárquica, exhaustiva y excluyente para cada nivel. En el primer estrato las defunciones se ordenan en 3 grupos: Causas Transmisibles (Grupo I), Causas No Transmisibles (Grupo II) y Causas Externas (Grupo III), al que se añade el Grupo de las Causas Mal Definidas. El segundo nivel contiene 21 categorías: 5 Transmisibles, 13 No Transmisibles y 3 Externas. Debe señalarse que las categorías del Grupo I incluyen las Enfermedades Infecciosas e Infecciones Respiratorias, pero también las Condiciones Maternas, Condiciones Perinatales y las Deficiencias Nutricionales. A su vez, cada una de las Categorías se desagrega en Subcategorías. En función de las características epidemiológicas de cada población el número de subcategorías manejado puede ser mayor o menor.

La Clasificación de Carga de Enfermedad está pensada para poder realizar comparaciones tanto en el tiempo como entre poblaciones, y es especialmente útil para visualizar las fases de la Transición Epidemiológica en que se puedan encontrar las distintas poblaciones estudiadas. Existen algoritmos de correspondencia de cada rúbrica de la CIE-9 y de la CIE-10 con las categorías y subcategorías de la Clasificación de Carga de Enfermedad. Por ello, al utilizar esta clasificación se superan las dificultades de comparación que se presentan cuando se trabaja simultáneamente con ambas CIEs.

Para este estudio se han elegido 26 ítems de la Clasificación de Carga de Enfermedad, entre Grupos, Categorías y Subcategorías (ver tablas 1 y 2). Se ha tratado de reducir al máximo la lista, en aras de una más fácil interpretación, sin por ello perder de vista las principales particularidades del patrón epidemiológico actual de la población española.

Los cálculos se han realizado desagregadamente por sexo y por grupos quinquenales de edad, con grupo abierto en 85 y más años, y distinguiendo asimismo la edad 0 del grupo 1-4. Sin embargo, para facilitar su interpretación los resultados se presentan en una agrupación reducida de edades. Estos grupos son: <1, 1-14, 15-29, 30-49, 50-69, 70+.

### Resultados

En las tablas 1 y 2 se presentan los resultados por sexo y edad y causa de muerte expresados en años de esperanza de vida ganados o perdidos entre 1990 y 1995 y entre 1995 y 2000, respectivamente.

En el primer quinquenio, la ganancia total de esperanza de vida al nacer fue de 1,08 años en hombres y de 1,26 en mujeres. Las Enfermedades No Transmisibles fueron, en conjunto, las que más contribuyeron a esta mejora, con 0,81 años de aumento en hombres y 1,03 en mujeres. Las Causas Externas también participaron en la mejora, con 0,4 años en hombres y 0,135 en mujeres. En cambio, las Enfermedades Transmisibles apenas favorecieron el aumento de la esperanza de vida (0,05 años en mujeres) o la restaron (-0,18 en hombres).

Los resultados por categorías y subcategorías permiten identificar con mayor precisión la participación de las causas detalladas. El Vih-Sida supuso entre 1990 y 1995 una pérdida de esperanza de vida al nacer de 0,39 años en hombres y 0,13 en mujeres. El agregado de las restantes causas Transmisibles, incluidas las Perinatales, aportaron por el contrario alrededor de dos décimas positivas de año a la e(0) masculina, y 0,17 a la femenina.

Del grupo de las No Transmisibles debe destacarse el gran aporte de las Enfermedades Cardiovasculares (0,55 años en hombres y 0,85 en mujeres), gracias sobre todo a la reducción de la mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, notable en hombres y muy significativa en mujeres (0,18 y 0,35 años respectivamente). Presentan también contribuciones positivas las enfermedades Digestivas (el doble en hombres que en mujeres: 0,16 y 0,075), las Enfermedades Respiratorias (0,08 años en hombres y 0,07 en mujeres) y en menor medida las Afecciones Congénitas. En sentido contrario, las Enfermedades Neuropsiquiátricas restaron esperanza de vida a la población española durante la primera mitad de los años noventa (-0,039 años en hombres y -0,136 en mujeres), y los Tumores contribuyeron muy limitadamente entre las mujeres (0,044 años), y evolucionaron negativamente entre los hombres (-0,06 años). Debe señalarse que entre los Tumores más significados, los de pulmón, colon/recto y mama restaron años de vida.

Finalmente, la mejora de la mortalidad por Causas Externas se evidencia especialmente en la evolución de los Accidentes de Tráfico, principal responsable en este grupo del aumento de la esperanza de vida entre 1990 y 1995, sobre todo en los hombres (0,27 años, frente a 0,078 en mujeres).

En el quinquenio 1995-2000, a diferencia del anterior, la esperanza de vida al nacer aumentó más en hombres (1,26 años) que en mujeres (0,96). Todos los Grandes Grupos de causas contribuyeron positivamente a la evolución de la e(0), salvo las Mal Definidas (-0,11 en hombres, -0,063 en mujeres). Las Enfermedades Transmisibles aportaron en conjunto más de medio año de vida promedio a la supervivencia masculina, y 0,15 años a la femenina. El cambio de tendencia del Vih-Sida (0,48 años de aumento en hombres y 0,14 en mujeres) es el principal responsable de ello. Aun así, de nuevo es la reducción de la mortalidad de las causas No Transmisibles la que más tiempo de vida añadido aporta a la población española del último lustro del siglo XX: 0,83 años en hombres, y 0,86 en mujeres. Por su parte, las Causas Externas reducen notablemente su contribución en relación con el quinquenio anterior (0,004 años en hombres y 0,01 en mujeres), especialmente por la participación adversa de los Accidentes de Tráfico (-0,067 y -0,024 respectivamente).

A nivel de categorías y subcategorías, además del Vih-Sida debe señalarse la evolución positiva de los Tumores (0,18 años en hombres y 0,15 en mujeres), Cardiovasculares (0,53 en hombres y 0,73 en mujeres, de nuevo con especial mención a las Cerebrovasculares), Digestivas (0,11 en hombres y 0,48 en mujeres) y en menor medida, Congénitas y Resto de No Transmisibles. En cambio, las Enfermedades Respiratorias (-0,019 en hombres y -0,09 en mujeres) y las Neuropsiquiátricas (-0,04 en hombres y -0,10 en mujeres) redujeron el incremento global de la esperanza de vida.

### Discusion

Las mejoras de mortalidad de las poblaciones a lo largo del tiempo no se producen simultáneamente y por igual a todas las edades. De acuerdo con la evolución de las distintas causas de muerte y en consonancia con los sucesivos estadios de la Transición Epidemiológica (<sup>15,16,17,18,19</sup>), en una primera fase la reducción de la mortalidad se evidencia primordialmente en las edades más jóvenes. Posteriormente, y de manera progresiva, la reducción de la mortalidad va desplazándose a edades más avanzadas, a medida que el menor impacto de las Enfermedades Transmisibles –que afectan de manera principal a los niños- deja paso a un peso mayor sobre el total de defunciones a otras causas de muerte –No Transmisibles, Externas-. Todavía entre 1950 y 1960 uno de cada dos años ganados de esperanza de vida en las mujeres españolas se debían a la reducción de la mortalidad de menores de 15 años, mientras que la contribución de las mujeres de 70 y más años de edad apenas superó el 10 por ciento. Para el decenio 1990-2000 los porcentajes son virtualmente opuestos: respectivamente, del 10,3 y del 52,4 por ciento. Este esquema general, no obstante, presenta particularidades en cada población, en función de diversos factores: la duración del periodo estudiado, la emergencia de nuevas causas de defunción, la evolución de las causas en periodos inmediatamente anteriores, e incluso los cambios en los criterios de clasificación y codificación de las enfermedades.

De manera general, como puede apreciarse en las figuras 1 y 2, puede afirmarse que ciertas enfermedades concentran en determinados grupos de edad su efecto sobre los cambios en la esperanza de vida. Las Enfermedades Congénitas y las Afecciones Perinatales inciden principalmente durante el primer año de vida. En el caso de la evolución reciente de la población española, la mejora es mayor en el primero que en el segundo quinquenio estudiado. El siguiente grupo de edad, el 1-14, es el que menor aportación hace al aumento de la esperanza de vida. La mortalidad a estas edades es ya extraordinariamente baja y, aunque sigue disminuyendo (contribuye positivamente a la e(0)), el margen de mejora es escaso.

A partir de los 15 años de edad se entra en una fase del ciclo de vida en la que cobran importancia determinadas causas de defunción. Por un lado, las Causas Externas, y más específicamente los Accidentes de Tráfico, cuya incidencia descendente durante el periodo 1990-95 se tradujo, sobre todo entre los varones, en un considerable aporte de años de vida ganados. Por otro, algunas Enfermedades Transmisibles, y muy especialmente el Vih-Sida, que afecta fundamentalmente a las edades comprendidas en los grupos 15-29 y 30-49. La evolución reflejada en las figuras 1 y 2 es reveladora e inequívoca: durante el primer quinquenio fue la principal causa de pérdida de años de vida de la población española, sobre todo en el segundo de los grupos de edad citados, y mucho más en los hombres que en las

mujeres. Fueron los años de mayor incidencia y mortalidad por Sida (<sup>20</sup>). En cambio, el segundo quinquenio recoge el doble efecto del descenso de las tasas de incidencia (menor número de nuevos casos) junto con la drástica reducción de la mortalidad conseguida por la introducción de las terapias basadas en la administración de antirretrovirales de alta efectividad (HAART), que han tendido a cronificar la enfermedad. En consecuencia, entre 1995 y 2000 el grupo 30-49, y en menor medida el 15-19, registran sustanciosas mejoras de la esperanza de vida por esta causa, de nuevo más en hombres que en mujeres.

En la segunda mitad del ciclo de vida (de los 50 años en adelante) las principales causas de muerte, y por tanto aquellas en las que se pueden apreciar mayores aportaciones –positivas o negativas- a la evolución de la esperanza de vida, son las correspondientes al Grupo II (No Transmisibles). Las figuras 1 y 2 muestran cómo los Tumores, las Enfermedades Digestivas, Respiratorias y, sobre todo, las Cardiovasculares, adquieren una mayor relevancia. Especialmente estas últimas son las responsables, a lo largo de la última década del siglo XX, de casi dos de cada tres años de aumento de esperanza de vida en los hombres y hasta tres de cada cuatro en las mujeres. Los Tumores varían su contribución (negativa en el primer quinquenio y positiva en el segundo), justo a la inversa que las Respiratorias.

Mención aparte merecen las Enfermedades Neuropsiquiátricas. Su emergencia en el repertorio de causas de muerte de la población española es reciente y su incidencia va rápidamente en aumento (<sup>21,22</sup>). España sigue, en este como en otros aspectos de la evolución de la mortalidad, el patrón propio de las poblaciones situadas en las fases más avanzadas de la Transición Epidemiológica (16) y, también, de la vertiente adversa de dicha evolución (<sup>23,24</sup>). La mortalidad relacionada con Demencias y otras enfermedades mentales se certifica cada vez en mayor proporción, en consonancia con el acelerado proceso de envejecimiento demográfico protagonizado por la población española, y por la reducción aquí constatada de otras causas de muerte –principalmente las Circulatorias-, que hacen posible que una proporción creciente de personas –sobre todo mujeres- sobrevivan hasta edades muy avanzadas (<sup>25,26</sup>) en las que la probabilidad de padecer una Enfermedad Neuropsiquiátrica y morir finalmente como consecuencia de ella sea más alta. Hay, pues, una vinculación íntima entre las barras de sentido opuesto que en las figuras 1 y 2 representan a ambos grupos de causas, Mentales y Cardiovasculares.

Finalmente, el comportamiento del Grupo de Causas Mal Definidas requiere de una explicación. Durante el primer quinquenio, 1990-1995, en todas las edades y sexos este grupo contribuye positivamente a la evolución de la esperanza de vida. Esta tendencia es atribuible a la mejora en la calidad de la certificación de la causa de defunción. Sin embargo, esto se invierte en el quinquenio siguiente. En este caso, la explicación es clara: la incorporación del Paro Cardíaco, que en la CIE-9 (vigente en 1990 y 1995) formaba parte de las Enfermedades Cardiovasculares, al capítulo XVIII (Mal Definidas) en la CIE-10 (vigente en el año 2000) (27). De este modo, esta rúbrica, que sigue anotándose en numerosos certificados médicos como causa de defunción, provoca un aumento inesperado de las muertes del grupo de Mal Definidas, y en consecuencia lleva formalmente a una reducción de la esperanza de vida (verosíblemente compensada por el incremento aportado por las Enfermedades Cardiovasculares, que en el salto 1995-2000 se ven liberadas de esa rúbrica inespecífica). Algo semejante ocurre dentro de esta última categoría en relación con la Insuficiencia Cardíaca. La reducción de la mortalidad por esta subcategoría (28) que subyace a las mejoras de esperanza de vida que muestran las tablas 1 y 2 son, en parte, atribuibles a mejoras en la calidad de la certificación de la causa, por lo que en buena medida repercuten en otras causas Cardiovasculares (muy particularmente la Enfermedad Isquémica (29)) que por ello contribuyen menos de lo esperado al cambio de la esperanza de vida.

Más allá del interés y utilidad intrínsecos del método utilizado, que consideramos fuera de toda duda, es preciso señalar alguna limitación del mismo. La más importante es que se basa en la comparación de las condiciones de mortalidad entre dos referencias temporales puntuales, por lo que lo ocurrido en los años intermedios no es tenido en cuenta. Si en el presente estudio, por ejemplo, se hubieran calculado las contribuciones de cada causa entre el año 1990 y el 2000 en un solo salto de diez años, no hubiera sido posible apreciar la doble e inversa tendencia del VIH-Sida, fuertemente adversa entre 1990 y 1995 y con extraordinarias mejorías en el siguiente quinquenio. Es recomendable, pues, aplicar este método comparando años entre los cuales no haya grandes y bruscas alteraciones de las tendencias de mortalidad por causa.

En conclusión, puede afirmarse que este indicador identifica de manera clara, correcta y fácilmente interpretable la participación de las diversas causas de defunción en la evolución de la mortalidad general, y por ello puede beneficiar en diversos aspectos la práctica clínica: visualizando los progresos obtenidos por vía de la prevención (Cardiovasculares, Cáncer de Mama) o el control a la adherencia a los tratamientos (Sida); identificando el incremento del impacto de enfermedades asociadas al envejecimiento demográfico (Neuropsiquiátricas) con altas prevalencias de discapacidad y dependencia, y por tanto contribuyendo a la necesaria reorganización del sistema sanitario (atención al paciente crónico, ayuda domiciliaria, apoyo al cuidador informal, formación de nuevas especialidades) como respuesta al nuevo escenario que va definiendo el cambio del patrón epidemiológico.

**Tabla 1**  
Contribución de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer por sexo y grupos de edad. España, 1990-1995

Años de vida	Edad							Total
	< 1	1-14	15-29	30-49	50-69	70+		
<b>Hombres</b>								
<b>Total</b>	0,1954	0,0899	0,2617	-0,1841	0,3358	0,3776	1,0763	
<b>Transmisibles</b>	0,1274	0,0017	-0,0205	-0,3050	-0,0096	0,0267	-0,1793	
<b>SIDA</b>	-0,0011	-0,0045	-0,0388	-0,3166	-0,0233	-0,0011	-0,3854	
<b>Perinatales</b>	0,1084	-0,0016	-0,0004	0,0000	0,0000	0,0000	0,1064	
<b>Resto Transmisibles</b>	0,0201	0,0078	0,0187	0,0116	0,0137	0,0278	0,0997	
<b>No Transmisibles</b>	0,0505	0,0494	0,0557	0,0622	0,2792	0,3083	0,8053	
<b>Tumores</b>	-0,0018	0,0110	0,0100	-0,0103	-0,0156	-0,0544	-0,0611	
<b>Tumor maligno tráquea, bronquios, pulmón</b>	0,0000	-0,0003	0,0022	-0,0202	-0,0077	-0,0327	-0,0587	
<b>Tumor maligno colon/recto</b>	0,0004	0,0000	0,0000	0,0038	-0,0242	-0,0229	-0,0429	
<b>Tumor maligno mama</b>	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
<b>Resto Tumores</b>	-0,0022	0,0113	0,0078	0,0061	0,0163	0,0012	0,0405	
<b>Neuropsiquiátricas</b>	0,0005	0,0055	0,0066	0,0024	-0,0031	-0,0505	-0,0386	

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Cardiovasculares	0,0125	0,0131	0,0254	0,0260	0,1424	0,3334	0,5528
Enfermedad CVC isquémica	0,0000	0,0005	0,0007	0,0126	0,0495	0,0050	0,0683
Enfermedad CVC cerebrovascular	-0,0002	0,0011	0,0034	0,0089	0,0405	0,1305	0,1842
Insuficiencia cardíaca	0,0009	0,0014	0,0057	-0,0032	0,0189	0,0533	0,0770
Resto CVC	0,0118	0,0101	0,0156	0,0077	0,0335	0,1446	0,2233
Digestivas	0,0008	0,0014	0,0034	0,0407	0,0828	0,0301	0,1592
Cirrosis	0,0000	0,0000	0,0020	0,0202	0,0624	0,0139	0,0985
Resto digestivas	0,0008	0,0014	0,0014	0,0205	0,0204	0,0162	0,0607
Respiratorias	0,0044	0,0022	0,0078	0,0055	0,0448	0,0163	0,0810
Congénitas	0,0342	0,0098	-0,0012	-0,0024	0,0004	0,0000	0,0408
Resto No Transmisibles	-0,0001	0,0064	0,0037	0,0003	0,0275	0,0334	0,0712
Externas	0,0128	0,0385	0,2184	0,0577	0,0534	0,0158	0,3966
Accidentes circulación	0,0017	0,0118	0,1614	0,0563	0,0228	0,0121	0,2661
Resto Externas	0,0111	0,0267	0,0570	0,0014	0,0306	0,0037	0,1305
Mal Definidas	0,0047	0,0003	0,0081	0,0010	0,0128	0,0268	0,0537

Mujeres	Edad						
	< 1	1-14	15-29	30-49	50-69	70+	Total
Total	0,1544	0,0554	0,0760	-0,0375	0,3160	0,6967	1,2610
Transmisibles	0,0986	-0,0072	-0,0058	-0,0863	0,0014	0,0451	0,0458
SIDA	-0,0030	-0,0105	-0,0153	-0,0910	-0,0046	-0,0007	-0,1251
Perinatales	0,0827	0,0012	-0,0010	-0,0001	-0,0002	0,0000	0,0826
Resto Transmisibles	0,0189	0,0021	0,0105	0,0048	0,0062	0,0458	0,0883
No Transmisibles	0,0431	0,0333	0,0296	0,0357	0,2745	0,6167	1,0329
Tumores	0,0011	0,0050	0,0103	0,0044	0,0417	-0,0185	0,0440
Tumor maligno tráquea, bronquios, pulmón	0,0000	0,0000	0,0004	-0,0058	-0,0059	-0,0022	-0,0135
Tumor maligno colon/recto	0,0000	0,0000	0,0004	-0,0031	-0,0053	-0,0173	-0,0253
Tumor maligno mama	0,0000	0,0000	0,0023	0,0067	-0,0082	-0,0068	-0,0060
Resto Tumores	0,0011	0,0050	0,0072	0,0066	0,0611	0,0078	0,0888
Neuropsiquiátricas	-0,0040	0,0067	-0,0034	-0,0034	-0,0017	-0,1305	-0,1363
Cardiovasculares	0,0140	0,0128	0,0152	0,0172	0,1347	0,6583	0,8522
Enfermedad CVC isquémica	0,0009	0,0000	0,0016	0,0000	0,0205	0,0088	0,0318
Enfermedad CVC cerebrovascular	0,0012	0,0058	0,0037	0,0053	0,0467	0,2875	0,3502
Insuficiencia cardíaca	0,0055	0,0031	0,0015	0,0013	0,0184	0,0996	0,1294
Resto CVC	0,0064	0,0039	0,0084	0,0106	0,0491	0,2624	0,3408
Digestivas	0,0053	0,0029	0,0017	0,0059	0,0391	0,0202	0,0751
Cirrosis	0,0004	0,0012	0,0012	0,0087	0,0256	0,0098	0,0469
Resto digestivas	0,0049	0,0017	0,0005	-0,0028	0,0135	0,0104	0,0282
Respiratorias	0,0088	0,0012	0,0021	0,0069	0,0262	0,0260	0,0712
Congénitas	0,0133	0,0060	-0,0001	-0,0004	-0,0005	0,0004	0,0187
Resto No Transmisibles	0,0046	-0,0013	0,0038	0,0051	0,0350	0,0608	0,1080
Externas	0,0101	0,0278	0,0503	0,0118	0,0325	0,0027	0,1352
Accidentes circulación	-0,0007	0,0120	0,0373	0,0092	0,0143	0,0061	0,0782
Resto Externas	0,0108	0,0158	0,0130	0,0026	0,0182	-0,0034	0,0570
Mal Definidas	0,0026	0,0015	0,0019	0,0013	0,0076	0,0322	0,0471

Tabla 2

Contribución de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer por sexo y grupos de edad. España, 1995-2000

### Años de vida

#### Hombres

Hombres	Edad						
	< 1	1-14	15-29	30-49	50-69	70+	Total
Total	0,0763	0,0277	0,1724	0,4135	0,2733	0,3002	1,2634
Transmisibles	0,0245	0,0094	0,1308	0,3320	0,0321	0,0078	0,5366
SIDA	0,0045	0,0112	0,1223	0,3238	0,0196	0,0004	0,4818
Perinatales	0,0239	0,0000	-0,0003	-0,0009	0,0000	0,0000	0,0227
Resto Transmisibles	-0,0039	-0,0018	0,0088	0,0091	0,0125	0,0074	0,0321
No Transmisibles	0,0475	0,0204	0,0400	0,1459	0,2730	0,3045	0,8313
Tumores	0,0037	0,0075	0,0033	0,0542	0,0803	0,0304	0,1794
Tumor maligno tráquea, bronquios, pulmón	0,0000	0,0003	0,0005	0,0130	0,0211	0,0193	0,0542
Tumor maligno colon/recto	0,0000	0,0000	-0,0007	0,0003	-0,0055	-0,0071	-0,0130
Tumor maligno mama	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0004	-0,0014	-0,0016	-0,0034
Resto Tumores	0,0037	0,0072	0,0035	0,0413	0,0661	0,0198	0,1416
Neuropsiquiátricas	-0,0018	0,0001	-0,0002	0,0010	0,0021	-0,0438	-0,0426
Cardiovasculares	0,0078	0,0059	0,0266	0,0592	0,1163	0,3145	0,5303
Enfermedad CVC isquémica	0,0000	-0,0003	0,0003	0,0035	0,0234	0,0269	0,0538
Enfermedad CVC cerebrovascular	0,0024	0,0030	0,0048	0,0159	0,0456	0,1320	0,2037
Insuficiencia cardíaca	0,0021	0,0017	0,0059	0,0148	0,0196	0,0785	0,1226
Resto CVC	0,0033	0,0015	0,0156	0,0250	0,0277	0,0771	0,1502
Digestivas	0,0029	-0,0007	0,0073	0,0250	0,0459	0,0289	0,1093
Cirrosis	0,0000	0,0000	0,0040	0,0341	0,0577	0,0277	0,1235
Resto digestivas	0,0029	-0,0007	0,0033	-0,0091	-0,0118	0,0012	-0,0142
Respiratorias	0,0026	0,0014	0,0010	-0,0020	0,0173	-0,0389	-0,0186
Congénitas	0,0278	0,0068	0,0014	-0,0010	-0,0015	-0,0010	0,0325
Resto No Transmisibles	0,0045	-0,0006	0,0006	0,0095	0,0126	0,0144	0,0410
Externas	0,0066	0,0004	0,0135	-0,0258	0,0048	0,0050	0,0045
Accidentes circulación	-0,0014	-0,0001	-0,0365	-0,0246	-0,0046	0,0000	-0,0672
Resto Externas	0,0080	0,0005	0,0500	-0,0012	0,0094	0,0050	0,0717
Mal Definidas	-0,0023	-0,0025	-0,0119	-0,0386	-0,0366	-0,0171	-0,1090

Mujeres	Edad						Total
	< 1	1-14	15-29	30-49	50-69	70+	
<b>Total</b>	0,0749	0,0413	0,0553	0,1246	0,1971	0,4662	0,9594
<b>Transmisibles</b>	0,0144	0,0126	0,0464	0,0779	0,0059	-0,0047	0,1525
<b>SIDA</b>	0,0043	0,0139	0,0465	0,0746	0,0041	0,0003	0,1437
<b>Perinatales</b>	0,0074	-0,0021	0,0008	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0061
<b>Resto Transmisibles</b>	0,0027	0,0008	-0,0009	0,0034	0,0017	-0,0050	0,0027
<b>No Transmisibles</b>	0,0581	0,0304	0,0135	0,0620	0,2044	0,4913	0,8597
<b>Tumores</b>	0,0002	0,0051	0,0042	0,0377	0,0751	0,0304	0,1527
<b>Tumor maligno tráquea, bronquios, pulmón</b>	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0104	-0,0132	0,0016	-0,0220
<b>Tumor maligno colon/recto</b>	0,0000	0,0000	-0,0016	-0,0013	0,0083	-0,0036	0,0018
<b>Tumor maligno mama</b>	0,0000	0,0000	0,0005	0,0347	0,0518	0,0073	0,0943
<b>Resto Tumores</b>	0,0002	0,0051	0,0053	0,0147	0,0282	0,0251	0,0786
<b>Neuropsiquiátricas</b>	0,0043	0,0059	0,0024	0,0044	-0,0014	-0,1196	-0,1040
<b>Cardiovasculares</b>	0,0040	0,0033	0,0069	0,0201	0,0897	0,6047	0,7287
<b>Enfermedad CVC isquémica</b>	0,0000	-0,0009	-0,0001	-0,0024	0,0274	0,0646	0,0886
<b>Enfermedad CVC cerebrovascular</b>	0,0005	0,0022	0,0025	0,0016	0,0237	0,2354	0,2659
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	0,0005	-0,0004	0,0017	0,0048	0,0171	0,1603	0,1840
<b>Resto CVC</b>	0,0030	0,0024	0,0028	0,0161	0,0215	0,1444	0,1902
<b>Digestivas</b>	0,0001	0,0010	0,0025	0,0054	0,0226	0,0164	0,0480
<b>Cirrosis</b>	0,0000	0,0000	0,0008	0,0073	0,0249	0,0183	0,0513
<b>Resto digestivas</b>	0,0001	0,0010	0,0017	-0,0019	-0,0023	-0,0019	-0,0033
<b>Respiratorias</b>	0,0005	0,0020	0,0022	-0,0038	-0,0047	-0,0856	-0,0894
<b>Congénitas</b>	0,0504	0,0074	-0,0031	-0,0035	-0,0015	-0,0012	0,0485
<b>Resto No Transmisibles</b>	-0,0014	0,0057	-0,0016	0,0017	0,0246	0,0462	0,0752
<b>Externas</b>	0,0061	0,0003	-0,0019	-0,0054	0,0021	0,0089	0,0101
<b>Accidentes circulación</b>	0,0020	-0,0020	-0,0163	-0,0048	-0,0021	-0,0011	-0,0243
<b>Resto Externas</b>	0,0041	0,0023	0,0144	-0,0006	0,0042	0,0100	0,0344
<b>Mal Definidas</b>	-0,0037	-0,0020	-0,0027	-0,0099	-0,0153	-0,0293	-0,0629

Figura 1

**Contribución de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer por sexo y grupos de edad. España. Periodo 1990-1995**

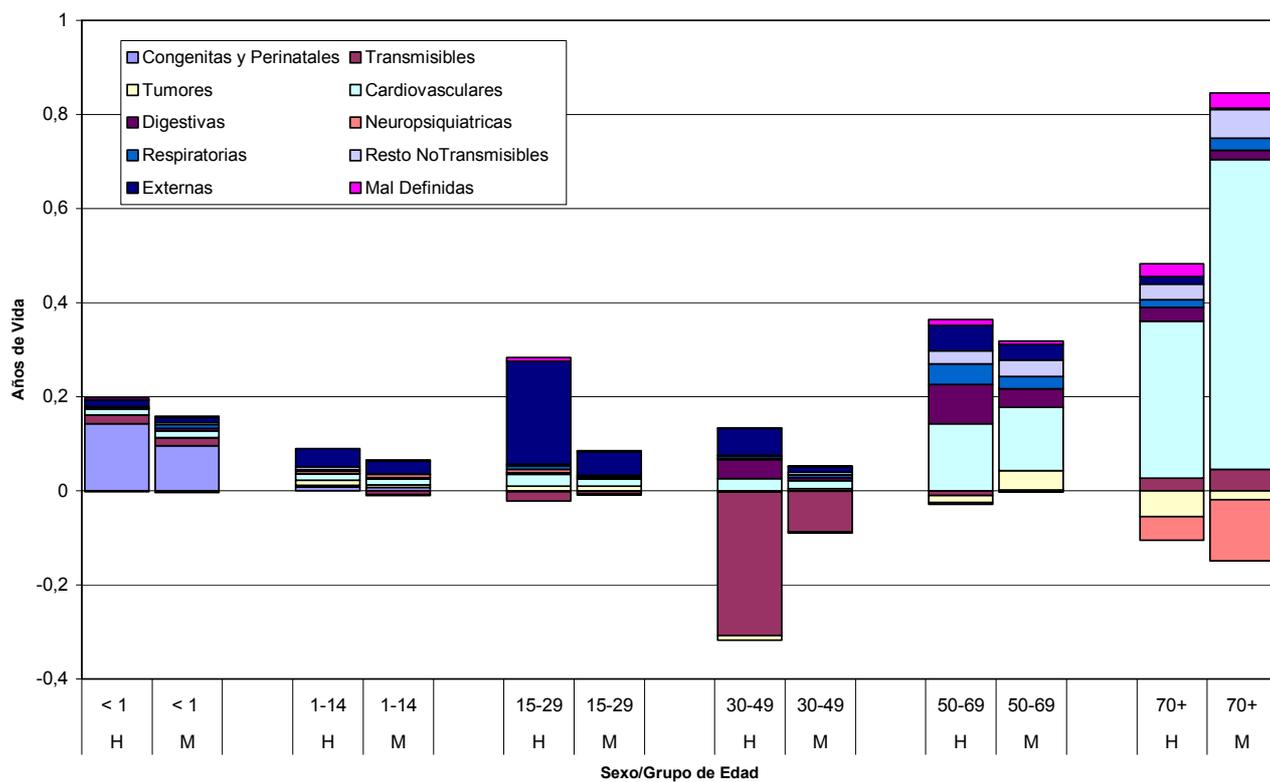
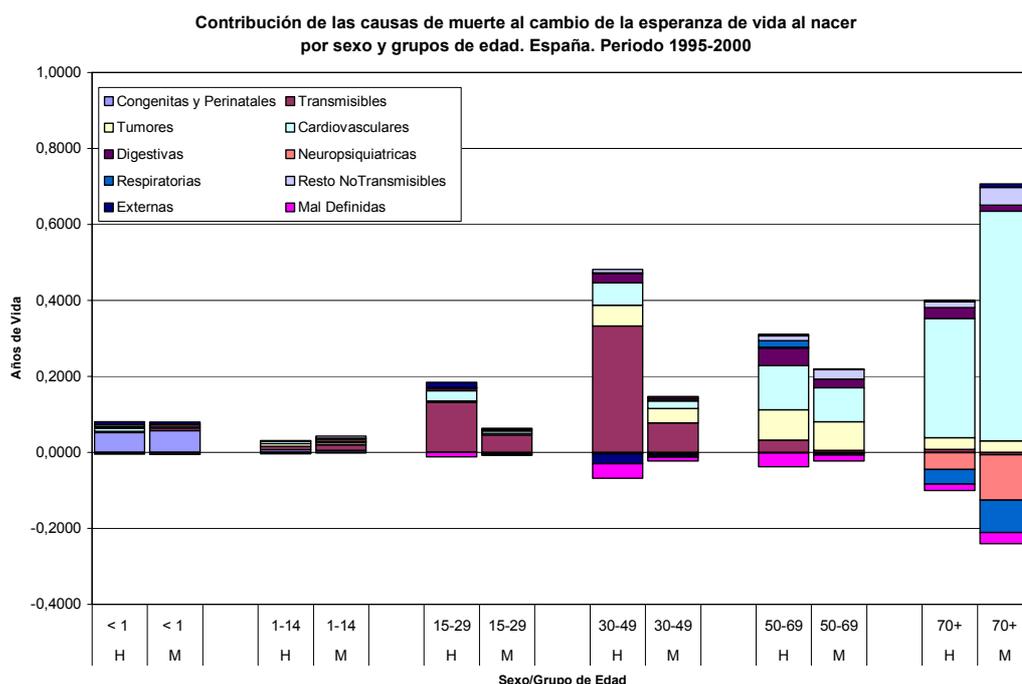


Figura 2



### Bibliografía

- Pollard J. The expectation of life and its relationship to mortality. *Journal of the Institute of Actuaries*, 1982;109(442):225-40.
- Andreev E. Metod komponent v analize prodolzhitelnosti zhivni. *Vestnik Statistiki*, 1982;3:42-7.
- Arriaga E. Measuring and explaining the change of life expectancies. *Demography*, 1984 ;21(1):83-96.
- Pressat R. Contribution des écarts de mortalité par âge à la différence des vies moyennes. *Population*, 1985 ;40(4-5):766-70.
- Valkovics E. Methods of decomposition of differences between life expectancies at birth by causes of death. *The Life table. Modelling Survival and Death*. Kluwer, 2002:79-94.
- Gènova R. Tendencias recientes de la mortalidad en la Comunidad de Madrid. *Economía y Sociedad* 1994;10:119-138.
- Guo G. Mortality trends and causes of death: a comparison between Eastern and Western Europe, 1960s-1980s. *European Journal of Population*. 1993;9:287-312.EJP
- Vallin J, Meslé F, Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality. Strasbourg, Council of Europe. 2001. *Population Studies*: 36.
- Meslé F. Les causes médicales de décès. *Démographie: analyse et synthèse*. III Les déterminants de la mortalité. Paris, Ined/Puf. 2002, chapitre 42 :53-79.
- Meslé F. Espérance de vie : un avantage féminin menacé? *Population et Sociétés*. 2004;402 :1-4
- Gómez Redondo R. Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1995;71/72:79-108.
- OPS. Epidat. Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados. Versión 3.0. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Xunta de Galicia, 2003.
- Murray CJL, Lopez A. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge: Harvard University Press 1996.
- Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Morant C, Génova R, Cid E. Gesmor. Programa para el cálculo de los Años de Vida Saludables Perdidos. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, Fundación Mexicana para la salud (FUNSALUD), 2002.
- Oman AR. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49:509-538
- Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiology transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986; 64:355-391
- Rogers R, Hackenberg R. Extending Epidemiological Transition Theory: a New Stage. *Social Biology* 34 (3-4) 1987; 234-243.
- Meslé F, Vallin J. La Transition Sanitaire: tendances et perspectives. *Démographie: analyse et synthèse*. III. Les déterminants de la mortalité. Paris, Ined/Puf. 2002, chapitre 57:439-461.
- Vallin J. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. Seminar on Increasing Longevity: Causes, Consequences and Prospects. International Union for the Scientific Study of Population. New York, October 2003.
- Noguer I, Pereira J, Génova R. Mortalidad por VIH y Sida. VIH y Sida en España. Situación epidemiológica 2001 (capítulo IV). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002:99-106.

21. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero A. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Med Clin (Barc)* 2002;118:(1)13-5.
22. Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución en la década 1989-1998. II. Mortalidad General, principales causas de muerte por sexo y edad. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2001;24(9):249-256.
23. Gruenberg EM. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1977;55:3-24.
24. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatria Scandinavica*. 1980;62:282-297.
25. Meslé F, Vallin J. Increase in Life Expectancy and Concentration of Ages at Death, in Robine JM et al (eds) *Determining Health Expectancies*, London, John Wiley, 2003, p.13-33.
26. Gênova R, Pereira J. Esperanza de vida, supervivencia y longevidad, en Instituto de la Mujer. Informe sobre las mujeres mayores en España, Madrid, Instituto de la Mujer 2003.
27. Llácer A, Fernández-Cuenca R. Mortalidad en España en 1999 y 2000 (I). *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2003;11(11):109-112.
28. Boix R, Cañellas S, Almazán J, Cerrato E, Meseguer CM, Medrano MJ. Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2003;21(11):241-244.
29. García J, Cirera LI, Tormo MJ, Martínez C, Contreras J, Navarro C. Utilidad del boletín estadístico de defunción para la identificación de muertes extrahospitalarias en un registro poblacional de infartos agudos de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1041-1047.

## **Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidados en enfermería materno-infantil/ Mothers' and children's Care**

**Solera Martínez, M., Buendía Bermejo, J., Yubero Bascuñana, N., Valencia Soriano, L., Gutiérrez Zornoza, M: Valores poblacionales de la escala MENCAV de calidad de vida en menopausia en la población de mujeres menopaúsicas de 44 a 60 años de edad**

### **Introducción**

El cuestionario MENCAV es el primero en español que valora la calidad de vida en las mujeres menopaúsicas.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en la mujer menopáusica ha tenido como principal objetivo analizar el efecto que en ésta tiene el tratamiento hormonal sustitutorio, sin embargo, son muy pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres.

Aunque existen algunos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud específicos para la menopausia en la lengua inglesa, solamente el MENQOL reúne los apartados que tradicionalmente incluye cualquier cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud.

El cuestionario MENCAV es el primer instrumento en lengua castellana específico para evaluar la calidad de vida en la mujer menopáusica, dado el escaso número de ítems, y su facilidad y rapidez de administración, es un instrumento valioso para utilizarlo tanto en la clínica de atención primaria como en estudios epidemiológicos poblacionales, y como medida de resultados en ensayos clínicos para valorar la eficacia de intervenciones terapéuticas en la menopausia.

### **Objetivos**

Valorar los niveles poblacionales del cuestionario MENCAV en una población de ámbito rural.

Valorar las diferencias en las puntuaciones de cada dimensión y en la puntuación total según: causa de la menopausia, estado civil, nivel de estudios, tipo de trabajo (fuera de casa o en casa) y grupo etario.

### **Diseño**

Estudio observacional transversal.

### **Ámbito de Estudio**

Tres zonas básicas de salud rurales de la provincia de Cuenca.

### **Sujetos de Estudio**

Doscientas tres mujeres menopaúsicas de 44 a 60 años, elegidas mediante muestreo aleatorio simple.

Todas las seleccionadas debían cumplir el requisito de que hubieran transcurrido más de 6 meses desde la presentación del último periodo.

### **Mediciones**

El cuestionario MENCAV se administró por entrevista, además de variables sociodemográficas como fecha de inicio de la menopausia, estudios, fumadora, estado civil, número de hijos etc. incluía los ítems de la escala MENCAV de calidad de vida en menopausia cuyos 37 ítems están distribuidos en 5 dimensiones: salud física (10 ítems), salud mental (9 ítems), relaciones sexuales (4 ítems), relaciones de pareja (4 ítems) y soporte social (10 ítems).

Cada ítem presenta cinco posibles respuestas puntuables de 1 a 5, donde 5 corresponde al valor máximo de significado negativo de la pregunta.

Para el objeto de nuestro estudio se procedió a una transformación del significado de las respuestas puntuables para que la puntuación 1 correspondiese al valor máximo de significado negativo de la pregunta y el valor 5 correspondiese al valor máximo de significado positivo.

Las puntuaciones totales se codificaron y se transformaron en una escala continua de 0 a 100; una mayor puntuación indicaba un mejor estado en la calidad de vida de las mujeres.

Para la obtención de una puntuación global en la escala se calculó la media aritmética de las puntuaciones globales de las 5 dimensiones.

La consistencia interna de esta escala mostró un alfa de Cronbach global de 0.84.

### **Análisis Estadístico**

Con el fin de analizar el análisis descriptivo, se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las características sociodemográficas de la muestra.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Se llevó a cabo un análisis de la varianza para comparar las puntuaciones del cuestionario MENCAV entre las distintas categorías de cada una de las cinco dimensiones y se contrastaron las diferencias en cada una de las dimensiones con respecto a las variables sociodemográficas tales como: estado civil, edad, nivel de estudios, trabajo fuera del hogar o causa de la menopausia.

Un resultado era considerado estadísticamente significativo cuando  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se llevó a cabo por el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

### Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas: la edad de las encuestadas estaba comprendida entre 44 y 60 años (media = 54,5, D.E = 3,74).

La edad de inicio de la menopausia estaba comprendida entre 31 y 58 años (media = 48,65 D.E = 4,24).

El perfil de la mujer participante era el de una mujer mayoritariamente casada (88,2%), con hijos (mínimo = 0, máximo = 8, media = 2,55, mediana = 2), con estudios primarios (84,7%), que no trabajaba fuera de su casa (80,8%), en su mayoría no fumadora (97%) y en la que la causa de la menopausia ha sucedido por causas naturales (88,2).

En cuanto a las diferencias en las puntuaciones de cada dimensión y en la puntuación total según edad, nivel de estudios, estado civil, causa de la menopausia y tipo de trabajo, los resultados han sido los siguientes:

1. **Edad:** Las mujeres con edad avanzada poseen mejores puntuaciones en relaciones sexuales y relaciones familiares.  
Las mujeres más jóvenes poseen mejores puntuaciones en salud física, psíquica y soporte social.
2. **Nivel de Estudios:** Las mujeres con estudios medios o superiores tienen las puntuaciones más altas en todas las dimensiones excepto en relaciones familiares y soporte social.
3. **Estado Civil:** Las mujeres casadas tienen mejores puntuaciones en la dimensión relaciones sexuales y familiares.  
Las mujeres solteras tienen mejores puntuaciones en salud física y psíquica.
4. **Causa de la Menopausia:** Las mejores puntuaciones en la mayoría de las dimensiones las tienen mujeres cuya causa ha sido la natural.
5. **Tipo de Trabajo (fuera de casa o no):** Las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mejores puntuaciones en salud física y relaciones familiares.  
Las mujeres amas de casa tienen mejores puntuaciones en salud psíquica, relaciones sexuales y soporte social.

### Discusión

La menopausia es una etapa de la vida donde los cambios que se producen son tan complejos que para valorar la calidad de vida en esta etapa no sólo se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física, sino también en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer.

El cuestionario Mencav se compone de éstas cinco dimensiones y a partes iguales contiene instrumentos de depresión-ansiedad y cuestionarios genéricos de salud.

La principal limitación de nuestro estudio es la gran homogeneidad de la muestra en cuanto a su procedencia, ya que todas las mujeres encuestadas proceden del medio rural.

En general y como resultado de nuestro estudio hemos podido comprobar que las mujeres entre 40 y 45 años, con menopausia natural, estudios superiores y que no trabajan fuera de casa tienen mejor calidad de vida; si bien las solteras o las que trabajan fuera de casa tienen mejor salud física.

## Periard, M., Knaack, B.: *Breast Self-Exam: An Experimental Study in an Underserved Population*

### Introduction

Previous studies have reported inconsistent results regarding health beliefs and frequency and technique of breast self-exam (BSE). Educational interventions developed to improve frequency and technique have often been successful, especially when participants learned on breast models. Reports of sensitivity and specificity are few and the low income population has infrequently been addressed.

### Purpose of the Study

The purpose of this study was to test the efficacy of a single, comprehensive educational strategy on BSE knowledge, attitudes/beliefs, frequency, technique, sensitivity and specificity in a low income, uninsured population.

### Methodology

A prospective, randomized experimental design was used. Data were collected prior to and at six months following the teaching intervention. Four hundred-twelve women at a United States Midwestern "free" clinic for the uninsured comprised the sample. Participants completed a questionnaire prior to the teaching intervention. Items on the questionnaire addressed knowledge of breast cancer and BSE, attitudes/beliefs about breast cancer and BSE, frequency and technique when performing BSE and demographics.

The intervention was an educational strategy delivered individually, including sixth grade level teaching materials, demonstration and practice on a silicone breast model and on oneself. The teaching session was approximately one hour and was individualized based on the findings from the questionnaire. Outcome variables were: BSE knowledge, attitudes/beliefs, frequency and technique, observed proficiency, lump detection, sensitivity and specificity.

Home visits were done at six months on a subset of both groups. Participants completed a similar questionnaire and were observed to determine sensitivity, specificity and proficiency.

### Findings

T-tests revealed significant differences between groups with the experimental group showing higher knowledge, confidence, increased benefits and improved technique and sensitivity scores at six months post-intervention. The likelihood of being in a higher BSE frequency category was 5 times greater for those who received the teaching intervention.

The women in the experimental group correctly identified twice as many lumps as those in the control group. They were 3.5 times as likely to identify the deep lump in the model. The experimental group scored 87% higher than controls on observed proficiency with BSE technique. There was no difference in the number of false detections made by both groups.

Multiple regression analysis of steps in BSE technique revealed two steps accounted for 38% of the variance in the model: dime size circles and different pressures.

#### **Conclusion**

A single, one-to one educational intervention consisting of information, demonstration and practice of self and a silicone model resulted in a significant increase in knowledge, changes in attitudes/beliefs, and improved technique and sensitivity scores in this low income, underserved population. Frequency, technique and confidence increased dramatically in the experimental group.

#### **Implications**

Further study of sensitivity, specificity and proficiency are necessary in multiple population groups using various teaching strategies. Clear identification of what steps are required to find lumps and how to decrease false detections would be most helpful.

While this educational strategy was effective, time and cost are relevant issues for practice. Implementing this model in a similar setting would likely require volunteer or student teachers to control costs. In addition, false detections may result in increased diagnostic procedures which increase demands for services provided by a "free" clinic or its partners.

### **Miguel Gil, B., Pérez Romero, N., Costa Ramoneda, T., Masvidal Aliberch, R. M., de Frutos Gallego, E., Raurich Bottifler, F.: Resultado de la aplicación de la prueba de tuberculina en población pediátrica inmigrante recién llegada**

#### **Introducción**

La mayoría de los inmigrantes que llegan a Cataluña proceden de países de baja renta (PBR) y que tienen elevadas tasas de tuberculosis (TBC). En nuestro medio predominan los procedentes de: América Latina con tasas de incidencia de 300/100.000, Filipinas de 330/100.000 y Pakistán de 175/100.000<sup>(1)</sup>. Esto se relaciona directamente con que el riesgo de infección en niños procedentes de PBR sea alto. Es por esto que la población infantil inmigrante recién llegada es un grupo de alto riesgo de TBC en el que esta indicado la búsqueda activa de enfermos de tuberculosis e infectados.

El Area Básica de Salud (ABS) Raval Nord está ubicada en el barrio del Raval de Barcelona, perteneciente al distrito de Ciutat Vella. Esta zona de la ciudad es una de las que presenta indicadores socioeconómicos más desfavorables, es un barrio de alta incidencia de tuberculosis: 243,76/100.000 en el año 2000 y 195/100.000 en el 2001 y además tiene una gran proporción de inmigrantes. Del total de casos de TBC en el año 2001, el 57,4% fue en inmigrantes, dentro de éstos el porcentaje más elevado procedía de América Latina (37,7%), principalmente de Ecuador, seguidos por Asia (30,0%)<sup>(2,3)</sup>.

La búsqueda de casos esta basada en la aplicación de la prueba de la tuberculina (PT), tanto para diagnosticar la infección tuberculosa latente (ITL) como la enfermedad tuberculosa, todo y que dicha prueba tiene una sensibilidad y especificidad discutibles<sup>(4)</sup>. Además los inmigrantes procedentes de PBR tienen tasas altas de vacunación de tuberculosis (BCG), lo cual dificulta la interpretación de la PT. Sin embargo en la práctica es el único recurso de que disponemos actualmente para el diagnóstico de la infección tuberculosa asintomática<sup>(5-7)</sup>.

En Pediatría de la ABS Raval Nord desde el año 2001 se aplica el Protocolo de Atención a los Inmigrantes e Hijos de Inmigrantes (PAI)<sup>(8)</sup>. Una de las actividades pautadas es la PT. En el equipo son las enfermeras pediátricas las encargadas de su aplicación y lectura, en la cual tienen una gran experiencia, dado el número de pruebas que se realizan anualmente<sup>(9,10)</sup>, siempre en estrecha comunicación con las pediatras y especialistas en TBC, que son los encargados de establecer el diagnóstico final. Establecido el diagnóstico y el tratamiento, es una vez más la enfermera quien mensualmente hace el seguimiento, realizando la educación sanitaria adecuada en cada caso y comprobando la toma de medicación mediante la prueba de Eidus Hamilton<sup>(11,12)</sup>.

Existen trabajos sobre el resultado de la PT en población infantil en nuestro mismo medio donde se hallaron prevalencias de ITL que recomiendan el cribado periódico de TBC. En éstos se estudió la población general; autóctonos, hijos de padres inmigrantes y niños inmigrantes recién llegados<sup>(10,13)</sup>.

Siendo nuestro barrio uno de los de mayor impacto de inmigración en los últimos años y después de 3 años de aplicación del PAI, nos proponemos estudiar los resultados en la población recién llegada, ya sea por adopción, nacidos aquí que fueron enviados al país de origen de los padres para su crianza o llegados a nuestro país por primera vez.

#### **Objetivo**

Conocer los resultados de la PT realizada a la población pediátrica inmigrante recién llegada y analizar su relación con la vacunación de tuberculosis (BCG), edad, género, país de procedencia, diagnóstico final y seguimiento del tratamiento.

#### **Métodos**

Estudio observacional descriptivo transversal. Los sujetos de estudio fueron toda la población pediátrica (0-15 años) inmigrante de PBR, con fecha de apertura de historia clínica (HC) en un Centro de Asistencia Primaria (CAP) entre el 31 de mayo del año 2001 al 31 de diciembre del 2003. Se registraron las siguientes variables: género, edad en años cumplidos, país de procedencia, existencia de vacunación BCG, reacción tuberculínica (RT) en milímetros, diagnóstico final y cumplimiento del tratamiento. Para el diagnóstico se siguieron las recomendaciones del Consenso para el Control de la Tuberculosis en España (CCTE)<sup>(11,12)</sup>, de entrada se consideró como positiva toda reacción con una induración  $\geq 5$  mm en los no vacunados de BCG y  $\geq 15$  mm en los vacunados, individualizándose y estudiándose todos los casos comprendidos entre ambas medidas. El trabajo se realizó mediante revisión de HC, se excluyeron los niños con HC inactivas en el momento de la revisión. Se introdujeron y analizaron los datos con el programa SPSS-10.0. Las proporciones más relevantes se acompañan de su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student, el análisis de la varianza y la U de Mann-Whitney o la H de Kruskal-Wallis si las distribuciones no cumplían las condiciones de aplicación. Para analizar la relación entre dos variables cuantitativas se utilizaron las correlaciones de Pearson y Spearman. Para la comparación de dos variables categóricas se utilizó el estadístico ji cuadrado. La comparación de dos proporciones se realizó con la prueba z. Se consideró estadísticamente significativo todo valor  $p < 0.05$ .

#### **Resultados**

Se revisaron las HC de 328 niños. El 52,7% (173) eran de sexo masculino. El 22,0% tenían entre 0-4 años, el 40,2% entre 5-9 años y el 37,8% entre 10-15 años. Un 65,3% (214) de los niños procedía de América Latina (en su mayor parte de Ecuador (65,8%) y República Dominicana (14,9%)), el 13,7% de Filipinas, el 7,0% de Pakistán, el 6,7% del Magreb, el 4,3% de Bangladesh y el 3,0% de otros países. En el 89,3% (293) de los niños constaba vacunación con BCG. En cuanto a la realización de PT, estaba registrada en el 89,9% (295) de los niños y un 99,0% (292) de éstos habían acudido a su lectura. El tamaño en milímetros (mm) de las RT fue el siguiente: 0 mm el 69,2%, entre 1-4mm el 6,8%, entre 5-9 mm el 8,9%, entre 10-14 mm el 8,6%, con una induración superior a 14 mm el 4,5% y en un 2% de las HC no estaba registrado su tamaño, sólo su negatividad. Se consideró positiva la RT en 16 niños, lo que representó una prevalencia del 5,4% (IC del 95%:3,2-8,8) sobre el total de niños que acudieron a la lectura. En la tabla 1 se describen los resultados en mm de la RT y su interpretación.

La edad presentaba una correlación positiva con la RT en mm ( $p=0.003$ ). De las 13 RT con un tamaño  $\geq 15$  mm, 8 fueron en niños entre 10-15 años, asimismo en este grupo de edad se observó el 56,3% de las RT interpretadas como positivas. En las tablas 2 y 3 se muestran los resultados de la RT y su interpretación en cada uno de los grupos de edad.

No se encontró relación entre el sexo del niño y el tamaño de la RT ( $p=0.878$ ) o su interpretación final ( $p = 0.772$ ).

En el 91,8% (268) de los niños que acudieron a lectura de RT constaba vacunación con BCG, de los cuales un 68,3% (183) tuvieron 0 mm de induración como resultado y un 5,2% (IC del 95%:2,9-8,6), es decir 14 niños, tuvieron una RT interpretada como positiva. En la tabla 4 se muestran los resultados de la RT en milímetros y su interpretación en los niños vacunados con BCG. De los 24 niños no vacunados con BCG, sólo 2, un 8,3% (IC del 95%:1,0-27,0), presentaron una RT positiva, uno con una induración entre 5-9 mm y el otro entre 10-14 mm. No se observaron diferencias entre los tamaños de induración de la RT en mm entre los niños vacunados con BCG respecto a los no vacunados ( $p=0.714$ ). Las proporciones de RT interpretadas como positivas fueron similares en ambos grupos ( $p=0.521$ ).

La distribución según país de procedencia de los niños con RT positiva fue: América Latina: 8 (Ecuador 5, Santo Domingo 1 y Perú 2); Asia: 5 ( Pakistán 3, Bangladesh 1, India 1); Filipinas: 1 y Magreb: 1. No se encontró relación entre el tamaño en mm de la RT y el país de procedencia ( $p=0.072$ ).

Tras completar el estudio mediante la solicitud de radiografía de tórax y derivación médica, 2 de los 16 niños con RT positiva fueron diagnosticados de TBC y el resto se consideraron ITL. Los niños con TBC estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico. Estos 16 niños presentaron en promedio una RT 14 mm mayores (IC del 95%: 11,6-16,0) en comparación con los niños con RT negativa.

Los 2 casos de TBC diagnosticados completaron el tratamiento hasta su curación. En cuanto a los niños diagnosticados de infección tuberculosa, 6 cumplieron correctamente la quimioprofilaxis prescrita, 2 la hicieron incompleta, 2 estaban tomándola en el momento del estudio, 1 no la hizo y en 3 casos no se disponía de información al respecto.

#### Discusión

El cribado sistemático con la PT ha permitido el diagnóstico precoz de 2 casos de TBC en niños asintomáticos lo cual justifica su utilidad.

El porcentaje de positivos 5,5% ( IC 95%: 3,2-8,8 ) es similar al que encontramos en población inmigrante en nuestro anterior trabajo 4,7% ( IC del 95%: 1,7-9,9 )<sup>(10)</sup> y en población general 6,6% ( IC del 95% 4,5- 9,3 )<sup>(13)</sup>.

El 69% de los niños vacunados de BCG tuvieron la PT de 0 milímetros lo que sugiere que la influencia de la BCG en el resultado es baja<sup>(14)</sup>.

Al igual que en otros trabajos encontramos que el tamaño de la RT se incrementa con la edad<sup>(5,10, 13,14)</sup>. Esto puede deberse al mayor tiempo de exposición de los niños a un ambiente con alta incidencia de TBC.

Al contrario de los resultados de otros trabajos<sup>(14)</sup>, las diferencias en el resultado de la PT entre los vacunados de BCG y los no vacunados no fueron significativas, pero eso puede ser debido al pequeño número de no vacunados de nuestra serie. Tendría que ser refrendado comparándolo con un grupo más numeroso de niños inmigrantes de PBR no vacunados de BCG (solo en uno de cada diez niños inmigrantes no consta la vacuna BCG y no vimos la cicatriz), en caso de confirmarse indicaría la influencia relativa que tiene la vacunación para prevenir la infección tuberculosa.

Respecto a la relación entre el país de procedencia y las RT positivas tampoco resultaron significativas, necesitaríamos grupos más numerosos para sacar conclusiones firmes. Aunque se ha de tener en cuenta que quizás no se encontraran diferencias, ya que la mayoría de los países son similares en cuanto a características de salud, sociales y económicas.

Resalta la induración de 10-14mm en 25 niños tabla 4. Es importante resaltar este dato ya que hay discordancia entre los criterios del CCTE<sup>(11)</sup>, los criterios del Comité de Expertos en Infectología Pediátrica<sup>(15)</sup> y La American Thoracic Society<sup>(16)</sup>, los dos últimos más estrictos a la hora de interpretar la RT en los inmigrantes, dando como RT positiva toda prueba superior o igual a los 10 mm. Si se hubieran aplicado dichos criterios estos 25 niños habrían sido considerados afectados de ITL. Esto justificaría aun más, si cabe, la importancia del cribado. En relación a los pacientes y a los profesionales de Asistencia Primaria es deseable que se unifiquen los criterios de interpretación de la RT y de los diagnósticos de la infección tuberculosa por los diferentes comités científicos a nivel mundial.

En 3 casos e 21,4% del total no hay información sobre el tratamiento de la ITL, lo que significa que no se hizo seguimiento desde pediatría y que falló la comunicación entre los diferentes profesionales. Si añadimos a éstos los 2 casos que le hicieron incompleto y 1 caso de no tratamiento en total suman el 42,8%, lo que significa un 57,14% de cumplimiento, menor que lo encontrado en nuestro anterior trabajo<sup>(10)</sup>, y menor en comparación al más del 80% de cumplimiento de tratamiento de la ITL hallado en estudios de contactos descritos por Miret<sup>(17)</sup>. Es del máximo interés sanitario que los casos diagnosticados hagan el tratamiento completo, tanto en los casos de TBC hasta su curación, como en el caso de la ITL para que no desarrollen la enfermedad. Todos los profesionales implicados y en especial enfermería por su mayor accesibilidad a la comunidad y por la importancia de la educación sanitaria en este problema de salud, deberían implicarse al máximo, pues de nada sirve diagnosticar muchos casos si no conseguimos que hagan el tratamiento de la ITL completo.

Se le practico PT al 89,9% de la muestra lo cual es un alto porcentaje, pero dado el riesgo de TBC para esta población<sup>(18)</sup>, habría que buscar estrategias para una mayor cobertura de la prueba.

Acudieron a lectura el 99,0% de las practicadas, lo cual es un alto cumplimiento en la lectura de la prueba en relación a otros estudios <sup>(19)</sup> y creemos que está en relación con las actividades de información y captación intensivas que enfermería hace. Insistimos en la importancia de acudir a la lectura y telefoneamos si olvidan acudir a lectura. Esto fue valorado en otro estudio con la misma población <sup>(20)</sup>.

#### Agradecimientos

A Edurne Zabaleta del Olmo por su gran ayuda técnica para el tratamiento estadístico y metodológico.

A Ana Ramírez Llaras por su ayuda con la base de datos en el inicio del trabajo.

#### Bibliografía

1. World Health Organization. Who report 2002. Global Tuberculin Control. Disponible en: <http://www.int/gtb/publications/glohep02/>. Ultimo acceso el 27 de agosto del 2004.
2. Informe 2001. La tuberculosis a Barcelona. Documents Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de la Salut, març 2003. <http://www.aspb.es/quefen/docs/tuberculosis2001>.(Ultimo acceso el 10 de agosto del 2004).
3. Rius C, Caylà JA, Garcia de Olalla P, Vallés X, Jansà JM, Tost J. La tuberculosis a Barcelona. Informe 2000. Programa de prevenció i control de la tuberculosis a Barcelona. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 2001. Servei d'Epidemiologia.
4. Pina JM. Tuberculosis una perspectiva actual. Jano. 2001;60:52-64.
5. Alcaide J, Altet M<sup>a</sup> N, Canela J. Epidemiología de la tuberculosis. Anales de Pediatría. 2000;53:449-457.
6. Ariñez MC. Resultados de la prueba de tuberculina entre los casos registrados en la Comunidad de Madrid y factores que la modifican. Bol Epidemiol. CAN 2002;8:40-52.
7. Centro Nacional de Epidemiología. Tuberculosis. Bol Epidemiol. CNE 2001;3:20-32.
8. Masvidal RN. Protocolo de Atención a los inmigrantes e Hijos de Inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. [www.aepap.org/inmigrante/protocolos](http://www.aepap.org/inmigrante/protocolos). (Ultimo acceso el 5 de Agosto de 2004).
9. Corcoles MP, Moreno T, Comet P, Orts MI, Gomez I, Martinez MA, et al. Conocimientos de los profesionales de enfermería de atención primaria con relación a la prueba de intradérmica de Mantoux. Enfermería Clínica. 2002;12:35-42.
10. Masvidal RM<sup>a</sup>, Miguel B, Vall Mayans M, Zabaleta E, Carnero E, Rodríguez de la Rubia C. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. An Pediatr (Barc). 2004;60:22-7.
11. Grupo de trabajo sobre tuberculosis. Consenso Nacional para el control de la Tuberculosis en España. Med Clin (Barc). 1992;98: 24-31.
12. Alcaide J, Altet MN, Taberner JL. Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosis infantil. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya;1997.Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/tuberculosisi.pdf>. Ultimo acceso el 5 de agosto de 2004.
13. Vall Mayans M, Besora R, Estebanell A, Abril E, Cruz C. High rates of tuberculosis infection among children from Ciutat Vella District, Barcelona, 1996-1997. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5:92-5.
14. Wang L, Turner MO, Elwood RK, Schulzer M, FitzGerald JM. A meta-analysis of the effect of Bacille Calmette Guerin vaccination on tuberculin skin test measurements. Thorax. 2002;57:804-809.
15. Grupo de trabajo de tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Asociación Española de Pediatría. Interpretación de la prueba de tuberculina en niños. An Pediatr (Barc). 2003;59: 582-585.
16. American Thoracic Society. Tuberculin skin test. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:1376-95.
17. Miret P, Pina JM, López JL, Sala MR. El control de la tuberculosis en la Región Sanitaria Centro de Cataluña durante el periodo 1986-2000. Arch Bronconeumol. 2003; 39: 455-463.
18. Saiman L, San Gabriel P, Schulte J, Vargas MP, Kenyon T, Onorato I. Risk Factors for Latent Tuberculosis Infection Among Children in New York City. Pediatrics. 2001;107:999-1003.
19. Cheng TL, Ottolini MC, Baumhaft K, Brasseux C, Wolf MD, Schider M. Strategies to increase adherence with tuberculosis test reading in a high-risk population. Pediatrics. 1997 Aug;100(2 Pt 1): 210-3.
20. Miguel B, Perez N, Ramírez A, Masvidal RM<sup>a</sup>, Fuentelsaz C, De Frutos E. Valoración de la carga asistencial de enfermería, en recién llegados a pediatría en asistencia primaria. Enfermería Clínica (en prensa).

**Tabla 1. Resultados en milímetros (mm) e interpretación de la Reacción Tuberculínica.**

Interpretación RT n (%)	Resultados lectura RT en mm					Sin información	Total
	0	1-4	5-9	10-14	≥ 15		
<b>Positiva</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (0,7)	13 (4,5)	0 (0,0)	16 ( 5,5)
<b>Negativa</b>	202 (69,2)	20 (6,8)	25 (8,6)	23 (7,9)	0 (0,0)	6 (2,1)	276 ( 94,5)
<b>Total</b>	202 (69,2)	20 (6,8)	26 (8,9)	25 (8,5)	13 (4,5)	6 (2,1)	292 (100,0)

**Tabla 2. Resultados en milímetros (mm) según grupos de edad**

Edad (años cumplidos) n (%)	Resultados lectura RT en mm					Sin información	Total
	0	1-4	5-9	10-14	≥ 15		
<b>0-4 años</b>	45 ( 15,4)	3 (1,0)	3 (1,0)	3 (1,0)	1 (0,3)	2 (0,7)	57 (19,4)

<b>5-9 años</b>	91 (31,2)	10 (3,4)	9 (3,1)	10 (3,4)	4 (1,4)	0 (0,0)	124 (42,5)
<b>10-15 años</b>	66 (22,6)	7 (2,4)	14 (4,8)	12 (4,1)	8 (2,8)	4 (1,4)	111 (38,1)
<b>Total</b>	202 (69,2)	20 (6,8)	26 (8,9)	25 (8,5)	13 (4,5)	6 (2,1)	292 (100,0)

**Tabla 3. Interpretación de la Reacción Tuberculínica según grupos de edad.**

Edad (años cumplidos) n (%)	Interpretación de la RT		
	Positiva	Negativa	Total
<b>0-4 años</b>	2 (0,7)	55 (18,8)	57 (19,4)
<b>5-9 años</b>	5 (1,7)	119 (40,8)	124 (42,5)
<b>10-15 años</b>	9 (3,1)	102 (34,9)	111 (38,1)
<b>Total</b>	16 (5,5)	276 (94,5)	292 (100,0)

**Tabla 4. Resultados en milímetros (mm) e interpretación de la Reacción Tuberculínica en niños vacunados con BCG.**

Interpretación RT n (%)	Resultados lectura RT en mm					Sin información	Total
	0	1-4	5-9	10-14	≥ 15		
<b>Positiva</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1* (0,4)	13 (4,8)	0 (0,0)	14 ( 5,2)
<b>Negativa</b>	183 (68,3)	18 (6,7)	25 (9,3)	23 (8,6)	0 (0,0)	5 (1,9)	254 ( 94,8)
<b>Total</b>	183 (68,3)	18 (6,7)	25 (9,3)	24 (9,0)	13 (4,8)	5 (1,9)	268 (100,0)

\*Niño < 4 años con raquitismo congénito con RT de 12 mm.

## Gómez Salgado, J.: Lactancia materna en la ciudad de Huelva

### Introducción

La leche materna es el mejor alimento posible del niño en los primeros meses de vida (1, 2, 3). Es tal la trascendencia de sus beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos, económicos, etc., que recientemente la OMS apostó decididamente por establecer el límite recomendable para la lactancia exclusiva en seis meses. Sin embargo, pese a las numerosas ventajas de la lactancia materna, la promoción que desde las instituciones se viene haciendo, la educación maternal y los controles del puerperio, aún son muchas las madres que siguen cayendo en la lactancia artificial.

Además del beneficio que supone para los hijos y las madres, el aumento de la lactancia materna repercute favorablemente sobre la sociedad y la economía al disminuir los costes de la asistencia sanitaria y el absentismo laboral, que se produce por la atención y cuidado de los niños enfermos, reduciendo así las posibles pérdidas económicas. La incidencia significativamente menor de enfermedades en los lactantes alimentados al pecho deja más tiempo a los padres para dedicarlo a la atención de sus otros hijos y deberes familiares, minimizando así los conflictos. Se estima, incluso, que el gasto medio en fórmulas lácteas durante el primer año de vida ronda los 1.000 € y que el ahorro posible con la lactancia materna es aproximadamente 500 € (4) por niño y año. Se consiguen de esta forma hijos, familias y sociedades más saludables.

Las innumerables ventajas de la lactancia hacen que el aumento de los porcentajes de inicio y duración de la misma constituyan un objetivo sanitario prioritario para el país y la OMS. Se encuentra entre los objetivos de la *Healthy People 2000* y en las conclusiones de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud. En dicha asamblea se hacen recomendaciones en materia de investigación, entre las que se encuentra la "identificación de las limitaciones sociales y biológicas a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en diferentes entornos geográficos y culturales, y formulación de intervenciones apropiadas y efectivas para hacer frente a esos obstáculos y a sus consecuencias, dado que se reconoce que las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyen sustancialmente después de los cuatro meses"(4), dentro de la cual se encuadra la presente investigación. Nos propusimos, por tanto, determinar la presencia de la lactancia en la población en sus diferentes formas; exclusiva, mixta y artificial, así como de los posibles factores de riesgo de no iniciación o abandono precoz.

Teniendo en cuenta;

1. la escasez de estudios sobre la lactancia en nuestro país, la práctica singularidad en el contexto andaluz del estudio realizado por la Consejería de Salud en 1986 (estudio ya obsoleto que finalmente recogió datos de tan sólo cuatro provincias, no encontrándose Huelva entre ellas);
2. la ausencia de investigaciones que recojan la realidad onubense;
3. la práctica inexistencia en la literatura científica de propuestas de escalas de valoración del alto riesgo de no iniciación o abandono precoz de la lactancia materna;
4. la necesidad de una atención focalizada para mejorar la prevalencia de éste hábito en la población;
5. la tradición segmentaria en el enfoque, dado que se habitualmente se ha estudiado la lactancia obviando algunas de las dimensiones implicadas en cualquier fenómeno humano (biológica, psicológica y social) o el binomio madre-hijo;
6. las prioridades sanitarias del país, así como las recomendaciones de la OMS (5);
7. los grandes beneficios, derivados del aumento de conocimiento sobre el problema para, madres, hijos, familias, los profesionales de la salud, las instituciones responsables de la educación para la salud y de la

planificación de la atención primaria en la mujer y por último, la sociedad, punto de partida en nuestra aproximación conceptual al problema; consideramos, sin lugar a dudas, que el estado de la lactancia y los posibles factores influyentes en la no iniciación o abandono precoz de la misma constituían un suceso de interés enfermero (3, 6) digno de investigación.

Como objetivo general nos propusimos realizar un diagnóstico epidemiológico describiendo la lactancia en la ciudad de Huelva. Como objetivos específicos se establecieron:

1. Calcular la proporción de lactancia materna exclusiva, mixta, artificial, así como de la no iniciación de ésta.
2. Identificar posibles factores de riesgo de no iniciación o abandono precoz de la lactancia materna y la medida en que repercuten.
3. Obtener información determinante ante la posibilidad de poner en práctica un posterior estudio analítico que amplíe las conclusiones de éste.

#### **Material y Método**

Se realizó un estudio observacional descriptivo multicéntrico no probabilístico por cuotas siguiendo las sugerencias metodológicas de la OMS (5), en los cinco centros de salud que cubren el Programa de Vacunación de la capital. Se captaron 228 madres con hijos entre los 0 y 15 meses manteniendo la afijación proporcional por centro, durante el mes de abril del 2002. El cuestionario administrado constaba de 86 variables, abarcando aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales, del hijo, de la madre, de la pareja y del entorno. La información se procesó mediante el programa estadístico SPSS 9.0 a través de comparación de frecuencias y tablas de contingencia.

#### **Resultados y Discusión**

Cuando estudiamos la variable sexo de los niños entre 0 y 15 meses observamos una distribución muy similar de niños y niñas, aunque ligeramente desplazada hacia los varones. Este dato se corresponde con las tendencias demográficas de la población andaluza y onubense, ya que en los últimos años el número de niños nacidos supera al de las niñas, 93 niñas por cada 100 niños según datos de 1998, diferencia que tiende a acrecentarse (7, 8). Cruzada esta variable con el hecho de recibir lactancia exclusiva, destaca el hecho de que los niños lactan más que las niñas y que además esta tendencia aumenta con la edad de la madre o el lugar que ocupa entre hermanos. De igual forma el elevado porcentaje de niños a término, naturalmente esperado, (76%) se corresponde con los datos de la Memoria de actividad asistencial en atención especializada en Andalucía (9) (77%).

En cuanto al lugar que ocupa entre hermanos, que se asocia lógicamente al número de hijos, el 93% era el primero o el segundo, lo cual es fiel reflejo de la realidad andaluza (7). Esto hace igualmente que la familia tipo onubense sea la formada por tres o cuatro miembros. Enmarcado en un contexto ecológico en el que la situación socio-laboral del país hace que cada vez sean menos frecuentes las familias que tienen tres o cuatro hijos, produciéndose un envejecimiento que suscita el interés por establecer políticas controladas de inmigración de mano de obra. Esta realidad migratoria mayoritariamente masculina comienza a traducirse tímidamente en el aumento de mujeres extranjeras en la ciudad. Según datos de 2000, son 142 las mujeres residentes en Huelva (7, 8), si bien es cierto que un importante número se encuentra trabajando en el ámbito rural de la campiña onubense. Esto unido a la precariedad del trabajo que encuentran, al riesgo que supondría para su economía un embarazo, y las barreras de acceso a los servicios que suelen encontrar, hace pensar que el número de madres inmigrantes captadas en la muestra, 7, es reflejo de la realidad onubense. Curiosamente la tradición cultural que persigue a la etnia gitana como lactantes de larga duración, no se ha visto reflejado en nuestra población. En ella de las 12 incluidas tan sólo 3 daban el pecho, lo que supone un 25%, menos incluso que la población en general. Quizás la media de edad de éstas, menor que el resto de la población, y el hecho cultural de diferenciación con respecto a sus progenitores que se viene constatando en las madres jóvenes gitanas urbanas de hoy (10), hayan favorecido este resultado.

Cuando analizamos el origen materno agrupándolas en naturales de una capital o de provincia, tenemos una frecuencia de 44 mujeres que no dan pecho sobre 173 entre las nacidas en ciudad y de 3 sobre 38 en las de provincia, esto indica una razón de frecuencias de 3,22. De lo anterior se deduce que puede existir una asociación entre el hecho de ser originario de ciudad y dar menos el pecho, o lo que es lo mismo que el haber nacido en la provincia sea un factor de protección frente al abandono precoz.

El estado civil no parece influir en el tipo de lactancia, ya que las razones de frecuencia son muy próximas a uno.

El nivel de estudios sigue una distribución con tendencia a situarse en torno a educación primaria y secundaria en la mayoría de los casos, por lo que probablemente no se pueda desprender una asociación entre el nivel de estudios y la lactancia al pecho, lo que concuerda con las conclusiones de otros estudios (11, 12). Si profundizamos en el área de conocimientos de las tituladas universitarias es destacable el hecho de que la categoría de Ciencias de la Salud sea la que menor frecuencia de lactancia natural tenga, 5/21 (23,8%), mientras que las Enseñanzas Técnicas y Sociales y Jurídicas amamantan 3/8 (37,5%) en ambas y destaca de entre todas, las de Humanidades en las que 8/12 (66,6%) siguen la práctica amamantadora. El paradójico fracaso de la lactancia natural en el grupo que, supuestamente, debiera estar más concienciado de la pertinencia de dicha práctica, puede atribuirse al alto grado de trabajo remunerado extra-doméstico de estas mujeres, por lo que la situación laboral podría considerarse que está actuando como factor de confusión. Sin embargo el caso excepcional de Humanidades, que a priori podría atribuirse a la condición de "amas de casa", debido a la dificultad de inserción en el mundo laboral de la que adolecen estas titulaciones, en nuestra muestra trabajan el 83,3% lo que rebatiría esta teoría, planteando una curiosa línea de investigación. Desafortunadamente, estos datos no son comparables con otros estudios ya que no se han encontrado ninguno que valore hasta tal punto la formación de la madre.

Por otro lado parece claro la asociación entre la puesta al pecho y el trabajo en casa, en la muestra se observa como el 60% de las mujeres en paro amamantan a sus hijos frente el 24% de las que trabajan fuera de casa, hecho avalado por diversas investigaciones (13, 14).

Siguiendo la pauta marcada por el cuestionario y la exposición de resultados, vemos que del hecho de tener personas impedidas en el núcleo familiar, así como de percibirse de una clase social u otra no pueden inferirse posibles asociaciones por el predominio en ambas cuestiones de una única respuesta impidiendo se esta forma su comparación.

En cuanto a la *historia maternal familiar* observamos la posible asociación entre haber recibido el pecho la madre y su patrón amamantador. Se desprendió del análisis que es en las madres que recibieron lactancia materna entre 3 y 6 meses en las que este factor parece comportarse como predictor de futuras conductas amamantadoras. Este dato

contradice las conclusiones de Hostalot y cols. que postulan que las madres que tomaron leche materna optan en su mayoría por la lactancia artificial (15). En relación a la historia abortiva encontramos que no se establece ninguna posible asociación entre el haber tenido abortos previos y el fracaso de la lactancia exclusiva, con una relación de frecuencias de 0,69. Este dato se corresponde con las afirmaciones de Pelechano (12), estando la clave de la controversia en la vivencia diferenciada de esta experiencia traumática, que podría considerarse como predisponente a un alejamiento afectivo en algunos casos, pero sin embargo en otros podrían constituir un incentivo para una maternidad comprometida cumplidora de todas las recomendaciones sanitarias recibidas, entre ellas la lactancia materna.

La educación maternal, uno de los principales factores modificables y en los que juegan un papel fundamental las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), se muestra como decisivo en la práctica de la lactancia materna. La razón de frecuencias entre las que asisten a educación maternal y las que no es de 2,20, lo que indica la posibilidad de una fuerte asociación entre ambas variables. Esto coincide con las conclusiones de diversos estudios (11,16) al igual que contradice otros (17,18). La asistencia a los cursos determina notablemente los conocimientos sobre las ventajas de la leche materna, por lo que parece lógico pensar que pudiera ser un factor de protección, siempre teniendo en cuenta que la deseabilidad del niño media. Sin embargo no se consigue la universalización de la asistencia a dichos cursos y el estudio muestra cómo se pasa del 67% de asistencia en el primer hijo al 18% en el segundo, siendo simbólicos los porcentajes al tercer y cuarto niño. Se muestra por tanto, la multiparidad como un factor reductor de la asistencia a los cursos de educación maternal, dato concordante con otros estudios (16). Además analizando el comportamiento en cuanto a este hábito por centros de salud, se observa que el porcentaje de asistencia es notablemente menor en las madres que no se les oferta en su centro de salud. Si bien no es alarmante discrepamos de aquellos que lo consideran poco importante, basándose en el conocimiento que de los contenidos del curso poseen, debido a los embarazos anteriores. Esta concepción entiende la educación maternal como un acto informativo, más que como lo que debe ser, un proceso formativo. A la luz de los resultados expuestos en la fase univariante, en los que tan sólo un exiguo 47% conocía al menos tres ventajas de la lactancia materna, sería conveniente plantear estudios que profundicen en esta problemática. Sirva como muestra los estudios cubanos (19, 20) que arrojan cifras de conocimiento del 97,8%.

Cuando analizamos la deseabilidad del hijo en el análisis bivariado de las tablas de contingencias obtenemos una frecuencia razonablemente mayor en los casos en los que el hijo era buscado y deseado que en los que era deseado pero no buscado y ambas notablemente mayor que los no deseado, arrojando a su vez una razón de frecuencias de 1,42 (0,625/0,44). Esta razón aumenta a 1,54 si consideramos el segundo hijo. De lo anterior parece existir una asociación entre el deseo de tener el hijo y la lactancia materna.

La variable tipo de parto refleja en nuestro estudio una posible asociación con el tipo de lactancia que recibe el hijo. Concretamente en el primer hijo se tiene una razón de frecuencias entre el eutócico y cesárea de 2,414 (0,705/0,292) y entre el eutócico y el instrumental de 1,08 (0,705/0,647). Estos resultados indican la posible asociación entre el parto por cesárea y la no iniciación o abandono de la lactancia materna, lo que concuerda plenamente con las conclusiones del "Informe técnico sobre la lactancia materna en España" en el que únicamente encuentran asociación en el parto por cesárea (17).

En cuanto a los hábitos higiénico-dietéticos, del análisis univariante merece mención especial el porcentaje de madres que fumaban (60%), de las cuales incluso un 2% declaran abiertamente no haber modificado en absoluto su patrón de consumo tabáquico tras el embarazo, a pesar de la esperada infraestimación que en este tipo de preguntas suele producir el "sesgo de la respuesta deseable". El análisis bivariado no parece apuntar asociación con los consumos ligeros de tabaco, mientras que en el caso de las fumadoras de más de un paquete de cigarrillos diario, indica una razón de frecuencias de 1,88 (0,66/0,35) en el primer niño y 2 (0,4/0,2) en el segundo. Este dato coincide con los estudios de Riquelme, Villegas y López (21), que basándose en la ansiedad producida por el descenso del consumo, terminan por abandonar la lactancia natural. En cuanto al consumo de alcohol y las costumbres alimenticias en torno a una dieta equilibrada no han podido establecerse asociaciones por estar las razones de frecuencia en torno a uno entre las diferentes categorías. Las asociaciones referentes al consumo de alcohol y el tipo de lactancia escogido, son tributarias por su complejidad metodológica, de un estudio específico.

En lo referente a las condiciones laborales y la protección a la lactancia resulta significativo el hecho que tan sólo un 35% de las madres de la muestra disfrutaran de las 16 semanas de baja maternal, las mismas que lo hacen de la hora de lactancia. Según muestra la tabla de contingencias entre el disfrutar de la baja maternal y la lactancia natural se establece una razón de frecuencias de 2,22 (0,702/0,315), indicando una posible asociación, lo cual coincide con la mayoría de los estudios (13) e invita a una reflexión a nivel nacional, si se quiere aumentar la prevalencia de la lactancia natural, constituyendo un problema de salud pública avalado por la máximos organismos internacionales. Quizás haya llegado el momento de poner en consonancia las recomendaciones de la OMS y la realidad normativa laboral nacional. Habrá que articular los mecanismos para favorecer la lactancia materna hasta los seis meses aumentando el periodo de baja maternal, así como potenciar las medidas accesorias legalmente establecidas.

Cuando analizamos las prácticas hospitalarias comenzamos viendo el hospital en el que se tuvo al niño. Éste parece influir, siempre con cautela, en la lactancia escogida por la población. La frecuencia en las madres que dieron a luz en el Hospital Infanta Elena (0,428) es inferior a la de los que lo hicieron en el Hospital Juan Ramón Jiménez (0,627), ésta arroja una razón de frecuencias de 1,464. Esta diferencia en la frecuencia de lactancia de las madres de ellos egresadas puede tener su génesis en las diferentes prácticas en torno al puerperio que allí se realizan, ya que el factor que podría estar confundiendo como es la distinta procedencia de las madres (ámbito rural o urbano) debería actuar hacia el lado rural, tradicionalmente lactante (22, 23).

La práctica de permitir asistir a la pareja en el momento del parto parece potenciar la lactancia natural, eso al menos es lo que se desprende de nuestro análisis contingente. En él vemos como la razón de frecuencias entre la presencia en el parto y la lactancia natural es 1,465 (0,696/0,475) para el primer hijo y de 1,542 (0,424/0,275) para el segundo; coinciden con las nuestras, las conclusiones de Barriuso y cols. (1).

Iniciando la observación de las posibles asociaciones entre las prácticas recomendadas por la iniciativa "Hospital Amigo de los Niños" y la lactancia materna, cuestionamos el controvertido efecto de las "muestras regalos" que aún hoy, se les siguen facilitando. En nuestra muestra parece existir asociación entre recibir obsequio en el hospital y no dar el pecho, al obtener una razón de frecuencias de 1,976 (0,83/0,42) para el primer niño y algo ligeramente inferior

para el segundo 1,858 (0,5/0,269). Este segundo resultado podría entenderse como el producto de una mujer experimentada que valora críticamente el estilo de lactancia a seguir.

En cuanto al *rooming-in* o co-habitación no se puede evaluar por lo extendido de su práctica, lo que impide su comparación con un grupo no expuesto a dicho hábito. En la literatura científica precedente se le considera favorecedor de la lactancia (1, 24), ya que se entiende que al facilitar la interacción continua entre la madre y el hijo, la succión aumenta su frecuencia, favoreciendo así la secreción de leche materna porque eleva las concentraciones séricas de prolactina.

En relación a la pregunta realizada a las madres acerca de si se daban “ayudas” (administración rutinaria en las maternidades de leches artificiales o suero glucosado), sus respuestas no fueron concluyentes, aunque sí cuando menos preocupantes. Un 39% afirmó que sí frente a un 36% que no y un 25% no sabía o no contestaba. Cabría pensar que estas aseveraciones en uno u otro sentido y en tal medida, están suficiente fundadas, por lo que es posible que esta práctica dependa de los profesionales que trabajan en dichas unidades, es decir que dependa del “turno” y de su “criterio”. Dicha práctica no encuentra diferencias significativas entre un centro sanitario u otro.

En cuanto a si tenían una idea preconcebida antes de tener el niño sobre el tipo de alimentación que iban a ofrecerle, más del 80% así lo manifestó, comportándose además esta variable como un posible factor de protección, resultando razones de frecuencia de 2,42 si ésta se tenía desde antes del embarazo (0,702/2,90) y 2,186 desde el embarazo. Los resultados parecen indicar que el hecho de tener las ideas claras previas al embarazo potencia enormemente el hábito amamantador, apoyando las tesis de los que consideramos a la educación para la salud como uno de los pilares básicos para la mejora de la situación. Esta tesis concuerda con el estudio realizado en Tarragona por Hostalot y cols. (15).

La respuesta a la pregunta sobre la influencia del marido en la decisión del tipo de lactancia fue rotunda, el 84% manifestó abiertamente que no. Este dato es corroborado estadísticamente con la ausencia de significación y reduce sensiblemente el número de cruces entre variables. Igualmente no resultado significativo el entorno afectivo de la madre, en nuestro estudio, ya que sus razones de frecuencia resultan próximas a uno.

De especial interés para los profesionales de la salud, planificadores sanitarios y las propias madres, resultan las observaciones recogidas a cerca de las fuentes de información sobre la lactancia. Si bien como cabía suponer, la matrona y el pediatra ocupan un papel protagonista, derivado de las funciones designadas en el entramado de la atención a la mujer y su hijo del Servicio Andaluz de Salud, nos parece aún más importante el papel que soslayadamente juega la familia como fuente de formación. El análisis revela que el 82% de las madres la consideran entre las tres primeras, lo que da idea de la verdadera influencia que sus conocimientos, creencias, prácticas y aptitudes, pueden llegar a ejercer sobre las madres y no siempre de manera acertada. Igualmente importante resulta la consideración de la infrautilización de los conocimientos y aptitudes formativas de la enfermera y el médico de familia por parte de las madres, claro está, determinado por el sistema. El análisis bivariante refleja la calidad de la intervención de las matronas con una razón de frecuencias de 2,1 frente a otras fuentes, indicando su actuación como un posible factor de protección, en consonancia con otros estudios (25, 26).

El estudio de los motivos de abandono referidos por las madres aporta por un lado, la dimensionalidad del problema de conciliación de la vida laboral y familiar, ya que el 18% de madres que querían haber continuado lactando tuvieron que reducir o dejar su práctica debido a la reincorporación al puesto de trabajo, y por otro, importantes discrepancias entre las causas referidas y la verosimilitud de éstas (13). Las causas mencionadas nos hacen pensar que existe entre ellas un desconocimiento sobre las verdaderas complicaciones que pueden llevar al destete precoz, las técnicas de amamantamiento, así como poca motivación con respecto a la lactancia materna, afirmaciones que concuerdan con las realidades reflejadas en estudios nacionales (17, 25, 13) y transnacionales (19).

Cuando analizamos el estado de salud materno percibido observamos en primer lugar que es un 10% mayor en las madres que tienen un hijo que en la población femenina en edad fértil en general, conclusión que se extrae de su comparación con los datos poblacionales del estudio sobre la situación social de las mujeres en Andalucía publicado en el 2000. Esta diferencia es explicada, según el análisis contingente en un 49% por el hecho de dar el pecho, esto es, un 5% de la salud maternal se podría atribuir a la conducta amamantadora. En segundo lugar, en contra de lo esperado, no hallamos resultados significativos, por lo que no podemos sugerir asociación estadística entre la salud percibida y la lactancia materna. En lo referente a la salud mental de nuestra población, medida por las posibles alteraciones psicológicas extraídas de la aplicación del *GHQ*, parece significativo la frecuencia de síntomas psicósomáticos, en un 30% de las madres en su primer hijo y en un 60% de las madres en su segundo, así como la presencia de ansiedad igualmente determinada por el hijo que oscila entre el 41% de las madres primíparas y un 46% de las secundíparas. El estrés y la carga psico-física de los cuidados vivenciados como tales, podrían explicar esta influencia del hijo. Estos datos apuntan a la conveniencia de establecer dentro de la atención ofertada a las madres y sus hijos, protocolos especiales de detección de estas alteraciones que parecen ser prevalentes en nuestra población y su coordinación con los recursos de salud mental existentes.

En cuanto a la validez interna de las conclusiones podemos decir que las potenciales variables de confusión, edad materna, nivel de estudios y socioeconómico han sido controlados partiendo de las cuotas por centro de salud que mantiene las características socioeconómicas de cada zona en la muestra global y la posterior estandarización en función de dichas variables. La muestra además de constituir el 41% resultó ser representativa en las principales variables de la población. Como sesgo característico de esta metodología encontramos el de memoria, el cual se reduce en el diseño de preguntas. El sesgo de autoselección de los participantes presente en este tipo de estudios podría influir ligeramente en los resultados, pero en la misma medida que los hizo en la literatura científica precedente, ya que la participación final depende de que acepte o no la intervención. Por último reseñar que la validez externa de la investigación, se considerará para la población onubense, en la medida que el fenómeno lactancia materna y la asistencia al programa de vacunaciones no sufren importantes modificaciones estacionales (27).

### Conclusiones

Partiendo de un punto de vista holístico hemos analizado la situación que vive hoy la lactancia materna en la ciudad de Huelva. De dicho análisis y en consonancia con los objetivos marcados en la investigación, surge una primera conclusión en torno a la frecuencia de la lactancia materna. El 29% hallado en nuestra muestra resulta extremadamente bajo si tomamos en consideración las recomendaciones de la OMS, en las que marcaba como objetivo que al menos el 50% de los bebés de cada país fueran alimentados de forma exclusiva y adecuadamente con

leche materna durante al menos seis meses. La lactancia materna exclusiva está presente en nuestra población en un 32% y aunque es sensiblemente mayor que la estimación del estudio andaluz de 1986 dista mucho de los cánones propugnados por organismos internacionales como la OMS o UNICEF. La frecuencia de la lactancia mixta no es mayor, 19%, por lo que entre las dos apenas superan la artificial que constituye la modalidad practicada por el 49% de las madres de la muestra. El abandono medio de las madres se situó en los tres meses y la no iniciación apareció en el 5% de los casos, lo cual denota una evolución dispar de los dos parámetros. Mientras el abandono medio aparece ligeramente retrasado en el tiempo con respecto a estudios de hace dos décadas, la frecuencia de iniciación ha mejorado notablemente, ya que según la última estimación realizada a escala regional, los porcentajes se situaban en torno al 14%.

Podemos destacar tres líneas de conclusiones de gran relevancia para la aprehensión del fenómeno en la realidad onubense. Una primera secuencia de posibles asociaciones que no pudieron ser corroboradas por el estudio, entre las que destaca las relacionadas con las distintas minorías étnicas y lactancia, el nivel instrucción, la historia abortiva previa y el tener personas impedidas a cargo. En una segunda relación, encontramos como posibles factores influyentes y ejerciendo una acción favorecedora de la lactancia, en la muestra, el origen rural de la madre relacionado según diversos autores (22, 28) con sus costumbres y valores de sus sociedades. Como dato curioso y novedoso del estudio, se observa una posible relación entre la formación universitaria humanística de la madre y el hecho de optar por la lactancia materna. También puede tener un efecto protector sobre el riesgo de abandono, la variable haber recibido lactancia materna por parte de la madre, el asistir a educación maternal, saber al menos tres ventajas de la lactancia materna, como indicador básico del nivel de conocimientos sobre la lactancia, el deseo de tener ese hijo, la asistencia de la pareja al parto, y la intervención, dentro del sistema apoyo educativo, de la matrona. En una tercera línea de conclusiones, aparecen como posibles factores de riesgo de no iniciación o abandono de la lactancia coincidentes con otras investigaciones, el trabajar fuera de casa, el parto por cesárea fumar más de un paquete de cigarrillos, recibir muestras regalo de fórmulas lácteas, sobre todo durante la estancia en el hospital. Como información relevante con vistas a la implementación de programas de mejora de la prevalencia de la lactancia materna en la población, también se observó que el porcentaje de asistencia a educación maternal es bajo (67%) y que podría estar influenciado por la multiparidad y el hecho de no ofertarse en el centro de salud habitual para la madre. El nivel de conocimientos sobre la lactancia es demasiado bajo para lo que sería deseable. Son datos representativos de la precariedad laboral de la mujer, la mayor temporalidad en sus contratos, así como el hecho de que sólo una de cada tres mujeres puede disfrutar de su permiso por maternidad. Igualmente importante nos resulta la presencia de rutinas hospitalarias, que favorecen el fracaso de la lactancia natural, como la administración de "ayudas" que deberían haber quedado obsoletas según la bibliografía, pero que por lo observado aún perduran. De la misma forma nos parece importante reseñar la elevada frecuencia de alteraciones psicológicas leves en la muestra del estudio y el papel que puede estar desempeñando la pareja, en una muestra en la que según manifiestan el 84% de las madres, la pareja no influyó a la hora de elegir el tipo de lactancia. En contraposición al papel de la pareja los datos recogidos apuntan a la familia como una de las principales fuentes de información sobre la lactancia para el 82% de la muestra. De todo lo anterior podemos concluir la necesidad de promover políticas activas de investigación, promoción de la lactancia y formación tanto para la madre, para la familia, como para los profesionales, abordando siempre el problema desde una perspectiva interdisciplinar y en coordinación con los diferentes servicios de Atención Primaria y Especializada. Debido al control de los potenciales factores de confusión, de las cuotas por centro de salud, la posterior estandarización en función de dichas variables, el tamaño de la muestra, el control de los sesgos y en la medida en que el fenómeno lactancia materna y la asistencia al programa de vacunaciones no sufren importantes modificaciones estacionales, consideramos que los hallazgos presentados podrían ser de utilidad para su implementación en la realidad onubense. De lo anterior, para conseguir un aumento de la prevalencia y duración de la lactancia materna se hace necesario intervenir en dos niveles diferenciados. De un lado con los profesionales de la salud y de otro con las familias, especialmente con las madres y los padres. Dichas intervenciones deben tener lugar en las mejores condiciones posibles, a fin de aumentar la probabilidad de éxito de las mismas. Dichas recomendaciones pueden confluir en la creación de un nuevo servicio enfermero: "la consulta de lactancia materna". Por último, destacar que con la realización de un estudio de cohortes mediante muestreo aleatorio estratificado por las variables potencialmente confundentes, se confirmarían las asociaciones y tras regresión logística se podría plantear una escala de identificación del alto riesgo de no iniciación o abandono de la lactancia materna, de gran utilidad para la práctica. Ésta podría ser una herramienta práctica para la actuación preventiva y educativa de los profesionales de la salud e instituciones, ya que se focalizarían los esfuerzos, siguiendo el principio básico de la equidad en los servicios socio-sanitarios (dar más al que menos tiene), sobre el grupo de riesgo. De esta diferenciación en la atención se obtendría en un futuro a medio plazo el aumento de la lactancia materna en la población.

#### **Bibliografía**

1. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría* 2000;52(3):225-31.
2. Odriozola Aranzabal G, De la Torre Cerrudo C, Sánchez Prados F, Díaz Jiménez C, García Tortosa C, Vázquez Villegas. Lactancia materna en un medio rural. *Centro de Salud* 2000;8(6):364-7.
3. Matilla-Mont M, Ríos-Jiménez A. Enfermería y lactancia materna. *Enfermería Clínica* 1999;(3):93-7.
4. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatric* 1997;100:1035-42.
5. OMS/UNICEF. Proyecto Hospitales Amigos de los Niños. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Comité Español. Madrid; 1990.
6. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
7. Aguiar F, García I, Pérez Yruela M. La situación social de las mujeres en Andalucía 1990-2000. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2001.
8. Instituto de estadística de Andalucía. Huelva datos básicos 2002. Sevilla: Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía; 2002.
9. Villar Martínez F, Guerrero Guerra JL, León Peñuelas C, Montaña Reina JM, Campos García T. Actividad asistencial en atención Especializada de Andalucía 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2001.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

10. Garrido A. Entre gitanos y payos. Relación de prejuicios y desacuerdos. Barcelona: Flor Viento Ediciones; 1999.
11. Bruch Crespiera m, Casas Baroy JC, Riba Travé T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural de Lluçanès (Barcelona). *Enfermería Clínica* 2000;11(2):45-50.
12. Mosteiro Díaz MP, Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López MA, Díaz Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. *Enfermería Clínica* 2001;11(4):155-60.
13. Aguayo Maldonado J. La Lactancia Materna. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2001.
14. Matilla-Mont M, Ríos-Jiménez A. Enfermería y lactancia materna. *Enfermería Clínica* 1999;(3):93-7.
15. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacòs J, Iglesias Niubó J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales Españoles de Pediatría* 2001;54(3):297-302.
16. Goberna Tricas J. Educación maternal. Aceptación por parte de la mujer embarazada. *Enfermería Clínica* 1997;7(6):263-7.
17. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *Anales Españoles de Pediatría* 1999;50(4):333-40.
18. Almirón P, Fatjó A, Fernández de Saumamed MJ, Gómez MA, Martí M, et al. Mujeres y lactancia. Entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Atención Primaria* 1996;17(8):501-6.
19. Prendes Labrada M de la C, Rivanco del Río, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes A. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999;15(4):397-402.
20. Gutiérrez Gutiérrez AE, Barbosa Rodríguez D, González Lima R, Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería* 2001;17(1):42-6.
21. Riquelme Pérez M, Villegas Rodríguez V, López Morandera P. Estudio de los factores que influyen sobre la elección y sobre la duración de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría* 1992;36:382-6.
22. Odríozola Aranzabal G, De la Torre Cerrudo C, Sánchez Prados F, Díaz Jiménez C, García Tortosa C, Vázquez Villegas. Lactancia materna en un medio rural. *Centro de Salud* 2000;8(6):364-7.
23. Bericat Alastuey E, Camarero Rioja M. Trabajadoras y trabajos en la Andalucía rural. Situación socio-laboral de la mujer rural en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1994.
24. Garrelli JC, Montuori E. Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría de attachment. *Archivos Argentinos de Pediatría* 1997;95:122-5.
25. Rozas MR. Lactancia materna y parto gemelar. *Atención Primaria* 2000;26(4):224-30.
26. Fernández Amores R, Martín Santos FJ. Promoción de la lactancia materna: una experiencia de intervención comunitaria y coordinación entre niveles. *Index de Enfermería* 1998;7(22):20-5.
27. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Memoria estadística de la Consejería de Salud 2000. Sevilla: Servicio de Información y Evaluación Sanitaria; 2001.
28. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel ME, Kageyama-Escobar M de la L, Tirado-Gómez LL, López-Cervantes M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México* 1997;39:412-9.

## **Mesa Redonda (Inglés): Mothers' and children's' Care**

### **Hasanpour, M., Elsagh, A., Hasanzadeh A.: *Pediatric Nurses' knowledge of parameters of need for airway suction in children***

#### **Introduction**

Usually, infants and children clear their airways by some mechanical techniques such as: sneezing, sniffing, gag reflex and a change of position (1) Newborns' airways can be obstructed by many causes, the most important of them being respiratory infections (2) Infants and toddlers aren't always able to clear their airways especially when affected with upper or lower respiratory infections that produce increased secretion (3).

The aim of suction is to clear the airway of the patient who isn't independently able to breathe normally. Suctioning helps the child to breathe easily. Suctioning is a life-saving procedure, though on the other hand, suctioning is a traumatic process and has possible serious and irreversible complications. Therefore as nurses are important members of any health care team for children, they must be able to assess and identify when children need suctioning and their decision to suction is based on special parameters to decrease serious complications of suctioning for children. Controversy exists regarding the indication for suctioning. Research-based policy dictating how often or under what circumstances suctioning should occur has not been established. The decision to initiate suction is often subjective, based on individual nursing judgement. Also according to studies and researcher experiences and observation, pediatric suction is often done wrongly or unnecessarily and at the wrong time, or, done by prescription and bringing about unwanted complications, even death.

Therefore the purpose of this study was to investigate the level of nurses' knowledge in pediatric units about airway suction indicators or respiratory assessment parameters in infants and children and identify the most and least influential indicators for the decision to suction children's airways from pediatric nurses' view points.

#### **Research questions included**

1. Identify the level of nurses' knowledge for respiratory assessment parameters for need of NP, Tracheostomy and Endotracheal tube suction
2. Identify the most important and least important respiratory assessment parameters need for pediatric suction

#### **Methods**

This study was a descriptive design aimed at identifying the mean score of nurses' knowledge of parameters needed for pediatric airway suction that hospitalizes patients in the Isfahan Medical Sciences University hospitals and asking

nurses to identify and rank those assessment parameters most influential in their decision to suction infants and children.

The sample of this study involved the total population of 101 pediatric nursing staff that all had at least 6 months working experience in pediatric units.

Data was gathered by the questionnaire method completed by subjects and had two parts: The first related to respondents' demographic information and the second related to aims of research.

Validity and reliability of questionnaire obtained by respective content validity and Cronbach Test (0.885) and data analyzed by SPSS.

#### **Procedure**

Questionnaires were made available to all nurses of five medical centers that routinely cared for infants and children on pediatric units. Nurses were asked to select any or all assessment parameters that influence their decision to NP, ET, TT suction a newborn or an infant. Next, they were asked to rank those as the most influential and least influential in their practice respectively

3, 2, 1. The result were returned and tabulated.

#### **Results**

According to findings of this study the mean score of nurses' knowledge about required parameters for NP suction, Traacheostomy, and Endotracheal suction was, respectively:

65, 56, 61 (tables 1,2,3) and this study also suggested that the most important parameters are, respectively: visible secretions (76.2%), skin color or cyanosis (73.3%) and audible secretions (60.4%) and the important parameters were pulse oximeter readings, decrease in PaO<sub>2</sub>, high pressure alarm when the patient was under mechanical ventilation and prescription and the least important parameter was parental request (2%) (tables 4,5). Also according to current study findings, the highest percent of subjects cited color/cyanosis use as an indicator need for deciding on suction (NP 89.1%, ET 79.2% and TT 85.1%) (table 6).

#### **Discussion**

This study suggests that visible secretion, cyanosis and audible secretions are the most influential indicators to nurses in deciding whether or not to NP, ET, TT suction an infant. The presence of visible (76.2%) and audible secretions (60.4%) as an indicator for the need for suction supports the results by Macmillan (1995)(4) and Young (1988)(5) and Czarneki(1999)(6). However the current study showed that visible secretions are the first, highest and most influential indicator for suctioning used by nurses. According to Czarneki (1999) study, a pulse oximeter reading was the most important (30%)(7) for deciding NP suction but current studies showed this indicator is important (58.4) but with more frequency parameter for ET and TT suction but not for NP suction. Maybe this difference is due to a lack of pulse oximeter devices in pediatric wards in Iran. Cyanosis as the most important indicator (73.3) for suctioning was a finding of this current study.

According to this study, the highest percent of respondents cited that they use parental request and prescription as a parameter for deciding NP (70.3%, 83.2%), ET(75.5%,61.4%) and TT suction (83.2%, 69.3%)(table 6). Therefore it is recommended that nurses update their knowledge of suction for assessment parameters needed for suction in children.

Great care must be taken in the decision to suction infants and children. Before a nurse suction an infant, the question must be asked: is suctioning beneficial for this patient? Therefore pediatric nurses must have enough knowledge.

As this study showed, knowledge of nurses' parameters needed for suction was average, so continuing education about pediatric suction for nurse staffs suggests it can prevent serious complications of this procedure in children.

Standardization of the indications for NP, ET, TT suctioning is essential. This standardization should be research based. This study provides only a beginning.

#### **References**

- 1- Haband & Trigg. (2000). "Practice, s in childrens nursing" Guidelines for Hospital and community. Edinburgh: Churchill living stone company.
- 2- Czarneki, L. Michelle.and Kaucic L, Cheryl. (1999). "Infant nasal-pharyngeal suctioning: Is it beneficial?" Pediatric Nursing. Pitman: Mar/Apr, Vol. 25, Iss. 2; pg. 193, 5 pgs.
- 3- (See No. 1) Haband & Trigg (2000).
- 4- Macmillan, C. (1995). Nasopharyngeal suction study reveals knowl.
- 5- Young, C.S. (1988). A study of paediatric physiotherapy practice. Physiotherapy, 74(1), 13-15.
- 6- (See No. 2) Czarneki, L. Michelle.and Kaucic L, Cheryl. (1999).
- 7- (See No. 2) Czarneki, L. Michelle.and Kaucic L, Cheryl. (1999).

#### **Acknowledgments**

This research was supported by Medical Sciences University of Isfahan and registered under Number 81005.

Table 1. Frequency of Nursing knowledge score in naso-pharyngeal suction

Score of knowledge	Frequency	Percent
0-20	2	2
21-40	4	4
41-60	28	27.8
<b>61-80</b>	<b>53</b>	<b>52.7</b>
81-100	14	13.5
Total	101	100

Mean=65 ; SD=0.17 ; Median=64

Table 2. Frequency of knowledge score in tracheotomy tube suction

Score of knowledge	Frequency	Percent
<b>0-20</b>	12	11.9
<b>21-40</b>	5	4.9
<b>41-60</b>	33	32.7
<b>61-80</b>	<b>34</b>	<b>33.7</b>
<b>81-100</b>	17	16.8
Total	101	100

Mean=56 ; SD=0.24 ; Median=62

Table 3. Frequency Distribution of Nursing knowledge score of parameters for need pediatrics Endotracheal tube suction

Score of knowledge	Frequency	Percent
<b>0-20</b>	4	4
<b>21-40</b>	5	4.9
<b>41-60</b>	<b>38</b>	<b>37.6</b>
<b>61-80</b>	38	35.7
<b>81-100</b>	18	17.8
Total	101	100

Mean=61 ; SD=0.19 ; Median=62

Table 5. Frequency, Mean, and SD of parameters Score need for pediatrics suction (based on rank order)

Parameters	Rank order	Least important		Important		Most important		No response	
		No	%	No	%	No	%	No	%
Visible secretions		2	2	12	11.9	77	76.2	9	8.9
Cyanosis		5	5	12	11.9	74	73.3	10	9.9
Audible secretions		4	4	26	25.7	61	60.4	10	9.9
Decrease in PaO <sub>2</sub>		9	8.9	61	60.4	19	18.11	12	11.9
Pulse-oxymetry readings		8	7.9	59	58.4	12	11.8	12	11.9
High pressure alarm		20	19.8	58	57.4	11	10.9	12	11.9
Prescription		32	31.7	44	43.6	15	14.9	10	9.9
Parents request		64	63.4	23	22.8	2	2	12	11.9

### Danerek, M., Udén, G., Dykes, A. K.: *Sympathetic Responsibility in Ethically Difficult Situations - obstetricians' lived experience*

Ethical issues arise in many obstetric situations and demand constant consideration by obstetricians. In a conflict between the rights and possible outcomes for the foetus versus the rights and possibilities of the mother, the obstetrician's moral obligation is to decide what to do in order to achieve the best outcome for both mother and infant (8-11). The main problem is that the choice could lead to morbidity in both short and long terms for the mother and the child (5). According to the moral obligation to "do no harm" and respect for the woman's autonomy the obstetrician has to make a choice what is the best for the mother her foetus/infant. The ethical principal of respect for autonomy obligates the obstetrician to respect the integrity of the woman. The obstetrician can only put this respect for autonomy into practice by applying the process of informed choice (3). In meeting and working with other human beings who are in need of care and nursing, the moral obligation to help and do the best for them, can be seen in the perspective of nearness according to Lögstrup's philosophy (25, p 50-55, p 145-150). Studies about obstetricians lived experience of ethically difficult situations have not, to our knowledge, been performed. Therefore it is important to highlight the obstetricians lived experience of these situations.

#### Method

The study has a descriptive design and a qualitative research approach. As the focus was on the obstetricians lived experience, 14 interviews were performed and analyzed using a hermeneutic phenomenology method (26).

#### Findings

The overriding theme was *Sympathetic responsibility in decisions of critical importance for the mother and her infant* plus five related themes;

##### Theme 1

*To proceed with a moral reasoning that leads to the choice of a possible solution*

"...You have to put the cards on the table and start to count and see how many are on the plus side and how many on the minus side. Then you have to shut down, which is what you do, you have to shut down your feelings and think coldly, this is the most logical and the right thing to do," (Int. S)

##### Theme 2

*To balance one's own medical knowledge and moral insight with the needs and requests of the parents.*

" Then a lot of discussions begin, first of all, about what to do and you try to take the wishes of the parents into consideration even though their wishes cannot steer decisions fully, you still try anyway" (Int. S)

##### Theme 3

*To know one's medical and moral responsibility in relation to the decision made.*

"so it really was highly specialised care almost on the edge of being research... do you see? Yes, almost. I don't think there are so many cases like this. I do not think so. So you can feel like, well... how much do we experiment?" (Int.L)

##### Theme 4

*To experience the ability to take action and to make and carry out difficult and important decisions for the health of the mother and infant.*

" I am standing there with the midwife, as we had alarmed the anaesthetist but the anaesthetist and such hadn't arrived. It went amazingly fast. Within just a few minutes....and then after 5-6 minutes and the foetus heartbeat is slower and slower, then the situation changes and it is possible to operate. It is like a different situation so I decide to do an emergency caesarean " (Int. F).

##### Theme 5

*To reflect on a given situation, in a manner leading to a rational acceptance of one's own conduct.*

" all the time there is this guilt that eats you from inside, so you have to handle this some how. I was tired when I came home... sometimes there are things that are just are so horrible regardless if you have been involved or not. There is such a lack of understanding for what this does to you when having to face this rather often. There is much to think about

concerning what you do. You have to find a way to make this go away so you can get on with your life and do other things." (Int.A).

### **Conclusions**

Sympathetic responsibility is the structure of the meaning of the obstetricians lived experience, which means that the obstetricians with the help of their medical knowledge and their desire to support the mothers autonomy, do what is best for the mother and her infant. Implications include that an exchange of ethical thoughts and moral reasoning should lead to a higher degree of mutual understanding between colleagues and between the different professionals. Co-operation is important to achieve the best outcome for the mother and her infant.

### **Publication**

Danerek, M. & Dykes, A-K. (2004). Sympathetic Responsibility in Ethically Difficult Situations – obstetricians' lived experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (accepted in August, 2004).

### **References**

3. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in fetal medicine. *Baillieres Clin Obstet and Gynaecol* 1999; 13 (4): 491-502.
5. Muraskas J, Marshall P, Tomich P, Myers T, Gianopoulos J, Thomasma D. Neonatal Viability in the 1990s: Held Hostage by Technology. *Camb Q Healthc Ethics* 1999; 8: 160-172.
8. Samsioe G, Aberg A. Ethical Issues in Obstetrics. *Int J Ferti* 1996; 41 (3): 284-287.
9. Chervenak FA, McCullough LB. Perinatal ethics: a practical method of analysis of obligations to mother and fetus. *Obstet Gynecol* 1985; 66(3): 442-6.
10. Strong C. Ethical conflicts between mother and fetus in obstetrics. *Clin Perinatol* 1987; 14(2): 313-28.
11. Iseminger KA, Lewis MA. Ethical challenges in treating mother and fetus when cancer complicates pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* (1998); 25 (2): 273-85.
25. Lögstrup K.E. Det etiska kravet. [The ethical demand].(in Swedish.) Göteborg: Daidalos, 1994: 50-55, 60, 145-150.
26. Van Manen M. Researching Lived Experience. *Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ontario: The Athlone press, 1997: 46-51, 66-68, 77-109.

## **Jouybari, L.M., Sanagoo, A., Zamani, R.: Women's perception of birthing pain and their caring needs**

### **Objectives**

To describe the lived experience of childbirth with women giving birth in Iran and their needs during delivery.

### **Methods**

In this qualitative study data were collected through semi-structured interviews with 18, 17-30 years old parturient; who had normal delivery. Participants were selected from an educational center based on purposeful and maximum variation. All recorded interviews were transcribed verbatim and then analyzed using content analysis.

### **Findings**

Three themes were identified: "pain is horrible, need for support, and tolerance". Participants described their pain as continuing endless killing process. Thinking about giving birth to a healthy baby was the most important coping strategy.

### **Conclusions**

Having a caring and compassionate midwife, security and support and encouragement were described very important in this study. It is important for the nurses to recognize, acknowledge, and respect specific practices related to childbearing.

### **Introduction**

Child birth represents a major pain experience that accompanies that normal physiologic process of giving birth. Birth is also profound psychosocial experience<sup>1</sup>. Giving birth is a great change for women and their lives. The origin of the word "birth: is from the old Norse burhr or bher, means to carry, to bear children. Labor associated with human childbirth is a painful experience, irrespective of social and ethnic background. The experience and perception of pain are regarded as subjective and thus remain difficult for observer to measure objectively<sup>2</sup>. It has also been suggested that the intensity of pain is directly dependant on the meaning and significance of the event causing the pain<sup>3</sup>. It is difficult to evaluate satisfaction with birth experience because it's personal and subjective. The capability of the caregivers to give optimal support to a woman undergoing childbirth depends on their knowledge of the essential elements in such an experience<sup>4</sup>. The most common techniques used by pain researchers to measure pain are quantitative. Nature of pain is not simple experience that can be understand by numerical measures<sup>5</sup>. More qualitative studies are needed that describe beliefs, and perceptions to pain behaviors and preferences for pain management. Knowledge about Iranian women's experiences during pregnancy and birth is limited. The purpose of the study was to explore women's experiences of child birthing pain.

### **Methods**

#### **Purpose and design**

The purposeful of this study was to explore the experiences of the group of Iranian women with childbirth pain. A descriptive, exploratory was used to capture these women's experiences.

#### **Setting and sample**

This study was conducted in a central teaching hospital associated with Gorgan University which is located in North of Iran. A purposeful sample of both primiparous and multiparous was recruited. The sample consisted of 18 women who had given birth at the University hospital during the year of 2002. The women's ages ranged between 17 and 30 years. The level of education varied from illiterate to university education. Eight of women were primiparous and the rest of them had second babies or more (up to six).

#### **Data collection**

One to three days after the delivery, the women were interviewed by one interviewer (AS). The interviews took place at the women's bed sides. Semi-structured interviews began with a general question such as, "How are you doing?" After a few ice-breaker questions, three specific questions were typical asked. "Please tell me about your pain experience during birthing" Then the women were encouraged to describe all their feeling and needs. "Can you explain your needs during delivery? How did you feel? What have you found most helpful? What have you found most difficult?" Oral permission to tape record the interviews was obtained from each woman. The interviews were transcribed by the interviewer. Detailed field notes were written within 24 to 48 hours of all interactions.

#### **Data analysis**

All transcripts were read to acquire a sense of familiarity with the data. Content analysis was then performed<sup>6</sup>.

#### **Findings**

Women give birth within their socio-cultural content which affect the psychosocial and physiologic perceptions of pain. The women's experiences of child birth were expressed in three main themes: "Pain is horrible, need for support, and tolerance."

- **Pain is horrible**

The women were frank in their descriptions of pain and the themes clearly emerged from the data. When we asked the women to explain the pain of birthing almost all of them said that the pain of childbirth is horrible, like dying, very intense, beyond tolerance, cramp like, stretching, burning and exhausting. One of them described her pain as, "*It's very intense, it's very difficult. It seems you are going to die. It seems it would never end; you will live with it forever... during the contractions pain is very severe. You feel your bones are going to break; you are stretching, you feel a heavy pressure but between contractions it's a good time. The pain was so awful so that the women couldn't focus on anything unless they prayed to get over it.*"

- **Need for support**

We asked the women what they wanted during birthing. One of the most dominant of their needs was for caring and understanding and the need for a sense of security. In other words, presence of a sympathetic and compassionate midwife "*The best thing is someone to take care of you. You know sometimes they are in a very bad mood ... instead of showing us affection and mercy they are shouting at us ...we need more love and attention in a situation like that. We are suffering ...*". One of the parturients believed that now the caring system is better "*... it wasn't before... women had torment till someone responded to them*"

- **Tolerance**

Bittersweet paradox. Some of women bear birthing pain because of their baby and mothering. The women stated that the baby's wellness helped them to forget the pain and endure more through the tough time. "*The moment that you see your baby you feel all the world is for you, everything is just for you*". Another one also said, "*When you get a well baby you forget all pain but my kid has a cleft lip*". One of the parturients who had four still births was so happy with her current birthing experience. She stated, "*Mothering is so sweet that you don't feel pain you just want see your baby, you know 'No pain, no gain'*".

Compulsive tolerance. Some of the women tolerate the pain because they had to "*You have to bear it ... there is no other way, we had to bear it... you had to... what else can we do?!*"

#### **Discussion**

This study was undertaken with a small group of women delivered in a central teaching hospital in north of Iran. We cannot claim that the women in this study are representative of all women giving birth in Iran. The findings didn't include the women's experiences from private hospitals which have better facilities and more staff. However, there are some lessons which can be learnt from the findings. By analyzing the findings as they relate to maternity care it is hoped to develop a more consistent professional approach in order to meet women's needs. Pain in labor and child birth is expected by women in all societies, but may be interpreted, perceived and responded to differently. In this study pain was expressed as something horrible like torment and dying. Although according to a study on a group of Arab women 13.2% of them had negative feelings including fear, anger, sorrow and regret, guilt, and jealousy<sup>7</sup>. We believe there are several organizational and societal variables that can contribute to providing low quality care that the women receive. We have mentioned a number of them.

- the studied hospital was a teaching one but the birthing service was administrated traditionally. Using pain medications IM or IV was the only pharmacological strategy for minimizing pain. Invasive pain relief procedures like local anesthesia is employed only in Cesarean delivery. There are several alternative pain strategies that we can use to ensure the experience of child birth remains a positive event. Although some of them are applied by a few of the researchers, they are not, however, available in the hospitals; they include as laboring and giving birth in water, listening to natural sound (music), and TENS.

- the environmental constraints such as the room set-up also can intensity women's perception of pain and discomfort during in the delivery. The birthing rooms in the hospital were 3-4 bedded rooms so women share their pain, apprehension and screams to each other. The situation can be extremely fearful particularly for the primiparous women.

- the prenatal care education for the women ( which is offered in the health centers) doesn't not cover breathing exercises and relaxation which are prerequisites for full partnership between women and midwives. Obviously it is not unusual that women enter the delivery room when they are not physically and emotionally prepared. In a study interviewed midwives emphasized on importance of attending in educational classes for the new mothers<sup>8</sup>.

- generally the midwives are bored with the lack of parturients' cooperation and following instructions during the delivery. Fear of birthing pain is so common among our young girls, even educated ones that they prefer cesarean delivery and that's one of the reasons for the high rate of cesarean in Iran.

- our birthing rooms are a closed system. It means that patients' significant others, even their mothers or sisters can't be with women during the delivery. In our other study the midwives stated the work pressure is so high that they are not able to meet the clients' emotional needs.

- It is usual for the women during labor and delivery to be taken care of by the different midwives so they can't develop a trusting bond.

Several studies have revealed the importance of relationship with the midwife as a vital element in feeling support, security and safety<sup>5</sup>. Trust is also described as central element of patient empowerment, self-help and successful relationship<sup>9,10</sup>. The need for the midwife to be nearby, easy to approach and at hand were highlighted by the women feeling lonely. Not having anyone at hand intensified birthing pain. Women wanted someone to hold their hands but they

couldn't find anyone because the staff were busy (or careless). The presence of one of the trustable persons such as mother or sister can help the parturient with more tolerance. Several research studies have confirmed that the women's positive feelings are vital elements for self-help. Giving even a reassuring smile was identified as important in this study too. Also in order to make possible the presence of one of the women's family members in the delivery room we need to rebuild the current settings (however, it's not easy and cheap). Finally, if we are aiming towards customers' satisfaction and providing high quality care we should employ a holistic view of our clients. There is need for several fundamental reforms in our educational system, in-service training, prenatal care and also organizational changes.

#### **Acknowledgments**

Appreciation is expressed for the women who participated in this study. We are so thankful to Mr. Philip Brown for his precious time that he donated for proofing the article.

#### **Reference**

1. Callister LC. Cultural meanings of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995 May; 24(4):327-31.
2. O' Connor L pain assessment by patients and nurses, and nurses' note on it, in early acute myocardial infarction part 1 and part 2. *Institute and critical Nursing* 1995 11, 183-191.
3. Beecher H.K Relationship of significance of wound pain experiences. *Journal of American Medical Association* 1956; 161, 1609-1613.
4. Berg M, Lundgren I, Hermansson E et al. Women's experiences of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery* 1996; 12: 11-15
5. Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 1998 Jun;14(2):105-10
6. Morse, J.M. & Field, P.A. *Qualitative research methods for health professionals*. 2ed. sage publication 1995.
7. Rizk DE, Nasser M, Thomas L, Ezimokhai M. Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *J Perinat Med* 2001;29(4):298-307.
8. Sanagoo A, Jouybari L, Zamani R. Midwives' experiences with women's childbirth pain. Unpublished research 2002.
9. Seibold C, Miller M, Hall J. Midwives and women in partnership: the ideal and the real. *Aust J Adv Nurs*. 1999 Dec-Feb;17(2):21-7.
10. Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*. 1998 Mar;14(1):23-9.

## **Marshall-Lucette, S., Brennan, A.: An Exploration of the Couvade Syndrome: 'The Pregnant Male'**

### **Introduction**

This paper addresses the phenomenon of Couvade Syndrome. The Couvade Syndrome is a global phenomenon affecting biological fathers, who experience a range of pregnancy symptoms that cannot be explained medically, within the first and third trimesters of their partners' pregnancy and cease abruptly upon birth. Although, the syndrome does not appear in the International Classification of Diseases (1) and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (2), early accounts tended to medicalise it as a psychosomatic disorder (3,4,5). A number of theories have attempted to explain its development in biological fathers. Sociological theories propose that it is a reactive process to the marginalisation of fatherhood (6,7) or as part of a psychosocial crisis in the transition to parenthood (8,9), whilst psychoanalytical theories (10,11,12) contend that the syndrome is a consequence of the man's envy of the woman's procreative ability or rivalry with the unborn. The most convincing evidence suggests that Couvade symptoms are displayed more frequently in men with higher level of involvement in the pregnancy and greater degree of preparation for the fatherhood role (13,6).

### **Aim of the Study**

Thus, the aim of this study was to explore pregnancy-related symptoms in men suggestive of the Couvade Syndrome in the UK.

### **Objectives**

The objectives were:

- To identify the extent of physical and psychosocial symptoms across the three trimesters of pregnancy, among biological fathers
- To ascertain the patterns of the symptoms
- To establish the manner in which the pregnancy symptoms were managed and
- To elicit explanations of the identified symptoms

### **Methods**

#### **Research Approach**

Since very little is known about this syndrome in the UK, a qualitative research approach was used, drawing from the traditions of phenomenology and grounded theory.

#### **Sampling**

A purposive sample of 14 biological primiparae and multiparae fathers were recruited from diverse social class and ethnic backgrounds, aged between 26 to 48 years old (Table 1). They were recruited from 2 sources: an antenatal clinic of a large teaching hospital in South London, which serves a large number of Asian & Afro-Caribbean ethnic population, and through an internet website, to attract a wider class of fathers. Six specific entry criteria were established: biological fathers only; baby born within last 3 months from date of study entry; no current treatment for specific physical or mental disorders; no less than 19 years old; willingness to be interviewed and ability to speak, read and write English.

#### **Data Collection**

Data were collected by in-depth, taped recorded, open-ended interviews and a conversational stance was adopted. Given the inherent complexities of the Couvade Syndrome, about which much remains unknown, the interview technique was considered to be the most appropriate. All data collection took place in the participants' own homes.

#### **Ethical Considerations**

Permission was sought from the Local Research Ethics Committee. A study information sheet was provided to participants and thereafter, a written informed consent was obtained from them. Confidentiality and anonymity was maintained through the use of pseudonyms and the secure storage and retrieval of the data.

#### Data Analysis

An inductive analytic approach, which ran concurrently alongside the data collection process was utilized. An analytic framework was designed, informed by the work of Glaser & Strauss (14), Miles & Huberman (15), Boyatzis (16) and Marshall-Lucette (17). The data were processed accordingly.

#### Key Findings

Three themes emerged from the data, namely the "Emotionality of Pregnancy", "Essence of Pregnancy" and "Enigma of Pregnancy". The first theme of "Emotionality" involves the emotional journey that the men in the study experienced from the inception of the knowledge of their partners' pregnancy through its three trimesters, up to the time of birth. This theme emerged from three identified categories: pregnancy-related feelings; pregnancy-related worries and pregnancy-related impact.

- "Pregnancy-related feelings", includes a range of emotionally-laden feelings towards the pregnancy itself. Participants echoed their feelings differently: *"Yeah, ...well...it was a delight and erm...in a way, horror as well". "Wow! It was am-a-a-zing when we first heard...that I was to become a new father. I was really elated". It was a bit of a bombshell, mate...Later on I took it on board, I guess"*.
- "Pregnancy-related worries", reflects the multiple worries related to the pregnant partner and the unborn child and measures taken to protect them. An example of this is when one of the men explained: *"I tried to get Sarah out of the house a bit, but we kept out of smoky pubs because of her condition at that time"*.
- "Pregnancy-related impact", centres on the prospect of becoming a parent for the first time or otherwise, the impact of the newborn and the parenting role. One gentleman indicated the significance of such an impact by commenting: *"I used to try and listen to the baby in her tummy. What I do remember is feeling the kicking... am-a-a-a-zing and it really brought home to me that I was a dad or would be very soon"*.

The second theme, "The Essence of Pregnancy" focuses on these men's sense of reality and meaning of the pregnancy, in terms of the various symptoms they had experienced, mainly in the first and third trimesters. This theme emerged from five key categories.

- Pregnancy-related physical symptoms (gastro-intestinal, respiratory, genito-urinary, oral/dental, musculo-skeletal symptoms): *"Well the stomach pains were like aching, especially in the mornings. There was me and Marcel comforting each other about our tummy pains and you know what she said to me one time. Which one of us is pregnant you or me?"*
- Pregnancy-related psychological symptoms (mood & sleep disturbance, motivational problems, cognitive functioning): *"I was so stressed (during the pregnancy) and my motivation fell"*.
- Patterns of symptom/s consultation, investigations and management: *"When I went off to the doctor, she thought I might have got food poisoning but the funny thing was, the problem didn't go away for a long time". "He did an examination and a blood test and referred me straight away to the hospital for a number of other tests. I had some done on my head,...had a scan of my brain...". "Appetite was very bad...as the herbal doctor said to have hot food to make dampness go away"*.
- Patterns of symptoms cessation (as experienced by the men themselves): *"After the baby came, all my problems (symptoms) went"*.
- Attributions for symptom/s: *"When I think back to that time, it seemed that all these problems coincided with my wife's pregnancy. Some people might say I was in sympathy with her pregnancy in some way". "When I look back, what I think is that... the problems with my health came about because of the forces of the enemy (Satan) attacking us and making me sick"*.

The final emergent theme is the "Enigma of Pregnancy", which was unveiled from two main categories: unexplained individual and collective symptoms. These were unexplained by either those, who were afflicted and/or by those consulted, at the time of the pregnancy. These 'enigmatic, puzzling' symptoms were expressed as:

- *"I had a lot of pain in one of my back tooth. I thought it was the one where I had a filling. So I went to my dentist and she told me that my tooth was OK and did not need any work doing on it. When this happened I begun to think I was imagining it and I was frustrated that no one thought that anything was wrong with me, except myself."*
- *"...but when the results came back, they were all clear and my doctor seemed quite puzzled". "As I've already said, they (the symptoms) must have had something to do with my wife's pregnancy but I don't know WHAT exactly"*.
- *"I have often tried very hard to think why all these happened to me (during my wife's pregnancy)."*

#### Conclusion

These findings strongly suggest the existence of the Couvade Syndrome. Lamentably, contemporary scientific interest in the Couvade Syndrome seems to have diminished since the mid-90s with few contemporary studies being available for the purpose of comparison. The majority of older studies have examined the phenomenon quantitatively, many of which uphold the findings of this study, in terms of the nature and duration of psycho-physiological symptoms as well as consultation patterns for them. However, the men studied clearly articulated both physical and psychological symptoms suggestive of the syndrome. The duration and cessation patterns of these also mirror those of the syndrome across the three trimesters of the pregnancy up to the birth. The inability, of both participants and those whom they consulted,

medical doctors, dentists, herbalist and church ministers to elicit viable explanations for the symptoms experienced indicates that the Couvade Syndrome continues to be medically unrecognised. Thus, the clinical practice implications, of this "state of affairs", suggest that the paternal needs of these men are not being adequately met, within the ethos of a holistic care delivery system. Consequently, the development of an evidence-based, clinical assessment tool to detect and monitor the syndrome is currently being undertaken in an attempt to address this gap in knowledge within the realm of antenatal and primary healthcare provision for fathers.

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados en enfermería materno-infantil**

### **Pina Roche, F., Hernandez Gonzalez, C., Campos Aranda, M.: *Influencia de la educación para la salud en la vida psicosocial de la mujer, durante la etapa del climaterio***

#### **Introducción**

El Climaterio es una etapa de crisis evolutiva, por la que pasan el 90% de las mujeres de los países industrializados, en ellas la incidencia de disfunciones psicológicas y desajustes sociales, es muy elevada. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define el *Climaterio* como el periodo de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo ello como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica. Se inicia alrededor de los 45 años y finaliza hacia los 65, edad que marca el comienzo de la senectud.(1)

Según el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas, en el año 2000, se contabilizaban 700 millones de mujeres mayores de 45 años, cifra que se aproximará a 1200 millones, en el año 2030.(2)

El Padrón Municipal de la Región de Murcia, nos indica que la población de mujeres en edades entre 45 y 60 años en el año 2003 alcanza la cifra de 629.435. lo que representa el 16% de la población global de femenina.(3)

La edad media en la que aparece la menopausia, se ha mantenido, históricamente, bastante estable y se encuentra en torno a los 50 años, en España oscila desde los 47 a los 50 años según diversos investigadores ( 4,5).

El informe de la Comisión Europea, titulado "*La situación social de la Unión Europea (2003)*", nos señala que las mujeres españolas, junto con las francesas, son las que más viven en la UE, con una media de 82,7 años.(6)

El incremento de la esperanza de vida en la mujer, no ha ido paralelo a la calidad de la misma, creciendo progresivamente el número de mujeres con enfermedades y diversos grados de discapacidad, lo que supone socialmente un gran consumo de recursos humanos y materiales, con la gran repercusión económica en sus países.

La OMS, (7) entiende que los factores culturales y socioeconómicos influyen de forma determinante, así la sintomatología en esta etapa de la vida está relacionada con:

- 1- El significado cultural de la menstruación y las consecuencias por tanto de su desaparición.
- 2- El significado social que se le dé a la mujer estéril.
- 3- El estatus social de la mujer al llegar al periodo postmenopaúsico.
- 4- La consideración social del envejecimiento.
- 5- La actitud de la pareja, comprensión de los cambios, comunicación, vivencia de la sexualidad etc.
- 6- Grado de privación económica que tenga la mujer en ese momento, o que le provoque su estado.
- 7- Cambio del papel socio familiar y disponibilidad para abordar nuevos papeles en su vida.
- 8- La existencia de servicios de salud específicos para atender a la mujer en este periodo.

La educación para la salud tiene la finalidad de influir positivamente en la salud, entre las múltiples definiciones existentes, destacamos la siguiente "*Es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo*" (8), lo que la convierte en una actividad intencional, con un análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo; por lo que la educación para la salud tiene la tarea de informar y formar.

El moderno desarrollo de la pedagogía psicológica, hace introducir en los procesos educativos, la actitud de uno mismo, como es la autoestima positiva, que correlaciona favorablemente la salud, ayuda en el proceso de personalización, a fortalecer el yo y la identificación positiva, capacitándonos a las posibilidades de una vida saludable.(9)

#### **Objetivos**

En función de estos conceptos educativos y de salud, el *objetivo general* de nuestro estudio se plantea de la siguiente forma: *la Educación para la salud , puede favorecer la vida psicosocial de la mujer durante la etapa del climaterio.*

Los *objetivos específicos*, son los siguientes:

- Estimar las características sociales de la mujer en la etapa del climaterio.
- Considerar el estrés, la autoestima, el ocio y el tiempo libre.
- Contemplar las relaciones de pareja.
- Valorar la influencia de la información sobre el climaterio.

#### **Material y Método**

Para realizar el estudio se escoge una muestra de 537 mujeres, naturales de Murcia y pedanías, de edades entre 45-60 años, seleccionadas por el procedimiento no probabilístico consecutivo. Estas mujeres son entrevistadas por medio de un cuestionario, basado en otros ya existentes( 10,11,12 ),pero puesto que éstos solo medían calidad de vida y no la información que poseían, se recurrió a la construcción de un cuestionario que posteriormente a su validación, quedó estructurado en 35 ítems, del que se han extraído los datos del presente estudio, tales como el lugar de residencia, nivel de formación, actividad laboral y otras cuestiones que objetivan las dimensiones, como ocio/tiempo libre, autoestima, reconocimiento del estrés, así como las relaciones de pareja e indicando el nivel de información recibida a cerca de estas situaciones, con respuestas de 4 opciones, Siempre, A menudo, Alguna vez y Nunca y en el caso de la información las respuestas corresponden a Mucha, Bastante, Poca o Ninguna.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Se realiza un análisis descriptivo de todas las dimensiones del cuestionario, posteriormente se lleva a cabo un análisis de contingencia con el test  $\chi^2$  de Pearson completado con un análisis de residuos, para ello se utiliza el paquete estadístico BMDP.

### Resultados

En los *Resultados* de nuestro trabajo encontramos: el grupo de edad entre 45-50 años, es el más numeroso, representa el 51,2%, entre 51-55 años el 25,3%, y entre 50-60 años el 15,8%, siendo la media de edad 51,39, (DE 5,45) IC 95%. 50,92 a 51,85.

En relación al lugar de residencia, el 73,3% vive en zona urbana y el 26,7% en zona rural.

Respecto al estado civil, el 8,1% permanecen solteras, el 76,9% casadas, un 6,1% viudas, el 7,5% son separadas o divorciadas y el 1,5% se encuentran en situación de unión de hecho.

El nivel de estudios se sitúa en universitarios medios y/o superiores realizados por el 25,4% de las mujeres, bachiller o similares el 29,3%, estudios primarios lo poseen el 29,9% y sin terminar éstos el 15,3%.

La actividad laboral corresponde a que un 60,8% tiene actividad laboral remunerada, el 35% es exclusivamente ama de casa y un 4,2% pensionista.

La descripción de la situación de los periodos menstruales, se encuentra de la siguiente forma, no han variado en el 23,1%, se han modificado en el 18,8%, le faltan desde hace unos pocos meses sin llegar al año en el 12,8% se diagnostica la menopausia en el 45,3% de las mujeres de nuestro estudio.

En la Figura 1, se expresan los resultados de las frecuencias correspondientes a la dimensión de los aspectos psicosociales y de pareja y en la Figura 2, las frecuencias correspondientes en porcentajes, sobre la información recibida respecto a la importancia de las relaciones sociales, la valoración de una misma y las relaciones de pareja.

Está relacionado significativamente, que la mujer que recibe información acerca de la importancia de las actividades sociales, realiza actividades de ocio, al igual que la que recibe escasa información, apenas lleva a cabo estas actividades ( $\chi^2=26,978$   $p=0,001$ ) como se puede observar en la Tabla I.

También es significativo la relación existente entre la variable información y la comprensión de las personas con las que se relaciona, siendo positivo a medida que ha recibido mucha información y negativo cuando ha sido poca. ( $\chi^2=30,342$   $p=0,0004$ ).

Estadísticamente es positiva la relación existente entre la información recibida sobre la valoración de una misma y encontrarse satisfecha con una misma. ( $\chi^2=61,391$   $p=0,0000$ ) y en el mismo sentido, sentirse valorada por la familia. ( $\chi^2=39,810$   $p=0,0000$ ).

Se observa igualmente una relación significativamente positiva entre la información recibida y la satisfacción en las relaciones de pareja. ( $\chi^2=79,974$   $p=0,0000$ ), como se aprecia en la Tabla II. Ocurriendo otra analogía respecto a la apetencia de las relaciones sexuales y la información sobre estos aspectos. ( $\chi^2=58,450$   $p=0,0000$ ).

También valoramos que la mujer que reside en zona urbana, tiene mayor información de la importancia de las relaciones sociales del climaterio. ( $\chi^2=27,652$   $p=0,0000$ ), ocurriendo igualmente con la información acerca de la valoración de ella misma. ( $\chi^2=25,002$   $p=0,0000$ ).

En relación al nivel educacional, constatamos que es mayormente asimilada la información referida a los temas mencionados anteriormente, en las mujeres que han alcanzado niveles universitarios. ( $\chi^2=67,018$   $p=0,0000$ ). ( $\chi^2=70,601$   $p=0,0000$ ). ( $\chi^2=76,159$   $p=0,0000$ ).

### Discusión

Ante los resultados obtenidos, observamos que en el grupo de mujeres predomina la franja de edad entre 45-50 años, la mayoría vive en zona urbana, son pareja estable y en una gran suma se les ha diagnosticado la menopausia. Casi la mitad supera la formación básica educativa lo que las cualifica para ejercer una actividad laboral remunerada como confirman nuestros datos.

En relación a la esfera psicosocial, encontramos que una tercera parte de las mujeres, escasamente tienen actividades de ocio y en una cuarta parte no se sienten valoradas por la familia, ni hay satisfacción en ellas mismas; esto indudablemente, aflora efectos de inutilidad, creyéndose vacías por dentro y acompañándose de estados de nerviosismo y tristeza, lo que genera un círculo vicioso.

El bienestar psíquico de la mujer puede ser mejorable, y en este sentido su autoestima tiene un papel importante, entendida ésta como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, siendo fundamental en el crecimiento armónico de la salud. Una baja autoestima, tanto como su ausencia, tiende a generar situaciones negativas y se acompaña de una serie de trastornos psicológicos que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social (13).

Respecto a la sexualidad, coincidimos con otros autores (10,12), y pueden ser atribuibles a la importancia que nuestra cultura le otorga a la pareja, aún apreciando que no es vivida en plenitud por una tercera parte de la muestra.

Por lo que a la vista de nuestros resultados podemos afirmar que la información y en este caso la educación para la salud, es una intervención eficaz y rentable que va a conseguir un cambio de actitud beneficioso para la vivencia positiva de esta etapa, así Goberna Tricas(14), defiende que la educación durante ese periodo se convierte en un elemento clave para la promoción de salud.

Esta educación para la salud, la proyectaríamos en dos dimensiones:

\*En la **Práctica Clínica**, y dentro de los programas de Atención al Climaterio, que se imparten en los centros de Atención Primaria, dado la gran utilidad de los programas educativos, que mejoran el estado psíquico de la mujer (15), demostrada la eficacia de las intervenciones educativas que aumentan los conocimientos sobre la menopausia y mejoran hábitos saludables(16) (17)(18).

Los contenidos de estas intervenciones educativas, donde su abordaje no debe ser solamente biológico sino psicosocial, que hagan participar a las mujeres, como protagonistas de los procesos de cambio y desarrollo hacia niveles más altos de calidad de vida, dentro de su entorno socioambiental. Estos contenidos irán dirigidos a:

- Analizar la estructura de la relación familiar y social.
- Fortalecer la autoimagen de la mujer.
- Integrarla en la vida social y comunitaria.
- Reflexionar sobre los aspectos psicosociales de esta época.
- Búsqueda de medidas concretas para prevenir los problemas que puedan

desarrollarse.

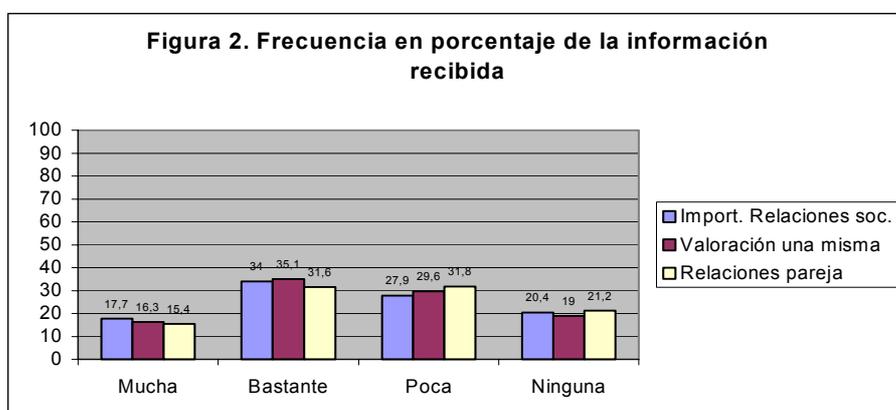
- Revalorizar la imagen de la mujer madura y su sexualidad.
- Fomentar la autonomía personal y espacio social.
- Facilitar el intercambio de experiencias entre todas las componentes del grupo.

\*En la **Educación Reglada**, y dentro de la materia transversal de Educación para la Salud, de la actual enseñanza obligatoria, apostamos por una **Educación en Valores**, desde los ciclos iniciales de la enseñanza.

La etapa del Climaterio, y en especial la menopausia, no es solo un cambio endocrino, caracterizado por el fallo de la función hormonal de los ovarios, es mucho más, es una de las múltiples discriminaciones que amenazan a la mujer todavía hoy. Los hombres no padecen unos signos que permitan catalogarlos como propios del hombre climatérico, pero es evidente que sufren cambios en su carácter, en sus capacidades y sexualidad, pudiendo equipararse a los de la mujer. Pero el varón se halla protegido por una sociedad sexista que atribuye roles culturales a la mujer, viviéndose en nuestra sociedad como una fiel reproducción de las desigualdades existentes con relación a ella.

Este es el motivo por el que tenemos previsto complementar nuestra investigación con un instrumento cualitativo como es, una entrevista semiestructurada, que nos ayudaría a profundizar en los significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por la propia mujer, ya que las respuestas categóricamente cerradas hacen perder muchos matices y podríamos observar esta otra perspectiva diferente y así poder intervenir en función de los resultados.

Como conclusión de nuestro estudio podemos afirmar que este proceso de transición natural entre la época reproductiva de la mujer y la segunda mitad de la vida, se puede transformar debido a la falta de información en una situación traumática y difícil para muchas mujeres, y por otro lado la formación referida a los procesos psicosociales mejorarían su adaptación en esta etapa.



**TABLA I. Información recibida acerca de la importancia de las relaciones sociales y actividades de ocio**

Actividades de ocio			Siempre	A menudo	Alguna vez	Nunca	Total
Información	Mucha	Frecuencia observada.	33	37	22	3	95
		% Información	2,3%	18,3%	15,1%	7,14%	17,75%
		% Ocio	34,7%	38,9%	23,1%	3,1%	100%
		Residuos corregidos	1,8	0,3	-1,0	-1,9	-0,8
	Bastante	Frecuencia observada.	60	73	38	11	182
		% Información	41,2%	36,1%	26,2%	26,2%	34,1%
		% Ocio	32,97%	40,1%	20,8%	6,1%	100%
		Residuos corregidos	2,1	0,8	-2,3	-1,1	-0,5
	Poca	Frecuencia observada.	35	55	46	12	148
		% Información	43,1%	27,2%	31,7%	28,6%	27,7%
		% Ocio	23,64%	37,16%	31,1%	8,1%	100%
		Residuos corregidos	-1,2	-0,2	1,3	0,1	0,1
	Ninguna	Frecuencia observada.	18	37	39	16	110
		% Información	12,3%	18,3%	26,9	38,1%	20,6%
		% Ocio	16,36%	33,63%	35,45%	14,54	100%
		Residuos corregidos	-2,9	-1,0	2,2	2,9	1,3
Total	Frecuencia observada.	146	202	145	42	535	
	% Información	100%	100%	100%	100%	100%	
	% Ocio	27,3%	37,75%	27,1%	7,85%	100%	
	Residuos corregidos	-0,1	-0,1	0,2	0,1	0,0	

	Residuos corregidos					
--	---------------------	--	--	--	--	--

$X^2=26,978$   $p=0,001$

**TABLA II. Información recibida acerca de las relaciones de pareja y su satisfacción**

Satisfacción relaciones de pareja		Siempre	A menudo	Alguna vez	Nunca	Total	
Información	Mucha	Frecuencia observada.	42	21	6	1	70
		% Información	24,3%	16%	6%	4,2%	16,35%
		% Ocio	60%	30%	8,58%	1,43%	100%
		Residuos corregidos	3,6	-0,1	-3,2	-1,7	-1,3
	Bastante	Frecuencia observada.	73	59	17	1	150
		% Información	42,2%	45%	17%	4,2%	35,1%
		% Ocio	48,7%	39,4%	11,4%	0,7%	100%
		Residuos corregidos	2,6	2,9	-4,3	-3,3	-2,2
	Poca	Frecuencia observada.	31	39	45	12	127
		% Información	17,92%	29,8%	45%	50%	29,7%
		% Ocio	24,4%	26%	35,43%	9,45%	100%
		Residuos corregidos	-4,4	0,0	3,8	2,2	1,7
Ninguna	Frecuencia observada.	27	12	32	10	81	
	% Información	15,6%	9,16%	32%	41,67%	18,9%	
	% Ocio	33,4%	14,82%	39,5%	%	100%	
	Residuos corregidos	-1,4	-3,4	3,8	12,34%	1,9	
Total	Frecuencia observada.	173	131	100	24	428	
	% Información	100%	100%	100%	100%	100%	
	% Ocio	40,42%	30,6%	23,36%	5,6%	100%	
	Residuos corregidos	0,4	-0,6	0,1	0,2	0,1	

$X^2=79,974$   $p=0,0000$

#### Bibliografía

1. Navarro Clemente et. al. *El Climaterio*. Barcelona: Masson; 1999.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario demográfico de Naciones Unidas*; 2000.
3. Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal de habitantes de la Región de Murcia. 2003
4. Botella. J.: *La edad crítica. Climaterio y menopausia*. Barcelona: Salvat Editores; 1990.
5. Comino Delgado R. *La menopausia*. Madrid: Jarpyo Editores; 1990.
6. Unión Europea.: *La situación social en la Unión Europea*. Bruselas. Informe de la Comisión Europea. Bruselas 2003; 773.
7. OMS. *Investigaciones sobre la menopausia*. Serie de Informes técnicos; 670. Ginebra: OMS; 1981.
8. Costa, M; López, E.: *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide; 1998.
9. Serrano González, M<sup>a</sup> I. *La educación para la salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
10. Buendía Bermejo, J.; Rodríguez Segarra, R.; Yubero Bascañana, N.; Martínez Vizcín, V. *Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres postmenopáusicas: el cuestionario MENCAV*. Atención Primaria 2001; 27(1):3-11.
11. García Padilla, FM.; López Santos, M.V.; Contreras Martín, A; Toscazo Márquez, T.; Toronjo Gómez, A. M. *Test de conocimientos sobre el climaterio*. Atención Primaria 2000; 26(7):472-475.
12. Palacios, S et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes*. Rev. Medicina Clínica. 2004; 122(6):205-11.
13. García Monje, J. A. *Autoestima y salud*. In Serrano González, M<sup>a</sup> I. *La educación para la salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
14. Goberna Tricas, J. *Promoción de la salud en el climaterio*. Rev. Matronas Profesión 2002; 8: 4-12.
15. García Sánchez, C. et al. *Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopáusicas*. Atención Primaria (Albacete) 1998; 22(4): 215-9.
16. Arratta Linares et al. *Evaluación de una experiencia educativa con mujeres en menopausia desde atención primaria*. Trab Soc y Salud 2000; 35:541-549.
17. Jiménez de Luque, M. P. et al. *Educación sanitaria en la menopausia: Valoración a largo plazo*. Rev. ROL Enferm ( Pamplona) 2000; 23(1): 27-31.
18. Marín Torrens R. M, Pastor Villalba E, Quiles Izquierdo J, Bueno Cañigral F. J. *Programa de atención integral a la mujer climaterica en la comunidad valenciana. Evaluación preliminar*. Rev Matrona Profesión 2000. 2: 26-34.

**Solís, M., Calvo, P., García, F., Iglesias, M. A., Pérez, R., Corona, R., Fernández, A., González, B.: *Percepción de las usuarias de un servicio de mamografía sobre la atención recibida***

**Introducción**

Los programas de cribado poblacional en cáncer de mama permiten mejorar el tratamiento de las pacientes y en consecuencia los índices de supervivencia. En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios la medición de la satisfacción del usuario proporciona información sobre el éxito de los profesionales en cumplir sus expectativas y sobre la gestión del servicio aportado.

**Objetivo**

Conocer la percepción de las usuarias del servicio de mamografía de un centro de especialidades sobre la calidad de los servicios que el centro les ofrece.

**Metodología**

Estudio descriptivo que utiliza metodología cualitativa basada en grupos focales. El método elegido es el definido según el modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. sobre calidad percibida, que establece 9 dimensiones de la calidad de un servicio: accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad y tangibilidad. Se invitó a participar a mujeres que se habían realizado recientemente una mamografía en el Servicio de Radiodiagnóstico del Centro de Especialidades de Argüelles, sin límite de edad, previa firma del consentimiento. Se formaron 3 grupos focales en función de la edad, uno con edad inferior a 55 años, otro con edad entre 55-64 años y otro con mayores de 65 años. Las sesiones se realizaron en el mismo centro, con la participación de una moderadora y un observador, según un guión de entrevista previamente elaborado. Las sesiones duraron en torno a 60 minutos. Se grabaron todas las intervenciones, que se transcribieron, posteriormente, para su análisis.

**Resultados**

En la valoración del Servicio de Radiodiagnóstico, se detectó un grado medio-alto de satisfacción en 8 de las 9 dimensiones estudiadas. La dimensión sobre accesibilidad se valoró con un grado importante de insatisfacción. Lo peor valorado en este estudio por las participantes fue el proceso de revisión ginecológica, cuya experiencia viven con gran descontento y desmotivación porque es un proceso largo, entre 12 y 18 meses, costoso en tiempo y, a veces, en recursos económicos y, sobre todo, despierta en ellas gran incertidumbre por la lentitud en la recepción de los resultados de las pruebas realizadas.

**Conclusiones**

Las usuarias del servicio de mamografía se muestran satisfechas por los servicios y la atención prestada, aunque introducirían algunas mejoras respecto a la intimidad y a la aportación de información sobre el resultado de la mamografía lo más rápidamente posible, que se recogen en las dimensiones de accesibilidad y competencia. Las usuarias manifiestan gran insatisfacción en relación a la extensa duración del proceso de revisión ginecológica.

**Aplicabilidad**

El aumento de la demanda y la necesidad de ofrecer una buena calidad asistencial hace necesario gestionar los recursos existentes de forma adecuada. En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, medir la satisfacción del usuario resulta de capital importancia, por proporcionar información sobre el éxito de los profesionales en cumplir las expectativas de los usuarios y el éxito de la gestión del servicio.

**Guerra Martín, M<sup>a</sup> D., Avilés Ramos, Z., Castro Plata, E., Limones Martín, M. E., Marqués Bernal, A., Fernández Rodríguez, V.: *Alimentación infantil en la primera infancia***

**Objetivos**

Conocer la alimentación durante la edad infantil en los niños de Osuna (Sevilla).

Hacer una comparación con otros estudios similares para establecer deficiencias o errores en la alimentación.

La alimentación correcta a partir del año de edad se basa en el consumo de una dieta equilibrada que asegure los tres objetivos siguientes:

1. Asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos.
2. Evitar carencias nutritivas.
3. Ayudar a prevenir ciertas carencias de la edad adulta (diabetes, hipertensión y obesidad).

El presente estudio se ha realizado en las distintas guarderías ubicadas en la población de Osuna, para conocer los hábitos alimentarios de los niños comprendidos entre edades de 1 a 3 años.

El total de alumnos inscritos aproximadamente en las tres guarderías de Osuna son de 120 alumnos, perteneciendo 60 de éstos a la guardería pública y el resto a las dos privadas.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal. Utilización de un cuestionario utilizado por el equipo investigador sobre la frecuencia de consumo de alimentos.

El cuestionario consta de 7 secciones:

- Datos demográficos.
- Secuencia semanal de consumo de los distintos grupos de alimentos.
- Modo de preparación de los alimentos.
- Número de comidas al día.
- Lugar donde se realizan.
- Incentivos alimentarios.
- Satisfacción alimentaria de la guardería.

## Resultados

### HÁBITOS Y LUGARES DE COMIDA:

¿Desayuna normalmente su hijo?:

- 93.6% (n: 112) contestó afirmativamente
- 3.2% (n: 4) contestó que algunos días
- el 3.2 restantes sólo los fines de semana

¿Dónde realiza normalmente el desayuno?

- 47.6% (n: 57) desayuna en su domicilio
- 47.6% desayunan en guardería
- 4.8% (n: 6) restante lo hace con os abuelos.

¿Dónde almuerza normalmente?

- el 63.5% (n: 76) lo realiza en guarderías
- el 4.8% (n: 6) lo hacía con los abuelos
- el 31.7% (n: 44) lo hacen en su domicilio

¿Dónde realiza normalmente la merienda?

- Las respuestas fueron que el 55.5% (n: 66) lo hacían en su domicilio
- el 22.2% (n: 27) lo realizaban en la guardería
- el 12.7% (n: 16) en el parque
- el 7% (n: 10) con los abuelos
- siendo un 1.6% los que contestaron que lo realizaban en cafeterías

¿Dónde se realiza normalmente la cena?

- los resultados fueron que el 61.9% (74) lo realizan en su domicilio
- el 28.6% (n: 34) lo realizaban con los abuelos
- el 8% (10) lo realizaba en restaurantes.

### FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:

Grupo 1: leche y derivados.

- La frecuencia media de consumo e leche es de 4 veces a la semana.
- El 41.8% (n: 50) de los que consumen leche, lo hacen todos los días.
- Sobre la categoría de yogurt, la media de consumo a la semana es de 4 veces, siendo el 31.6% (n: 38) los que respondieron que lo hacían todos los días y de estos el 30% comían más de 1 al día.
- El porcentaje de niños que consumían queso era de 36.5% (n: 23) y el 39% de éstos lo consumían 1 vez/semana.
- El 30.4% lo hacían dos veces/semana y el mayor porcentaje de consumo es de 52.1% (n: 62) lo consumían 3 veces/semana.

Grupo II: Carne, pescado y carne.

- Las medias obtenidas indican un mayor consumo de carne, 2.5 veces/semana que de pescado 2.1 veces/semana.
- El consumo medio de huevos a la semana es de 1.1.

Grupo III: pan, pasta y bollería.

- La media de consumo de pasta es de 4.4 veces a la semana.
- El 46.5% (n: 57) toma pan a diario, y sólo el 1.2 % (n: 5) contestaron que los niños no solían comer pan.
- Se ha obtenido un consumo medio de pastas de 1.7 veces/semana.
- El 20.64%(n: 13) no suelen pasta habitualmente.
- El 28%(n: 46) de los niños consumen pasta dos veces a la semana y un 2% consume pasta todos los días de la semana.
- La mayor frecuencia de consumo de arroz es de 1.7 veces/semana.
- El 32.2%(n: 39) lo consumen dos veces/semana y otro 32.3% lo consumen 1 vez/semana.

- Apareciendo 6.35% de ellos que no comen habitualmente arroz(n: 4)
- La frecuencia media de consumo de bollería es 1.1 veces/semana, siendo el 46% (n: 55) de los niños consumidores de bollería, frente al 54% (n: 65) que niega darle a sus hijos bollería.
- El menor porcentaje de consumo es de 3.4% (n: 4) se encuentra en los que la consumen todos los días.

Grupo IV: Frutas, verduras y legumbres.

- El 26.6%(n: 32) tiene una frecuencia de consumo de fruta de 3 veces/ semana.
- La media de consumo es de 3-4 veces/semana uniendo la fruta con los zumos de fruta.
- Siendo el 28.6%(n: 34) la cifra que determina los niños que no suelen tomar fruta.
- El grupo de las verduras se consume con una media de 3.1 veces/semanas siendo el 6.4% (n: 8) el porcentaje que determina los niños que no suelen tomar verduras.
- La media de legumbres consumidas por semana es de 2.6 veces/semana. Entre el 25.4%-32.2% consumen de 2-3 veces/semana, coincidiendo con el número de niños 6.4% (n: 8) los que no suelen tomar verduras.

Golosinas y refrescos.

- La media de consumo de golosinas a la semana es de 1.89 veces/semana.
- Siendo 16.6% la proporción máxima, los cuales dan 4 veces/semana.
- De refresco la media es de 0.5 veces/semana siendo sólo el 17.46% (n: 21) de los niños los que consumen refrescos

MODO DE PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS:

Con relación a la preparación de alimentos, la forma más frecuente es:

- cocida 44.4% (n: 53),
- asados o plancha en la misma proporción que fritos/empanados 23.8% (n: 28)
- en ensaladas o crudas 4.8% (n: 6).
- El modo de preparación menos frecuente es al vapor 3.2% (n: 4)

#### Discusión

Generalmente se suelen realizar un número adecuado de comidas, ya que la mayoría de los niños realiza 5 comidas(desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena).

La mayoría de los alumnos realizan el desayuno en el domicilio o guardería, el almuerzo; la merienda en el domicilio; y la cena también en el domicilio.

Nos ha resultado de interés que en el tercer lugar donde se realiza la merienda es en los parques.

Durante el desayuno los alimentos que más suelen consumir son cereales o leche con tostada.

En lo referente al modo de preparación de los alimentos, las comidas cocidas son las más frecuentes, quedando en segundo lugar las frutas y empanados, hábito que no es muy aconsejable.

Si comparamos los resultados de los tipos de alimentos obtenidos en la muestra con el patrón de Vivancos-Palacios se observa un bajo consumo de pescado, huevo, pan, verduras y legumbres respecto a la media semanal; una adecuada ingesta de leche y una disminución en la toma de frutas, siendo ligera, aumentando la carne, el arroz y la pasta.

Aunque Vivancos y Palacios no recoge en su tabla el queso, los potitos, la bollería, los refrescos y las golosinas se ha creído importante sobre todo reflejar las golosinas, refrescos y bollería porque su excesivo consumo es perjudicial para los niños, siendo llamativo que el 15.9% de los padres proporcionan golosinas a sus hijos para calmar el llanto.

Se cree que los malos hábitos alimenticios de estos niños puede deberse a la poca información que reciben los padres para la nutrición adecuada de los niños a esa edad.

Para mejorar la alimentación de los niños se debe aumentar la ingesta de pan, pescado, verduras, legumbres que han sido habituales en la dieta mediterránea.

Se piensa que la actuación enfermera tiene gran importancia en este campo ya que se puede informar a los padres sobre la alimentación adecuada en estos niños.

Gracias a este trabajo se ha comprobado como algunos padres no tienen suficiente información, sobre cual es la alimentación adecuada de sus hijos aunque los niños que acuden a guarderías públicas donde realizan desayuno, almuerzo y merienda sí realizan una dieta más equilibrada.

Sería interesante realizar otros estudios sobre la información que tienen los padres sobre la alimentación infantil.

#### Bibliografía

1. Vizcaya Moreno M. F., Solano Ruiz M. C., Domínguez Santamaría J. M. Hábitos alimenticios en alumnos y trabajadores de la Universidad Miguel Hernández. Rev. Metas octubre 2001;39: 18-24.
2. Serrano R. La nutrición infantil debería orientarse a prevenir enfermedades en la edad adulta. Rev. Diario Médico junio 2002; 1.
3. Todo lo que el mundo tienen que decir. Rev. Guía Médica Familiar. Noviembre 2002; 6: 1-3.
4. Nogales A. El futuro de la alimentación infantil. Rev. Pediatría de Atención Primaria enero/marzo 1999; Vol. 1 .113-122
5. Dura T., Maulron C., Gúrpide N. Hábitos y preferencias alimentarias en la población escolar. Rev. Metas septiembre 2000; 35: 207-212.
6. Poveda M. La obesidad infantil crece un 60% en España en los últimos 20 años. Rev. Diario Médico julio 2002; 6.

**Mendoza, N., Cirella, J. L.; Valdivia, O.; Torres, M.; Dolimar, J.; Alvares, A.; Torrealba, F.; Balza, V.: *Hallazgos obtenidos en citologías cervico vaginales: estudios en 351 mujeres en comunidades rurales del Estado Lara-Venezuela***

**Introducción**

El cáncer cervico-uterino es un problema de salud pública en países en desarrollo. Se estima que cada año se diagnostican 500.000 casos nuevos en el mundo, esta patología es responsable de 190.000 muertes anuales, de las cuales 78% ocurren en estos países, donde es la causa principal de muerte por cáncer en mujeres.<sup>1</sup> Durante los últimos años, la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en los Estados Unidos de América (EUA) y otros países desarrollados han disminuido notablemente. Sin embargo, en los países en desarrollo, esta patología no ha presentado una disminución importante. Son los países de África, Centro América, los del Caribe y los de América del Sur los que informan las tasas de incidencia más altas. En América del Sur en el año 2001 la tasa de incidencia y de mortalidad por cáncer de cuello uterino fue de 30,92x100.000 habitantes y de 11,97x100.000 habitantes respectivamente, y dentro de ella, Venezuela ocupa el sexto lugar con una incidencia de 35,94x 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino de 13,10x100.000<sup>2</sup> siendo el cáncer la segunda causa de muerte en este país.

En Venezuela, el Municipio Andrés Bello, ubicado en la región del Estado Lara cuenta con una población estimada de 44.283 habitantes de los cuales el 64,24% viven en el área rural dispersa. El 45,90% de su población es menor de 15 años con un analfabetismo del 36,64%. En relación a los indicadores de salud para el año 2003, presenta una mortalidad general de 4,2x1000 habitantes (Edo Lara: 4,8); y dentro de ella la mortalidad por cáncer cervico-uterino ocupa una tasa de 2,3x1000 habitantes siendo la quinta causa de muerte en el Estado Lara, en relación a la mortalidad infantil es de 23,08x1000 NVR (Edo Lara: 18,9); la mortalidad neonatal es de 12,4x1000 NVR (Edo Lara: 12,7x1000NVR); y el índice de natalidad de 21,09x1000 habitantes (Edo Lara: 20,8)<sup>3</sup>. Debido al déficit de atención en el área de la salud la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado da inicio a proyectos necesarios en el área de atención primaria de la salud, es así como el departamento de ciencias morfológicas, el de medicina preventiva y social y el programa de enfermería en conjunto con la comunidad y el programa de salud reproductiva del estado Lara comienzan a unir esfuerzos con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

Diversas investigaciones han demostrado que la mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores (displasias) pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad. Estas fases resultan detectables empleando los métodos de ayuda diagnóstica disponibles en la actualidad: citología, colposcopia y biopsia. La citología cervico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos<sup>4</sup>. Sin embargo, es importante destacar que aun cuando se realice con el material y técnica adecuados y su lectura sea la óptima se presentan resultados negativos falsos<sup>5</sup>. (4,5) Debido a ello, algunos autores cuestionan el uso único de esta prueba y sugieren el empleo simultáneo de otro método con el objeto de disminuir las fallas<sup>6</sup>. Por su parte la clasificación de Bethesda creada en 1988 en Maryland es una nomenclatura que surge para incorporar los nuevos conceptos y unificar la terminología<sup>7</sup>. Actualmente ha sido aceptada por numerosas sociedades de citología, ginecología y oncología tanto en Venezuela como en otros países de Latinoamérica, así como en España, Canadá, Francia y Estados Unidos, entre otros.

**Objetivo**

Evaluar el estado de salud de las mujeres en edad fértil a través de la elaboración de citologías vaginales utilizando el sistema Bethesda<sup>4</sup>.

**Método**

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, en el que las muestras fueron colectadas de febrero a diciembre del 2002. La población estudio estuvo constituida por las mujeres con vida sexual activa, pertenecientes a nueve de las comunidades del Municipio en donde se llevan a cabo los proyectos de la universidad, encontrándose dentro de ellas adolescentes de 13 años y 14 años de edad que acudían a la consulta familiar de los distintos Ambulatorios Rurales del Municipio. Se seleccionaron todas las mujeres que ya tenían vida sexual activa incluyendo las menores de 20 años, las que en ningún momento se habían realizado una citología vaginal y las que habían cumplido un año de su última evaluación citológica, y se excluyeron del proyecto a las mujeres que presentaban un diagnóstico citológico por el cual ya estaban siendo tratadas por la patología que presentaban; registrándose un total de 318 citologías vaginales. Finalmente el procesamiento de las muestras y el análisis de los datos se realizaron en el Decanato de Medicina de la Universidad Lisandro Alvarado.

**Resultados**

Al realizar los estudios de las citologías se encontró que dentro de las categorías generales de las citologías vaginales 39,94% se encontraban dentro de los límites normales, 52,20% presentaron cambios celulares benignos, y un 7,86% de las muestras reportaron células epiteliales anormales. Al realizar el diagnóstico descriptivo de acuerdo a la edad de la paciente se observó que el 8,49% de las mujeres menores de 20 años presentaban cambios celulares benignos y un importante 1,26 células epiteliales anormales; el grupo de 20 a 24 años presentó 14,15% cambios celulares benignos y 2,20 células epiteliales anormales; las pacientes con edad entre 25 y 34 presentaron el 19,18% cambios celulares benignos y un 2,52 células epiteliales anormales las que tenían entre 35 y 44 años de edad el 5,97% presento cambios celulares benignos y un 1,57% células epiteliales anormales, en las pacientes con edad entre 45 y 54 años el 3,14% presentó cambios celulares benignos y un 0,31% células epiteliales anormales y en las pacientes con 55 y más años de edad se observó que un 1,26% habían cambios celulares benignos y ninguna presentó células con cambios epiteliales anormales. Dentro de la clasificación de las células epiteliales anormales se encontró que el 8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS); el 88% reportaron lesiones intra-epiteliales de bajo grado (LIE I), y un importante 4% lesión intra-epitelial de alto grado (LIE II). En la clasificación de los cambios celulares benignos de las células, se encontró que el 6,62% presento Candidiasis, 25,30% Gardnerella, 11,44% Trichomonas, en un 50% se observaron lesiones inespecíficas para su clasificación, y un 1,80 presentaba una combinación de algunas de estos tres tipos.

**Conclusión**

Existen estudios y bibliografías que demuestran una relación entre las infecciones patógenas y el desarrollo de cáncer de cuello uterino a partir de lesiones precursoras de carcinomas cervicales que se desarrollan como subtipos de algún tipo de lesión como el Virus Papiloma Humano (VPH)<sup>8,9,10,11</sup>. En este estudio se evidencia que a pesar de que las

pacientes no demostraban ninguna sintomatología de acuerdo a la historia clínica, al realizarse la citología nos podemos dar cuenta del estado de salud de la persona desde el punto de vista citológico, lo que demuestra la importancia de los estudios de prevención de cáncer y no solo en mujeres adultas, sino también en adolescentes sexualmente activas. Por otra parte el estudio permitió brindar atención médica y farmacológica y realizar el seguimiento de las mismas de acuerdo a la patología, de igual forma se establecieron programas educativos en el Municipio para toda la población, y se reforzó la educación sexual en el ámbito de las instituciones educativas. Es importante reflexionar sobre los problemas de salud de los países en vías de desarrollo que son demasiado complejos para ser abordados satisfactoriamente de forma global por lo que se hace necesario una reorientación y atención eficaz y temprana a través de los servicios de atención. Es cierto que representa un esfuerzo llevar a la práctica esta reorientación en el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen las políticas y estrategias de salud en la década actual: equidad, salud y desarrollo, promoción de la salud y descentralización del sector sanitario cuando los recursos con los que se cuenta son mínimos, las vías y medios de comunicación son deficientes, la dispersión geográfica existente hace que aumente el aislamiento de las personas que viven en las zonas rurales, desmejorando sus condiciones de vida, no obstante son situaciones que enriquecen la práctica del personal de salud, ya que existe una mayor posibilidad de intervenir en las comunidades constituyéndose en un reto para el equipo de salud y poder asegurar la igualdad y la equidad de las poblaciones rurales en el acceso a una mejor calidad de vida, por tanto, el énfasis en la atención primaria debe ser un punto clave para que exista una mayor dotación y una mejora de los servicios de salud.

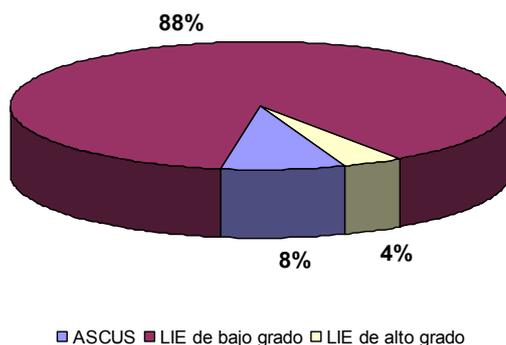
**Tabla1: Diagnóstico de las células epiteliales cervico-vaginales en relación con la edad de la paciente. Municipio Andrés Eloy Blanco. Edo Lara-Venezuela.**

Febrero-Diciembre 2002

Edad (Años)	Dentro de límites normales		Cambios celulares benignos		Células epiteliales anormales		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<20	21	6,60	27	8,49	04	1,26	52	16,35
20-24	29	9,12	45	14,15	07	2,20	81	25,47
25-34	49	15,41	61	19,18	08	2,52	118	37,11
35-44	19	5,97	19	5,97	05	1,57	43	13,52
45-54	08	2,52	10	3,14	01	0,31	19	5,97
55 y más	01	0,31	04	1,26	-	-	05	1,57
Total	127	39,94	166	52,20	25	7,86	318	100,00

**Figura 1: Diagnóstico descriptivo citológico cervico-vaginal en relación a las anomalías de las células epiteliales según el sistema Bethesda. Municipio Andrés Eloy Blanco. Edo Lara-Venezuela.**

Febrero-Diciembre 2002



**Tabla 2: Diagnóstico descriptivo de los cambios celulares benignos por establecimiento de salud Municipio Andrés Eloy Blanco. Edo Lara-Venezuela.**

Febrero-Diciembre 2002

Ambulatorio	Candida		Gardenella		Tricomonas		Inespecífica		Combinación		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caspito	01	0,60	02	1,20	01	0,60	05	3,01	01	0,60	10	6,03
Cerro Blanco	01	0,60	02	1,20	03	1,81	11	6,62	-	-	17	10,24
El Portachuelo	02	1,21	05	3,01	10	6,03	16	9,63	01	0,60	34	20,47
Las Bucaritas	05	3,01	05	3,01	01	0,60	20	12,05	02	1,21	33	19,87

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

La Cruz	01	0,60	11	6,62	01	0,60	04	2,42	-	-	17	10,24
La Escalera	05	3,01	15	9,04	01	0,60	20	12,05	04	2,41	48	28,91
Miracuy	-	-	03	1,81	04	2,41	02	1,21	-	-	05	3,01
San Antonio del Guache	01	0,60	01	0,60	-	-	-	-	-	-	02	1,20
Total	16	9,63	44	26,50	20	12,05	78	46,99	08	4,82	166	100,00

#### Bibliografía

1. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the worldwide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer* 2002;May 27; 97 (1):72-81.
2. Globocan2000. Internacional Agency Research on Cancer.[serial online]2001. Disponible en: URL: <http://www-dep.iarc.fr>
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. 2003 Disponible en: URL: <http://www.msds.gov.ve/>
4. Montanari, G.R. Stefanon, B.: Estudio citológico y biopsia en colposcopia y patología del tracto genital inferior. Editorial Médica Panamericana S.A.; 1992.
5. Gay JD, Donaldson LD, Goellner JR. False-negative results in cervical cytologic studies. *Acta Cytol* 1997; 29: 1043-1046.
6. Milla V, Gamiño. La colposcopia y la biopsia cervical en pacientes con Papanicolaou de rutina. *Ginec. Obst* 1997; 65: 235-238.
7. Solomon D. The 1997 Bethesda System for reporting Cervical/vaginal cytologic diagnoses. *The journal of clinical and cytopathology* 1999. June 33: 5: 567-571
8. Pernoll L Martín. Manual de obstetricia y ginecología. 10 ed. McGraw-Hill. 2002.
9. Remmink A, Walboomers J, Helmerhorst TJM, Voorhorst FJ, Rozendaal I, Risse EKJ et al. The presence of persistent high-risk HPV genotypes in dysplastic cervical lesions is associated with progressive disease: Natural history up to 36 months. *Int J Cancer* 1995; 61:306-311.
10. Noppenhuis M, Walboomers J, Helmerhorst T, Rozendaal L, Remmink J, Risse E et al. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: A prospective study. *Lancet* 1999; 354:20-25.
11. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman M, Hutchinson M, Morales J et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:464-474.

## Mesa Redonda (Bilingüe): Gestión de cuidados/ Care Management

### Robinson, S. and Murrels, T.: *Educating and managing the nursing workforce: implications of a comparison of career and competencies of qualifiers from diploma and degree courses in England*

#### Introduction

The main route to registration as a nurse in England is a three-year university based diploma. Increasingly, however, universities have been offering three-year degrees and there is currently considerable debate about whether the degree route only should be offered so that nursing becomes an all-graduate profession at the point of registration. Arguments advanced in favour of graduate entry include: ease of recruitment on the grounds that degrees are more attractive than diplomas to potential students (1); a diploma level entry profession will attract less able students (2); degree level entry will enhance the status of nursing in relation to that of other occupational groups (2, 3,4); and that skills now required by nurses demand a level of education beyond that of the diploma (4,5). A range of arguments, however, has been advanced against all graduate entry. Nursing would no longer recruit from such a wide range of backgrounds (6); numbers would decrease as the perceived difficulty of studying for a degree may deter potential applicants (7) and degree level entry may deny less well qualified staff, such as health care assistants, the opportunity to attain a registered nurse level qualification (8). Fears have been expressed that degree qualified nurses will not stay since they have an easily transferable qualification (9). Furthermore, it has been argued that graduate nurses will not have sufficient practical skills (10) and that nurses do not need to be educated to degree level to provide quality care (11).

The Department of Health was concerned that there was little research, however, on the retention and competence of qualifiers from degree courses when compared with those of qualifiers from the diploma. Existing research had focused on one or two localities and only covered the immediate post-qualification period (12,13). A larger scale study was regarded as essential at a time when retaining sufficient numbers of nurses and expanding and developing their roles are key components of government's plans to modernise healthcare services and improve patient care (14). Hence the study reported here was commissioned to inform decision-making about the future of nurse education and strategies concerned with recruitment and retention. The study formed part of a programme of research, based at the Nursing Research Unit of King's College, London, which mainly comprises a series of longitudinal studies of the careers of nurses from qualification onwards.

#### Objectives

The objectives of the study were to investigate how graduate and diplomate nurses differed in terms of:

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Diversity contributed to the workforce
2. Career pathways followed
3. Continuing professional development profile
4. Career plans at qualification and thereafter
5. Satisfaction with quality of working life
6. Actual and anticipated retention in nursing
7. Competencies in the early post-qualification period.

#### **Methods**

The ideal research design to address these objectives would have been a longitudinal study of cohorts of diplomates and graduates for up to five years after qualification. The commissioning time frame for the research, however, was two years and so a project was designed to fit within this. A longitudinal study of the careers of a nationally representative multi-stage sample of adult branch diplomates (n=2109) was already in progress at the Unit and from whom data had been obtained by postal questionnaire at qualification (1596 responded), six months (1339) and 18 months (1117). These data were used to provide the diplomate component of the comparison with data subsequently obtained for the three-year point (900). For the graduate component of the comparison, four cross-sectional cohorts, each a census, were selected to match these four time-points. Each cohort was sent a questionnaire, comparable to that sent to diplomates at the matching time-point: respondent numbers were 99 at qualification, 111 at six months, 53 at 18 months and 57 at three years.

Diplomates and graduates at one, two and three years after qualification were asked to assess their own competencies, using an existing instrument – the Nursing Competencies Questionnaire (12) and then their line managers were asked to assess them using the same instrument. Full details of the design of the project and its limitations and strengths are available (15).

#### **Findings**

##### **Diversity of profile of two groups**

Graduates and diplomates had similar sex and ethnic group profiles. About 5% were male and 5% belonged to an ethnic minority group; these findings remained consistent across the four time-points investigated. There were differences between the two groups, however, in that graduates were on average two years younger than diplomates at qualification (25 years vs. 27 years), were less likely to have a partner or children, and were less likely to have pre-course full-time work experience (41% vs 69% p<0.001). A higher proportion of graduates than diplomates entered nursing with two or more A' levels, normally regarded in the UK as the minimum requirement for degree entry (68% vs. 29%, p<0.001).

##### **Career histories**

Career histories of diplomates and graduates during the first three years after qualification were very similar. The majority of both groups remained in nursing: 94%/95% were in a nursing job at six months; 85 % at 18 months; and 82% at three years. At each time-point, nearly all respondents were working for the National Health Service. Nearly all were appointed at a D grade (the lowest grade for a qualified nurse in the UK). Similar proportions had reached an E grade post or higher at 18 months (13% of diplomates vs. 17% of graduates) and at three years (52% vs. 57%). Similar proportions of diplomates and graduates had completed one or more courses by 18 months (20% vs. 25%) and by three years (41% vs. 51%). At both these time-points, similar proportions had been prevented from fulfilling plans to start courses (between 40% and 50%); constraints included lack of funding and places, and staff shortages.

##### **Competencies**

The instrument used to investigate competencies comprised 78 nursing tasks or functions; these were further developed in this study to better represent contemporary nursing. The items combined to represent eight underlying constructs: leadership, professional development, assessment, planning, intervention, cognitive ability, and social participation. Two new constructs, 'research' and 'policy and practice' were developed to assess the concept of 'graduate-ness'. Self assessment by participants revealed that mean scores differed significantly on only two of the constructs, planning and social participation, with diplomates scoring slightly higher than graduates. Ratings of the two groups by their line managers showed no statistically significant differences.

##### **Career Plans**

Reasons rated as very important for starting the course indicated that graduates were more 'career-minded' at this stage than diplomates. Wanting a professional qualification was rated as very important by 73% of graduates compared with only 55% of diplomates (p<0.001). Corresponding figures for three other reasons rated as very important by a third or more of both groups were: wanting to make a positive contribution to peoples' lives (60% vs. 50% p<0.01); wanting an occupation with career prospects (58% vs. 46%, p<0.001); and thought nursing would offer a variety of career pathways (48% vs. 39% p<0.01).

##### **Aspirations for promotion**

Findings showed that graduates had higher aspirations than diplomates in terms of the grade in which they hoped to be working at 18 months and at three years after qualification. As shown in Figure 1, both groups were asked at qualification and six months to specify the grade in which they hoped to be working at 18 months. At qualification, six months and 18 months, both groups were asked to specify the grade in which they hoped to be working at three years. For each time point, Figure 1 shows the percentage of diplomates and graduates who specified an E grade or higher. At each time-point except one, graduates were significantly more likely than diplomates to have specified an E grade or higher when asked to look ahead.

A comparison of these figures with those for grades actually held (see section on career histories) demonstrates a disparity between the two. Since the diplomate cohort is longitudinal, the figures demonstrate that the proportion who had hoped to reach an E grade or higher by a specific time-point is greater than the proportion who had actually done so. The cross-sectional graduate cohorts show that the proportion of each cohort who hoped to reach an E grade or higher by a specific time-point is greater than the proportion of the corresponding cohort who had actually reached that time-point and who held such a grade. Both groups were therefore similar in this respect; however, the disparity between grade hoped for and grade attained was greater for graduates.

##### **Satisfaction with quality of working life**

Satisfaction with quality of working life was investigated through asking diplomates and graduates to rate 34 aspects of the job they were holding at the time of questionnaire completion using a five-point scale for very satisfied to very

dissatisfied. This question produced a large data set, details of which can be found in the project report (15); key findings are reported here.

1. Overall job satisfaction was compared by calculating a mean score based on 34 job satisfaction items and then adjusting this mean score by a number of moderating variables. A comparison of mean scores for graduates and diplomates showed that these did not differ significantly at six months (3.48 vs. 3.44) and 18 months (3.14 vs. 3.25) but that at three years graduates were significantly less satisfied than diplomates (3.23 vs. 3.52  $p < 0.01$ ). Aspects of jobs for which graduates were significantly more likely to be dissatisfied than diplomates at three years included: grade and pay in relation to level of responsibility; all aspects of continuing professional development, and opportunities to reflect on practice and provide good quality care.

#### **Anticipated retention**

Diplomates and graduates were asked about their intentions in relation to working in nursing in the UK in the future. As Figure 2 shows, at qualification and at six months both groups were asked to look ahead to 18 months, three and five years hence and indicate whether they thought they were very likely, quite likely, unlikely, or very unlikely to be nursing in the UK at these time-points. The percentage who thought it likely or very likely are shown; these have been adjusted for background variables (age, partner, children). At qualification, similar proportions of both groups thought it likely that they would be nursing, with the proportion decreasing the further they were asked to look ahead. A slightly higher proportion of graduates than diplomates intended to remain. At six months, however, this position is reversed; the majority of both groups intended remaining in nursing but diplomates were significantly more likely to express this view than graduates. Although not included in this paper, the six months position was repeated at 18 months and three years, with diplomates significantly more likely than graduates to intend remaining in nursing at five and ten years after qualification.

#### **Conclusions**

The main findings to emerge from this comparison of diploma and degree course qualifiers are that: graduates are a less diverse group than diplomates; the two groups differed little in terms of career histories and perceived competencies during the first three years; graduates, however, were more ambitious than diplomates but had lower levels of satisfaction at three years and were less likely to signal an intent to remain in nursing in the future. These findings indicate that the NHS seems unable to fully support the ambitions of all career minded nurses and nurses' expectations about the quality of their working life and that this may have a greater impact on retention of graduates than diplomates. This suggests that there is a better 'fit' between the NHS and diplomates than between the NHS and graduates.

The research indicates that increasing graduate entry further may have several implications for clinical practice. Diplomates and graduates were likely to be equally competent and no advantage, in terms of increasing the competence of the nursing workforce, is likely to accrue from further increasing the proportion of graduate qualifiers. Several advantages, however, may result from increasing graduate entry in that there will be a greater proportion of recruits with higher academic qualifications on entry and with higher career ambitions and expectations. On the other hand, several disadvantages may result. First, the workforce is likely to have lower levels of diversity, whereas government policy is to increase diversity in the nursing workforce (16). A second disadvantage is likely to be a workforce with lower levels of satisfaction and less likelihood of remaining in nursing, thus increasing the potential for difficulties in retaining staff and delivering the improvements in patient care which are central to the government's agenda for the NHS.

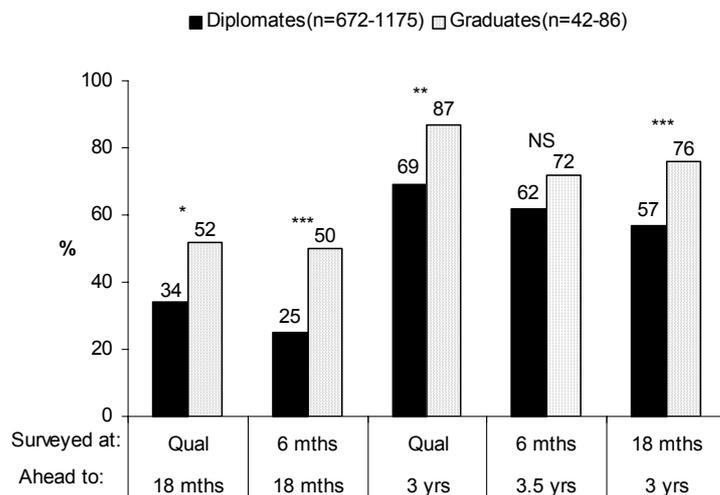
Graduates have much to offer the NHS with their aspirations for career progress and continuing professional development. Moreover, at qualification they were more likely than diplomates to anticipate remaining in nursing. The question arises as to whether human resource management strategies might achieve a better 'fit' between graduate aspirations and opportunities offered by the NHS. One approach is to adjust their aspirations to the realities of working life, as achieved in other organizations (17), but without diminishing enthusiasm for qualifying as a nurse. An alternative approach is to improve those aspects of working life with which dissatisfaction was greatest, although it may be impractical and divisive to target these specifically at graduates. At the time of writing, debate continues in England about moving to all-graduate entry. This research is contributing to this debate and may also be of relevance to other countries in Europe involved in discussions about the most appropriate form of education leading to nurse registration.

#### **Bibliography**

1. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1999) *Fitness for Practice: The UKCC commission for nursing and midwifery education*. UKCC, London
2. Fletcher J (1997) Do nurses really care? Some unwelcome findings from recent research and inquiry. *Journal of Nursing Management* 5: 43-50
3. Mangan P (1993) Graduates only? *Nursing Times* 89 (32): 50-52
4. Royal College of Nursing (1995) *A principled approach to nurse education*. Royal College of Nursing, London
5. Clarke J, Warr J (1995) Improved by degrees. *Nursing Times* 91 (37): 51-53
6. Payne D (1994) A degree of improvement? *Nursing Times* 90 (24): 18
7. Newton G (1998) Workforce costs. *Nursing Times* 94 (2): 62
8. Hakesley-Brown R (1999) Different routes to professional nursing. *Nursing Times* 95 (50): 51-52
9. Akid M (1999) We will go our own way. *Nursing Times* 97 (35): 12-13
10. Watson R, Thompson D (2000) Recent developments in UK nursing: horses for courses or courses for horses? *Journal of Advanced Nursing* 32 (5): 1041-1042
11. Burke L, Harris D (2000) Education purchasers' views of nursing as an all-graduate profession. *Nurse Education Today* 20 (8): 620-628
12. Bartlett H, Westcott E, Hind P, Taylor H (1998) *An evaluation of pre-registration nursing education: a literature review and comparative study of graduate outcomes*. Oxford Centre for Health Care Research and Development, Oxford Brookes University, Oxford
13. Girot E (2000) Graduate nurses: critical thinkers or better decision-makers? *Journal of Advanced Nursing* 31 (2): 288-297
14. Department of Health (2000) *The NHS Plan; a plan for investment, a plan for reform*. Cm 4818-1. The Stationery Office, London

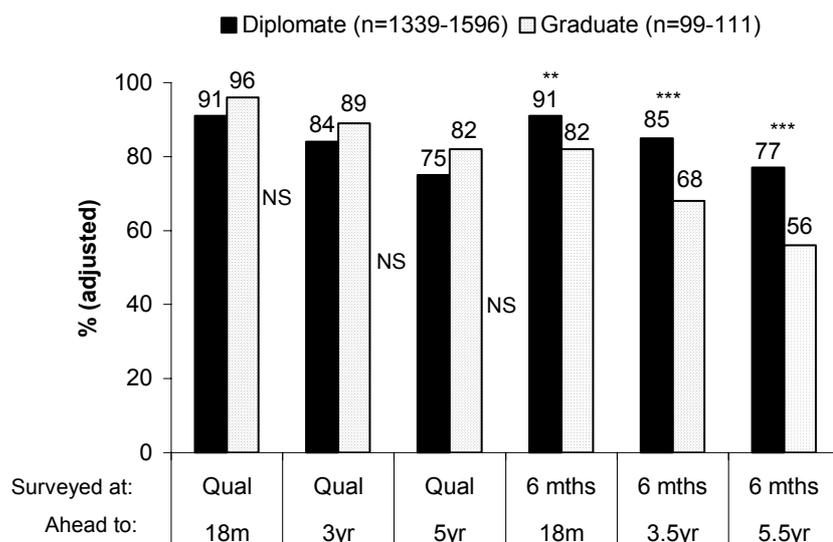
15. Robinson S, Murrells T, Hickey G, Clinton M, Tingle A (2003) A tale of two courses: comparing careers and competencies of nurses prepared via three-year degree and three-year diploma courses. Nursing Research Unit, King's College, London University (<http://www.kcl.ac.uk/nursing/nru>)
16. Department of Health (1999) Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and health care. Department of Health, London
17. Sturgess J, Guest D (2001) Don't leave me this way: a qualitative study of influences on the organizational commitment and turnover intentions of graduates early in their career. British Journal of Guidance and Counselling 29 (4): 447-462

**Figure 1: Grade hoped to be working in (E or higher)**



NS Not significant; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

**Figure 2: Likelihood of working in UK nursing in the future**



NS Not significant; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

**Ruzafa Martínez, M., Madrigal de Torres, M., Gómez García, C., Velandrino Nicolás, A.: Satisfacción y Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en Hospitales Ingleses**

Los datos aportados en esta comunicación proceden del Proyecto de Investigación "Estudio de la Satisfacción Laboral y la Calidad de Vida Laboral del personal de enfermería español que trabaja en Hospitales Ingleses", financiado por el Ministerio de Salud Británico (NHS) año 2003.

**Importancia del tema**

La actual insuficiencia de personal de enfermería para abastecer el Sistema de Salud británico ha provocado el desarrollo de una política específica de contratación e incorporación de estos profesionales a través de diferentes vías. Una de las líneas desarrolladas es el contrato de enfermeras procedentes de otros países. Concretamente, los gobiernos británico y español han establecido un convenio bilateral denominado Spanish Nurses Recruited by the English National Health Service under the "UK/Spain Bilateral Agreement", que permite la contratación de enfermeras españolas dentro de un marco legal. Este convenio presenta, entre otras, las siguientes características: contrato renovable de dos años de duración, posibilidades de promoción laboral, 37.5 horas semanales de trabajo y sistemas de rotación interna en turnos de días y noches. Veintisiete días al año de vacaciones más ocho días por fiestas nacionales. A su llegada a UK se les facilita cuestiones relacionadas con el alojamiento, cuentas bancarias, y se les ayuda a resolver cualquier tipo de problema que surja durante su estancia. En el hospital cada enfermero sigue un programa de introducción a su entorno laboral y se le asigna un tutor que le ayuda a adaptarse a su área clínica.

El desarrollo adecuado de este convenio de contratación depende de diferentes factores, tales como las condiciones y modo en que se cumpla el contrato, el contexto, ambiente y tipo de trabajo a desarrollar, así como las características y expectativas individuales. Todo ello afecta de modo general a la satisfacción y a la calidad de vida laboral del personal contratado en cualquier empresa, en este caso, la interacción puede ser más importante si tenemos en cuenta las dificultades derivadas de la adaptación intercultural a la que son sometidos estos profesionales. Las enfermeras españolas tienen que desenvolverse en un contexto cultural nuevo y todo contacto intercultural va, por lo general, acompañado de ciertos procesos de adaptación psicológica y social. Debe ser, por tanto, un objetivo primordial, controlar y disminuir al máximo el choque profesional y cultural que se produce, dado que de una inadecuada adaptación se derivarán consecuencias negativas individuales (a nivel físico, psicológico y social) y para la organización (bajo rendimiento, absentismo laboral, y abandono del puesto de trabajo).

En definitiva, consideramos que conocer la satisfacción y la calidad de vida laboral de las personas que trabajan en una organización y ver cómo esto afecta a su rendimiento cobra especial relevancia sobre todo en los casos en los que además de una incorporación a un nuevo puesto de trabajo se está produciendo un proceso importante de adaptación cultural. En consecuencia, de la correcta adaptación de los profesionales al mismo dependerá su continuidad en el nuevo trabajo o de lo contrario se producirá un abandono del mismo. Así pues, y teniendo en cuenta el contexto en el que nos encontramos, nos proponemos analizar los factores reconocidos como determinantes del comportamiento organizacional entre los que se encuentran la satisfacción y la calidad de vida laboral.

Los conceptos de satisfacción laboral y calidad de vida laboral están muy próximos conceptualmente pero se refieren a aspectos diferentes. El concepto de Satisfacción Laboral (SL) hace referencia a la valoración general que el trabajador realiza sobre su trabajo como resultado de la valoración del propio trabajo, de sus características y de su entorno organizacional. Los rasgos esenciales del concepto de satisfacción laboral son su carácter individual, y su dependencia de los valores y del comportamiento de la dirección empresarial y de otros proveedores internos. Existen diferentes esquemas sobre las dimensiones de la satisfacción laboral, pero el más completo, en nuestra opinión, sigue siendo el propuesto por Locke (1) que resumió los principales factores que inducen a una mayor o menor satisfacción en el trabajo en los siguientes: trabajo mentalmente estimulante, recompensas equitativas, grado de apoyo de las condiciones de trabajo, y grado de apoyo de los compañeros.

Por otra parte la Calidad de Vida Laboral (CVL) puede definirse como "las condiciones y ambientes de trabajo favorables que protegen y promueven la satisfacción de los empleados mediante recompensas, seguridad laboral y oportunidades de desarrollo personal (2). En definitiva, se trata de reconciliar los aspectos del trabajo que tienen que ver con experiencias humanas y con los objetivos organizacionales. De esto se desprende que el concepto de CVL es multidimensional, pudiendo agruparse las dimensiones que lo componen en dos grandes apartados: los aspectos de la CVL que tienen que ver con el entorno en que se realiza el trabajo y los que tienen que ver con la experiencia subjetiva de los trabajadores.

Entre la bibliografía consultada no hemos hallado estudios con características similares al nuestro. Sin embargo, sí hemos podido consultar otros trabajos tanto españoles como extranjeros, que estudian la influencia de la satisfacción laboral en la productividad, el absentismo y la rotación en el puesto de trabajo (3). El nivel de satisfacción sigue siendo la variable que mejor va a predecir los niveles de absentismo, no tanto en relación a su duración como sobre todo en relación a su frecuencia. Los trabajos publicados en el ámbito de la enfermería hacen referencia a la existencia de hospitales con una cultura hospitalaria que determina positivamente el nivel de satisfacción laboral y que dota a los profesionales de enfermería de la independencia necesaria para actuar dentro de su campo de trabajo. Otros estudios, señalan un mayor grado de satisfacción laboral en el personal de enfermería que trabaja en el nivel primario frente al hospitalario y en la institución privada frente a la pública (4) o bien destacan el nivel de estudios como variable predictora, concluyendo que a mayor nivel de estudios se observa una mayor satisfacción laboral (5). Sin embargo, no es concluyente la validez de dichos resultados, ya que otros trabajos muestran resultados discordantes (6).

En definitiva, se ha observado: primero, que la satisfacción laboral disminuye en el personal de enfermería cuando los derechos laborales y las oportunidades de promoción son reducidas; segundo, que la existencia de conflictos en el equipo de trabajo y la falta de recursos son factores determinantes de la insatisfacción laboral y, tercero, que la satisfacción laboral del personal de enfermería mejora al incrementar la remuneración económica, el reconocimiento profesional, el tiempo laboral para la investigación, la definición de funciones (rol) y el establecimiento de un mejor horario laboral (7).

Como ya hemos señalado conocer la influencia de todos estos factores en un contexto sociocultural diferente al de origen del profesional de enfermería es un aspecto singular que hace que este trabajo tenga un especial interés para los empleadores y los empleados

#### **Objetivo(s)**

Los objetivos del presente trabajo son:

1.- Conocer el nivel de satisfacción y la calidad de vida laboral del personal de enfermería español que trabaja en los hospitales ingleses e identificar los componentes o dimensiones de la satisfacción y calidad de vida laboral conflictivos, con la intención de planificar e implementar mejoras.

2.- Analizar la relación entre satisfacción y calidad de vida laboral, características demográficas y laborales (sexo, edad, nivel de inglés, años de antigüedad en la profesión, tiempo trabajado en hospitales ingleses, unidad o servicio, grado profesional, horario y guardias.).

3.- Identificar las dimensiones de la satisfacción y calidad de vida laboral y/o características sociodemográficas/laborales que pueden predecir la intención de abandonar el ejercicio profesional en los Hospitales ingleses.

#### **Métodos**

Estudio transversal analítico. Los datos se obtuvieron tras la aplicación de dos cuestionarios: el Cuestionario de Satisfacción Laboral (SL) de Font Roja (8) y el Cuestionario Q-Labors de Calidad de Vida Laboral (CVL) (9). El Cuestionario de Satisfacción Laboral (SL) de Font Roja consta de 24 preguntas integradas en 9 dimensiones: Satisfacción por el trabajo, Tensión relacionada con el trabajo, Competencia Profesional, Presión del Trabajo, Promoción Profesional, Relación Interpersonal con sus jefes/as, Relación Interpersonal con los compañeros, Características extrínsecas de estatus, Monotonía Laboral; cada pregunta es valorada mediante una escala de Likert de 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. La puntuación obtenida en cada factor equivale a la suma simple de las puntuaciones de los ítems que lo componen, dividida por el número de ítems. La satisfacción global de cada participante se obtuvo a partir de la suma de las puntuaciones de los 24 ítems del cuestionario dividido por 24, por lo que su recorrido teórico oscilaba entre 1 y 5 puntos. A mayor puntuación, más satisfacción laboral.

El Cuestionario Q-Labors de Calidad de Vida Laboral (CVL) consta de 54 preguntas agrupadas en 10 dimensiones: Medio Físico y Tecnológico, Incentivación y Promoción, Horario y vida personal, Sobrecarga laboral, Realización profesional, Relación con los pacientes, Relaciones interpersonales, Relaciones jerárquicas, Planificación y gestión, Cooperación entre unidades; los ítems se contestan mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde total desacuerdo hasta total acuerdo, y se considera como indicador global de la CVL el sumatorio de todas las respuestas dadas a cada uno de los ítems. Pero hay que tener presente que algunas preguntas (las marcadas con un asterisco en el cuestionario) son preguntas redactadas en sentido negativo por lo que las puntuaciones para las categorías de la escala de Likert deben invertirse en estos ítems (la puntuación 5 se convierte en puntuación 1, la puntuación 4 se convierte en puntuación 2, etc.) dado que las puntuaciones altas en la escala indican una mayor satisfacción. El resultado de la escala permite medir el constructo CVL, proporcionando tanto una puntuación global como una puntuación para cada una de las dimensiones. También recogen variables sociodemográficas y laborales. Estos cuestionarios están debidamente validados, presentando buena viabilidad, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

Se ha optado por una encuesta censal a toda la población de referencia, compuesta por todo el personal de enfermería español que en el momento de iniciar el estudio trabajaba en hospitales ingleses a través del "UK/Spain Bilateral Agreement" (aproximadamente 360 enfermeras/os). La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado entregado en mano o por correo postal (del 10 de abril a 1 de agosto de 2003). La tasa de respuesta fue del 83,23%. En total se obtuvieron 283 cuestionarios que se utilizaron para el análisis. Se realizó un análisis univariante de las características sociodemográficas, laborales y de las dimensiones de los cuestionarios; para el análisis bivariante se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) tras comprobar normalidad y homocedasticidad. Cuando no se pudo asumir que las varianzas poblacionales eran iguales se utilizó el estadístico de Brown-Forsythe. En caso de igualdad de varianzas se seleccionó como método de comparación post-hoc el método de Tukey. En caso de desigualdad de varianzas se utilizó el método de Games-Howell. Cuando no se pudo asumir normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis.

Finalmente se aplicó el análisis multivariante, regresión lineal por pasos con intención de encontrar el modelo explicativo más exacto.

### Resultados

Las características sociodemográficas y laborales de la población de enfermeras/os españolas/es que trabajan en Inglaterra muestran un perfil de un profesional femenino, joven, soltero y con un nivel de inglés medio. La experiencia laboral en España es muy reducida y en Inglaterra se distribuye de forma equitativa entre un mes y dos años. Esto supone que el grado profesional mayoritario sea el grado D, el más bajo para la carrera profesional de una enfermera graduada. El 43% de los profesionales de enfermería españoles entrevistados responden que la intención de abandonar el puesto de trabajo cuando finalice el contrato es "alta" o "muy alta" (tabla 1).

Por otra parte, las dimensiones con una puntuación más baja en el cuestionario de Satisfacción Laboral, en una escala de 1 a 5 (de muy insatisfecho a muy satisfecho), son: Satisfacción laboral: 2,4 (DE: 0,43), Competencia profesional: 2,6 (DE: 0,83), Monotonía laboral: 2,77 (DE:0,75) y Presión del trabajo: 2,77 (DE: 0,91); mientras que las puntuaciones más altas se obtienen en las dimensiones: Relaciones con los compañeros: 3,9 (DE: 0,79) y Relaciones con los superiores: 3,5 (DE: 0,81) (figura 1).

Por otra parte, las dimensiones con una puntuación más baja en el cuestionario de Calidad de Vida Laboral, en una escala de 1 a 5 (de muy insatisfecho a muy satisfecho), son: Realización profesional 3,1 (DE: 0,89) y Sobrecarga laboral 3,1 (DE: 0,55); mientras que las puntuaciones más altas se obtienen en: Relación con los pacientes: 3,8 (DE: 0,49) y Relaciones interpersonales 3,6 (DE: 0,73) y Relaciones jerárquicas 3,4 (DE: 0,77) (figura 2).

La valoración de la Satisfacción Laboral Global es de 2,9 (DE: 0,23) y de la Puntuación total de la Calidad de Vida Laboral es de 3,4 (DE: 0,50) (Figuras 1 y 2).

En el análisis entre las variables sociodemográficas/profesionales y las dimensiones de los cuestionarios se observa un importante número de relaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Observamos puntuaciones más altas de satisfacción en el profesional con "Grado profesional" superior al Grado D en las dimensiones Satisfacción laboral, Presión del trabajo, Incentivación y promoción, Realización profesional, Relaciones interpersonales, Planificación y gestión, y en la Calidad de Vida Laboral Global. También los profesionales con "Tiempo trabajado en Inglaterra" superior a un año obtienen puntuaciones de satisfacción más altas en las dimensiones Medio Físico y Tecnológico, Promoción y Realización profesional, Relaciones interpersonales (con los compañeros y jefes) y Calidad de Vida Laboral Global. Los profesionales de enfermería españoles con "Nivel de inglés" entre Muy bajo y bajo presentan puntuaciones significativamente inferiores de satisfacción frente a los que tienen un nivel de inglés Medio y entre Muy Alto y alto en las dimensiones, Satisfacción laboral, Presión del trabajo, Relaciones con los jefes, Relaciones con los compañeros, Realización profesional, Trato con el paciente, Planificación y Gestión y en la Calidad de Vida Laboral Global. Por otra parte los enfermeros/as que trabajan en el servicio de UCI muestran puntuaciones más altas que aquellos que trabajan en Medicina interna en las dimensiones: Medio físico y tecnológico, Realización profesional, Relaciones jerárquicas y en la puntuación global de la Calidad de Vida laboral.

Quienes presentan una intención "Muy alta" de dejar de trabajar cuando finalice el contrato puntúan su satisfacción por debajo de quienes tienen una intención entre "Media", "Baja" y "Muy baja" en las dimensiones: Promoción profesional, Relaciones con los jefes y con los compañeros, Incentivación y Promoción, Horario y vida personal, Sobrecarga laboral, Realización profesional, Planificación y gestión y en la Puntuación total de CVL. Se construye un modelo de regresión lineal que explica un 23,8% de la variabilidad de la intención de dejar de trabajar en el National Health Service. Las dimensiones que explican dicha variabilidad son Realización profesional, Sobrecarga laboral, Relaciones interpersonales y Turno de mañana fijo.

### Discusión

La valoración de la Satisfacción y la Calidad de Vida Laboral es media, sin embargo hay un alto porcentaje de enfermeras/os con intención de abandonar el puesto de trabajo cuando finalice el contrato. Los resultados muestran que el personal de enfermería español está más satisfecho en aquellas dimensiones que se refieren a las relaciones interpersonales con compañeros y superiores y con el trato con el paciente. La insatisfacción está relacionada con la falta de promoción y realización profesional, el carácter rutinario de su trabajo y con la divergencia entre la demanda de trabajo y la competencia profesional de las enfermeras/os españoles. También se comprueba que el nivel de satisfacción en estas dimensiones está asociado de forma positiva con el nivel profesional superior al grado D, con el nivel de inglés medio alto y con aquellos profesionales que llevan más de un año trabajando.

Por otra parte los resultados sugieren que los niveles bajos de satisfacción en aspectos como incentivación y promoción, realización profesional, relaciones interpersonales con los compañeros/jefes, planificación y gestión así como bajos niveles en la calidad de vida laboral global están relacionados con la intención de abandono del trabajo. Por todo ello, y con la finalidad de aumentar la satisfacción y calidad de vida laboral consiguiendo de este modo disminuir la intención de abandono del puesto de trabajo y con ello de estos profesionales, se debe incidir en aspectos como incentivar la promoción y realización profesional, disponer medidas que fortalezcan aún más las relaciones interpersonales en el trabajo, favorecer el trabajo preferentemente en servicios especializados y tomar medidas de apoyo al idioma, haciendo especial hincapié durante el primer año de trabajo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada (n = 283)

Sexo	n (%)	Estado civil	n (%)
Hombre	69 (24,7)	Soltero/a	262 (93,3)
Mujer	219 (75,3)	Casado/pareja	15 (5,4)
Edad	Media (DE)	Divorciado/separado	1 (0,4)
		Viudo/a	1 (0,4)
			24,4 (3,88)

Servicio/ Unidad	n (%)	Grado Profesional	n (%)
Cirugía	49 (17,6)	D	251(90)
Cardiología	25 (9)	E	22 (7,9)
Medicina Interna	63 (22,6)	F	3 (1,1)
UCI	56 (20,1)	G	2 (0,7)
Urgencias	13 (4,7)	<b>Experiencia profesional en España</b>	
Quirófano	22 (7,9)	<b>n (%)</b>	
Traumatología	21 (7,5)	Ninguna	86 (30,8)
Otras unidades	16 (5,7)	1 a 3 meses	66 (23,7)
<b>Turno laboral</b>		4 a 6 meses	28 (10,0)
<b>n (%)</b>		7 a 12 meses	37 (13,3)
Mañanas	7 (2,5)	13 a 24 meses	28 (10,0)
Mañana y Tarde	67 (24,0)	Más de 25 meses	33 (11,8)
Mañana, Tarde y Noche	138 (49,5)	<b>Experiencia profesional en Inglaterra</b>	
Otros	61 (21,9)	<b>n (%)</b>	
<b>Nivel de inglés</b>		1 a 3 meses	47 (16,8)
<b>n (%)</b>		4 a 6 meses	52 (18,6)
Muy bajo	2 (0,7)	7 a 12 meses	52 (18,6)
Bajo	30 (10,8)	13 a 18 meses	65 (23,3)
Medio	147 (52,7)	19 a 24 meses	39 (14,0)
Alto	83 (29,7)	Más de 25 meses	22 (7,9)
Muy alto	17 (6,1)	<b>Intención de abandono del trabajo</b>	
<b>n (%)</b>		<b>n (%)</b>	
Muy baja	37 (13,3)	Muy baja	
Baja	59 (21,1)	Baja	
Media	60 (21,5)	Media	
Alta	40 (14,1)	Alta	
Muy alta	81 (21,9)	Muy alta	

Tabla 2. Test ANOVA (con post hoc de Tukey y Games-Howell) comparando medias de la intención de abandonar el puesto de trabajo y dimensiones de los cuestionarios Satisfacción Laboral y Q-Labor (sólo se muestran las diferencias con una  $p < 0,05$ )

Dependent Variable		(I) Intention to quit (five levels)	(J) Intention to quit (five levels)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Encouragement and Promotion (1 to 5)	Games-Howell	Very high	High	-,3136	,12697	,107	-,6672	,0400
			Medium	-,3047(*)	,10685	,040	-,6001	-,0093
			Low	-,5785(*)	,10976	,000	-,8821	-,2750
			Very low	-,6339(*)	,11759	,000	-,9611	-,3068
Professional accomplishment (1 to 5)	Games-Howell	Very high	High	-,4875(*)	,15891	,023	-,9292	-,0458
			Medium	-,6220(*)	,14275	,000	-1,0166	-,2274
			Low	-,9844(*)	,13487	,000	-1,3574	-,6115
			Very low	-1,0133(*)	,16578	,000	-1,4754	-,5512
Interpersonal relationships (1 to 5)	Tukey HSD	Very high	High	-,4312(*)	,12779	,008	-,7822	-,0803
			Medium	-,3667(*)	,11270	,011	-,6762	-,0571
			Low	-,5434(*)	,11438	,000	-,8576	-,2293
			Very low	-,7020(*)	,13120	,000	-1,0623	-,3417
Hierarchical relationships (1 to 5)	Tukey HSD	Very high	High	-,1791	,14195	,715	-,5690	,2107
			Medium	-,3979(*)	,12526	,014	-,7419	-,0538
			Low	-,5374(*)	,12712	,000	-,8866	-,1883
			Very low	-,6467(*)	,14572	,000	-1,0469	-,2465
Organizational environment (1 to 5)	Games-Howell	Very high	High	-,2969	,15178	,295	-,7185	,1247
			Medium	-,2865	,14329	,272	-,6826	,1096
			Low	-,5557(*)	,13439	,001	-,9273	-,1841
			Very low	-,6200(*)	,16064	,002	-1,0675	-,1726

General Quality of worklife (1 to 5)	Tukey HSD	Very high	High	-,2939(*)	,08801	,008	-,5356	-,0521
			Medium	-,3078(*)	,07846	,001	-,5233	-,0923
			Low	-,5646(*)	,07886	,000	-,7812	-,3480
			Very low	-,5637(*)	,09118	,000	-,8141	-,3132

\* The mean difference is significant at the .05 level.

Figura 1. Puntuación media de las dimensiones del Cuestionario de Satisfacción Laboral (Font Roja)

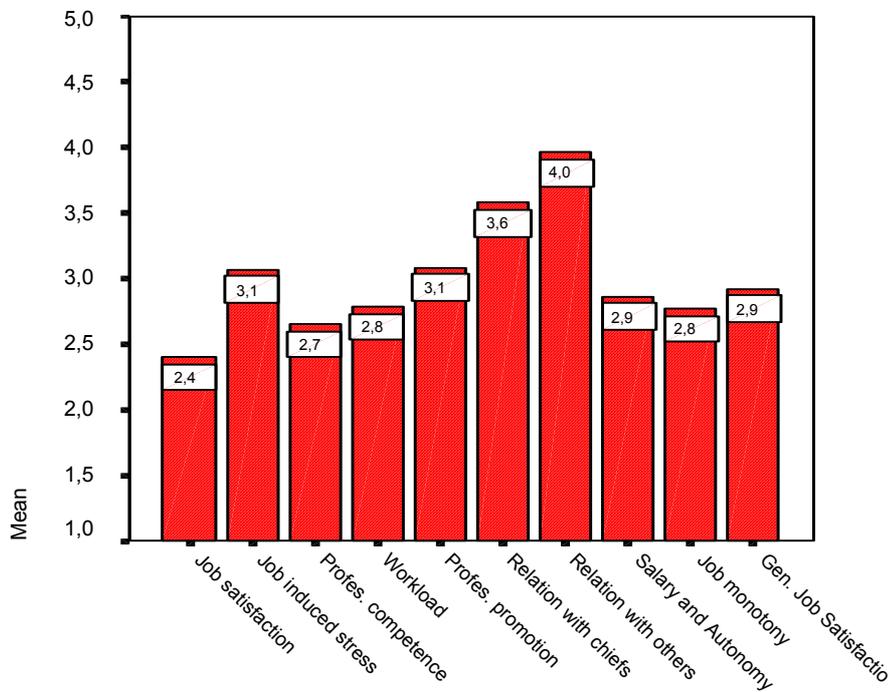
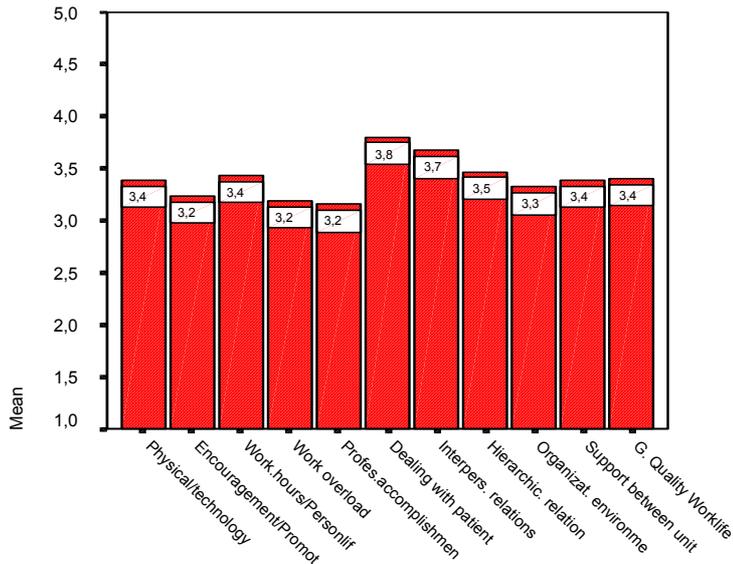


Figura 2. Puntuación de las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida Laboral (Q-Labor).



### Referencias bibliográficas

1. Locke EA: The nature and causes of job satisfaction. En: Dunette MD (ed): Handbook of industrial and Organizational Psychology. Chicago, Rand McNally, 1976, 1319-1328.
2. Lau RSM. Quality of work life and performance. An ad hoc investigation of two elements in the service profit chain model. International Journal of Service Industry Management 2000; 1(1): 61-9.
3. Newman K, Maylor U, Chansarkar B. The nurse satisfaction service quality and nurse retention chain. Journal of Management in Medicine, 2002; 16(4): 271-91.
4. Zurriaga R, Bravo MJ, Peiró JM. La satisfacción laboral en profesionales sanitarios de organizaciones públicas y privadas. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones 1990; 16:67-73.
5. Fernández Alonso JA. Satisfacción laboral en un centro hospitalario: un análisis del cuestionario de Porter. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones 1994; 28:39-61.
6. Moreira Fuego N, Alvarez Bara MC. Satisfacción laboral de un servicio de urgencias. Libro de ponencias y comunicaciones del IX Congreso nacional de enfermería de urgencias. Sevilla; 1997.
7. Zabala Blanco J, Ruano Gómez M. Satisfacción en el trabajo de enfermería. Enf Cien 1992; 119:13-17.
8. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo hospital, 1988, 52: 63-6.
9. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Validación de la escala Q-labors para evaluar la calidad de vida laboral en hospitales. Revista de Administración Sanitaria 2002; 6 (23): 554-66.

### Dickenson-Hazard, N.: *Nurses and Health: A Global Future*

#### The Arista Series

Envisioning the future of the nursing profession is required as an initial action to optimizing nurses' effect in influencing the health of people. Hence, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing commissioned a series of multi-national, multi-disciplinary conferences named the Arista series, to convene the best thinking regarding the nursing profession's preferred future in creating healthy communities. Through the nominal group process, experts from economics, nursing, government, health systems and medicine created a blueprint for action that has the potential to transform health care regionally and around the world.

The "Arista3 Nurses and Health: A Global Future," conferences were held in the following world regions: the Americas and the Caribbean; the Pacific Rim and Southeast Asia; Africa and the Near East; Northern, Western, and Eastern Europe; and Southern Europe and the Mediterranean. The 109 expert participants were asked :

- How can nurses in the region best contribute to the health of their communities?
- What scholarly work is necessary to support the contributions of nurses to the health of communities in the region?

While differences and/or uniqueness exist within each region, it is the commonalities that unite nurses globally in their desire to improve the health of people. While actions taken to realize these common professional goals must and do vary region by region and even country by country, shared priority action areas do exist.

Across all geographic regions, four components of nursing's preferred future were consistently identified

- The need for profession restructuring so that nurses and the nursing profession are considered to be a vital, integral partner in every health care system;
- The importance of focusing on delivering culturally-appropriate, evidence-based, holistic, and humane care; and
- Delivering care to maximize the health of individuals, families and communities; and

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

- Achieving equitable health outcomes across the life span.
- In addition, each conference concluded that nurses could make the strongest contributions in:
- the delivery of evidence-based care
  - policy development
  - professional advocacy
- Also, the experts identified challenges unique to their global regions. The most frequent challenges that emerged as trends were cited as:
- differing cultures and associated values, and beliefs requiring balancing and integrating western medicine and health care principles with more traditional approaches;
  - differing population-related health needs related to changing disease patterns, and shifting health priorities; and
  - research-related challenges.
- Experts further identified strategic action areas and made recommendations for each action area to stimulate movement toward the realization of nursing's preferred future. While action area recommendations were region-specific, and reflected the current realities of each global region, there was a significant degree of alignment among the regions for the strategic action areas designed to bring to fruition nursing's preferred future. The common areas include:
- Provision, delivery, coordination of care
  - Workforce, human, material resources
  - Education models, systems, standards
  - Professional development, advocacy, image, leadership, standards
  - Research, knowledge discovery, mediation, application
  - Policy development, partnerships, collaborations
  - Ethics, patient advocacy, legal
- Finally, key components of the preferred future involve action in profession restructuring, the delivery of holistic, humane, and culturally-appropriate care, the delivery of evidence-based care, policy development and professional advocacy. Creating comprehensive, culturally-sensitive, student-centered educational system models were also identified as a strategic action item in all five Arista3 conferences. Substantial synergy among world regions was also seen in the environments in which nurses practice, the way nurses lead, the knowledge nurses need, the settings in which nurses work, the conditions under which the profession operates, the influence of nurses, and the way nurses learn.
- Knowledge derived from this series of envisioning conferences has the potential of creating healthier communities around the world. Strategic action is required, and unique, region-specific challenges must be incorporated. While recommendations for actions have been identified, it will take the concerted commitment of nurses and their health care stakeholders worldwide to be advocates and change agents by acting on these recommendations. It is only after action is taken, that the preferred future will begin to emerge and the health of communities will begin to improve.
- For further information, got to [www.nursingsociety.com/programs/ARISTA\\_info.html](http://www.nursingsociety.com/programs/ARISTA_info.html)

**Hernández Rivas, A., De Andrés Gimeno, B., Caamaño Vaz, C., Solís Muñoz, M., García López, F.: *Análisis del grado de aplicación del proceso de cuidados enfermero en las unidades de hospitalización de un hospital de atención especializada***

**Introducción**

El proceso enfermero [1] es un método sistemático de brindar cuidados humanistas a las personas que los necesitan, centrado en el logro de los objetivos y resultados esperados, de forma eficiente. *Es sistemático* porque consta de cinco pasos o etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, durante estos pasos se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos y es *humanista* porque durante todo el proceso debemos considerar los intereses, ideales y deseos únicos del usuario de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad). Se basa en principios y reglas que fomentan la eficiencia en los cuidados enfermeros mejorando la capacidad para resolver los problemas, tomar decisiones y optimizar los recursos, a la vez que ayudará a alcanzar los objetivos finales de los cuidados.

Los beneficios que aporta este método de trabajo son múltiples: facilita el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales; desarrolla un plan eficaz, tanto en términos de sufrimiento humano como de coste económico; requiere de documentos precisos diseñados para tal fin que facilitan la comunicación y la evaluación de los cuidados; tiene presente el factor humano porque establece una relación terapéutica entre la enfermera y el paciente/familia; promueve la flexibilidad y el pensamiento crítico; ajusta las intervenciones al paciente (no a la enfermedad) y ayuda a los pacientes y familiares a ser conscientes de sus recursos y a las enfermeras a obtener satisfacción al conocer los resultados de su trabajo [1,2].

Mientras que en nuestro país el Proceso de Cuidados Enfermero sigue siendo un reto, otros países ya trabajan con este proceso, compromiso ya asumido por muchas enfermeras, como lo demuestra su inclusión dentro de las normas generales de competencia o del ejercicio profesional y la fijación de los estándares para la práctica (colegio oficial de enfermeros de Québec, 1996, p.13) [2].

**Objetivo general**

Analizar el grado de aplicación del Proceso de Cuidados Enfermero (PCE) en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

**Objetivos específicos**

Conocer del Proceso de Cuidados:

- la opinión de las enfermeras
- la formación adquirida
- la utilidad práctica en el desempeño del trabajo diario y el grado de utilización de sus diferentes etapas
- las dificultades que se presentan cuando utilizan el PCE

Analizar los posibles factores asociados a la no cumplimentación del PCE

**Métodos**

### **Diseño del estudio**

Se trata de un estudio descriptivo que usa metodología cualitativa basada en grupos de discusión (entrevistas grupales semidirigidas en las que se busca la interacción entre los participantes como método para generar información) [3].

### **Ámbito de estudio y sujetos del estudio**

El ámbito de estudio fueron 17 unidades de enfermería del Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH). Los sujetos de estudio fueron enfermeras y enfermeros que trabajaban en las 17 unidades asistenciales.

Se formaron dos grupos de discusión y el número de participantes por grupo fue de 7 sujetos.

La distribución de los grupos se realizó considerando los cambios que afectan al currículo de estudios, puesto que este es distinto respecto a las horas específicas en Metodología de Enfermería, lo que marcó la diferencia entre estos profesionales.

### **Utilizar el currículo profesional como criterio de segmentación permitió diferenciar dos grupos:**

- **Grupo 1:** formado por Titulados con antelación a 1979, ATS y nivelados [4], que trabajaron como enfermeras más de 5 años de forma continuada en unidades de hospitalización y que pudieron recibir formación a través de cursos de postgrado, de ambos sexos y de turno de mañana y tarde.
- **Grupo 2:** formado por Titulados Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) que en su currículo básico de estudios se incluyó la formación en el proceso de cuidados enfermero y que trabajaron como enfermeras más de 5 a 10 años en unidades de hospitalización, de ambos sexos y de turno de mañana y tarde.

### **Recogida de datos**

Para realizar la reunión se concertó un día de la semana, en horario de tarde. La duración promedio de las sesiones grupales fue de 70 minutos. La reunión se realizó en una sala del hospital que reunía las condiciones de confort y estructura adecuada.

En cada uno de los grupos de discusión hubo un moderador y un observador, que fueron los mismos en los dos casos. Las entrevistas grupales se grabaron en cinta magnetofónica, con la autorización de los participantes y, para su posterior transcripción y análisis.

Para recoger la información de interés generada en los grupos de discusión se utilizó una Guía para la conducción de la reunión [5,6] (Tabla 1).

### **Captación de los participantes [7]**

A partir del perfil definido de cada grupo, se recurrió al archivo de la Dirección de Enfermería, que guarda las fichas de los profesionales que trabajan en el hospital, con la intención de constatar el número de personas que reunían los criterios para la inclusión en uno u otro grupo de discusión y en qué unidades trabajaban. El contacto para invitar a los participantes al grupo se hizo a través de redes de relaciones y contactadores, de forma individual en las unidades de hospitalización.

### **Resultados**

#### **OPINIÓN SOBRE EL PCE**

No se reconoció el Proceso de Cuidados Enfermero en todas sus etapas.

En general tanto el grupo de ATS como el de DUE no consideraron el Proceso de Cuidados Enfermero como una herramienta para la práctica enfermera. Hablaban de las etapas del proceso de cuidados por separado, como si se tratara de compartimentos estancos. Discreparon de la importancia que tiene para su trabajo. Hablaban de este instrumento de trabajo, conocían el acrónimo de PAE, pero no lo utilizaban, ni lo percibían como herramienta propia. Hubo profesionales que reconocieron utilizar el PCE mentalmente pero que no lo registraban posteriormente.

#### **FORMACIÓN ADQUIRIDA SOBRE EL PCE**

Se transmitió un sentimiento, principalmente por parte de DUE, de tener una profesión con una base de contenido científico insuficiente. Se puso de manifiesto que el grupo de ATS habían recibido una formación diferente y que eso podía influir en la utilización en la práctica del PCE. Afirmaron que no habían recibido ni la formación, ni la información suficiente en este tema. También se mencionó la influencia que puede tener el estudiar en diferentes Escuelas de Enfermería. No apareció a lo largo del discurso la necesidad de recibir formación de postgrado en Metodología Enfermera.

#### **UTILIDAD PRÁCTICA DEL PROCESO DE CUIDADOS**

Varias personas opinaron que los planes de cuidados son necesarios para unificar criterios y dar continuidad de cuidados a los pacientes, pero no hubo un acuerdo en la necesidad de utilizar el PCE. No existió unanimidad entre los grupos en cuanto a la utilidad y operatividad del PCE que lo mencionaban con el acrónimo de PAE, incluso entre las enfermeras que llevan pocos años trabajando y han recibido una formación teórica más reciente. Algunos profesionales consideraron que el PCE no es práctico ni operativo en unidades con variedad de enfermos.

En relación con su aplicación, hemos visto en el discurso que las enfermeras, en general, se ocupan y se preocupan más de las actividades de colaboración o interdependientes, derivadas de la prescripción médica (las curas de las úlceras por presión, del cuidados de los catéteres, de la administración de medicación, etc.) que de las suyas propias. También manifiestan que al no tener bien definido su trabajo, la mayoría de las veces realizan el trabajo de otros profesionales, no quedándoles tiempo suficiente para realizar aquellas actividades de cuidados específicas, lo que refuerza una actuación por tareas y no el desarrollo de un Proceso de Cuidados.

#### **DIFICULTADES PARA USAR EL PCE**

En la discusión de los diagnósticos enfermeros, algunos ATS atribuyeron la dificultad para usar el Proceso de Cuidados Enfermero a que el lenguaje de los diagnósticos es americano y los desconocen. Sugerían que estuvieran basados en la realidad española.

Otros profesionales encuentran en el diseño de los registros la fuente de dificultad, los consideran difíciles de entender y poco eficaces.

La falta de tiempo y el volumen de enfermos que lleva cada enfermera es otro tema que surgía reiteradamente en la discusión, existiendo menos dificultad, en las unidades de cuidados especiales. Se pone de manifiesto la dificultad de evaluar los cuidados de enfermería si no se realizan de forma consensuada y continuada.

Se puso de manifiesto que el trabajo en equipo no funciona, no existe coordinación entre los diferentes niveles o categorías profesionales, implícitamente se expresa una falta de reconocimiento por parte de otros colectivos, de la sociedad y de las organizaciones colegiales y políticas.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS

Algunas de las etapas del PCE se cumplimentan, aunque no lo hacen todas las enfermeras. Se incidió en la necesidad de usar los registros como testimonio y documento legal para la defensa ante una posible acusación en relación a la práctica enfermera.

Existió controversia en cuanto a la dificultad de los formatos, refiriéndose a los registros de forma peyorativa como "papeles". Algunos profesionales del grupo de ATS consideró que los registros de planes de cuidados estandarizados son útiles y fáciles de llevar a la práctica, mientras el grupo de DUE consideraron que son complicados de rellenar y les quita mucho tiempo, sin embargo, los dos grupos destacan la utilidad de realizar la valoración de enfermería para determinar los diagnósticos enfermeros como parte importante del Proceso de Cuidados Enfermero.

Se manifestó la falta de evaluación de los registros para conocer el trabajo individual de las personas, convirtiéndose en un elemento desmotivador ya que no se constata su importancia en la práctica.

La falta de tiempo y el volumen de enfermos es otro tema que salió reiteradamente en el discurso.

### Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio no difieren sustancialmente de los encontrados en la bibliografía en relación a este tema. La integración y la implementación de una metodología enfermera, en el contexto de la práctica asistencial, están muy alejadas de la realidad esperada, si tenemos en cuenta que la base de nuestra profesión es trabajar con una metodología científica, aplicando un modelo de enfermería y dando cuidados integrales de calidad, susceptibles de ser evaluados.

En relación con su aplicación, hemos visto en el discurso que las enfermeras en general, se ocupan y se preocupan más de las actividades de colaboración o interdependientes, derivadas de la prescripción médica que de las suyas propias. También manifiestan que al no tener bien definido su trabajo, la mayoría de las veces realizan el trabajo de otros profesionales, no quedándoles tiempo suficiente para realizar aquellas actividades de cuidados específicas, lo que refuerza una actuación por tareas y no el desarrollo de un Proceso de Cuidados.

En nuestros grupos no se hablan de las teorías enfermeras salvo expresiones como "esas teorías nuevas, "la Henderson u otras". Se puede interpretar que tienen un gran desconocimiento del contenido de los modelos en general. Algunos confunden el registro de valoración al ingreso que en nuestro hospital está organizado según los patrones funcionales de salud de M. Gordon, como si fuese un modelo de V. Henderson u otro.

Destacan la necesidad de hacer cursos para la capacitación en habilidades técnicas (por ejemplo, parada cardiorrespiratoria), pero no mencionan la posible necesidad de formación en metodología enfermera y se quejan de que en alguna ocasión, esta formación les ha sido impuesto por parte de la Dirección de Enfermería.

Ante los continuos problemas expuestos que se encuentran las enfermeras día a día y la falta de reconocimiento profesional y social, parece que existe la necesidad constante de autocompadecerse y autoafirmarse, a lo largo de una parte importante del discurso.

Las enfermeras no conceden importancia al registro de las actividades de enfermería. Este estudio no recoge un acuerdo general: unos no los ven útiles, otros se quejan de que nadie los lee. Incluso, algunos profesionales restan fiabilidad a lo registrado si no es comprobado por alguien. En cierta medida sorprende que las enfermeras presenten dificultades para cumplimentar los registros que hay en el hospital y lo vean como impuesto por la Dirección de Enfermería, cuando la mayoría de los registros que se utilizan en la clínica se han elaborado en el seno de una Comisión integrada por enfermeras asistenciales de las distintas unidades de hospitalización. También sorprende que hablen de desinformación en relación al uso y correcta cumplimentación de los registros, si se tiene en cuenta que en su día se organizaron varios talleres sobre registros para que asistieran todos los profesionales y pudieran conocer al detalle los contenidos de los registros, el significado de los mismos y la importancia y normas de una correcta cumplimentación.

La utilidad del registro es controvertida entre los profesionales. Hay profesionales que sí lo consideran útil aunque reflejan tener dificultades en el entorno laboral para llevarlo a cabo, como falta de tiempo, motivación, no trabajar en equipo.

Expresan la necesidad de recibir mayor formación e información al respecto y tener unificación de criterios en el uso de metodología enfermera.

No hay diferencias en el concepto, la aplicación y la utilidad del Proceso de Cuidados Enfermero del grupo que ha recibido formación pregrado en Metodología Enfermera y los del grupo del plan de estudios anterior a la Diplomatura.

### TABLA 1. Guía para la conducción de la reunión de grupo

1. ¿Qué registros se cumplimentan con más frecuencia?
2. ¿Qué registro resulta más útil para llevar a cabo vuestro trabajo?
3. ¿En qué aspecto y por qué os resulta útil conocer la historia del paciente?
4. ¿Para qué os sirve la valoración de enfermería?
5. ¿Qué os aportan los planes de cuidados estructurados o estandarizados?
6. El protocolo médico ¿Qué aporta?
7. ¿Qué opinan los otros profesionales (médicos) de vuestro trabajo?
8. ¿Están preparadas las enfermeras del hospital para trabajar con el PCE?
9. ¿Os parece que con este método de trabajo queda reflejado satisfactoriamente el trabajo enfermero?
10. ¿Qué dificultades hay para su uso?
11. ¿Cuáles son las dificultades para su registro?
12. ¿Qué aspecto positivo percibes en la utilización y el registro del proceso de cuidados?
13. Existe el llamado trabajo invisible que realiza la enfermera ¿con la utilización y cumplimentación del proceso de cuidados podría hacerse visible?
14. ¿Qué opináis en relación a la utilidad del informe de enfermería al alta?

### Bibliografía

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso 4ª edición Springer-Verlag Ibérica Barcelona 1999;3
2. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros
3. Delgado JM, Gutierrez J. Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales, Síntesis Psicología, capítulo 11: grupos de discusión
4. Ortego Maté MC de ATS a Diplomado en enfermería (1953-2002) Rev. Rol Enf 2002; 25(9):576-581
5. Carpenito LJ Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la Práctica clínica. 9ª edición Interamericana. Madrid 2002
6. Tomás Vidal Mª A. Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia. Métodos e instrumentos. 1ª. 1ª edición: Olalla Ediciones, SL. 1996
7. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000; 25 (3):115-121

## Quilchano Gonzalo, B.: *Enfermería ¿Dos culturas enfrentadas?*

### Introducción

El sistema sanitario en España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno, forma parte de las llamadas "burocracias profesionales"(1), que se caracterizan por ser organizaciones no lucrativas financiadas por el Estado, estar ordenadas jerárquicamente y porque la actuación profesional puede estar determinada por agentes externos como asociaciones científicas, colegios profesionales, etc.

Los profesionales de Enfermería forman parte de la organización sanitaria y constituyen un colectivo muy amplio y heterogéneo. Hasta 1977 los ATS adquirían una formación que focalizaba las técnicas, eran profesionales muy hábiles que realizaban su trabajo de un modo eficaz, efectivo y eficiente, no olvidemos que lo tecnológico empapaba en los setenta la mayoría de los campos de la ciencia. Con la Diplomatura en Enfermería (2) se impone una nueva forma de actuación y el Proceso de Atención de Enfermería se extiende con los planes de estudio, que ahora poseerán un carácter menos técnico y más científico (3). El cambio supone la convivencia de dos percepciones de lo que es y debe ser la práctica de la Enfermería, que si bien no están netamente enfrentadas tampoco son consistentes.

### Objetivos

Para aproximarnos a la idea que sobre el autoconcepto profesional y la función administradora asumen los enfermeros, se presenta un estudio cualitativo (4,5) que pretende:

1. Analizar la percepción y participación de enfermería en la gestión y el tipo de relaciones interpersonales que se establecen en los centros sanitarios.
2. Descubrir posibles fuentes de variabilidad que inciden en esas percepciones.

### Personas y Método

El trabajo fue realizado en Burgos durante los meses de octubre y noviembre de 2002.

La técnica utilizada fue el grupo de discusión o grupo focal (6,7). Se optó por formar tres grupos de siete personas, para conseguir los datos con la profundidad suficiente y poder saturar las categorías de análisis (8,9). Mediante muestreo intencional se seleccionó a los participantes para los tres grupos de profesionales: 7 enfermeros de atención primaria (AP), 7 de especializada (AE) y 7 tituladas noveles del Área de Salud de Burgos.

Los criterios de selección para las profesionales de primaria y especializada fueron: experiencia laboral mínima de siete años y que dispusieran de tiempo fuera de su horario laboral. Para las tituladas noveles se decidió que hubiesen terminado su formación teórico-práctica en el curso anterior (2001-2002) y que hubiesen sido alumnas de la EUE de Burgos.

Se concertaron las fechas para cada uno de los grupos, de modo que todos los componentes pudiesen acudir a la reunión. Para lograr que el discurso no estuviese influido por el lugar de celebración se reservó la sala de una cafetería, con una mesa ovalada en el centro y sillas a su alrededor.

Se comenzó agradeciendo la asistencia. Tras la presentación de los componentes se comentaron los objetivos del trabajo. Se les garantizó el anonimato (10) y se colocó la grabadora en el centro de la mesa a la vista de los participantes. Al finalizar la hora estipulada se detuvo la grabación y se notificó al grupo.

En las cintas de grabación se comprobó que constaba la fecha y el grupo de que se trataba. En las transcripciones los asistentes fueron identificados con letras y números. (En este trabajo las citas se identifican por el número de página de la transcripción)

En cuanto al soporte informático se utilizó SPSS v10.0 para el análisis de los escasos datos cuantitativos obtenidos (11).

### Análisis

Durante el desarrollo de los grupos de discusión se hizo palpable que existían diferencias importantes entre los grupos. Hubo enfermeros más preocupados por la toma de decisiones y otros más interesados en la metodología enfermera.

Mediante la codificación y categorización se identificaron pequeñas unidades de análisis y se agruparon en bloques que tuvieran sentido. Se construyeron **cuatro categorías** tomando como base los discursos producidos:

1. Poder (quién cuenta y quién no cuenta)

Las enfermeras perciben que su trabajo está muy impregnado por las relaciones de poder, que se manifiestan en tres frentes: con las Gerencias y con las Direcciones de Enfermería, con los médicos del equipo y con las Supervisoras o Responsables de Enfermería de su equipo.

Es el tema más debatido en el grupo de AP, estas profesionales se quejan de las limitaciones que encuentran para acceder a los puestos de "verdadero poder":

*"A la hora de repartir la productividad... ¡Nos llevamos estupendamente!... pero se llevan la mejor tajada (los médicos)... y si no se la llevan se enfadan..." (pág. 7)*

*"...quién cuenta y quién no cuenta, y que aquí hay personas que no cuentan ¡Esas son las decisiones! Y Enfermería..." (pág. 18)*

En AE se admite el escaso papel de enfermería en la toma de decisiones:

*"Es que el hospital está organizado en función de los médicos" (pág. 50)*

*"Otro concepto que ha cambiado es, es el que antes eran todas las funciones delegadas del médico. Es decir, que a ti no se te ocurriera hacer algo por tu cuenta..." (pág. 47)*

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

*"Y que quién marca las pautas, por mucho que queramos decir aquí es el médico" (pág. 49)*

Muchos critican la actuación de Supervisoras y Responsables pero piensan que ha de ser difícil ejercer esa tarea cuando hay conflictos. Algunos dicen que sólo son una "correa de transmisión de la Dirección". Esto es coherente con la forma en que se accede a esos puestos:

*"Es posible que ella, la Responsable de Enfermería, se entere de todo o es posible que no se entere de nada" (pág. 25)*

Las profesionales noveles han vivido durante su formación la fuerte jerarquización del medio sanitario y se quejan de ello:

*"...aquí no existe dios, que está en el cielo. Aquí todos somos humanos... y todos trabajamos para un fin" (pág. 70)*

También afirman que las enfermeras no asumen tareas organizativas en los equipos.

Se podría pensar que las enfermeras de AP, una vez resuelto su problema de autonomía profesional, dirigen sus aspiraciones hacia un escalón superior, pretenden tener que ver con las decisiones que se toman en su Centro de Salud; esto supone en algunos casos enfrentamientos con otros miembros de la organización. Las enfermeras hospitalarias reconocen que sus condiciones laborales y profesionales son peores, pero aún así, prefieren continuar donde están.

### **¿Cuánta participación?**

Del análisis de los discursos se deduce que los profesionales de enfermería no se consideran integrados en los equipos, no sienten que participan en la toma de decisiones, al menos cuando son importantes:

*"...Pero yo pienso que las decisiones importantes no nos dejan participar. No podemos participar." (pág. 6)*

*"Bueno es que en primaria yo creo que las enfermeras participan más..." (pág. 69)*

Esta situación se repite tanto en relación con las supervisoras como con los médicos. Si en ocasiones puede parecer que las instituciones sanitarias son dirigidas de un modo democrático y participativo, un análisis más profundo puede evidenciar que la dirección está muy alejada de esas formas y en algunos casos sólo es seudoparticipación que, en palabras de BALL, brinda ilusión de control (12). Por ejemplo, resulta llamativo cómo muchas enfermeras en los Centros de Salud aceptan de buen grado que se desarrollen reuniones "sólo para enfermeras", cuando tienen como efecto perverso el que, mientras aparentemente ganan una parcela de poder o de control, en la práctica se les aleja de la información y de los focos de toma de decisiones.

### **Relaciones personales: Dar aceite.**

Los enfermeros dan importancia a los tipos de relaciones que se establecen en los equipos, en muchas ocasiones insisten en aclarar que son buenas, pese a lo que pudiera parecer por la forma en que se ejerce el poder:

*"En mi centro nos llevamos muy bien aparentemente... somos un equipo maravilloso, que nos llevamos muy bien, aparentemente. En el momento que hay una decisión importante, que es lo que se ha planteado ¿eh?, No el día a día y la convivencia... que esa es buena ¿eh? ¡jojo! Queda claro" (pág. 6)*

En los discursos se destaca que las enfermeras con responsabilidades, como supervisoras o responsables, tendrían que ser capaces de mantener unas relaciones personales adecuadas en el grupo que lideran:

*"Y cuando alguien te viene "Jo, es que éste... nosequé... El médico de éste partido me ha dicho nosequé..." Intentas limar por un lado y luego intentas limar por el otro... Y que estás dando aceite por todos lados para que no haya roces muy gordos, claro..." (Pág. 22)*

Las relaciones personales gratas son bien valoradas en los tres grupos y se considera que se asocian positivamente con el trabajo en equipo:

*"¿Y eso no podría ser, lo que digo yo de las reuniones de equipo...? Si tú lo que haces en una reunión de equipo y te organizas y se dice: venga todos, o sea, médicos, enfermeras, vamos a trabajar a la vez..." (pág. 73-74)*

*"... son las reuniones de equipo. Eso une y organiza un montón" (pág. 69)*

Las relaciones personales intervienen en el funcionamiento de cualquier organización porque aúnan lo personal y lo profesional, de manera que pueden determinar los procesos de toma de decisiones, por tanto puede decirse que inciden en el ejercicio del poder.

### **La formación que queremos.**

Se trata de una categoría que incluye conceptos de actualidad en el campo profesional enfermero. Aparecen tratados temas tan amplios como el de la licenciatura, la formación pre-grado o la formación permanente.

Se discute si durante la formación pregrado debiera tener mayor peso específico la enseñanza de la metodología o de las técnicas:

*"Si se busca una enfermera que realiza las técnicas a la perfección o si queremos que la enfermera sea tal... que ejerza su profesión... O sea, que valore y que aplique cuidados que haya planificado" (pág. 30)*

*"porque para mí que la enfermería implica mucho más de cómo pinches" (pág. 69)*

Es frecuente contraponer teoría y práctica, en especial las enfermeras muy "técnicas" anteponen la importancia de la realización de prácticas, a la adquisición de conocimiento y el dominio del método:

*"tienen menos prácticas, menos horas de prácticas, vamos de horas prácticas que de teóricas" (pág. 37)*

*"pero como verdaderamente... esto... adquieres conocimiento es con la práctica, usándolo y sobre la marcha" (pág. 32)*

Llama la atención las contradicciones que se evidencian en los discursos. Se dice que a los profesionales recién titulados la falta de trabajo les puede llevar a no estar actualizados, y en otras ocasiones se les atribuye mayores conocimientos y apertura, mayor interés por el estudio, precisamente porque no trabajan:

*"o sea lo que nosotros tenemos de experiencia, luego nos falta de teoría y a ellos lo que les pasa es que tienen mucha teoría pero como resulta que les falta práctica..." (pág. 39)*

En el grupo de noveles se comenta la poca disposición que muchas enfermeras muestran para formar a los alumnos en prácticas, les han llegado a decir que:

*"no cobran por docencia" (pág. 63)*

### **Conclusiones**

Siendo el ámbito sanitario una organización fuertemente jerarquizada, como se refleja en los organigramas y en la práctica clínica diaria, no sorprenden los hallazgos relativos a las dificultades estructurales y funcionales identificadas por los profesionales enfermeros para desarrollar plenamente la función administradora, en especial los aspectos relacionados con la toma de decisiones.

A partir de los datos analizados las diferencias respecto al autoconcepto profesional, y en especial el relativo a la administración, no se explican sólo por la formación académica inicial, sino que intereses, motivaciones y metas, inciden en la forma de concretar el quehacer diario.

Las principales diferencias entre la enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada son de carácter organizativo, pues cada una se desarrolló en un momento históricamente distinto y fueron influidas por los ideales y las políticas imperantes. Este trabajo ha evidenciado que el nivel asistencial es una importante fuente de variabilidad en enfermería respecto al deseo y posibilidades de participar en la gestión. Las discrepancias denotan dos culturas, dos concepciones diferentes de ver y ejercer la profesión, que conviven en el ambiente sanitario aunque no comparten escenario.

Además de considerar la organización sanitaria como fuente de las diferencias en el desarrollo de la función administradora y en el autoconcepto enfermero se debiera tener en cuenta que los antecedentes de la enfermería de primaria y de especializada no han ido parejos, sus antecesores han tenido distinta formación y consideración, lo que condiciona su quehacer y la valoración social actual. Al revisar los manuales de historia de la enfermería de nuestro país se observan diferencias en el origen de la enfermería hospitalaria y la de primaria. En los textos (13,14) se describe la formación de enfermeras y enfermeros y se constata que a mediados del siglo XIX quienes realizaban su trabajo en centros hospitalarios relacionados con la Iglesia, estaban tan marginados como la institución en la que trabajaban y los enfermos a quienes atendían, mientras tanto ya ejercían fuera de los hospitales dos profesionales que han mantenido su tradición y relevancia social: los practicantes y las matronas, quienes obtuvieron el beneplácito del Estado y de los médicos.

Uno de los modos de que la profesión supere esta dualidad será defendiendo el cumplimiento de la normativa europea respecto a las titulaciones universitarias. Con el desarrollo académico se logrará el profesional y, en consecuencia, el total desempeño de la función administradora así como la docente e investigadora. A mayor nivel formativo los profesionales enfermeros integran en su práctica más tareas y son capaces de resolver de forma autónoma un mayor número de situaciones. En este sentido, MARTA DURÁN (15) ha correlacionado de forma magistral la progresión del saber enfermero, estableciendo un ejemplificante paralelismo entre la historia del desarrollo científico y la historia de la ciencia de Enfermería.

En las organizaciones las relaciones interpersonales son el resultado de la confluencia de las redes de relaciones formales e informales. Las enfermeras con responsabilidades tienen que aprovechar al máximo su capacidad de persuasión, en especial cuando deben resolver conflictos. Mejoraría su posición el desarrollo de habilidades relacionales, que por otro lado debieran formar parte del currículo de la formación básica de enfermería. También podría ayudarles analizar la situación desde una perspectiva micropolítica, siendo capaces de ver la organización como un campo de lucha entre grupos de interés, donde los conflictos son naturales y sirven para promover el cambio institucional.

#### **Bibliografía**

1. MINTZBERG H. (2001) *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos aires: El Ateneo.
2. RD 2128/77 de 23 de julio. Transforma las escuelas de Asistente Técnico Sanitario en Escuelas Universitarias de Enfermería. (BOE de 22 de agosto)
3. Orden 31 de octubre de 1977 (Ministerio de Educación y Ciencia) Directrices para la elaboración de planes de estudios en las Escuelas Universitarias de Enfermería. (BOE de 26 de noviembre de 1977)
4. CUESTA BENJUMEA C. *Características de la investigación y su relación con la enfermería*. Invest Educ Enferm, 1997. XV (2): 13-24.
5. TAYLOR SJ, BOGDAN R. (1998) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.
6. PARDINAS F. (1985). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. 28ª ed. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
7. VALLÉS MS. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis sociológica.
8. DELGADO JM, GUTIERREZ J.(1994) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
9. FORTÍN MF. (1999) *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. México DF: McGraw-Hill. Interamericana.
10. SANDÍN ESTEBAN MP (2003) *Investigación cualitativa en educación*. Madrid: McGraw Hill.
11. LARA ORTEGA F. (1995) *Análisis informático de datos en la investigación cualitativa*. En: AGUIRRE BAZTÁN A. (ed) *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo.
12. BALL SJ. (1989) *La micropolítica de la escuela. Hacia una teoría de la organización escolar*. Barcelona: Paidós/MEC.
13. HERNANDEZ CONESA J. (1995) *Historia de la Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
14. FERNANDEZ FERRIN C, GARRIDO ABEJAR M, SANTO TOMÁS PÉREZ M, SERRANO PARRA MD. (2000) *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson.
15. DURAN ESCRIBANO M. *El segundo ciclo en Enfermería. Un proyecto de continuidad histórica*. Revista Rol de Enfermería 2000; 23 (5): 371-379.

## **Mesa Redonda (Español): Gestión de Cuidados A**

### **Pérez Ruiz, I. M.: Condiciones de Salud de las Personas Dependientes**

#### **Introducción**

La dependencia desde el modelo de V. Henderson (1) se entiende como la incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. En similar línea, el Consejo de Europa en 1998, considera la dependencia como aquella situación de necesidad de asistencia y, por ende de cuidados, en que se encuentran las personas para realizar las actividades de la vida diaria, sea causada esta situación por aspectos físicos o psíquicos (2)

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Por otro lado, la limitación y el grado de pérdida de autonomía para realizar las actividades funcionales de la vida diaria, también llamadas actividades de la vida diaria (AVDs), es decir, las conductas que la persona hace cotidianamente para vivir de forma autónomamente en su contexto social, nos indicará el nivel de dependencia de la persona para realizar dichas actividades (3). La OMS en 1959 expuso que, el nivel de funcionamiento de las personas de más edad, es la mejor medida de su salud, habiéndose diseñado para ello distintas escalas que nos proporcionan índices de valoración funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) (4). Las AVDs se dividen en, actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) orientadas al cuidado personal (comer, aseo, etc.) y, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs) necesarias para adaptarse al medio (comprar, preparar comida, etc.) siendo ésta la clasificación que usaremos en el presente trabajo. Las escalas elegidas para este trabajo son: para medir las ABVDs el índice de Barthel (1965) o Barthel ADL index, que en su inicio se llamaba índice de discapacidad de Maryland (1955); para medir las AIVDs la escala de Lawton y Brody (1969) también llamada Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living (PGC-IADL) (5).

Entre los datos de las investigaciones, encontramos que en Europa, las personas mayores de 64 años son las más prevalentes para la discapacidad, y el 38% de estas personas padece algún tipo de incapacidad funcional y, según datos del IMSERSO, el 26% de las personas mayores tienen limitadas sus capacidades, pues restringen su vida al barrio donde residen, el 20% a las cercanías de la casa y el 11% no sale de su casa. (6). También, entre el 5% y el 10% de personas mayores de 65 años tienen limitaciones para los autocuidados y la movilidad (7). En España, concretamente, de las 775.000 personas mayores de 65 años que en 1998 vivían solas (el 11,92% de los 6,5 millones total de personas mayores), el 21,94% reconocían tener incapacidades de distintos grados (6). Centrándonos en Andalucía, el 62,7% de personas mayores de 65 años y el 81,6% mayores de 80 años tiene algún tipo de discapacidad (8).

Un estudio en Estados Unidos, mostró que la pérdida de relaciones sociales está asociada con un bajo nivel de instrucción, la incapacidad funcional y la sintomatología depresiva, lo cual conlleva a su vez a un deterioro de la salud. Sin embargo, una buena red de apoyo social en personas mayores, disminuye la mortalidad en general, protege o al menos disminuye el riesgo y prevalencia de depresión, amortigua el estrés generado por la enfermedad, aumenta la adaptación a la incapacidad funcional y rehabilitación de patologías musculoesqueléticas y cerebrovasculares y, usan menos los servicios sanitarios. De aquí, la necesidad de estudios que profundicen en las causas y consecuencias de la red de apoyo social y, también, la pertinencia de incluir el apoyo social en los programas preventivos o de intervención social y sanitaria, dentro del colectivo de personas mayores (9). En este sentido, en España, a finales de la última década del siglo XX, del 1.900.000 personas mayores identificadas como dependientes, 1.700.000 recibían algún tipo de apoyo o ayuda (10) es decir, un 89,5% del total de personas dependientes eran ayudadas en sus actividades de la vida diaria. Distintos estudios consultados, habiendo sido realizados a finales del siglo XX en nuestro país, respecto a la dependencia de las personas mayores, se ha encontrado que, entre el 20% y el 35% de personas mayores de 65 años necesitan ayuda, para realizar alguna actividad cotidiana, de forma espontánea o continuada. Además, entre el 20% y el 57% de personas mayores tenían alguna limitación para la realización de las AVDs. Y si se considera conjuntamente, la dependencia para las AIVDs y para las ABVDs, encontramos, alrededor del 20% de personas con dependencia severa, un 30% con dependencia moderada y otro 30% con dependencia leve. Considerando individualmente la dependencia para las AIVDs y para las ABVDs, el porcentaje de personas dependientes, es doble para las primeras que para las segundas. Un 4% de personas mayores de 60 años eran incapaces de realizar una actividad de las ABVDs y un 16% de realizar una de las AIVDs. Así, realizar las cosas de casa y, utilizar los medios de comunicación, son las actividades dentro de las AIVDs, donde más necesitan ayuda. Además, se encuentra asociación entre incapacidad en las AIVDs y un bajo nivel de estudios, y también, entre incapacidad en las ABVDs y la existencia de enfermedad crónica. Encontrando también relación, entre una peor situación funcional con una mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales y, con una mayor percepción de necesidad de la prestación de tales servicios. Estos datos implican que la tasa de dependencia para España en 1993, estaba entre el 21% y 25%, es decir, alrededor de dos millones de personas mayores de 64 años, cifra que se estima, aumentará al 33,4% para el 2025 (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21).

#### **Objetivos**

Describir las condiciones de salud en las que se encuentran el mayor porcentaje de la muestra de personas dependientes de una zona básica de salud de Almería ciudad, para conocer, por un lado, el nivel de dependencia funcional y cognitiva, diagnósticos médicos y tiempo en esta situación y, por otro lado, las actividades de descanso y ocio que realiza.

#### **Métodos**

La muestra de personas dependientes (PD), obtenida mediante muestreo no probabilístico accidental o consecutivo aplicado por las encuestadoras, se extrajo del censo de "Pacientes en alta en los programas por UAF" (Unidad de Apoyo Familiar) de La Cañada de San Urbano y, del censo de "Crónicos domiciliarios por UAF" de El Alquíán. Ambas poblaciones pertenecientes a la Zona Básica de Salud (ZBS) de La Cañada de San Urbano, situada dentro del término municipal, a unos 5 kms., al este de la ciudad de Almería. Ambos censos estaban actualizados a fecha de 31 de octubre de 2001. De las 132 PD censadas, se visitaron 82 (62,12%) y se encuestaron a 54 (65,85%). Se ha realizado un estudio transversal correlacional con los datos recogidos, entre los meses de junio y agosto de 2002, por siete encuestadoras que en el domicilio de las PD les entrevistaron utilizando un cuestionario elaborado con preguntas abiertas y escalas o inventarios estandarizados. Concretamente, las variables que midieron las condiciones de salud fueron, el nivel de Dependencia funcional o física para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Barthel y las instrumentales (AIVD) con la escala de Lawton y Brody, la Dependencia cognitiva o intelectual con el SPMSQ, los diagnósticos médicos y tiempo de estos y, las actividades de descanso y ocio que realizan.

#### **Resultados**

En un porcentaje similar de hombres y de mujeres, alrededor del 40% presentan función cognitiva o intelectual intacta; sobre el 50% manifiestan dependencia total para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), es decir, las de mantenimiento del medio o preparación de tareas domésticas; alrededor del 25% tienen como diagnóstico principal patología en el sistema neurológico y sensorial, debido fundamentalmente a problemas vasculares cerebrales y de los órganos de los sentidos (vista y oído); alrededor del 15% presentan enfermedad musculoesquelética como diagnóstico secundario; y, alrededor del 70% llevan de 6 meses a 9 años con el diagnóstico principal y con más de dos AVD alteradas.

Sin embargo, hay más del 10% de mujeres que hombres (40,6% vs. 27,6%) con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es decir, las de cuidado personal como alimentación, higiene y movilización, lo cual implica que los hombres presentan un mayor nivel de dependencia para las ABVDs, lo cual correlaciona con el hecho de que haya un mayor porcentaje de hombres que mujeres (18% vs. 3%) que llevan de 1 a 4 años en cama.

En cuanto a las actividades de descanso y ocio, encontramos que, alrededor del 65% de hombres y mujeres duermen de 35 a 56 horas nocturnas semanales. Un mayor porcentaje de hombres que mujeres realizan las siguientes cuatro actividades duermen siesta (77,3% vs. 53,1%), ven la televisión o escuchan la radio (86,4% vs. 62,5%), pasean (31,8% vs. 18,8%) y se relacionan con la familia (40,9% vs. 25%), pero similar porcentaje de ambos sexos, alrededor del 50%, 56%, 84% y 87%, respectivamente, dedican hasta 7 horas semanales en dichas actividades, excepto en la de ver la televisión y escuchar la radio que usan hasta 14 horas semanales.

Un mayor porcentaje de mujeres que hombres realizan las siguientes seis actividades, leen prensa (9,4% vs. 4,5%), juegan o realizan manualidades (12,5% vs. 4,5%), rezan (28,1% vs. 13,6%), van a la iglesia (28,1% vs. 4,5%), se relacionan con las amistades (15,6% vs. 4,5%), telefonan o escriben a los allegados (9,4% vs. 4,5%), pero un mayor porcentaje de hombres (100% vs., entre el 67% y el 90%) le dedican hasta 14 horas semanales a leer, a jugar o realizar manualidades, hasta siete horas semanales a telefonar o escribir a los allegados y, hasta cuatro horas semanales a rezar, a ir a la iglesia y, a relacionarse con las amistades. Y, habiendo un mayor porcentaje de mujeres que hombres, que se relacionan con los vecinos (25% vs. 13,6%) ambos sexos en porcentaje similar, alrededor de 65%, dedican hasta 7 horas semanales en dicha actividad.

Por otro lado, un similar porcentaje de mujeres que hombres realizan las siguientes tres actividades, descansan en el sillón (alrededor del 75%), en la cama (alrededor del 40%), asisten a actos públicos (alrededor del 3,5%), sin embargo, un mayor porcentaje de ellas (52% vs. 37,5%) pasan hasta 25 horas semanales en el sillón sin dormir y, sólo ellas asisten seis horas semanales a locales lúdicos, pero un mayor porcentaje de ellos (66,7% vs. 46,2%) están hasta 25 horas semanales en cama sin dormir, coincidiendo esto con el dato de que había más hombres que llevaban entre 1 y 4 años en cama y, sólo ellos asisten una hora semanal a actos deportivos.

En resumen, encontramos que las mujeres realizan mayor cantidad de actividades que los hombres (7 vs. 4), pero los hombres en mayor (para seis actividades) o similar porcentaje que las mujeres (para cinco actividades) dedican la misma cantidad de tiempo. Para el resto de actividades, siendo realizadas por similar porcentaje de hombres y mujeres, invierten ambos sexos el mismo tiempo, o ellas dedican mayor tiempo en unas actividades y, ellos en otras. Con lo cual, se puede decir que las mujeres realizan mayor variedad de actividades y los hombres dedican mayor tiempo a la misma actividad.

#### **Discusión**

En el cuestionario elaborado para esta investigación han confluído las variables que se han considerado necesarias, atendiendo a la literatura consultada, para conocer las condiciones de salud de las personas dependientes y, poder comprender de forma más integrada el proceso de salud y enfermedad de estas personas. Los resultados de este estudio, aunque se ha trabajado con una muestra no representativa, nos indican que los hombres y mujeres dependientes se encuentran en similares condiciones de salud, respecto a diagnósticos médicos y nivel de dependencia cognitiva y funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, aunque, un mayor porcentaje de hombres que mujeres presentan dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria; siendo este último dato el más coincidente con los resultados de otras investigaciones, las cuales encuentran a las personas dependientes con mayores niveles de dependencia y, destacando las mujeres sobre los hombres.

También se comprueba que, por un lado, para distintos tipos de diagnósticos médicos, las personas dependientes, sean hombres o mujeres, presentan similares niveles de dependencia, lo cual parece corroborar a otras investigaciones que destacan los niveles de dependencia funcional y cognitiva como los mejores indicadores de uso y necesidad de recursos sociosanitarios. Y, por otro lado que, el que mujeres y hombres realizan similares actividades de descanso y ocio (aunque ellas más variedad y ellos mayor tiempo), coincide este dato con el anterior donde ambos sexos presentaban similares diagnósticos y dependencia, con lo cual se podría decir que, el nivel de realización y dedicación de dichas actividades, puede ser otro indicador de las condiciones de salud de las personas dependientes.

#### **Bibliografía**

1. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, S.A.U.; 1999
2. Toronjo Gómez MA. Cuidador formal frente a cuidador informal. Gerok 2001; 12(2):59-66
3. Peña-Casanova J. Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. Rev Neuro 1998; 27 Supl 1: 27-29
4. Espejo J, Martínez J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV et. al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). Aten Primaria 1997; 20(1): 3-11.
5. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención Domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag; 1999
6. Úbeda I, Roca M, García L. Presente y futuro de los cuidados informales. Enf Clin 1998; 8 (3):116-121
7. Delicado MV, García MA, López B., Martínez Sánchez, P. Cuidadoras Informales: una perspectiva de género. Rev Enf 2001; Abr(13): 12-16
8. Pereira F. La intervención de enfermería en el cuidado de la cuidadora principal de pacientes dependientes en casa. Inquiet 1999; Jul(16):34-42
9. Zunzunegui M.V. Las redes sociales y la salud en las personas mayores. Index Enf 1994; Año III (8-9): 15-17
10. Mogín T. Medidas complementarias para la conciliación. 1º Congreso Internacional Conciliación da vida familiar e laboral. A Coruña: Xunta de Galicia. Consellería de Familia e Promoción de Empleo, Muller e Xuventude. Secretaría Xeral; 2001
11. García MM, Mateo I. El cuidado de la salud ¿quién hace qué?. Ind Enf 1993; Año II (6): 16-19.
12. García MM, Mateo I. La atención a la salud en el ámbito doméstico: cuidados y cuidadores. En línea el 06/02/02. URL disponible en: [www.easp.es/ProyectosTem% C3%A1ticos/wwwuhpe/esp/r13.htm](http://www.easp.es/ProyectosTem% C3%A1ticos/wwwuhpe/esp/r13.htm)
13. Nevado T. ¿Está el mercado laboral dispuesto a facilitar la conciliación de la vida privada y la vida laboral?. En: 1º Congreso Internacional Conciliación da vida familiar e laboral. A Coruña: Xunta de Galicia. Consellería de Familia e Promoción de Empleo, Muller e Xuventude. Secretaría Xeral; 2001.
14. Segura JM, Barreiro MC, Bastida N, Collado D, González M, Linares C et. al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. Aten Primaria 2000; 25(5): 297-301

15. Mateo I, Millán A, Gacía MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria* 2000;26(3):139-144
16. Rodríguez E. El tercer sector como instrumento de apoyo para la infancia y la tercera edad: la necesidad de implicación de los sectores público y privado. En: 1º Congreso Internacional Conciliación da vida familiar e laboral. A Coruña: Xunta de Galicia. Consellería de Familia e Promoción de Empleo, Muller e Xuventude. Secretaría Xeral; 2001.
17. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas. *Rev Rol Enf* 2001;24(3): 183-189.
18. Kinoshian MP, Stallard E, Lee JH, Woodbury MA, Zbrozek AS, Glick HA. (2000). Predicting 10-year care requirements for older people with suspected Alzheimer's disease. *J Am Ger Soc* 2000; 48(6):631-638.
19. Barea J. El entorno económico de las personas mayores. En: II Jornadas Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. El anciano, la familia y la comunidad. Libro de Ponencias. Madrid: Quavita, S.A; 1996.
20. Agulló MS. Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
21. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe 2000. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

**Egea Soldevila, L., Pasarín Rúa, M. I.; Medina Molina, C.; Llovet Lombarte, J. M.; Petit Canals, M.; Bosch Andiñach, I.; Miralbel Creusl, M. E.; Gutierrez Ciudad, D.; Losada Martínez, A.; Fernández Fernadez, M. A.; Solanes Guasch, A.: *Cooperación entre agentes sanitarios de diferentes instituciones. Hacia un modelo integrado de programa de salud bucodental para la ciudad de Barcelona***

**Antecedentes**

Desde 1987 la prevención primaria en salud buco dental en la ciudad de Barcelona era llevada a cabo por el personal sanitario de salud pública del Ayuntamiento como parte de la ejecución del Programa de salud escolar.

Desde 2002, constitución de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), los profesionales pasan a formar parte del Servicio de Salud Comunitaria (SESAC) con nuevos objetivos.

En el año 2003 finaliza la reforma de la Atención Primaria (RAP) en la ciudad, todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) disponen de un odontólogo entre cuyas funciones consta la prevención secundaria en salud buco dental en población infantil.

El Plan de Salud de Barcelona 2002-2005 plantea trabajar en la implantación y consolidación del programa Marco de Atención Primaria en Salud Buco dental, que defina desde la macro planificación un modelo homogéneo de actuación para el conjunto de la ciudad.

Programa de salud escolar. D.O.G.C orden 24 de agosto de 1987

La ejecución del programa corresponde a los ayuntamientos mediante profesionales de los cuerpos sanitarios locales o personal contratado. Para ello el Departamento de Sanidad i Seguridad Social otorga a cambio una contraprestación económica por cada alumno revisado.

La población a revisar eran todos los alumnos de 1º,5º y 8º de EGB de todas las escuelas de Cataluña. Los parámetros que se revisaban eran: somatometría, boca(caries dental), órganos genitourinarios masculinos, aparato locomotor, cribaje visual y otros parámetros que el médico encargado de la revisión considerara oportuno. (1)

Plan de Salud de Barcelona 2002-2005. Apartado 4.2.10 de salud buco dental.

Los objetivos generales de salud del Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña

- De aquí al año 2010 es necesario que al menos el 80% de los escolares de 6 años estén libres de caries.
- Indicador de evaluación: Prevalencia de escolares de 6 años libres de caries.
- De aquí al año 2010 es necesario que al menos el 60% de los escolares de 12 años estén libres de caries.
- Indicador de evaluación: Prevalencia de escolares de 12 años libres de caries.
- De aquí al año 2010 es necesario que al menos el CAOD se mantenga por debajo de 1 a la edad de 12 años.
- Indicador de evaluación: Índice CAOD en escolares de 12 años.
- De aquí al año 2010 es necesario que el índice de restauración a los 12 años se sitúe por encima del 65%.
- Indicador de evaluación: Índice de restauración en escolares de 12 años. (2)

Intervenciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña 2002-2005

Elaborar y distribuir el nuevo Programa marco del odontólogo de APS (Protocolo de atención dental infantil).

Elaborar y distribuir la pauta de prescripción de compuestos fluorados dirigida a odontólogos, pediatras y farmacéuticos de Cataluña.

Realizar una campaña informativa dirigida a los padres de escolares informando sobre las medidas preventivas encaminadas a la mejora de la salud buco dental (cepillado, fluor, sellado de fisuras) con actividades específicas para la población inmigrante.

Incorporar la realización de sellado de fisuras y la aplicación de compuestos fluorados profesionales a los escolares de alto riesgo de caries (gel o barniz de fluor) en todos los centros de APS de Cataluña.

- Incorporar el tratamiento de las lesiones irreversibles de caries y la realización de profilaxis periodontal de los escolares de 6-7 años, en los cuales la acumulación de cálculo sea incompatible con el mantenimiento de la salud gingival, en todos los centros de APS.
- Iniciar la evaluación de un protocolo de atención buco dental a la gestante.
- Implantar una aplicación informática en el ámbito de los equipos de odontología de APS con el objetivo de conocer, en tiempo real, el estado buco dental de los escolares catalanes, así como las actividades asistenciales realizadas.
- Implantar el cepillado diario de los escolares de primaria en la escuela.
- Realizar una encuesta de salud dental en Cataluña para poder hacer el seguimiento de los datos de acuerdo con los criterios empleados en las anteriores encuestas (1983, 1991, 1997).

•Obtener el grado de salud buco dental del 50% de las áreas básicas de salud (libres de caries, CAOD, co, IR, % de escolares con sellado de fisuras) mediante revisión de los escolares de 1º y 6º de Educación primaria por parte de los equipos de odontología del APS.

#### **Objetivos operacionales:**

OP 1. Constituir grupos de trabajo entre los odontólogos de APS y los ESC del ASPB, para la realización de actividades preventivas en relación a la salud buco dental de acuerdo con los parámetros a medir y dirigidas a las poblaciones diana que define el Programa marco de salud buco dental del Departament de Sanitat.

OP 2. Durante el período de vigencia de este Plan de salud es necesario que al menos el 95% de los odontólogos de APS realicen aplicaciones profesionales de fluor tópico en los escolares de alto riesgo de caries.

OP 3. Conseguir que al menos el 95% de los odontólogos de APS realicen sellados de fisuras en los escolares de alto riesgo de caries.

OP 4. Conseguir que el 10% de los escolares de Barcelona de 7 años sean portadores de sellado de fisuras, si lo precisan.

OP 5. Conocer los niveles de salud buco dental de los niños a los 6 y 12 años del 50% de las áreas básicas de salud (libres de caries, CAOD, co, IR, % de escolares con sellado de fisuras) mediante revisión de los escolares de 1º y 6º de Educación primaria por parte de los equipos de odontología de APS.

OP 6. Conseguir que el 50% de los odontólogos de APS realicen actividades restauradoras (obturaciones) en los escolares de acuerdo con los criterios establecidos en el protocolo, valorando la viabilidad del proyecto.

OP 7. Conocer el porcentaje de escolares de 6 y 12 años que se cepillan diariamente los dientes.

OP 8. Evaluar el estado de salud buco dental de los escolares de la ciudad (libres de caries, CAOD, co, IR, % de escolares con sellado de fisuras, niveles de fluorosis) y relacionar estos datos con variables sociales.

OP 9. Tener en consideración a la población inmigrante estructurada por zonas de procedencia como colectivo de intervención prioritaria.

#### **Objetivo de la presentación:**

Analizar los criterios utilizados en la definición del modelo de actuación para la implantación del programa Marco de Atención Primaria a la Salud Buco dental, basado en la cooperación y coordinación entre la APS y Salud Pública.

#### **Métodos**

Se identificaron cuatro de los principales modelos de intervención ya presentes en la ciudad:

Modelo A: cooperación entre APS y SESAC sin adaptación específica de accesibilidad al horario escolar.

Modelo B: cooperación entre APS y SESAC con adaptación específica de accesibilidad al horario escolar para el programa.

Modelo C: sin cooperación entre APS y SESAC pero con adaptación completa de accesibilidad al horario escolar, realizando la exploración odontológica en el aula.

Modelo D: programa del CAP dirigido a la población residente y prevención primaria por el SESAC dirigido a la población escolar.

Los otros aspectos analizados fueron:

profesionales implicados.

actividades del programa.

lugar de realización de la revisión odontológica.

forma de acceso de la población diana a la revisión odontológica.

cobertura del programa.

valoraciones sobre la idoneidad de realización de la revisión odontológica en la escuela.

conocer las cargas de trabajo que representarían los cribajes se analizaron las ratios odontólogo / población escolar y odontólogo / población infantil residente.

#### **Resultados**

Los profesionales implicados incluyen siempre odontólogos y profesionales de enfermería, y en los modelos B y C incluyen además higienistas dentales.

Un problema detectado la dificultad de implicar a especialistas odontólogos no reformados.

En los 4 casos se incluyen las actividades de prevención primaria y secundaria, aunque la primera presenta gran variabilidad de contenido. La exploración se realiza en el CAP en los modelos A, B y D, y en la escuela en el C.

Existen argumentos contradictorios entre los especialistas sobre la idoneidad de realizar la revisión en la escuela. En los casos (A, B y D) es la escuela quién decide quién lleva los escolares al CAP.

La cobertura del programa dentro del modelo B ha sido del 90% en los casos en que el colegio decide llevar los niños al CAP, frente al 19% cuando los llevan la familia. (Se constata asimismo las diferentes cargas de trabajo que representarían los cribajes en función del territorio sobre todo cuando se interviene en población escolar, dada la diferente distribución en la ciudad tanto del número como del tamaño de las escuelas).

#### **Discusión**

Dadas las diferentes realidades de escuelas, CAP y territorios de la ciudad, se plantea para el curso 2004-05, ofrecer algunas de las actividades de Atención Primaria a la salud buco dental donde colaboren APS y SESAC, que contemple: La prevención primaria, promocionando la higiene buco dental, asesoramiento en el cepillado, la alimentación sana y la fluoración, así como la prevención secundaria consistente en una revisión buco dental por parte de los odontólogos de APS para detectar niños de riesgo de mal oclusiones, enfermedad periodontal y caries.

La población diana serán los alumnos de 1º curso de Educación Primaria de todas las escuelas de la ciudad, que representan 12.000 niños de 7 años.

El principal objetivo de salud pública es lograr altas coberturas en estos cribajes, de ahí que se priorice en el modelo, actuar sobre la población escolarizada, bien porque se desplace el odontólogo a la escuela, o bien –menos recomendable- porque los alumnos se desplacen al CAP (en grupo acompañados por el maestro o bien siendo los propios padres quienes pidan cita en el CAP).

Los escolares recibirán mensajes de promoción de la higiene buco dental, ya sea en la sala de espera del CAP o en el aula. La parte de educación sanitaria será llevada a cabo por el personal de enfermería previamente entrenado del CAP o del SESAC.

La cooperación entre agentes sanitarios de APS y el SESAC ha de permitir mejorar los objetivos de cobertura y calidad del programa de Atención Primaria a la salud buco dental, obteniendo economías de escala para mejorar la eficiencia y dándole un valor añadido a la intervención conjunta, así como disponer de una oferta preventiva en salud buco dental homogénea para la población escolar.

#### **Bibliografía**

D.O.G.C orden 24 de agosto de 1987

- Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona ciutat 2002-05. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: 2004, pag.251-253.

### **D'Amour, D., San Martín Rodríguez, L., Ferrada Videla, M., Beaulieu, M. D.: Modelos teóricos como Guía de la Colaboración Interprofesional en la Práctica**

#### **Introducción**

En la actualidad, la colaboración entre los profesionales de la salud es un concepto importante a estudiar. En efecto, la creciente complejidad de los problemas de salud pone a los profesionales en una situación de intensa interdependencia y por lo tanto, ante la necesidad de trabajar en colaboración. El concepto de colaboración expresa la idea de compartir. Supone una acción colectiva, orientada hacia un objetivo común, un espíritu de acuerdo, de confianza (1). Ahora bien, la literatura muestra muy bien las exigencias y la complejidad que caracterizan la colaboración interprofesional.

En realidad, conocemos muy poco sobre las complejas relaciones entre unos profesionales que, durante toda su formación, han sido socializados dentro de una perspectiva unidisciplinaria. Cada una de las profesiones despliega uno o varios marcos teóricos y disciplinarios, que dan acceso a los característicos territorios profesionales. Estos territorios, a menudo rígidamente delimitados, constituyen la naturaleza misma del sistema profesional. Así pues, trabajar en colaboración exige un cambio de paradigma, la adquisición de una serie de disposiciones nuevas, con el objetivo de llegar a establecer una relación igualitaria entre los profesionales de la salud.

#### **Objetivos**

El objetivo principal de la revisión bibliográfica llevada a cabo era el de identificar los modelos conceptuales que pueden contribuir a la comprensión de la colaboración interprofesional. En otras palabras, nuestro interés central era establecer cuáles son los modelos teóricos que pueden servir de guía a los gestores y a los profesionales en la implantación de una práctica en colaboración.

Además, antes de detectar y analizar estos modelos de colaboración y con el fin de hacer balance del conocimiento existente al respecto, creímos necesario el identificar, en primer lugar, las definiciones y los conceptos relacionados con la noción de colaboración. Así, el objetivo final del estudio consistió en dar respuesta a dos cuestiones: 1) ¿cuáles son las distintas definiciones de colaboración propuestas en la literatura? y 2) ¿cuáles son los modelos que existen de colaboración?

#### **Metodología**

La metodología utilizada es una revisión bibliográfica sistemática, realizada a través de una rigurosa estrategia de búsqueda documental. Para ello se analizaron las bases de datos Medline, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycINFO y ABI/INFORM, entre los años 1990 y 2003. La estrategia de búsqueda implicaba varias palabras clave, entre las cuales se encontraban términos como "inter", "multi", "professional", "disciplinary", "team", "occupation", "agency", "models in health field", etc. Esta estrategia de búsqueda hizo posible la identificación de 588 artículos. Tres investigadores independientes analizaron los resúmenes de estos artículos, reteniendo un total de 80 artículos considerados pertinentes. La etapa siguiente consistió en el análisis de estos 80 artículos con la ayuda de una parrilla de evaluación. Este segundo análisis permitió identificar 27 artículos rigurosos, 17 de los cuales hacían referencia a la definición del concepto de colaboración, mientras que los otros 10 proponían modelos teóricos de colaboración. Finalmente el rigor de los modelos de colaboración encontrados fue establecido a partir del análisis de tres criterios de rigor: 1) la utilización de datos empíricos, 2) la utilización de una teoría explícita y 3) la utilización de una revisión bibliográfica explícita.

#### **Resultados y discusión**

Los resultados son presentados en dos partes. Una primera parte hace referencia a los conceptos relacionados con la colaboración y una segunda a los modelos teóricos de colaboración.

En primer lugar, en lo que se refiere a los conceptos relacionados con la colaboración decidimos, con el fin de comprender mejor su complejidad, reagruparlos en función de dos concepciones diferentes encontradas: la colaboración y el equipo. El concepto de colaboración trata sobre la naturaleza de las relaciones e interacciones entre un conjunto de individuos que trabajan juntos. Sin embargo, la noción de equipo, se refiere más bien al contexto de la práctica de la colaboración. Por esta razón abordamos, separadamente, estas dos nociones.

#### **Conceptos relacionados con la colaboración**

La literatura contiene demasiadas definiciones de colaboración como para poder presentarlas todas aquí. Sin embargo, hemos observado, que algunos conceptos aparecen repetidamente en la mayoría de estas definiciones. Tal y como lo hemos mencionado, algunos conceptos se identifican claramente con la noción de colaboración, mientras que otros se refieren sobre todo a la noción de equipo. Cuatro son las nociones que se utilizan para definir la colaboración: compartir, compañerismo, interdependencia y poder (2). La noción de proceso aparece también asiduamente. En realidad, si tomamos juntos estos conceptos, cubren la dinámica de las relaciones humanas, en un contexto donde los individuos no tienen otra opción que la de trabajar juntos y además, un contexto con numerosas dificultades organizativas, donde cada uno de los profesionales tienen unos intereses particulares y una cierta autonomía a preservar.

En primer lugar, la noción de compartir se encuentra a varios niveles. Se refiere a compartir las responsabilidades pero también a compartir una filosofía y unos valores que se concretará a la hora de compartir la información y la toma de decisiones. Un segundo concepto igualmente importante es el concepto de compañerismo. Para que los profesionales colaboren verdaderamente deben establecer una relación de compañerismo que se caracterice por una la colegialidad, la autenticidad y el hecho de que sea constructiva. Esta relación exige una comunicación abierta y honesta, una confianza y un respeto mutuo así como un conocimiento y una valoración del trabajo y de los puntos de vista de los otros profesionales. En tercer lugar, la colaboración implica que los profesionales sean interdependientes antes que autónomos; interdependencia que deriva de las necesidades del paciente. La toma de conciencia de esta

interdependencia por parte de los miembros del equipo ocasiona un efecto sinérgico, que maximiza la contribución de cada participante, posibilitando así, que el resultado obtenido sea mayor que la suma de las partes. El cuarto concepto es el concepto de poder. El poder es reconocido como producto de las relaciones entre los individuos y por ello, inseparable de las interacciones humanas. En una situación de colaboración, los profesionales deben intentar dar una simetría de poder a los distintos compañeros o colegas. Como hemos dicho, además de estos conceptos, los autores conciben la colaboración como un proceso interactivo y dinámico; en constante evolución. Este proceso de estructuración de una vida colectiva y de transformación de los procesos de trabajo demanda de los profesionales una flexibilidad y una apertura que faciliten la superación de las barreras profesionales, a fin de poder responder adecuadamente a las necesidades de la clientela.

En resumen, la colaboración es construida a través de una relación de asociación, que conduce a una división de valores, responsabilidades y finalidades, en un contexto donde los profesionales son interdependientes respecto a las necesidades de la clientela y esto en un medio ambiente donde las relaciones y los procesos de trabajo están en constante evolución y que las relaciones de poder no son simétricas. Esta breve presentación expresa bien la complejidad de la colaboración.

Por otro lado, como ya hemos mencionado, la noción de equipo esta muy relacionada con la de colaboración. En realidad, el equipo hace referencia al contexto en el cual toma forma la colaboración (2). La literatura define varios tipos de equipo, de los cuales hemos retenido los tres principales: el equipo multidisciplinario, el equipo interdisciplinario y el equipo transdisciplinario. La diferencia entre estos tres tipos de equipo se encuentra en la intensidad de colaboración que se desarrolla entre los miembros del equipo. De esta forma la "multidisciplinariedad" hace alusión a un conjunto de profesionales que provienen de diversas disciplinas y que están implicados en un proyecto común, pero que trabajan de forma independiente o paralela. El concepto de multidisciplinariedad hace referencia, esencialmente, a una yuxtaposición de diferentes disciplinas y especialidades, que establecen relaciones limitadas y transitorias entre ellas. La "interdisciplinariedad", sin embargo, implica una colaboración mucho más intensa entre los miembros del equipo. El prefijo "inter" no hace referencia únicamente a una yuxtaposición sino que además, indica la existencia de un espacio común, de un factor de cohesión. Así pues, la "interdisciplinariedad" se basa en la integración de los conocimientos y de las especialidades de cada profesional con el fin de proponer, de manera concertada, soluciones a problemas complejos. Por último, la "transdisciplinariedad" se traduce en una práctica profesional caracterizada por la búsqueda de consenso, así como por una apertura de los territorios profesionales, a través de la cual, las fronteras se hacen difusas e incluso pueden llegar a desaparecer.

Además de esto, en el análisis de la literatura, buscamos también la definición o el lugar del paciente/cliente/familia en una situación de colaboración interprofesional. Aunque todos los autores están de acuerdo en afirmar que el cliente debe ser el centro de interés de la práctica profesional y que la presencia de éste en el equipo permite establecer cuidados más adaptados a sus necesidades, la conceptualización de su rol, su implicación y la manera de integrarlo en los equipos no están desarrollados en la literatura (2).

#### *Revisión de los modelos teóricos de la colaboración*

¿Qué hay de los modelos teóricos propuestos en la literatura? ¿Pueden ayudar a orientar a los gestores y a los profesionales para desarrollar una práctica en colaboración? Tal y como hemos dicho anteriormente la revisión bibliográfica ha permitido identificar diez modelos. Tenemos que precisar, que no hemos retenido ninguno de los numerosos modelos de colaboración que se referían a la composición de los equipos, ya que estos modelos, no nos ayudan a comprender mejor el proceso de la colaboración. Entre los diez modelos, siete se retuvieron en función de su rigor. En efecto, estos siete modelos se basan bien en datos empíricos, bien en una teoría explícita o una revisión sistemática de la literatura. La tabla 1 expone estos modelos, su rigor, así como el tipo de modelo, teniendo en cuenta si consideran el proceso de colaboración o los determinantes o factores del entorno que influyen en la colaboración. Del análisis de los modelos se han establecido tres constataciones generales y algunas otras, más específicas

#### **Constataciones generales**

Una primera constatación es que los procesos de colaboración se basan en dos necesidades (3). La primera de ellas, es la de desarrollar una acción común y concertada para dar servicios de calidad a la clientela. La segunda, es la de desarrollar una vida colectiva que sea satisfactoria para los profesionales, porque estos, se sentirán respetados y desarrollarán un sentimiento de pertenencia al equipo. En este sentido, es importante poner en marcha medidas que posibiliten el que los miembros del equipo puedan compartir sus perspectivas y visiones. Así pues, los gestores y los profesionales no pueden pensar únicamente en los medios para dispensar mejores cuidados, sino que deben también dedicar tiempo y recursos a la constitución de la colaboración y del equipo.

Una segunda constatación es que los modelos más rigurosos son aquellos que tienen en cuenta dos elementos importantes: el proceso de la colaboración y los determinantes de esa colaboración, que forman parte de las estructuras al interior de las cuales los profesionales colaboran (3). Por un lado, el proceso de colaboración es la dinámica de las relaciones entre los individuos. Esta dinámica conduce, por ejemplo, a la constitución de finalidades comunes o al desarrollo del sentimiento de pertenencia a un grupo. Por otro lado, los determinantes de la colaboración son, en realidad, los factores del entorno profesional y organizativo. Un ejemplo podría ser, el hecho de disponer de normas precisas o de recursos adecuados. Así pues, no se puede llegar a comprender o desarrollar la colaboración basándose únicamente en uno de los elementos; es necesario tener en cuenta tanto la dinámica a través de la cual los profesionales interactúan, como el entorno en el cual se produce la colaboración.

Una tercera y última constatación general, hace referencia a la calidad de los modelos conceptuales de la colaboración. Los modelos más rigurosos se basan en teorías explícitas reconocidas, como la sociología de las organizaciones o la teoría de las organizaciones (3). Igualmente, los modelos más rigurosos han sido testados en investigaciones empíricas. Esto conlleva que los distintos modelos presenten una serie de divergencias, pero también, un conjunto de elementos comunes. Sin embargo, estas distintas perspectivas a las que nos referimos no parecen estar en contradicción, sino más bien, ser complementarias poniendo el énfasis sobre puntos diferentes.

#### **Constataciones específicas**

De los siete modelos elegidos, cinco se basan en una teoría explícita. Estas teorías difieren y dan un color diferente a la colaboración. En efecto, dos modelos se basan en la teoría de las organizaciones (4, 5). Estos dos modelos proceden de los escritos sobre la eficiencia de los grupos de trabajo y conceptualizan la colaboración como un enfoque sistémico, que permite generar resultados más eficientes para los cuidados ofrecidos a los pacientes. Estos dos modelos tienen en cuenta el proceso, pero únicamente para garantizar así, que los resultados generados sean más

eficientes. Es decir, conciben la colaboración como un sistema donde se encuentran las entradas, los procesos y los productos. Las entradas son los factores organizativos, estructurales y profesionales. Los productos son los resultados en los clientes - en términos de calidad de cuidados - y en los profesionales - en términos de bienestar y satisfacción en el trabajo.

Otros modelos conceden más importancia al proceso de colaboración, es decir, a la forma en que los profesionales interactúan (6, 7, 8, 9). En general, estos modelos consideran la colaboración como un proceso de negociación y de intercambio social, en el que los profesionales negocian su posición en el equipo utilizando su poder como herramienta para esta negociación. Estos modelos ofrecen también alguna disparidad. En algunos de ellos, el proceso se concibe como un conjunto de fenómenos de grupo que implican a la toma de decisiones, al liderazgo, a la comunicación y a la negociación. Sin embargo, para otros, el proceso es la estructuración de una acción colectiva, resultante de la puesta en juego de las distintas dimensiones de la interacción humana. Por otro lado, dos modelos se diferencian considerablemente, ya que proponen, más bien, una conceptualización de las fases de la colaboración (8, 9). El modelo de Hayward (9) trata también el concepto de "alianza", que se construye durante las fases de la colaboración. Finalmente, en tres de los modelos, el establecimiento de una relación de confianza constituye un factor clave de la colaboración.

Existen también algunas diferencias en la conceptualización de los determinantes de la colaboración. Así, algunos modelos consideran que los determinantes son la composición de los miembros del equipo y las tareas del equipo. Otros, consideran que son las características de los gestores y el grado de formalización. El grado de formalización es, más específicamente, el recurso a normas administrativas y clínicas, como por ejemplo los protocolos de cuidados. Algunos consideran esta formalización como un factor de apoyo de la colaboración, mientras que para otros, constituye un obstáculo. Otros modelos, consideran un factor determinante la existencia de un sistema de comunicación para garantizar que la información circule bien entre los miembros del equipo. Finalmente, otros consideran como determinantes las características individuales tales que las actitudes y los comportamientos de los miembros del equipo.

En referencia a los resultados de un trabajo en colaboración, los modelos hacen hincapié en resultados diferentes (3). Los modelos de colaboración consideran que se podrían encontrar resultados positivos en la clientela, en términos de aumento de la calidad de cuidados y de mejora de la accesibilidad y de la continuidad de los cuidados. Se considera también que la colaboración produce resultados en los profesionales, en cuanto a la satisfacción en el trabajo y el bienestar. Algunos modelos, aportan una perspectiva más amplia y consideran que la colaboración aporta una serie de beneficios también a la organización - en términos de la obtención de una práctica profesional más innovadora - y al sistema de salud - en términos de una reducción de los costes. Sin embargo, hay muy pocas investigaciones que establezcan un vínculo entre la intensidad de la colaboración y los resultados de la misma.

#### **Conclusión**

En conclusión podemos decir que esta revisión bibliográfica plantea puntos importantes para los profesionales, los gestores y los investigadores.

1) Las dinámicas establecidas por los profesionales son tan importantes como el entorno en el cual evolucionan. Es decir, la colaboración no puede considerarse únicamente como una tarea profesional sino también como un conjunto de relaciones humanas.

2) La literatura revela algunos puntos débiles que se deberían tener en cuenta en futuras investigaciones. Por ejemplo, el estudio del liderazgo como herramienta para suscitar la colaboración así como las distintas formas que debe tomar este liderazgo, los vínculos existentes entre los distintos componentes de los modelos o el efecto de la colaboración sobre los resultados en los pacientes, los profesionales y las organizaciones.

3) A pesar de estos límites, los modelos ofrecen a los gestores y a los profesionales una mejor comprensión de la colaboración. En este sentido, algunos de los modelos permiten incluso un diagnóstico de la colaboración con el objetivo de identificar así los campos de mejora de la misma.

#### **Bibliografía**

- (1) D'Amour, D. La collaboration professionnelle: un choix obligé. En O.Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur ; 2002
- (2) D'Amour, D., Beaulieu, M. D., SanMartín-Rodríguez, L., & Ferrada-Videla, M. Conceptual basis for interprofessional practice. En Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Keegan, B., Purden, M., Beaulieu, M. D., et al. (Eds), *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Toronto: Health Canada; 2004
- (3) D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., SanMartín-Rodríguez, L., & Beaulieu, M. D. Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care* (en prensa)
- (4) West, M. A., Borril, C. S., & Unsworth, K. L. Team effectiveness in organizations. *International Review of Industrial and Organizational Psychology* 1998;13: 1-48.
- (5) Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine* 2002 ; 55(6) : 991-1003.
- (6) D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante* 1999 ; 17(3) : 68-94.
- (7) D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F., & Remondin, M. 2004 Comparative study of inter-organizational collaboration and its effects in four Quebec socio-sanitary regions: the case of perinatal care. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal ; 2004
- (8) Gitlin, L. N., Lyons, K. J., & Kolodner, E. A model to build collaborative research educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology* 1994; 20(1): 15-34.
- (9) Hayward, L. M., DeMarco, R., & Lynch, M. M. Interprofessional collaborative alliances: health care educators sharing and learning from each other. *Journal of Allied Health* 2000; 29(4): 220-226.
- (10) Corser, W. D. A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1998; 12(4): 325-341.
- (11) Miller, S. Midwives' and physicians' experiences in collaborative practice: a qualitative study... Models of collaborative practice: preparing for maternity care in the 21st century. *Womens Health Issues* 1997 ; 7(5) : 301-308.

**Tabla1. Modelos conceptuales seleccionados**

AUTORES	DATOS EMPÍRICOS	TEORÍA EXPLICITA	REVISIÓN	FUERZA	TIPO DE MODELO
			BIBLIOGRÁFICA EXPLÍCITA		
West, Borrill, Unsworth, 1998 (4)	√	√		++	Estructura y proceso
Sicotte, D'Amour & Moreault, 2003 (5)	√	√		++	Estructura y proceso
D'Amour et al., 1999 (6) D'Amour et al., 2004 (7)	√	√		++	Estructura y proceso
Gitlin, Lyons & Kolodner 1994 (8)		√		+	Proceso
Hayward, DeMarco & Lynch, 2000 (9)		√		+	Proceso
Corser, 1998 (10)			√	+	Estructura y proceso
Miller, 1997 (11)	√			+	Estructura y proceso

**García, C., Paloma, O., Paublete, M. C., García, M. J., Lagares, C., Almenara, J.:  
*Frecuentación hospitalaria aguda de las personas mayores en Andalucía***

**Introducción**

En los últimos tiempos, la Sociedad Española se encuentra en un momento de cambio, tanto a nivel demográfico, como social. El índice de natalidad es cada vez más bajo y por el contrario la esperanza de vida va en aumento, como la incorporación de la mujer al mercado laboral, y el índice de desempleo... Estos cambios socio-demográficos tienen consecuencias importantes en numerosas áreas, siendo una de las más afectadas el sistema sanitario y el sistema de protección social.

En este entorno de permanente cambio nos encontramos como en la Comunidad Autónoma Andaluza, al igual que en la mayoría del resto de España, desconocemos con precisión las características de los pacientes atendidos en los hospitales y los resultados de la atención hospitalaria. Esta situación es especialmente preocupante si se desea realizar una planificación sanitaria de las necesidades de grupos especialmente vulnerables como son los ancianos, donde junto al déficit de estructuras sociales de apoyo se prevé un incremento importante de este grupo de personas en los próximos años. Para ello, es imprescindible conocer el estado de salud de los mismos y especialmente la prevalencia de aquellas patologías y problemas que se asocian a mayor riesgo de hospitalización.

Además también creemos que es fundamental que la población conozca de qué enfermamos, ya que esto será un primer paso para tomar las decisiones sobre el estilo de vida que debemos elegir, y así convertirnos en responsable o parte activa de nuestra salud.

**Objetivos**

Los objetivos del presente trabajo son:

- Describir las **variables sociodemográficas** (edad, sexo) de los pacientes mayores de 65 años ingresados en los hospitales públicos de Andalucía.
- Estudiar la **morbilidad hospitalaria de los ancianos**, identificando las enfermedades que determinan los ingresos hospitalarios y las características asociadas al episodio de hospitalización por ellas producidas (estancia media, utilización o no de procedimientos quirúrgicos)

**Material y método**

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de la morbi-mortalidad sobre la base del **CMBDH** (Conjunto Mínimo de Datos al Alta) y **los GRD** (Grupos Diagnósticos Relacionados) de los Hospitales Públicos de Andalucía. La definición del periodo de estudio fue de enero de 1998 a diciembre de 1999, ambos incluidos.

Los datos administrativos del CMBDH son recogidos en soporte informático por el personal administrativo del servicio de admisión cuando se produce el ingreso. La información clínica (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos) es codificada por el personal del Servicio de Documentación Clínica a partir de la información contenida en el informe clínico de alta y/o la historia clínica.

La asignación de GRD fue realizada en la Unidad de Información y Estadística de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. La asignación de cada GRD se realiza con el programa PC GROUPER, que se encuentra integrado en el programa CLINOS, que es una aplicación informática que le facilita a PC GROUPER los datos correspondientes al CMBDH.

Se estudiaron las características personales de los pacientes ingresados y las características del episodio de hospitalización.

Debido el alto número de diagnósticos de la CIE-9-MC (más de 16.000), cuando fue posible desde el punto de vista clínico se agruparon, eliminándose del análisis el 4º y 5º dígito. Se llevó a cabo una clasificación según la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).

El análisis estadístico estuvo fundamentado en las técnicas de la estadística univariante y bivariante, empleándose el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

#### Resultados

Durante 1998-1999 se registraron en el CMBDH de los hospitales del estudio un total de **308.052 altas hospitalarias y 25.255 episodios de cirugía mayor ambulatoria** en las personas mayores de 65 años. Estos ingresos se traducen en una tasa anual de hospitalización para las mismas del 15,19 % (IC95% 15,1 – 15,3), con importantes diferencias interprovinciales ( $P < 0.001$ ). Es llamativa la tasa de frecuentación hospitalaria de Almería, que duplica a la mayor parte de las provincias andaluzas.

La mayoría de los ingresos se produjeron de forma urgente (72%). Los servicios con mayor número de ingresos fueron: Medicina Interna, Cardiología, Cirugía, Digestivo y Neumología.

El número de ingresos en los hombres (18,18%) es mayor que el número de ingresos en las mujeres (12,70%). En la **figura 1**, podemos ver representados los **ingresos en función de la edad y el sexo**. En la primera parte de la gráfica se observa un predominio del sexo masculino, que se mantiene hasta los 78 años, donde por razones demográficas los ingresos de las mujeres comienzan a ser más numerosos. La edad media de los ingresos del género masculino es 74,2 años (DE 6,4) y de 75,9 años en el género femenino (DE 7,2).

Las personas mayores que ingresaron en los hospitales presentaron en un alto porcentaje de casos más de una enfermedad o complicación. El número medio de diagnósticos notificados por alta fue de 3,8. Podemos destacar que el 28,4% de estas personas tienen 5 o más diagnósticos. Por ello, los resultados con respecto a la morbilidad los podemos presentar según la CDM (Categoría Diagnóstica Mayor) o el diagnóstico principal.

En la **tabla 1**, podemos observar la distribución de los **ingresos de las personas mayores según las CDM y la estancia media**. Al agrupar las altas en las CDM se observa que las más frecuentes en número de casos son: enfermedades del aparato circulatorio (20,7%), enfermedades del aparato respiratorio (14,0%) y enfermedades del aparato digestivo (11,6%). Este mismo orden permanece inalterable cuando consideramos el número de días de hospitalización causados.

En la **figura 2**, se representa el **número de ingresos por CDM en función del sexo**, pudiéndose visualizar los diferentes patrones de enfermar de los hombres y las mujeres mayores de Andalucía. El género masculino presenta un mayor porcentaje de ingresos en las enfermedades de los siguientes aparatos: circulatorio, respiratorio y digestivo. El género femenino ostenta un mayor porcentaje de ingresos en los aparatos: circulatorio, musculoesquelético y digestivo. En la **tabla 2**, se expresan los diagnósticos principales de ingreso más frecuentes en las personas mayores a 65 años, resultando la insuficiencia cardíaca, la bronquitis crónica y la fractura de cuello de fémur los diagnósticos más frecuentes. Con respecto a la diferencia entre ambos sexos, podemos ver que en el hombre no hay diferencia entre los rangos de edad. Por el contrario, en la mujer es llamativo el gran incremento que hay a partir de los 75 años, en algunas patologías como la insuficiencia cardíaca y la fractura de cuello de fémur.

El 85% de las altas son a domicilio por **curación o mejoría** y sólo una pequeña parte están compuestas por alta a residencias de ancianos (2,9%). Los traslados a otro hospital tienen su origen en traslados a centros de crónicos o centros concertados (2,7%).

En referencia a la cirugía mayor ambulatoria podemos decir que predomina el sexo femenino (50%), frente al masculino (48,6%), existiendo un pequeño porcentaje de casos (1,4%) en los que no se encuentra reflejado el género en los registros. La edad media de los pacientes ingresados fue de 74,2 años (DE 6,9).

El 66% de las intervenciones fueron en oftalmología, siendo la operación de cataratas el proceso más frecuente (69%).

#### Conclusiones

- Sería conveniente fomentar el uso de las estadísticas de frecuentación hospitalaria y plantear nuevos análisis de todos los datos disponibles en el Sistema Nacional de Salud, para proponer políticas sanitarias coherentes a la realidad sociodemográfica.
- Este trabajo puede ser el punto de partida de futuros estudios que confirmen los datos actuales y analicen las desigualdades territoriales en cuanto a los episodios de hospitalización.
- El sistema sanitario y muy específicamente el hospital, atiende cada vez más a personas mayores, que presentan frecuentemente patologías crónicas y comorbilidades. Por lo que creemos habría que replantear la atención especializada en un sentido de atención integradora.
- Consideramos que debe ser una prioridad el establecimiento de unidades de geriatría en los hospitales, donde junto a la asistencia puramente médica se cuente con el resto de los profesionales que necesitan las personas de más edad.

**Tabla 1. Distribución de los Ingresos de las personas mayores según las CDM y la Estancia Media.**

CDM	Descripción	Nº Ingresos	Estancia Media
01	Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	23.610	13.0
02	Enfermedades y trastornos del ojo	15.245	3.4
03	Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta	5.346	10.4
04	Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio	43.190	11.9
05	Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio	63.861	10.7

06	Enfermedades y trastornos del sistema digestivo	35.596	10.9
07	Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas	21.121	12.2
08	Enfermedades y trastornos del sistema musculoesq. y conectivo	30.888	12.7
09	Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama	7.517	9.6
10	Trastornos endocrinos, de la nutrición y el metabolismo	4.922	11.7
11	Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario	17.030	9.5
12	Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino	5.387	8.5
13	Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino	6.557	7.8
16	Enfermedades de la sangre y del sistema hematopoyético	4.196	9.1
17	Enfermedades mieloproliferativas y neoplasias poco diferenciadas	7.936	7.7
18	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.873	12.7
19	Enfermedades y trastornos mentales	1.941	18.7
20	Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas	139	12.0
21	Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas	2.276	11.3
22	Quemaduras	212	19.0
23	Otros contactos con los servicios de salud	1.803	8.8
24	Infecciones por VIH	64	15.9
25	Traumatismos múltiples	237	17.1

(Excluidas las CDM 14 y 15: embarazo y periodo neonatal)

**Tabla 2. Diagnóstico principal de ingreso más frecuente en la personas mayores de 65 años, distribución por grupo de edad y sexo.**

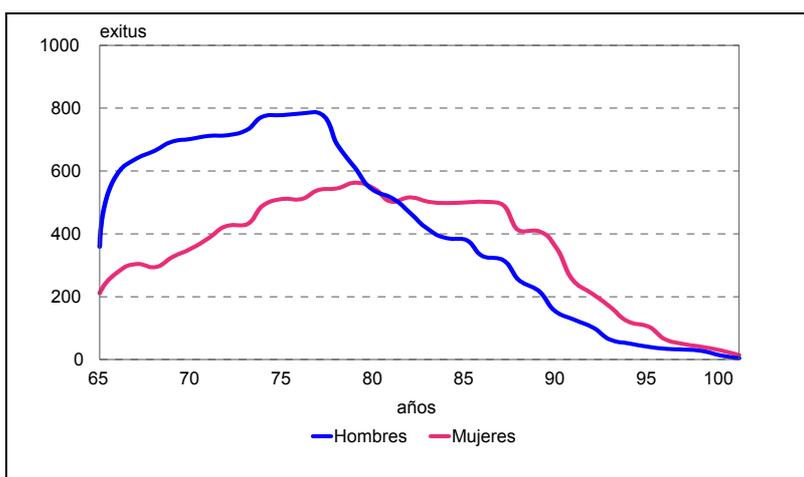
CIE-9-MC	Diagnóstico	Nº	Hombre		Mujer	
			65-74	> 75	65-74	> 75
428	Insuficiencia Cardíaca	13.344	2.706	2.706	2.604	4.746
491	Bronquitis Crónica	11.283	5.082	5.082		1.142
820	Fractura de Cuello de Fémur	10.708			1.640	6.379
366	Cataratas	9.898	2.474	2.474	2.582	2.419
410	Infarto Agudo de Miocardio	8.785	3.161	3.161	1.409	1.810
574	Colelitiasis	8.728	1.797	1.797	2.872	2.372
434	Oclusión Arterias Cerebrales	7.102	1.914	1.914	1.386	2.005
411	Angor inestable	6.722	2.430	2.430	1.528	1.143

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

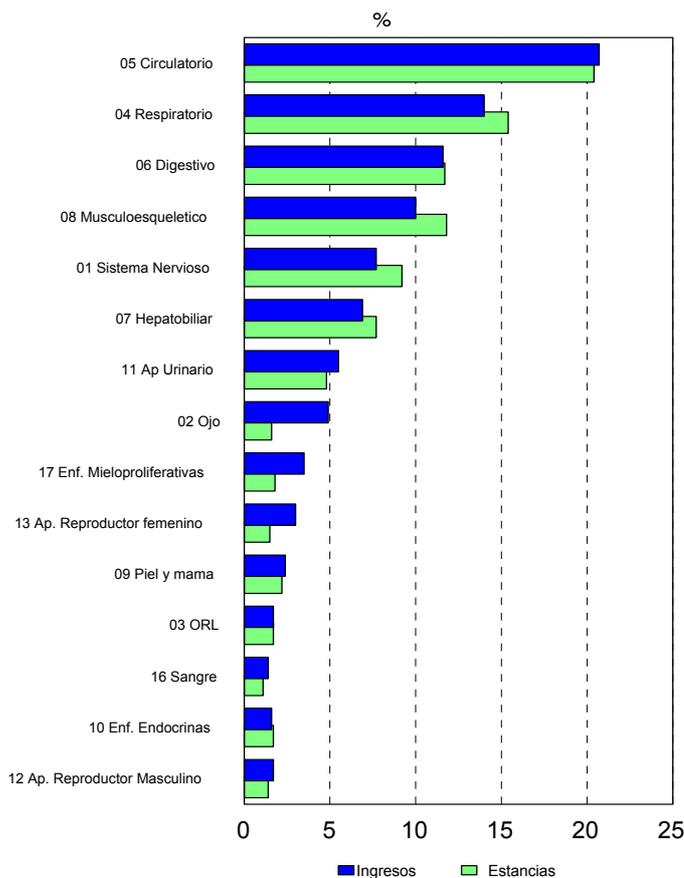
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

486	Neumonía, organismo no identificado	6.407	1.675	1.675	838	1.622
715	Osteoartritis	5.025	977	977	2.888	
188	Neoplasia Maligna de Vejiga	4.982	2.571	2.571		
250	Diabetes	4.733	1.133	1.133	1.193	1.387
427	Disritmias Cardiacas	4.705	1.282	1.282	1.085	1.211
550	Hernia Inguinal	4.484	2.609	2.609		
V58	Ingreso para Quimioterapia	4.423	1.992	1.992	1.273	
996	Complicaciones Proced. Quirúrgicos	4.267	1.008	1.008	1.388	1.089
413	Angina de Pecho	3.728	1.216	1.216	919	
414	Cardiopatía Isquémica Crónica	3.718	1.843	1.843	884	
577	Enfermedades del páncreas	3.664				1.047
600	Hipertrofia de próstata	3.528	2.273			

**Figura 1. Morbilidad hospitalaria de las personas mayores en función de la edad y sexo Andalucía 1998-1999**



**Figura 2. Porcentaje de casos y estancias por CDM de las personas mayores Andalucía 1998-1999**



## Mesa Redonda (Español): Gestión de cuidados B

Díaz Blanco, A., Cazorla Vicente, A. I.; Bueno Pous, K.; Cristóbal López, E.; Maqueda Blasco, J.; Rodríguez Ortiz de Salazar, B.: *Estrés en el trabajo, un problema de salud en la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo: la situación de España en Europa*

### Introducción

El conocimiento de los fenómenos de salud que afectan a la población trabajadora y de sus factores condicionantes, constituye la base para la formulación y desarrollo de políticas preventivas.

La Comunicación de la Comisión Europea sobre una nueva Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (ECSST) (1) orienta la política europea a promover el "bienestar físico, moral y social en el trabajo", medido no sólo sobre la base del accidente de trabajo y la enfermedad profesional y, apunta además, nuevos retos derivados de: (I) fenómenos demográficos como envejecimiento, inmigración, género, etc., (II) derivados del mercado de trabajo y estructura productiva: predominio del sector servicios, pequeña empresa, trabajadores autónomos y temporalidad laboral, (III) el cambio en el perfil de exposición a riesgos hacia un mayor protagonismo de las condiciones ergonómicas y psicosociales u organizativas del trabajo: autonomía, participación información, etc., y (IV) un perfil emergente de problemas de salud derivados de esta exposiciones.

La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EECT) como instrumento homogéneo de monitorización permite el contraste de indicadores y por lo tanto establecer un "benchmarking" que contribuya a salvar desigualdades en materia de Salud en el Trabajo.

El presente estudio, analiza el *estrés en el trabajo como problema de salud en la estrategia europea de Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en cuenta la situación de España en Europa* y cuyo objetivo es identificar tanto los problemas de salud en el trabajo de la población trabajadora española como los aspectos de las condiciones de trabajo a los que debemos prestar mayor atención por presentar resultados mejorables con respecto a nuestro entorno europeo.

### Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos : (i) Conocer la diferente prevalencia del estrés percibido en el trabajo entre la población española y la europea. (ii) Conocer la distribución de los factores relacionados con el estrés, estrés percibido y satisfacción en el trabajo en la población trabajadora española y europea e (iii) Identificar los factores mejorables en nuestra población trabajadora con respecto a nuestro entorno europeo.

### Material y métodos

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

La Fundación Europea para la mejora de las condiciones de Vida y de Trabajo realiza cada cinco años una encuesta (EECT) en los quince Estados Miembros de la Unión Europea, con el fin de analizar las condiciones y la calidad de vida en el trabajo de la población trabajadora europea. Su primera edición fue en 1990 y la última disponible corresponde al año 2000, sobre cuyos datos se ha realizado el presente estudio.

La edición correspondiente al año 2000 (2) se realizó sobre una muestra representativa de la población trabajadora europea incluyendo tanto trabajadores por cuenta ajena como trabajadores por cuenta propia o trabajadores autónomos y trabajadores extranjeros. Se excluyen la población jubilada, desempleada y estudiante.

La muestra estudiada es de 21.703 trabajadores de la UE distribuida en, alrededor de 1.500 trabajadores por Estado Miembro salvo excepción de Luxemburgo, país al que le corresponde una muestra de 500 trabajadores.

El error muestral de la Encuesta, es de 0,67 % para el total de la muestra y 2,58% para la muestra obtenida en España.

Se analizan, siguiendo el modelo de Karasek, aquellos ítems que tienen relación directa con el estudio de los factores estresores (demanda, control, apoyo): Autonomía espacial y operacional y organización de la tarea, jornada laboral y tiempo de trabajo, ritmo de trabajo y características de la tarea, apoyo para el desarrollo de la tarea, estrés percibido, participación del trabajador y nivel de satisfacción en el trabajo.

Se han contrastado los datos registrados en España con los que arrojan los países de la Unión Europea, considerando, ambas, como dos muestras independientes y realizando un test paramétrico de hipótesis de dos proporciones para muestras independientes con corrección por continuidad, para  $H_0: p_1 = p_2$  y certidumbre del 95% ( $p < 0,05$ ) (3).

### Resultados

El análisis de la Encuesta no evidencia una diferencia significativa de la prevalencia del estrés percibido en ambas poblaciones trabajadoras (Gráfico 1).

La percepción del estrés puede estar determinada por la coexistencia de factores de carga mental y factores que podemos denominar como "protectores" entre ellos, el nivel de autonomía del trabajador, el apoyo de los compañeros, medidas de organización del trabajo y el grado de participación de los trabajadores.

La distribución de los factores de carga mental evidencia una diferencia significativa entre ambas poblaciones (Gráfico 2), siendo superior en la población Europea, en este mismo gráfico se puede observar que factores protectores (apoyo de otros compañeros, rotación de tareas y trabajo en equipo) se dan con mayor frecuencia en la población europea.

En el análisis de la distribución de los factores estresores, se obtuvieron los siguientes resultados:

La *tabla 1* muestra los resultados referentes a los distintos aspectos relacionados con el grado de autonomía del trabajador en el desarrollo de su trabajo: ritmo, orden, método, pausas, etc. En ambas poblaciones predomina la autonomía operacional (ritmo, método y orden) frente a la espacial (vacaciones, pausas y horario).

El estudio diferencial pone de manifiesto que en todos los aspectos analizados los trabajadores europeos disponen de un mayor nivel de autonomía que los españoles,

Los datos relativos a la posibilidad de realizar comentarios o sugerencias relativas a las condiciones de trabajo y la eficacia de los mismos (tabla II) pone de manifiesto que, de forma significativa, el trabajador europeo tiene más posibilidades de participación que el trabajador español, en este mismo sentido en la empresa europea existen preestablecidos, de forma más frecuente, canales formales de participación, el papel tanto de representantes sindicales como de expertos externos a la empresa es mayor en Europa que en nuestro país.

En lo que se refiere a la atención de estas sugerencias, en Europa con mayor frecuencia conducen a mejoras en el puesto de trabajo, organización del trabajo y modificaciones en el centro de trabajo.

El indicador global de satisfacción en el trabajo, pone de manifiesto diferencias significativas entre ambas poblaciones en lo que se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo. La población europea se polariza hacia las categorías "muy satisfecho" y "moderadamente satisfecho" y la población española hacia las categorías "moderadamente satisfecho" y "no muy satisfecho".

### Discusión

Con respecto a la distribución de los factores relacionados con la *carga mental*, entre los trabajadores europeos se identifica, significativamente, una mayor frecuencia de factores estresores como: tiempo insuficiente para realizar la tarea, necesidad de adquirir nuevos conocimientos, mayor complejidad de la tarea y ritmo de trabajo más intenso.

El trabajador europeo recibe mayor apoyo de compañeros, rota de forma más frecuente de tarea y trabaja más frecuentemente en equipo.

A pesar de que los factores estresores son más frecuentes en Europa la percepción de estrés no es superior a la referida por los trabajadores españoles, esto puede ser debido a que en la sociedad del trabajo Europea se da, de forma significativa, una mayor frecuencia de factores protectores.

El nivel de autonomía, como componente del control del trabajador en el desarrollo de la tarea se ha identificado como factor asociado con el nivel de satisfacción en el trabajo (4), con el estrés (5), con un menor absentismo (6), una menor morbilidad percibida (7) y con la adopción de hábitos tóxicos (8). Este factor de autonomía de los trabajadores europeos suponen también un elemento diferenciador con respecto a las condiciones de trabajo en España. La posibilidad del trabajador español de decidir e influir sobre el ritmo, método y orden del trabajo es inferior a la posibilidad del trabajador europeo.

En lo que se refiere al nivel de autonomía espacial se puede apreciar una gran diferencia entre Europa y España, el trabajador europeo dispone de mayor autonomía, pudiendo flexibilizar el horario y elegir sus pausas y descansos.

La importancia de la participación del trabajador en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo hace que sea un tema integrado en políticas nacionales e internacionales (*Estrategia Global de Salud Laboral para todos*, OMS) (9). La implicación de los trabajadores en la planificación y organización del trabajo está relacionado con una mayor satisfacción en el trabajo y un menor nivel de estrés (10). Los datos que se desprenden del análisis ponen de manifiesto que la empresa española ofrece menos posibilidad de participación a los trabajadores que en la empresa europea. En Europa el proceso de participación está más estructurado o institucionalizado, existiendo canales formales de participación, el resultado de esta participación estructurada puede explicar el hecho de que en Europa sea más eficaz, conduciendo con mayor frecuencia a mejoras tanto en el centro de trabajo, puesto y organización de la empresa. La corrección de estos factores contribuirán a incrementar, en nuestra población trabajadora, el nivel de satisfacción en el trabajo, en la actualidad por debajo de la satisfacción del trabajador europeo.

## Bibliografía

- (1) Comunicación de la Comisión Europea COM (2001) 313 final de 20 de junio de Políticas Sociales y de empleo. Un marco para invertir en calidad.
- (2) Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2000. Disponible en: <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN> Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Third European Survey on Working Conditions.pdf
- (3) A. Martín Andrés y J.de D. Luna del Castillo, Bioestadística para Ciencias de la Salud 3ª edición, ediciones Norma Madrid 1990
- (4) Sadler-Smith E, El-Kot G y Leat M, Differentiating work autonomy facets in a non- Western context, Journal of Organizational Behavior 2003; 24: 709-731.
- (5) Soderfeldt M, Soderfelt B y Warg L.E, Burnout in Social Work, Social Work 2004; 40: 638- 646.
- (6) Vaananen A, Toppinen-Tañer S, Kalimo R, Mutanen P, Vahtera J y Peiro JM, Social Science and Medicine 2003; 57: 807- 824.
- (7) Wiholm C, Arnetz B.B., Musculoskeletal symptoms and Headaches in VDU Users a psychophysiological study, Work and Stress 1997; 11: 239-250.
- (8) Greenberg E.S., Grunberg L, Work alienation and problem alcohol behavior, Journal Health and Social Behavior 1995; 36: 83- 102.
- (9) World Health Organization, Global Strategy on occupational health for all, Ginebra 1995.
- (10) Kenny, D.T., & Cooper, C.L. (Guest Editors) (2003). Special Edition: "Occupational stress and its management" International Journal of Stress Management, 10, 4, 275-27

**Tabla I : Distribución en % del tipo de autonomía del trabajador sobre distintos aspectos del trabajo**

AUTONOMÍA DEL TRABAJADOR	ESPAÑA (%)	EUROPA (%)	P< 0,05
Elegir o cambiar el ritmo de trabajo.	64,2	69,6	*
Elegir o cambiar el método de trabajo.	61,4	70,1	*
Elegir o cambiar el orden de las tareas.	58,6	64,1	*
Elegir cuando disfrutar días libres y vacaciones.	43,5	56,0	*
Elegir la pausa en el trabajo.	56,3	60,5	*
Variar horario de trabajo.	29,8	44,2	*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta Europea de Condiciones de Trabajo año 2000 para la Mejora de Condiciones de Vida y de Trabajo.

**Tabla II: Frecuencias en % de la posibilidad de participación en diferentes aspectos relativos a las condiciones de trabajo.**

PARTICIPACIÓN, SUGERENCIAS SOBRE SEGURIDAD Y SALUD	ESPAÑA (%)	EUROPA (%)	P<0,05
Posibilidad de hacer comentarios sobre las condiciones de trabajo en general.	67,9	73,3	*
Posibilidad de realizar comentarios sobre la organización cuando se producen cambios	61,9	71,0	*
Estos comentarios se producen con sus compañeros	87,5	90,5	*
Estos comentarios se producen con sus superiores	69,1	83,2	*
Estos comentarios se producen con representantes sindicales	31,7	43,6	*
Estos comentarios se producen con expertos externos	18,5	24,6	*
Estos comentarios se producen de forma regular	46,5	50,6	*
Estos comentarios se realizan con procedimientos formales	16,8	44,9	*
Estos comentarios conducen a mejoras en el puesto de trabajo	68,9	74,8	*
Estos comentarios producen mejoras en el centro de trabajo	50,5	57,8	*
Estos comentarios conducen a mejoras en la organización de la empresa	51,8	60,2	*

Base: Total de la muestra

Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

Gráfico 1: Prevalencia del estrés percibido y nivel de satisfacción en el trabajo en España y Europa ( x 100 trabajadores )

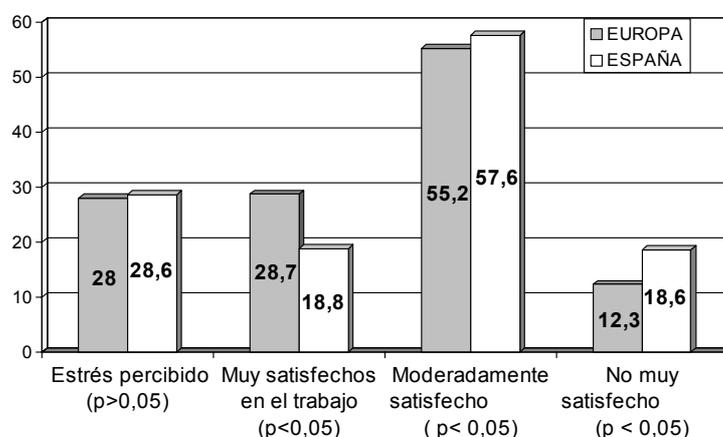
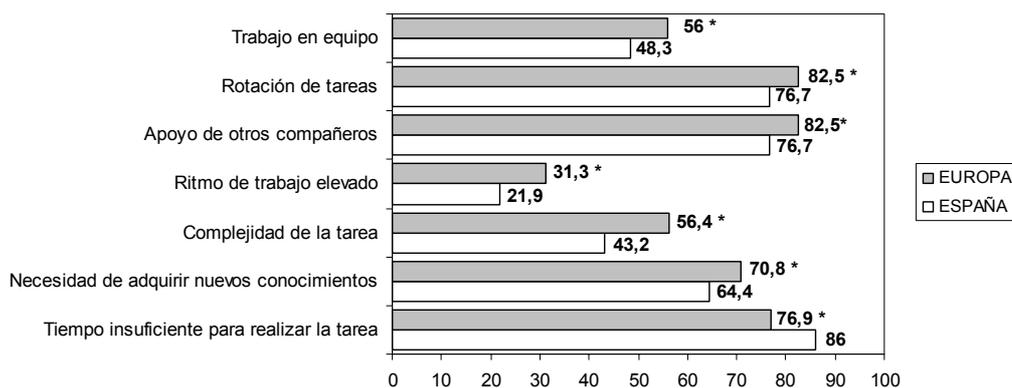


Gráfico 2 : Prevalencia de factores relacionados con la carga mental (x 100 trabajadores) (\*) p<0,05 entre España y Europa



## González- Valentín, M. A., Padín López, S., De Ramón Garrido, E.: Satisfacción del paciente con la atención de enfermería

### Introducción

La valoración de la calidad del servicio que presta un Hospital puede medirse de diferentes maneras y en relación con distintos aspectos, de hecho la literatura muestra gran número de trabajos cuyo tema es la satisfacción en el contexto sanitario (1,2,3). La satisfacción percibida por el paciente es uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan. (4,5,6).

Además de los aspectos puramente clínico-asistenciales, la satisfacción percibida por el paciente con la atención recibida durante el ingreso hospitalario, viene determinada por otros factores diferentes como los sociodemográficos y de conocimientos previos sobre el propio concepto de calidad de la atención sanitaria(7).La atención de enfermería constituye una parte fundamental del manejo clínico del paciente. (8).

Para estudiar la satisfacción percibida por los pacientes con los cuidados sanitarios ha habido un amplio desarrollo de cuestionarios (9,10).Esto mismo ha ocurrido en el contexto referido a los cuidados de enfermería, donde se han utilizado, adaptado y validado otros tantos cuestionarios (11,12). La escala SERVQUAL es un instrumento de medida diseñado para cuantificar la calidad del servicio prestado por una empresa o institución medida por la diferencia entre expectativas y percepciones y puede aplicarse a la atención de enfermería (10,13,14).

### Objetivo

Evaluar la satisfacción de los pacientes hospitalizados con los cuidados de enfermería, medida como puntuación diferencial entre expectativas y percepciones con la escala SERVQUAL y analizar las características sociodemográficas y asistenciales que la determinan.

### Material y método

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

Se realizó un estudio transversal mediante encuesta de opinión realizada por correo. Se enviaron encuestas a todos los pacientes dados de alta durante los meses de enero, mayo y octubre de 2001 y marzo y noviembre de 2002, excluyendo las unidades pediátricas y las altas menores de tres días, pasados 20 días del alta.

Se utilizó la escala SERVQUAL, adaptada a la atención de enfermería. La escala tipo Likert, incluye dos series de 22 ítems para expectativas y percepciones del paciente respecto a los cuidados deseados y percibidos, con puntuación 1 a 7, que en la versión original se agrupan en cinco dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía).

Se estudiaron variables demográficas (sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral), asistenciales (tiempo de estancia, unidad asistencial, ingresos anteriores en los dos últimos años y peso del Grupo Diagnóstico Relacionado (GDR). Así mismo, se incluía un cuestionario adicional con 9 ítems, puntuados como sí/no, relativo a las experiencias de los pacientes con los cuidados de enfermería y con la satisfacción general con el hospital.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las características psicométricas de la escala SERVQUAL se establecieron por su fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach) y validez de constructo (convergente y análisis factorial exploratorio).

Las variables determinantes de la puntuación SERVQUAL se analizaron mediante ANCOVA, incluyéndose como factores o covariables sus características sociodemográficas y asistenciales.

### **Resultados**

Se enviaron 10299 encuestas a las que respondieron 2310 (22.4%) pacientes (primer año: enero 2304 envíos y 493 respuestas (21.4%); mayo 2420 envíos y 702 respuestas (29%), incrementado este período un 8% por doble envío; octubre 2082 envíos y 449 respuestas (21.6%). Segundo año: marzo 1738 envíos y 361 respuestas (20.8%); noviembre 1755 envíos y 305 respuestas (17.4%).

La muestra de pacientes que respondieron a la encuesta presentaba sólo ligeras diferencias con respecto a la de los que no respondieron. Respecto a las características de los pacientes que respondieron a la encuesta, no había diferencias importantes entre los cinco períodos del estudio.

Había un predominio de mujeres 1361 (59.5%), frente a los hombres 926 (40.5%). La tercera parte de los pacientes eran jubilados y algo menos estaban activos 675 (29.8%) ó eran amas de casa 507 (22.4%); un pequeño grupo estaba en el paro 231 (10.2%) o cursando sus estudios 63 (2.8%). Casi la tercera parte tenían estudios medios o primarios y casi la sexta parte de los pacientes no tenían estudios o habían cursado estudios superiores. La forma de ingreso más habitual fue por urgencia. Las tres unidades de ingreso recibieron un porcentaje similar de respuesta de pacientes (Servicios Médicos, 654 (33.0%), Servicios Quirúrgicos, 710 (35.8%) y Servicio de Obstetricia y Ginecología, 620 (31.3%). La edad media fue de  $49.3 \pm 19.3$  años y habían tenido una media de  $2.0 \pm 2.2$  ingresos hospitalarios previos. La estancia media fue de  $10.5 \pm 11.0$  días. Por último, el peso medio del GRD de los pacientes fue de  $1.9 \pm 3.16$ , con un rango entre 0.14 y 35.5 (tabla 1).

### **Fiabilidad y validez**

La fiabilidad de la escala global SERVQUAL fue buena (alfa de Cronbach, 0.90) y algo menor para las distintas dimensiones (0.66 a 0.81). La validez convergente de la escala se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación SERVQUAL y las respuestas del cuestionario adicional sobre valoración de la atención de enfermería (0.57 para la variable suma de puntuación de ítems referentes a enfermería y valoración general del hospital (0.41 y 0.39).

El análisis factorial de la escala se llevó a cabo por el método de componentes principales. Este análisis mostró que la escala podía agruparse en tres factores cuyos autovalores explicaban un 53.6% de la varianza. No se pudo reproducir la estructura original en cinco dimensiones de la escala. Por lo que se decidió considerar como única medida de la satisfacción de los pacientes la puntuación diferencial SERVQUAL global con los 22 ítems y comparar estos resultados con los obtenidos en la puntuación diferencial SERVQUAL global con sólo los 18 ítems que hacían referencia específica al papel de enfermería (excluyendo los 4 ítems 1,2, 4 y 19 no referidos a enfermería).

### **Puntuaciones diferenciales de la escala.**

Las medias de las puntuaciones diferenciales (entre percepciones y expectativas) obtenidas por los pacientes en los 22 ítems de la escala SERVQUAL muestran que la puntuación más baja (-2.18) corresponde al ítem número 2, relativo a la valoración de lo acogedores que son los lugares de uso público del hospital. El único ítem con valoración positiva (0.09), ítem 20, refiere a la consideración sobre la buena atención personalizada del personal de enfermería. Los ítems número 4 (valoración de materiales informativos) y 10 (explicaciones proporcionadas sobre el tratamiento por parte del personal de enfermería) también fueron valorados de forma negativa (-1.18 y -1.16, respectivamente).

En relación a las dimensiones, la peor puntuación fue la correspondiente a la dimensión tangibilidad (-1.04) y la mejor, la de la dimensión fiabilidad (-0.52). La puntuación diferencial global de la escala SERVQUAL (-0.74) fue igual a la puntuación ponderada (-0.74) (tabla 2). El coeficiente de correlación intraclase entre expectativas y percepciones fue de 0.49 (IC95%: 0.44 a 0.53;  $p < 0.0001$ ), lo que traduce un acuerdo modesto entre ellas.

Las respuestas de los pacientes a las preguntas del cuestionario adicional muestran alta aceptación del personal de enfermería y del propio hospital. Más del 90% de los pacientes daban respuestas afirmativas a las preguntas planteadas. Por otra parte, los pacientes informan que distinguen entre la enfermera y auxiliar de enfermería. No obstante, sólo el 44.9% de los pacientes conocía el nombre de su enfermera.

### **Factores determinantes de la puntuación diferencial SERVQUAL.**

El análisis de ANCOVA mostró que la puntuación diferencial SERVQUAL global con sólo 18 ítems se asociaba, de manera significativa, a una mejor valoración del hospital en general y al hecho de conocer el nombre de la enfermera que había atendido al paciente. Por otra parte, las mujeres y los pacientes con niveles de estudios superiores eran los que se mostraban más insatisfechos con la atención de enfermería.

Otras variables incluidas en dicho modelo, tal como el producto hospitalario, expresado como peso del GRD, tampoco mostraron significación estadística. El modelo final de ANCOVA explicó un 20.5% de la variabilidad de la puntuación diferencial SERVQUAL global generada con 18 ítems. La valoración general del hospital explicaba el 15.3% de la satisfacción con la atención de enfermería y el hecho de conocer el nombre de la enfermera que atendía al paciente, un 3% adicional (tabla 3).

### **Discusión**

La satisfacción de los pacientes ingresados en nuestro hospital con la atención de enfermería, medida como la diferencia entre sus expectativas y sus percepciones, es razonablemente alta.

La escala SERVQUAL utilizada para medir la satisfacción con la atención de enfermería es fiable y aceptablemente válida, aunque no se ha podido reproducir en nuestra muestra la estructura en cinco dimensiones que describieron sus autores 16. (10)

La tasa de respuesta coincide con estudios de nuestro entorno (22.4%) en los que las cifras oscilaban de 14% y 35% (4,15,16).

Durante los dos años del estudio no se han producido cambios importantes, ya que no se detectaron diferencias relevantes en ninguna de las variables evaluadas (características de los sujetos o de las respuestas a la encuesta) en los cinco cortes realizados.

Las características de los pacientes que respondieron a la encuesta y las de aquellos que no lo hicieron fueron similares y las pequeñas diferencias observadas correspondieron a variables que no influyeron en la valoración final de satisfacción del paciente.

La satisfacción global de los pacientes con la atención de enfermería en términos de puntuación diferencial SERVQUAL global es aceptable (-0.74), pero como es lógico mejorable, en la medida en que cuanto más negativa sea la puntuación SERVQUAL, más serias son, desde la óptica de los pacientes, las deficiencias en la calidad del servicio.

Los ítems peor valorados son los incluidos en la dimensión tangibilidad, indicando que el hábitat del centro es poco acogedor, así como la información escrita disponible se considera que no es buena y la información que proporcionaba la enfermera sobre las pautas del tratamiento. Este aspecto puede ser importante y debería mejorarse, como indican otros autores que enfatizan la importancia que tiene para el paciente recibir, por parte de enfermería, una adecuada información sobre su tratamiento, y relacionan la carencia de dicha información con una escasa capacidad de las enfermeras para proporcionarla o una falta de predisposición por lo que significa de sobrecarga de trabajo(17,18).

Sin embargo, la presencia del personal de enfermería parece muy aceptable (-0.11). Por otro lado, habría que destacar el único ítem que obtiene puntuación positiva, referido a la atención personalizada que aprecia el paciente por parte de enfermería.

Los factores que determinaron el nivel de satisfacción de los pacientes ingresados en nuestro Centro depende especialmente del sexo del paciente, de su formación académica, de la valoración que hacen del hospital en su conjunto y del conocimiento personalizado de enfermería, expresado como el hecho de conocer el nombre de la enfermera que les atendía. Las mujeres con mayor nivel educativo, que estaban insatisfechas con la atención general del hospital y que no conocían el nombre de su enfermera eran las que mostraban un nivel más bajo de satisfacción con la atención recibida por enfermería. Por el contrario la edad, la situación laboral, el número de ingresos previos en el Hospital, la época del año, el tipo de ingreso, el Departamento del Hospital donde estuvo ingresado el paciente, el tiempo de estancia y el peso del GDR (indicador del producto hospitalario), no influyeron en la satisfacción del paciente.

#### **Conclusión**

En conclusión, las encuestas de satisfacción dan respuestas y orientan a las enfermeras sobre los cuidados que proporcionan. La escala utilizada puede ser un método válido y reproducible para valorar la satisfacción de los pacientes ingresados en un hospital. La realización periódica de encuestas es aconsejable en la medida en que ponen de manifiesto la percepción de los pacientes sobre nuestros cuidados.

En cuanto a los factores que se han mostrado determinantes de satisfacción, algunos serían más susceptibles de modificar como mejorar la información de las enfermeras sobre las pautas de tratamiento y formalizar la presentación de las enfermeras en el primer contacto con el paciente como la persona que les atenderá. Otros factores son menos susceptibles de modificación como los que se refieren a las características de los pacientes que se han mostrado más exigentes en la calidad de servicio, lo que puede indicar un subgrupo de ellos sobre los que hay que actuar de forma especialmente dirigida para conseguir una mayor satisfacción con el servicio recibido. Intervenir sobre aquellos factores que son modificables, como actualizar a las enfermeras en habilidades de comunicación, mejorar el servicio general del hospital y atender especialmente a aquellos pacientes con más exigencias en la calidad del servicio debe mejorar la satisfacción con la atención sanitaria proporcionada por enfermería en nuestro Centro.

#### **Bibliografía**

1. Duch Subirats O, Predes Saura J, Montoya Roldán P, Casellas López P. El ciclo de calidad aplicado al análisis del nivel de satisfacción del usuario en un área básica de salud. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:651-660.
2. Quintana JM, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos. *Gac. Sanit* 1999;13(1):38-45
3. Hendriks AAJ, Vrieling MR, Smets EMA, Van Es SQ, De Haes JCJM. Improving the assessment of inpatients' satisfaction with hospital care. *Med Care* 2001; 39(3): 270-283
4. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Supl 3):26-33
5. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcaraz Iglesias M, Pereira Becerra F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clín* 2001; 11(4):146-159.
6. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorezo S, Ignacio E et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos?. Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit* 2000;14(4):291-293.
7. Christina Foss. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sci* 2002; 16:19-26
8. Beck KL and Larrabee JH. Measuring patients' perception of nursing care. *Nursing Management* 1996; 27:32-34.
9. Hiidenhovi H, Laippala P, Nojonen K. Development of a patient-orientated instrument to measure service quality in outpatient departments. *J Adv Nurs* 2001; 34(5):696-705.
10. Valarie A. Zeithaml, A Parasuraman, Leonard L. Berry. Calidad total en la gestión de servicios Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. The Free Press, 1990. A Division of Macmillan, inc. USA. Edición Díaz de Santos, S.A. 1993. Madrid.
11. Cufiádo Barrio A, Bernardo García C, Rial Cereijo C, García López F. Spanish validation of an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *Journ Nurs Care Qual* 2002;16(3):13-23.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

12. Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL, Holmberg S, Schultz AW. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in Nursing & Health* 2001; 24: 506-517.
13. Scardina SA. SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Care Qual* 1994;8(2):38-46.
14. Özge U. Patient satisfaction with nursing care at university hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual* 2001; 16(1):24-33.
15. Cabrero García J, Richart Martínez M, Reig Ferrer A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clín* 1995; 5(5):190-198
16. Mira JJ, Bull JA, Rodríguez-Marín JJ, Aranaz Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11 (4):176-189.
17. Johansson P, Olèni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci* 2002; 16:337-344

Tabla 1. Características sociodemográficas y de relación con el centro de los 2312 pacientes que respondieron a la encuesta.

Variable	Valor
Sexo n(%)*	
Hombre	926 (40.5)
Mujer	1361 (59.5)
Situación laboral n(%)*	
Activo	675 (29.8)
Jubilado	787 (34.8)
Amo/a de casa	507 (22.4)
Parado	231 (10.2)
Estudiante	63 (2.8)
Nivel de estudios n(%)*	
Sin estudios	365 (16.2)
Primarios	731 (32.3)
Medios	758 (33.5)
Superiores	406 (18.0)
Tipo de ingreso n(%)*	
Urgente	1559 (67.4)
Programado	463 (20)
Unidad Asistencial	
Servicios Médicos	654 (33.0)
Servicios Quirúrgicos	710 (35.8)
Ginecología-Obstetricia	620 (31.3)
Edad en años, x ± de (rango)	49.3 ± 19.3 (1-94)
Ingresos hospitalarios previos, x ± de (rango)	2.0 ± 2.2 (0-40)
Estancia en días, x±de (rango)	10.5 ± 11.0 (3-145)
Peso GDR, x±de (rango)	1.9 ± 3.1 (0.14-35.5)

\* En el caso de que la suma de pacientes no coincida con el total de encuestas recibidas, significa que existen datos perdidos.

## TABLA 2

### LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería. 17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Puntuación diferencial SERVQUAL	Media	Desv Típ.
def1-Aspecto moderno del hospital.	-0,62	2,23
def2-Instalaciones físicas acogedoras.	-2,18	2,17
def3-Enfermeras con buena presencia física.	-0,08	1,69
def4-Buena información escrita.	-1,18	2,05
def5-Enfermería cumple lo prometido a tiempo.	-0,18	1,71
def6-Enfermería se interesa por resolver problemas.	-0,24	1,53
def7-Enfermería realiza el trabajo a la primera.	-0,44	1,66
def8-Enfermería cumple sus promesas.	-0,96	1,74
def9-Enfermería y hospital mantienen historia clínica.	-0,76	1,44
def10-Enfermería explica los tratamientos.	-1,16	2,04
def11-Enfermería da cuidados con prontitud.	-0,78	1,63
def12-Enfermería está dispuesta a ayudar.	-0,59	1,38
def13-Enfermería no está demasiado ocupada para ayudar.	-0,62	1,95
def14-Enfermería inspira confianza.	-0,76	1,49
def15-Pacientes deben sentirse seguros en el entorno.	-0,72	1,54
def16-Enfermería siempre es cortés con los pacientes.	-0,63	1,60
def17-Enfermería tiene conocimientos para responder preguntas.	-0,61	1,66
def18-Enfermería da atención individual.	-0,72	1,87
def19-Horario de visita adecuado para pacientes y familiares.	-0,87	2,48
def20-Enfermería atiende de forma personalizada	0,09	1,72
def21-Enfermeras velan por los intereses de los pacientes.	-0,72	1,60
def22-Todo el personal entiende necesidades específicos de pacientes.	-0,42	1,96
Puntuación diferencial de tangibilidad	-1,04	1,43
Puntuación diferencial de fiabilidad	-0,52	1,16
Puntuación diferencial de respuesta	-0,79	1,38
Puntuación diferencial de seguridad	-0,69	1,24
Puntuación diferencial de empatía	-0,54	1,38
Puntuación diferencial final con 22 ítems	-0,73	1,05
Puntuación diferencial final con 18 ítems	-0,58	1,10

Tabla 3. Variables predictoras que se mostraron relacionadas con la puntuación diferencial SERVQUAL obtenida por los pacientes del estudio.

Variable predictor &	Puntuación SERVQUAL 18# x (IC95%)	Eta2	p
Ítem final 3*:			<0.001
No	-1,54 (-1.67;-1.42)	0.030	
Si	-1,20 (-1.33;-1.06)		
Ítem final 9**:			<0.001
No	-2,31 (-2.53;-2.09)	0.151	
Si	-0,45 (-0.51;-0.40)		

Sexo:			<0.001
Hombre	-1,28 (-1.41;-1.15)		
Mujer	-1,48 (-1.61;-1.36)	0.010	
Nivel de estudios***:			0.019
Sin estudios	-1,29 (-1.45;-1.12)		
Primarios	-1,34 (-1.48;-1.20)		
Medios	-1,36 (-1.49;-1.22)		
Superiores	-1,55 (-1.70;-1.39)	0.007	
<p>&amp; En el modelo de ANCOVA se incluyeron también las siguientes variables que no mostraron significación con ninguna de las dos puntuaciones SERVQUAL referidas: Item 1 (¿diferencia entre enfermera y auxiliar de clínica?), Item 2 (¿enfermeras y auxiliares tienen la misma responsabilidad?), Item 8 (¿recomendaría este hospital a un amigo o familiar?), Situación laboral (activo, parado, estudiante, ama/a de casa, parado), Servicio de ingreso (Médico, Quirúrgico- Obstétrico-Ginecológico), Período del estudio (Enero01, Mayo01, Octubre01, Marzo02, Noviembre02), Tipo de ingreso (urgente, programado), peso del GRD, tiempo de estancia en días, edad del paciente y número de ingresos previos en el hospital.  # La puntuación SERVQUAL 18 excluía los items 1, 2, 4 y 19, que no hacían mención específica al papel de la enfermería. (Eta2: El coeficiente de determinación del modelo global: 0.205.)  *¿Conocía el nombre de su enfermera?  **Si tuviera algún problema, ¿le gustaría ser atendido en este hospital?  *** Los sujetos con estudios superiores se mostraron significativamente más insatisfechos cuando se aplicó la corrección para múltiples comparaciones de Bonferroni en el modelo univariante. Con la interacción sexo-nivel de estudios del modelo multivariante seleccionado, las mujeres con nivel de estudios superiores eran las que se mostraban más insatisfechas (-1,72; IC95%: -1.89;-1.54)</p>			

## **Albar Marín, M. J.: Análisis de los Factores Psicosociales Asociados a la Prevención del Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería Hospitalaria. Resultados preliminares**

### **Introducción**

La perspectiva psicosocial explica el síndrome de burnout (SB) como la consecuencia negativa del desajuste entre la percepción estresante de las demandas laborales y los recursos necesarios para afrontarlas. Es descrito como un síndrome psicológico caracterizado porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja. Estos síntomas han sido denominados respectivamente baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización (1).

En la investigación que ha analizado este síndrome entre los profesionales de enfermería hospitalaria, faltan estudios que estén orientados por modelos ecológicos que integren factores organizacionales, individuales y grupales.

Partiendo de un enfoque interaccionista y transaccional, en la presente comunicación se exploran los efectos de dos tipos de recursos para el afrontamiento del estrés y prevención del burnout, el apoyo social y el empowerment psicológico intrapersonal, y de determinadas características organizacionales del contexto laboral.

El apoyo social representa un conjunto de procesos emocionales, cognitivos y comportamentales que ocurren en las relaciones personales que proporcionan ayuda y facilitan un afrontamiento adaptativo (2).

Dos modelos se han probado para describir los mecanismos de actuación del apoyo social sobre el estrés laboral: el modelo del efecto directo o principal y el modelo buffer o amortiguador, obteniéndose resultados inconsistentes (3,4). Recientes revisiones han sugerido que la naturaleza de los efectos del apoyo sobre el burnout depende de la fuente de apoyo (5). Sin embargo, este es un aspecto poco tratado en el proceso del estrés laboral. La mayoría de los estudios, al considerar a los compañeros y supervisores como las principales fuentes de apoyo, no contemplan el apoyo de los familiares o amigos íntimos ajenos a este contexto, aunque este tipo de vínculo ha mostrado su adecuación para proporcionar apoyo con independencia de la naturaleza del estresor (6).

Por otra parte, el empowerment intrapersonal se ha conceptualizado en base a las dimensiones significado, competencia, autodeterminación e impacto (7,8). El *significado* es el valor que tiene la meta o propósito del trabajo, en relación a las propias ideas o estándares de los individuos. La *competencia* o autoeficacia, es la creencia de los profesionales en su capacidad para realizar las actividades con habilidad. La *autonomía* refleja la autodeterminación en el inicio y desarrollo del trabajo. El *impacto* es el grado en que el profesional puede influir estratégicamente, gestionar, o dar soluciones en su departamento o unidad de trabajo.

Estudios recientes han señalado la importancia de esta variable como mediadora de las relaciones entre estructura social y conducta individual (en nuestro estudio SB) y matizan que los individuos que perciben su entorno laboral como proveedor de oportunidades se sienten con más empowerment que aquellos que lo valoran como estructuras rígidas. Algunas características organizacionales, como el apoyo sociopolítico de los distintos estamentos, el acceso a la información sobre la organización y unidad de trabajo, el acceso a los recursos que necesitan los empleados para desempeñar sus tareas, y una cultura en la unidad de trabajo que enfatice la importancia del capital humano, han sido identificadas como generadoras de empowerment en el trabajo.(9)

### **Objetivo**

Examinar el efecto del apoyo social procedente de la red del profesional (contexto laboral y extralaboral), empowerment intrapersonal en el trabajo, y de características organizacionales en las dimensiones del SB.

### **Metodología**

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

Muestra: de un marco de referencia muestral de 200 enfermeras del Hospital Universitario Virgen Macarena, participaron 60 seleccionadas mediante un muestreo aleatorio estratificado por unidades asistenciales. Cumplían los criterios de inclusión de tener un contrato fijo o interino vacante, llevar un año trabajando en el hospital y acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Recogida de información: los participantes autocumplimentaron una batería de escalas que incluía:

*Registro de datos sociodemográficos*, que contiene variables que señala la literatura relacionadas con el proceso de estrés laboral (edad, años de experiencia profesional, género, estado civil, turno y unidad de trabajo, nº de hijos, nº de personas mayores)

*Maslach Burnout Inventory* (1), mide los sentimientos de agotamiento emocional (9 elementos), de despersonalización (5 elementos), y de falta de realización personal (8 elementos).

*Escala de Empowerment Intrapersonal y de Características Organizacionales* (8). Mide las cuatro dimensiones del empowerment intrapersonal (significado, competencia, autodeterminación e impacto) y características de la organización (apoyo sociopolítico, acceso a la información, acceso a los recursos y cultura en la Unidad).

*Adaptación de la entrevista estructurada de apoyo social* (12). Mide la cantidad y grado de satisfacción con distintos tipos de apoyo (emocional, material, informacional, para realizar actividades de ocio, para reafirmar ideas) proporcionado por fuentes procedentes del contexto laboral y extralaboral (pareja, familiares y amigos, compañeros/as, supervisores o jefes, vecinos, otras organizaciones).

Análisis de los datos: se realizó un análisis descriptivo y de correlación con el paquete estadístico SPSS 11.0

## Resultados

Características demográficas de la muestra

La edad media de la muestra es de 39,44 años (DT=7,54), con una preponderancia de mujeres (83,3%). El 60% de las enfermeras están casadas. La media de hijos es de 1,08 (DT =1,11) y, de personas mayores de ,30 (DT = 69). En experiencia profesional tiene 16,12 años (DT = 7,44) de media. El 59,7% realiza su trabajo en unidades médico/quirúrgicas, un 19,4% en Cuidados intensivos y un 21% en Urgencias. La mayoría se encuentra en turno rotatorio (61,3%).

Niveles de las dimensiones del SB en la muestra

Los porcentajes de la muestra que obtienen un nivel alto y medio en agotamiento emocional son similares (un 31,8%) mientras que el 36,4% alcanza un nivel bajo.

En la dimensión despersonalización, el 25% tiene un nivel alto, seguido de un 31,8% con un nivel medio y un 43,2% un nivel bajo.

Por último, el 22,7% presenta bajo nivel de realización personal, un 25% nivel medio y un 52,3% nivel alto.

Correlaciones entre dimensiones del SB y el resto de las variables del estudio.

En la tabla 1. se reflejan los coeficientes de correlación entre las dimensiones del SB y del apoyo social. En la tabla 2. los correspondientes a las relaciones entre empowerment intrapersonal, características organizacionales y dimensiones del SB.

## Discusión

Aunque el reducido tamaño muestral no nos permite realizar un análisis multivariante ni explorar los efectos mediadores o moduladores de las variables en estudio, con estos resultados preliminares, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

a) Las relaciones encontradas entre apoyo social y las dimensiones del burnout han sido registradas por otros autores (13) y nos sugiere su efecto protector. Por otra parte, desde su consideración multidimensional, los resultados obtenidos apoyan la necesidad de diferenciar los tipos de ayuda y su procedencia. En este sentido, algunos autores (14) lo recomiendan con el objetivo de delimitar que comportamientos y de quién son funcionalmente de ayuda.

b) Las características organizacionales también aparecen significativamente correlacionadas con el empowerment. Este resultado es consistente con la proposición de que cuando los individuos perciben su entorno laboral como proveedor de oportunidades y formado por un conjunto de elementos mutuamente reforzantes se sienten con más empowerment (9).

c) Las relación estadísticamente significativa entre empowerment y la dimensión falta de realización personal, se encuentra en la línea de otros estudios que han identificado la autonomía y el control (dimensiones del empowerment) como elementos claves de la práctica de enfermería en la organización de los llamados hospitales magnéticos (15).

## Bibliografía

- 1.Maslach,C Jackson,S.E (1986). Maslach Burnout Inventory. 20 ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
2. Sarason,B & Duck, S (2001). *Personal Relationship: Implications for Clinical and Community Psychology*. Chichester, England: John Wiley&SonsLtd.
- 3.Northrop,LM (1997). Stress, social support, and burnout in nursing home staff. *Dissertation Abstract International- Sección B: The Sciences and Engineering* Vol.57 (12B): 7738
4. Chapell,NL; Novak,M (1992). The role social support in alleviating stress among nursing. *Gerontologist*, Vol 32 (3): 351-359
5. Peeters, M.C.W y Le Blanc, P (2001). Towards a match between job demands and sources of social support: A study among oncology care providers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(1), 53-72
6. Garcia, M; Martinez, M; Albar, MJ. (2002). La elección de fuentes de apoyo social entre inmigrantes. *Psicothema*, Vol 14, nº2, 369-374
- 7.Thomas,K.W.,&Velthouse,B.A (1990). Cognitive elemnts of empowerment: An "interpretative" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15, 666-681
- 8.Spreitzer,G.M (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-1465
9. Lawler, E.E (1992). The ultimate advantage: Creating the high involvement organization. San Francisco: Jossey-Bass
- 10.Gray-Toft P, Anderson J. (1981) Nurs Stress Scale: Developmen an Instrument. *J Behav Assess* ; 3:11-23
- 11.Seara J.L y Mielgo M. (2001). EAE Escalas de Apreciación del Estrés. Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones.
12. Barrera, M. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic

13. Shaufeli W (1999). Burnout. In *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions* (Firth-Cozens J. & Payne R. eds. John Wiley & Sons Ltd, Chechester, UK)
14. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M (1992). Social support and psychological well-being in young adults: the Multidimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*; 58: 198-210
15. Havens D.S. & Aiken L.H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. *Journal of Nursing Administration* 29, 14-20

**Tabla1. Matriz de correlaciones entre dimensiones de Apoyo Social y del Burnout**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.AE	1	.47**	-.50**	-.11	-.14	-.11	-.16	-.09	-.07	-.13	-.16	-.06
2.D P		1	-.27*	-.08	-.00	-.04	-.04	-.10	-.09	-.06	-.09	-.13
3.R P			1	.25	.54**	.32*	.36**	.35**	.39**	.46**	.38**	.44**
4.AP				1	.36**	.24	.19	.12	.10	.53**	.59**	.53**
5.AF					1	.54**	.26**	.22	.23	.49**	.52**	.48**
6.A C						1	.52**	.36**	.23	.55**	.44**	.57**
7.AS							1	.60**	.54**	.62*	.51**	.64*
8.AV								1	.78**	.63**	.51**	.69**
9.A O									1	.58**	.62**	.64**
10. AE										1	.64**	.76**
11.A M											1	.62*
12. AI												1

AE = Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Falta Realización Personal; AP= Apoyo Pareja; AF= Apoyo Familia; AC= Apoyo Compañeros; AS= Apoyo Supervisor; AV= Apoyo Vecinos; AO= Apoyo Otras Organizaciones; AE= Apoyo Emocional; AM= Apoyo Material; AI= Apoyo Informativo.

\*\* p<.001

\*p<.05

**Tabla2. Matriz de correlaciones entre Empowerment Intrapersonal, Características Organizacionales, y dimensiones del Burnout.**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.AE	1	.47**	-.50**	-.41**	-.40**	-.52**	-.34**	-.23
2.DP		1	-.27*	-.35**	-.38**	-.53**	-.23	-.18
3.RP			1	.42**	.44**	.33**	.40**	.51**
4.A				1	.57**	.46**	.47**	.42**
5.AI					1	.69**	.62**	.40**

6.AR	1	.45**	.35**
7. CUL		1	.34**
8. EMP			1

AE = Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Falta Realización Personal;

A= Apoyo Sociopolítico; AI= Acceso a la Información; AR= Acceso Recursos;

CUL= Cultura Organizacional; EMP= Empowerment

\*\* p<.001

\*p<.05

### **Lobo, E., Bellido ML y grupo REPEP: Documentación de “complejidad” clínica por medio de INTERMED: un nuevo método para enfermería en la detección temprana de problemas bio-psico-sociales y de consumo de servicios**

#### **Antecedentes**

Los médicos y enfermeras de los hospitales generales están confrontándose, cada vez más, con pacientes complejos. El elevado coste de nuestro sistema sanitario ha resultado en una tendencia hacia la disminución del número relativo y absoluto de camas hospitalarias y la media de días de estancia en el hospital. Como resultado de ello, sólo los pacientes más complejos a quienes no se les puede tratar en ningún otro centro sanitario, son ingresados en el hospital donde su tratamiento está a menudo bajo importante presión desde la gestión sanitaria (1). Así pues, para esta creciente muestra de población, deberían considerarse estrategias de tratamiento tales como una coordinación de cuidados temprana, intervenciones geriátricas, y remisión a otros servicios médicos y paramédicos como psiquiatría, psicología o trabajo social (1, 2, 3).

A pesar de que, como sugiere la investigación, un entendimiento comprensivo del paciente incrementaría la efectividad de la atención sanitaria en pacientes ingresados (4), y de que se haya documentado frecuentemente en la bibliografía la efectividad de estas intervenciones, el uso de estos servicios está restringido porque no hay una estrategia de detección al ingreso adecuada (1).

Basado en la aproximación biopsicosocial de la medicina propuesta por Engel, Huyse et al. desarrollaron el método INTERMED (5, 6, 7). Éste se creó como un método para evaluar las necesidades de salud que hiciera posible proporcionar una atención sanitaria coordinada e integrada (8).

La validez de INTERMED, así como su utilidad y fiabilidad se han demostrado ampliamente en varias muestras (9, 10, 11, 12). Entre ellas cabe resaltar los pacientes de artritis reumatoide, aquellos con dolor de espalda, pacientes diabéticos, de cuidados paliativos, de enfermedades renales, etc. Si bien es considerable el número de estudios publicados al respecto, parecía oportuno validarlo en el contexto de nuestro sistema sanitario y demostrar también su validez y utilidad en el ámbito español.

En este contexto se propuso el proyecto de validación de la versión española del instrumento en una muestra de pacientes de Neumología. Habiéndose probado anteriormente su fiabilidad Inter-examinadores en una muestra de pacientes de Trasplante Hepático (13), se planteó el siguiente objetivo:

#### **Objetivo**

Documentar la “complejidad” de cuidados en pacientes médicos ingresados en un Hospital Universitario, valorado por el equipo médico mediante INTERMED..

#### **Método**

##### **-Muestra:**

Para ello se incluyeron pacientes consecutivos ingresados en la planta de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Todos los pacientes autorizaron la inclusión en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

##### **-Instrumentos:**

INTERMED es un nuevo y original método, aplicable por enfermeras estandarizadas, que permite detectar de modo temprano la “complejidad” de pacientes ingresados en el hospital general o que llegan a consultas medicas. Consiste en una entrevista estructurada que realiza la enfermera al paciente, de forma que se sintetiza información de cuatro dominios, el biológico, el psicológico, el social y el de atención sanitaria evaluados en un contexto temporal, es decir, por lo que respecta a los antecedentes, al estado actual y al pronóstico. Las variables que se puntúan influyen, según la evidencia clínica y científica, en el grado de complejidad del paciente.(5) y por tanto, proporcionan datos para poder pronosticar las necesidades de salud del mismo (14). La administración se completa en 15 o 20 minutos y permite visualizar en colores, en la historia clínica, la “complejidad” en las áreas citadas.

##### **-Procedimiento:**

Una enfermera estandarizada en el método realizó las entrevistas a ambos, pacientes (y/o familiares) y médicos. Las entrevistas se llevaron a cabo en los tres primeros días de hospitalización.

La información se codificó en formato DBASE y posteriormente, para los análisis, se volcó al programa estadístico SPSS 11.5.

#### **Resultados**

Se incluyeron en el estudio 289 pacientes. De acuerdo al sistema de puntuación del método, INTERMED documento que un 25% de los pacientes entrevistados eran “complejos”, mientras que observando las puntuaciones por cada área,

la prevalencia de "complejidad" en el área Biológica fue del 83%, cercana al 70% en el área de Atención Sanitaria y aproximadamente un 40% tenían afectadas una o ambas áreas Psicológica y Social.

#### **Conclusiones**

La valoración multidisciplinar de los pacientes ingresados en Neumología por medio de la versión española de INTERMED para enfermeras ha documentado una proporción importante de casos "complejos". La implicación clínica de este estudio esta clara, así como también las implicaciones para la organización de los equipos médicos multidisciplinarios.

#### **Bibliografía**

- (1) De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M, Van Dijck R, Mellenbergh GJ. Care Complexity in the General Hospital. Results from a European Study. *Psychosomatics*, 2001, 42: 204-212.
- (2) Huyse FJ, de Jonge P, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ. INTERMED: a tool for controlling for confounding variables and designing multimodal treatment. *Journal of Psychosomatic Medicine* 1999; 46(4):401-402.
- (3) De Jonge P, Stiefel FC, Huyse FJ. Measuring care needs and case-mix by means of the INTERMED. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23(1):43-4.
- (4) De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JPJ and Gans ROB. INTERMED-a clinical instrument for biosychosocial assessment. *Psychosomatics* 2001; 42(2): 106-109.
- (5) Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, Lobo A, Guex P, de Jonge P. Intermed: A Method To Assess Health Service Needs: Development And First Results On Its Reliability. *General Hospital Psychiatry* 1999;21:39-48.
- (6) Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Vannotti M, Spagnoli J. Intermed: An Assessment System for Case Complexity and Health Care Needs: Results on its Validity and Clinical Use. *General Hospital Psychiatry* 1999;21:49-56.
- (7) Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Latour C. Operationalizing the Biopsychosocial Model: the INTERMED. *Psychosomatics* 2001; 42(1): 5-13
- (8) De Jonge P, Latour C and Huyse FJ: Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous somatic population. *J Psychosom Res.* 52(1):25-57, 2002.
- (9) De Jonge P, Ruinmans GM, Huyse FJ, Ter Wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2003 Dec;18(12):2622-8.
- (10) Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JPJ, Lyons JS. Intermed: an integrated assessment and classification system for case complexity: Results of patients in different phases of disability due to low back pain. *Spine* 1999; 24(4):378-385.
- (11) Mazzocato C, Stiefel FC, de Jonge P, Levorato A, Ducret S and Huyse FJ. Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 19(2): 83-90.
- (12) Koch N, Stiefel FC, de Jonge P, et al. Identification of complex patients with rheumatoid arthritis and increased health care utilization. *Arthritis Care and Research* 2001; 45 (3): 216-221.
- (13) Lobo E, Bellido ML, Campos R, Saz P, Huyse FJ, De Jorge P, Lobo A. Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos. *C. Med. Psicosom*, 2003, 67-68: 89-98.
- (14) Fischer CJ, Stiefel FC, de Jonge P. Case complexity and clinical outcome in Diabetes Mellitus: A prospective study using the INTERMED. *Diabetes and Metabolism* 2000; 26(4):295-302.

## **20 de Noviembre**

### **Mesa Redonda (Bilingüe): Cuidados de enfermería en personas mayores/ Elderly Care**

**López Pisa, R. M., Colàs Taugí, M. I., Hernández Fabà, E., Rey Sotelo, A., Ruíz Jiménez, D., Padín Minaya, C., Morell Macaya, R.: Síndromes geriátricos, aspectos positivos del proceso de envejecimiento y percepción de la salud en una población mayor de 70 años atendida en un área de salud**

#### **Introducción**

Envejecer con salud y bienestar es una meta de los profesionales sanitarios y de la propia población. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (1,2), promueve pautas y estilos de vida que estimulen la vivencia de la vejez de forma activa y saludable. Además, defiende conceptos en relación a la salud como capacidad funcional, autonomía, e interdependencia --posibilidad de cuidar de uno mismo y de los demás-- como un estado que ayuda a mejorar la calidad de vida en esta etapa.

En la literatura encontramos múltiples trabajos que relacionan el envejecer con salud y nutrición, actividad física, tabaco, alcohol y prevención y control de las enfermedades crónicas, además de los referidos a longevidad y factores genéticos (3). Sin embargo, algunos autores incorporan otras variables que permiten profundizar sobre bienestar y las características que favorecen un envejecimiento saludable o exitoso (4,5). Bryant, presenta un modelo sobre envejecimiento saludable, basado en que en la vejez se hagan cosas útiles, se mantenga un equilibrio entre habilidades y retos, se disponga de recursos externos apropiados, y el anciano presente una actitud personal positiva (4). Por otro lado, la autopercepción positiva de salud ha demostrado ser un indicador de longevidad y se asocia con un envejecimiento más satisfactorio(6).

Uno de los problemas que más afecta la calidad de vida de las personas mayores es la pérdida de la autonomía y ésta a su vez se relaciona con la aparición de los conocidos síndromes geriátricos (7-9). A pesar de que la mayoría de estudios dirigen su investigación hacia los problemas y discapacidades, existen trabajos que muestran otras

necesidades como la funcionalidad, el aislamiento, las dificultades en la toma de decisiones(10) y los sistemas de afrontamiento y de adaptación a las nuevas situaciones (11).

A partir de la hipótesis de que el envejecimiento exitoso es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y está relacionado con la dieta, el ejercicio físico, la actividad mental y el mantenimiento de una vida social activa (12-14) hemos diseñado nuestro estudio con los siguientes objetivos: Conocer la prevalencia de los principales síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años e identificar los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y relacionarlos con autonomía y percepción de salud.

#### **PERSONAS Y METODOS**

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una población mayor de 70 años, atendida en el Área Básica de Salud (ABS) "Gavarrá" de Cornellà de Llobregat. El estudio formó parte del Programa de Atención a la Vejez del mencionado Equipo de Salud (15). El muestreo utilizado fue aleatorio sistemático, estratificado por Unidades Básicas de Atención (UBA). Se calculó el tamaño de la muestra según los siguientes parámetros: prevalencia = 0,5; nivel de confianza = 0,95 y precisión 0,6; resultando 267, para paliar posibles pérdidas se cogieron a 315 sujetos. Se estratificó 45 personas por cada una de las 7 UBA. Se incluyeron las personas mayores de 70 años que vivían más de 6 meses al año en el área de salud y se excluyeron los pacientes terminales, los que cambiaron de domicilio o bien rechazaron participar en el estudio.

Variables: Síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria, polifarmacia (5 fármacos o más), alteraciones de la movilidad, equilibrio y caídas frecuentes, insomnio (dormir menos de 5 horas), alteraciones visuales (pérdida de visión en el último año) y auditivas, alteraciones emocionales (tristeza y duelo), y sospecha o queja de deterioro cognitivo. Autonomía básica (AVDB) e instrumental para las actividades de la vida diaria (AVDI). Percepción de salud. Aspectos positivos del envejecimiento: capacidad para tomar decisiones, satisfacción vida previa, sentimiento de utilidad, ilusiones y aficiones.

Instrumentos: Se recogió la información a partir de la historia clínica informatizada (programa para la gestión de la historia clínica en Atención Primaria OMI-AP) y el protocolo de entrevista enfermera estandarizada "Cuestionario de valoración del anciano" según modelo de necesidades V. Henderson adaptado para valoración geriátrica básica integral. Además se usaron el Índice de Lawton y Brody para evaluar la autonomía instrumental para las AVDI, el Índice de Barthel para valorar las AVDI, la prueba de levantarse de la silla para la movilidad, la prueba del susurro para la detección de problemas auditivos. Todos los pacientes fueron valorados según dicho cuestionario y los mencionados instrumentos. En aquellos sujetos que presentaban sospecha o queja subjetiva de deterioro cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer para la valoración cognitiva y en los que se manifestaban tristes y no estaban en fase de duelo se usó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage para la detección de la misma.

Para la valoración de la percepción de salud se preguntó sobre ¿Cuál es su percepción de salud?, cuyas respuesta eran cerradas : buena, regular o mala. En cuanto a los aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento se adaptaron algunas preguntas de la entrevista semiestructurada de José M<sup>o</sup>. Bosch (16). Tanto estas preguntas como las de percepción de salud estaban integradas en el mencionado cuestionario de valoración.

El período de recogida de datos: junio 01-diciembre 02.

Análisis estadístico: Los datos se han analizado con el paquete de programas estadísticos SPSS 12.01. Se ha realizado un análisis descriptivo para todas las variables. Para la comparación de proporciones se calculó la prueba de la Ji al cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

#### **Resultados**

Se estudiaron 283 (89%) personas de las 315 que inicialmente se contactaron. El resto (32;10%) no acudieron el día de la entrevista .

La edad media fue de 78 años (DE = 6; IC 95%: 78-79). Eran mujeres el 64% (180).

De las personas estudiadas 35 (12%) estaban dentro del programa de atención domiciliaria (ATDOM).

Los principales síndromes geriátricos fueron: La incontinencia urinaria, que la padecía el 41% (115), de las cuales eran mujeres un 83% (95). Respecto a la polifarmacia el 38% (109) tenía prescritos por el facultativo más de 5 fármacos . Padecían insomnio el 24% (67). En relación con las alteraciones sensoriales, el 33% (94) presentaba alteraciones visuales. El 25% (70) tenía alteraciones auditivas, de éstos, 63 personas (22%) les resultó la prueba del susurro incorrecta. Sobre las alteraciones de la movilidad: el 12% (33) tenía patológica la prueba de levantarse de la silla; el 23% (64) el equilibrio inestable y sufrieron caídas frecuentes el 9% (25). Tenía el equilibrio inestable y a la vez la prueba de levantarse de la silla patológica el 11% (30), de los cuales 8 (3%) sufrieron caídas frecuentes. En cuanto a las alteraciones cognitivas, hubo sospecha de deterioro cognitivo y/o previo diagnóstico de demencia establecido en el 16% (46) de los casos, de los cuales el cuestionario de Pfeiffer positivo el 56% (26). Respecto a las alteraciones emocionales, el 30% (84) se sentían tristes y lloraban a menudo, de los cuales no estaban en fase de duelo por una pérdida emocional reciente el 24%(58). De éstos, se les realizó la prueba de Yesavage a 25 (43%) sujetos, de los cuáles 6 (24%) tenían una depresión establecida, 7 (28%) depresión leve y el resto obtuvieron un test normal .

Referente a la autonomía en las actividades de la vida diaria: Las personas independientes para la autonomía instrumental fueron 75 (27%), dependientes 43 (15%) y el resto precisaban cierta ayuda; Las personas con independencia básica eran 237 (84%), dependientes severos 6 (2%) y dependientes graves 3 (1%). La percepción de salud de las personas de estudio fue buena en 164 sujetos (58%), regular en 83 (29%) y mala en el 25 (9%). Sobre los aspectos positivos del envejecimiento se obtuvieron los siguientes resultados: El 76% (216) se sentían satisfechos con su vida previa, el 82% (232) se sentían útiles, 241 sujetos (85%) podían tomar las decisiones que les afectaban en sus vidas, el 74% (209) tenían aficiones y el 94% (266) tenían alguna ilusión. De estos, al 55% (157) lo que más les ilusionaba eran los hijos y los nietos, al 22% (61) los proyectos personales, al 19% (55) no empeorar y al 22% (62) otras cosas.

Al relacionar la autonomía instrumental, autonomía básica y percepción de salud con los aspectos positivos del envejecimiento, se han excluido aquellos casos en los que no constaban las respuestas en las valoraciones realizadas. Los aspectos positivos del envejecimiento se relacionan tanto con la autonomía instrumental como con la básica, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, excepto para la variable satisfacción de vida previa. La mayoría de las personas con capacidad de tomar decisiones, el sentimiento de utilidad, el tener aficiones e ilusiones la mayoría son independientes y los que no poseen dichos aspectos positivos del envejecimiento mayormente son dependientes (Tabla I y II).

Parecidos resultados se obtienen en la relación de percepción de salud y los aspectos positivos del envejecimiento. A buena percepción de salud mayor frecuencia en los aspectos positivos del envejecimiento. Al realizar el contraste de independencia con el estadístico de la Ji al cuadrado, se obtiene resultados estadísticamente significativos, no obstante, al existir frecuencias esperadas inferiores a cinco no se pueden considerar resultados válidos, y sólo podemos afirmar que existe una relación de dependencia entre estas variables mediante la observación de las frecuencias (Tabla III).

De las personas con dependencia básica tenían buena percepción de salud un 34% (12) y mala percepción de salud un 26% (9). Personas con independencia básica y buena percepción de salud un 66% (128), con mala percepción de salud un 5% (9). En el caso de la autonomía instrumental, un 40% (14) tenían una buena percepción de salud y eran dependientes, mientras que los dependientes con mala percepción de salud eran un 17% (6). Por otro lado, el 6% (11) con independencia tenían una mala percepción de salud, y un 66% (122) tenían buena percepción.

#### **Discusión**

En este trabajo se confirma una alta prevalencia de algunos síndromes geriátricos como son la incontinencia urinaria en mujeres, la polifarmacia y las alteraciones sensoriales. En relación a otros estudios existe cierta variabilidad en los resultados ya que no son comparables en cuanto al tipo de población, la edad, los problemas analizados, o los criterios establecidos (17-19). En la práctica clínica ello implica la necesidad de llevar a cabo programas de prevención primaria de la incontinencia urinaria en edades más tempranas y a su vez, programas de detección y tratamiento de los principales problemas detectados. La consideración de la polifarmacia, también pone en relevancia la importancia de la educación respecto al tratamiento farmacológico; así pues, los esfuerzos de los profesionales deberían dirigirse hacia la prescripción adecuada y la mejora del cumplimiento terapéutico.

Otro problema de salud, que coincide con otros trabajos, es la prevalencia tanto de alteraciones visuales como auditivas (18). Respecto a las alteraciones de la movilidad y el equilibrio encontramos resultados diferentes respecto a otras poblaciones, si bien cabe considerar que en nuestra población estaban incluidas las personas atendidas en domicilio y/o con problemas de movilidad (18). Un aspecto a tener en cuenta es que el criterio utilizado como caídas frecuentes es más estricto que en otros trabajos, motivo por el cual no son comparables dichos resultados (17-20).

En cuanto a los problemas emocionales, nuestro trabajo aporta el análisis y la diferenciación de los problemas relacionados con la fase de duelo de aquellos que no lo son. Ello permite reflexionar por un lado que la prevalencia de depresión puede estar sesgada por la presencia infravalorada de la fase de duelo, cuyo tratamiento requiere un abordaje específico (11), y por otro lado, que no todas las personas que manifiestan sentirse tristes y con ganas de llorar presentan una depresión establecida. Ello conllevaría a la necesidad de mejorar el abordaje de la tristeza en el anciano y considerar también sus proyectos, ilusiones y fuentes de satisfacción cuando los hubiera. No obstante, también tener en cuenta que la depresión es predictor de mala calidad de vida en la persona mayor (5,6,21,22).

En la literatura revisada, una de las actividades que favorece la prevención de varios de los síndromes analizados es el ejercicio físico; entre dichos síndromes podríamos mencionar el insomnio, las alteraciones emocionales, las caídas, incluso el tipo de deterioro cognitivo más relacionado con el aislamiento social (1-3,23,24). Cuando dicho ejercicio físico además se realiza en sociedad e incorpora una cierta actividad cognitiva actúa como un elemento fundamental en el proceso de envejecimiento.

El porcentaje de personas independientes para la autonomía instrumental es relativamente bajo comparado con otros estudios (20), pero cabe explicar que el Índice de Lawton aplicado no discrimina por géneros y que considerar a las personas que precisan cierta ayuda como dependientes sería un sesgo importante, ya que en la práctica su condición se aproxima más a la independencia que a la dependencia. Por dicho motivo al relacionar la independencia instrumental con los aspectos positivos del envejecimiento y la percepción de salud se han agrupado ambas categorías. Respecto a la autonomía básica, el porcentaje obtenido de personas con algún tipo de dependencia es comparable a otras poblaciones en las que oscila alrededor del 15% (17), y a otros estudios en los que obtienen un 4% de personas con dependencia básica moderada, severa o grave (24).

En la población estudiada cabe señalar el alto porcentaje de los aspectos positivos del envejecimiento. Destaca que tanto en la independencia instrumental como en la básica el sentimiento de utilidad es el aspecto más ponderado, seguido de la capacidad para tomar decisiones. Ello concuerda con el modelo de Bryant donde el hacer cosas útiles es considerado como uno de los cuatro componentes en el envejecimiento saludable (1,2,4). Ello implicaría que en la práctica enfermera se deberían explorar y favorecer dichas actitudes como una manera de mejorar y mantener la calidad de vida en las personas mayores. El sentimiento de utilidad, la capacidad de tomar las propias decisiones, tener aficiones e ilusiones se asocian con la independencia instrumental y básica. Quizá puede llamar la atención el alto porcentaje de personas con ilusiones (94%) y aficiones (74%), pero ello ha sido también encontrado en otro estudio sobre una población fundamentalmente rural en la que el 85% de las personas tenían aficiones (24). Según el estudio de Bueno, la satisfacción vital personal mantiene importantes relaciones con la utilización de estrategias de afrontamiento a lo largo de la vejez avanzada (11) y por tanto, en futuros trabajos, dicha variable se debería analizar respecto a la vivencia y la adaptación a la etapa de envejecimiento.

Al igual que otros autores, la independencia se asocia con buena percepción de salud (6,21,25). Resulta interesante reseñar que algunos de ellos sugieren que no solamente la presencia de discapacidades o enfermedades tiene influencia en la percepción de salud, sino que puede haber diferencias en las expectativas de vida y en la adaptación al problema de salud (25).

Por último, a pesar de no ser un objetivo del estudio, este trabajo pone de relieve que la valoración integral del proceso de envejecimiento por parte de la enfermera permitiría aumentar la eficacia de los programas preventivos. Dicha visita contemplaría las actividades preventivas, pero no se plantearía como una serie de tareas a realizar, sino como un plan de cuidados integral y personalizado (18).

En resumen, este estudio muestra que en la vejez es posible tener una buena percepción de salud, sentirse satisfecho respecto a la vida anterior y tener proyectos de futuro, a pesar de las dificultades que representan los síndromes geriátricos encontrados. En consecuencia, se propone profundizar en el análisis de las personas dependientes con buena percepción de salud y valorar su posible relación con la aceptación de las limitaciones y la capacidad de disfrutar a pesar de ellas y analizar si los aspectos positivos del envejecimiento les permitiría manejarse mejor con las limitaciones de dicho proceso y mantener una mejor calidad de vida.

#### **Bibliografía**

1. Organización Mundial de la Salud. Programa sobre Envejecimiento y Salud. Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. OMS. Ginebra. 1998
2. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra. 2001
3. Haveman-Nies A, de Groot LC, van Staveren WA. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. Age Ageing. 2003; 32(4):427-34
4. Bryant LL, Corbett KK, Kuntner JS In Their own words: a model of healthy aging. Soc Sci Med. 2001; 53 (7): 927-41
5. Vaillant GE, Western RJ Healthy aging among inner-city men. Int Psychogeriatr. 2001;13(4):425-37
6. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria. 2003;31(5):285-94
7. Saliba D, Elliot M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ et al. The vulnerable elders survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. JAGS. 2001;49:1691-1699
8. Baztán JJ, González-Moltalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin. 2000;115:704-717
9. Markle-Reid M, Browne G Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Ad Nur. 2003;44(1):58-68
10. Moyer A, Coristine M, Jamault M, Roberge G, O'Hagan M. Identifying older people in need using action research. J CI Nur. 1999; 8:103-11
11. Bueno B, Navarro AB. Identificación de los problemas de afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores. MAPFRE MEDICINA. 2003;14(1):37-50
12. Vaqué J, Vilardell M, Taberner JLL, Tresserras R, Salleras L. Reducción de la mortalidad y vejez saludable. Med Clin. 2001; 116 (Supl 1):3-8
13. Callahan CM, Mc Horney CA Successful Aging and the Humility of Perspective. Ann Intern Med. 2003;139:391-4
14. Inui TS. The Need for an Integrated Biopsychosocial Approach to Research on Successful Aging. Ann Intern Med .2003; 139:391-4
15. López RM, Juliá T Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. Enfermería Clínica.1999;5(9):44-9
16. Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Herder. Barcelona. 1997
17. Valderrama E, Pérez del Molino J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998;33(5):272-6
18. Corrales D, Palomo L, Magariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos de área de salud de Cáceres. Aten Primaria. 2004;33(8):426-33
19. Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, Puig-Domingo M. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(5):249-53
20. Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet, Vellas B, Albarède JL, Grandjean H. Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty: A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study) J Gerol. 2001;7(56):448-53
21. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Valero FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76:683-99
22. Demura S, Sato S. Relationships between Depression, Lifestyle and Quality of Life in the Community Dwelling Elderly: A Comparison between Gender and Age Groups J Physiol Anthropol.2003; 22(3):159-66
23. Montorio I, Izal M. Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Ed Síntesis. Madrid. 1999
24. Maestro E, Cuñat V. ¿Quiénes con ancianos –frágiles de riesgo?. Estudio en personas mayores de 65 años de Área Sanitaria de Guadalajara (II) MEDICINA GENERAL. 2002;46:559-83
25. Séculi E, Fusté J, Brugulatt P, Juncá S, Rué M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit. 2001;15(3):217-23

**Tabla I: Relación de la autonomía instrumental con los aspectos positivos del envejecimiento**

ASPECTOS POSITIVOS DEL ENVEJECIMIENTO		AUTONOMÍA INSTRUMENTAL		n	$\chi^2$	gl.	p
		Independientes Fr y %	Dependientes Fr y %				
Capacidad de tomar decisiones	Sí	215 (93 %)	16 (7 %)	249	111.253	1	0.000*
	No	1 (6%)	17 (94%)				
Satisfacción de la vida previa	Sí	183 (90%)	21 (10%)	221	0.036	1	0.692*
	No	15 (88%)	2 (12 %)				
Sentimiento de utilidad	Sí	206 (93%)	16 (7%)	249	45.278	1	0.000*
	No	13 (48 %)	14 (52%)				
Tener aficiones	Sí	180 (90%)	20 (10%)	223	24.659	1	0.000*
	No	12 (52%)	11 (48%)				
Tener ilusiones	Sí	222 (87%)	32 (13%)	269	38.902	1	0.000*
	No	4 (27%)	11 (73%)				

Se presentan los porcentajes de las tablas por fila

\* Estadístico exacto de Fisher

Tabla II: Relación de la autonomía básica con los aspectos positivos del envejecimiento

ASPECTOS POSITIVOS DEL ENVEJECIMIENTO		AUTONOMÍA BÁSICA		n	$\chi^2$	gl.	p
		Independientes Fr y %	Dependientes Fr y %				
Capacidad de tomar decisiones	Sí	219 (91%)	22 (9%)	262	61.820	1	0.000*
	No	6 (29%)	15 (71%)				
Satisfacción de la vida previa	Sí	192 (90%)	24 (11%)	233	2.299	1	0.131*
	No	13 (77%)	4 (23%)				
Sentimiento de utilidad	Sí	215 (93%)	17 (7%)	262	51.072	1	0.000*
	No	14 (47%)	16 (83%)				
Tener aficiones	Sí	185 (88%)	24 (11%)	233	24.448	1	0.000*
	No	12 (50%)	12 (50%)				
Tener ilusiones	Sí	233(88%)	33 (12%)	283	48.178	1	0.000*
	No	4 (23%)	13 (77 %)				

Se presentan los porcentajes de las tablas por fila

\* Estadístico exacto de Fisher

Tabla III: Relación de la percepción de la salud con los aspectos positivos del envejecimiento

ASPECTOS POSITIVOS DEL ENVEJECIMIENTO		PERCEPCIÓN DE LA SALUD			n
		Buena Fr y %	Regular Fr y %	Mala Fr y %	
Capacidad de tomar decisiones	Sí	149 (96%)	70 (91%)	20 (87%)	256
	No	7 (4%)	7 (9%)	3 (13%)	
Satisfacción de la vida previa	Sí	141 (95%)	57 (93%)	16 (76%)	231
	No	8 (5%)	4 (7%)	5 (24%)	
Sentimiento de utilidad	Sí	148 (94%)	67 (86%)	15 (65%)	259
	No	10 (6%)	11 (14%)	8 (35%)	
Tener aficiones	Sí	134 (96%)	58 (89%)	13 (72%)	223
	No	6 (4%)	7 (11%)	5 (28%)	
Tener ilusiones	Sí	163 (99%)	79 (95%)	21 (84%)	272
	No	1 (1%)	4 (5%)	4 (16%)	

Los porcentajes mostrados son de columna

**Jürschik Giménez, P., Nuin Orrio, C., Roig Tribó, R., Bernadó Jorge, N., Canales Biosca, J., Gozález Roselló, A. M., Barberá Cortada, J.: Valoración del estado nutricional de la población mayor de 65 años. Factores que influyen en la alimentación**

**Introducción**

En los países desarrollados, el grupo de población con mayor prevalencia de malnutrición son los ancianos (1). Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer desnutrición debido a la acción conjunta de los procesos físicos, psico-sociales, económicos y culturales inherentes al envejecimiento que condicionan un desequilibrio entre las necesidades energéticas diarias de la persona y su capacidad para satisfacerlas (2). Además de estos factores, existen otros que influyen sobre la alimentación en esta población y que obligan a modificar su dieta. Factores como los cambios en los requerimientos nutricionales, la mala dentición, la mayor cantidad de procesos crónicos (3), la inapetencia/anorexia (4) y las alteraciones de la deglución (5), hacen que los adultos mayores lleguen a ingerir una dieta incorrecta y por lo tanto llegar a la desnutrición, siendo éste un parámetro muy importante dentro de los problemas de esta población ya que está asociada con el incremento de morbi-mortalidad (6,7), el incremento de la susceptibilidad a infecciones (8) y la reducción de la calidad de vida (9). Todo ello supone un coste añadido a los servicios de salud, hospitalización prolongada (10) y reingresos. Es conveniente identificar precozmente a los pacientes con riesgo de malnutrición y establecer medidas de prevención (11). Para el personal de enfermería la detección y prevención supone un reto tanto como problema de salud como por las repercusiones que conlleva si no se detecta. La valoración nutricional detallada consume tiempo y es cara. Una herramienta simple, efectiva y fácil de aplicar es esencial para identificar a los mayores con malnutrición (12,13).

**Objetivo**

En este estudio se pretende analizar el estado nutricional de la población mayor de 65 años de diferentes niveles asistenciales así como conocer qué factores influyen negativamente sobre la alimentación y consecuentemente sobre su estado nutricional.

**Material y métodos**

Se han analizado una parte de las variables de un estudio descriptivo transversal más amplio realizado a personas mayores de 65 años.

**Población:** Personas de 65 años o más, atendidas en centros sanitarios y sociosanitarios de la ciudad de Lleida.

**Centros escogidos:**

- Hospital de agudos: Hospital Universitario Arnau de Vilanova
- Unidad sociosanitaria de media estancia: Hospital Santa Maria
- Unidad sociosanitaria de larga estancia: Hospital Nadal Meroles
- Residencia asistida: Llar de Sant Josep
- Domicilio: Centro de atención primaria: CAP de Balafia, Pardinyes, Secà de Sant Pere

**Criterios de inclusión:** Tener 65 años o más y acudir a los centros asistenciales escogidos.

**Criterios de exclusión:** Sujetos con enfermedad neurológica avanzada que no se pudiera obtener información de familiares y cuidadores.

**Variables:** En la tabla 1 se especifican las variables utilizadas. Se han agrupado para el análisis en distintas categorías, de forma que todas las variables quedan como dicotómicas y por lo tanto los resultados resultan más fáciles de entender.

El estado nutricional fue estimado a través del Mini Nutricional Assessment (MNA) (13). Esta escala está diseñada específicamente para valorar la población geriátrica ingresada en el hospital, en una institución geriátrica o en la comunidad. El MNA analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos. Los pacientes se clasifican en tres grupos: Superar los 23,5 puntos significa estado nutricional satisfactorio; de 17 a 23,5 riesgo, y menos de 17 puntos malnutrición. Para este estudio, los dos últimos grupos fueron reagrupados en una sola categoría: estado nutricional insatisfactorio (14).

Se valoró la capacidad funcional mediante el Índice de Katz (15) que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). El Índice de Katz se valora por medio de una escala que mide seis actividades básicas: lavarse, vestirse, usar el retrete, movilización, continencia y alimentación. Cada una de estas actividades se valoran como independiente o dependiente según si la actividad se hace sin ayuda o necesita ayuda o no lo hace. En este estudio, se consideran independientes para las ABVD, las personas capaces de realizar los seis ítems y dependientes totales o parciales cuando no pueden hacer al menos un ítem.

El estado cognitivo se valoró mediante el Test de Pfeiffer (16) que es un cuestionario abreviado sobre el estado mental. Es un instrumento útil para la detección del deterioro cognitivo elaborado especialmente para pacientes de edad avanzada. Dicho cuestionario consta de 10 preguntas. Los resultados de dicho test es que por cada pregunta mal contestada (error) debe sumarse 1 punto; 0 = normal, 10 = máximo deterioro. En este estudio se ha considerado de 0 a 4 errores normal o deterioro leve y de 5-10 errores deterioro moderado o severo.

**La recogida de datos** la han realizado 14 enfermeras en los distintos centros asistenciales mediante dos hojas de valoración, una que contenía el MNA y otra que contenía los factores de riesgo de malnutrición. La información fue realizada siempre por los mismos encuestadores que habían sido entrenados previamente.

A los pacientes que presentaban graves problemas de comunicación, los datos fueron obtenidos por medio de familiares o cuidadores. Así mismo, los pacientes que presentaban graves problemas para medir la altura, parámetro imprescindible para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), se utilizó la medida del largo del brazo (demispan) (17).

**Análisis de los datos:** El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v 11.5. Se comprobó, mediante comparación de proporciones (test de  $\chi^2$ ), la existencia de asociación entre el estado nutricional y los diferentes factores de riesgo de malnutrición. La comparación del estado nutricional con el nivel asistencial se ha comprobado con la prueba de  $\chi^2$  para análisis de tendencias lineales. El nivel de significación asumido ha sido de  $p < 0,05$ .

### Resultados

Un total de 294 individuos fueron incluidos en el estudio, 43,2% eran hombres y 56,8% mujeres, con una edad media de  $76,94 \pm 0,8$  años; De éstos, 99 (33,7%) residían en su domicilio, 97 (33%) estaban ingresados en el Servicio de medicina interna o de cirugía del hospital de agudos, 24 (8,2%), residían en la residencia asistida, 17 (5,8%) estaban ingresados en el centro de media estancia y 57 (19,4%) en el centro de larga estancia.

Como se puede ver en la tabla 2, Los individuos con peor estado cognitivo eran los pacientes del centro de larga estancia, seguidos de los de la residencia asistida, centro de media estancia, hospital de agudos y de la comunidad respectivamente ( $p < 0,0001$ )

El estado nutricional y la capacidad funcional, difieren también entre los grupos estudiados, siendo los individuos de peor a mejor nutridos i de mayor a menor capacidad para realizar las ABVD, los del centro de larga estancia, centro de corta estancia, residencia asistida, hospital de agudos y los de la comunidad respectivamente ( $p < 0,0001$ ), constatándose una tendencia lineal en el sentido que a mayor nivel asistencial peor estado nutricional y mayor dependencia (figura 1)

Si comparamos los factores que influyen en la alimentación con el estado nutricional (tabla 3) vemos que era estadísticamente significativo que presentaban peor estado nutricional los sujetos que tenían mayor edad, los que presentaban problemas de movilidad por artrosis, accidente vascular cerebral, deterioro cognitivo y/o eran dependientes. También se observó que los que requerían dieta por turmix, los que no realizaban la limpieza dental diaria y los que presentaban en el momento de la entrevista úlceras en la boca, náuseas, vómitos, anorexia y/o problemas de masticación/deglución y los que habían perdido más de 3 Kg. de peso en las últimas dos semanas presentaban un estado nutricional insatisfactorio.

### Discusión

#### Nivel asistencial

Del total de individuos de la muestra, el 60,5% se encontraban con un estado nutricional insatisfactorio. De los que residían en su domicilio, el 14,6% se encontraban mal nutridos o en riesgo de malnutrición según los resultados del MNA, esta cifra es ligeramente superior que los estudios de Salvà y cols (18,19) en el que los porcentajes están entre el 9,5% y el 10%. De los ingresados en el hospital de agudos el porcentaje es inferior que los de de Gazzoti y Albert. (20) De los que residían en la residencia asistida, el porcentaje (66,7%) está por encima del de Salvà y cols (52,8%) (19). De los ingresados en el centro de media estancia (94,1%) el porcentaje es similar al de Thomas y Zdrowski (92%) (21) y de los ingresados en el centro de larga estancia (98,2%) está por encima al de Esteban y cols (89,5%) (22)

Estos resultados sugieren que el estado nutricional de la población estudiada es similar a otros estudios de mayores que residen en su domicilio o que están ingresados en el centro de media estancia, es inferior en los ingresados en el hospital de agudos y mayor en los que residen en el centro de larga estancia y en la residencia asistida.

### *Factores que influyen en la alimentación*

A medida que avanza la edad, las personas mayores tienen mayor riesgo de malnutrición o están más mal nutridas. En un estudio previo realizado a mayores de 65 años atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio, ya pudimos comprobar que los pacientes de más edad (mayores de 75 años) presentan un grado de desnutrición mayor que los "más jóvenes" (65-75 años) (10)

Hemos podido constatar, al igual que otros autores, (23,24,25) que el estado nutricional está correlacionado con el nivel de autonomía física. De los individuos de nuestro estudio con estado nutricional insatisfactorio, el 83,8 % eran dependientes total o parcialmente en las actividades básicas de la vida diaria. Una vez más se confirma que esta variable juega un importante factor de riesgo en Geriátrica (26). Del mismo modo también se ha podido constatar la correlación entre el estado cognitivo y la malnutrición (19). En nuestro estudio, de los pacientes mal nutridos o con riesgo de malnutrición, el 7,7 % presentaban deterioro cognitivo.

Cualquier alteración en la estructura anatómica o en las funciones fisiológicas de la cavidad oral que afecten a la masticación o a la deglución puede hacer que la persona de edad avanzada no siga una dieta adecuada. La disfagia es un problema que afecta de forma importante a la población mayor en general y especialmente en el ámbito sociosanitario. Ante los enfermos con disfagia, es imprescindible adoptar medidas dietéticas adecuadas y se hace patente la necesidad de mejorar la formación e información en el manejo cotidiano de estos enfermos (27). Otro factor muy importante es la Anorexia propia del envejecimiento. Este fenómeno de anorexia acarrea alteraciones del SNC y periférico involucrados en la regulación de la ingesta de alimentos (28). La pérdida de apetito, reduce la ingestión dietética y consecuentemente se produce una pérdida de peso. Otros estudios también muestran, al igual que el nuestro, la relación entre la pérdida de peso reciente y la desnutrición. (29).

La dieta por *turmix* elaborada en los hospitales suele ser deficitaria, como se ha expresado reiteradamente en la literatura (30). Es importante que la dieta triturada lleve el mismo contenido proteico que la dieta normal.

Según la recomendación de diversos autores, (31,32,33) es importante que los individuos mayores cuiden la dentadura y que realicen la higiene bucal diaria para poder masticar bien. Así mismo, si existe pérdida de apetito, recomiendan repartir más las comidas comiendo pequeñas cantidades.

Al igual que González (34), pensamos que la relación entre la dieta y la nutrición en el envejecimiento todavía no está del todo esclarecida, pero es fundamental seguir en esta línea de investigación, con el fin de de conocer mejor como las conductas relacionadas con la nutrición ayudan a mantener una óptima calidad de vida.

### *Escala MNA*

El instrumento de medición utilizado para la valoración nutricional fue el MNA (13) que determina quien está en riesgo de malnutrición, lo que permite realizar una intervención nutricional temprana. En este estudio hemos podido comprobar que es una herramienta de aplicación sencilla y rápida (la media del tiempo de recogida fue de 12 minutos) y que está diseñada para poder ser utilizada por el profesional de enfermería implicado en el tratamiento preventivo o curativo de sujetos de edad, tanto en los hospitales, en residencias geriátricas como en los centros de atención primaria.

### **Conclusiones**

1. Los individuos con peor estado nutricional fueron los sujetos ingresados en los centros de media y larga estancia.
2. En función de las asociaciones obtenidas, las características principales de las personas de edad avanzada en cuanto a los factores que influyen en la alimentación asociados con el estado nutricional insatisfactorio son: mayores de 80 años, dependientes, con problemas de movilidad y deterioro cognitivo, problemas bucales/ digestivos y de masticación/deglución, que no realizan la limpieza dental diaria y que han perdido más de 3 Kg de peso en las últimas dos semanas.
3. En vista de los resultados obtenidos, para realizar unos cuidados adecuados a las personas mayores con problemas nutricionales, el personal de enfermería debería realizar, entre otras, las siguientes actividades:

- Valorar los factores que influyen negativamente en la alimentación y realizar las acciones necesarias para corregirlos.
- Estimular la movilidad y la independencia de la persona mayor teniendo en cuenta que el deterioro cognitivo y la disminución de las actividades de la vida diaria son aspectos importantes a considerar para prevenir el empeoramiento del estado nutricional.
- Implantar hábitos en la comida en las personas de edad sea cual sea su nivel asistencial, medidas que permitan prevenir y tratar la anorexia (comidas agradables, evitar olores fuertes o penetrantes)
- Utilizar métodos adecuados y consensuados de valoración de la deglución ante los enfermos con disfagia.
- Estar alerta ante la limpieza de la boca. Hay que favorecer la limpieza diaria de los dientes y la visita periódica al dentista así como prevenir lesiones y mejorar el dolor provocado por aftas bucales.
- Intervenir en la educación sanitaria dentro del equipo interdisciplinario, de forma aislada o bien de forma continuada a lo largo del tiempo dependiendo del nivel asistencial de la persona de edad.
- Por último, para llegar a diagnosticar el riesgo de desnutrición, es importante que el profesional de enfermería utilice una escala de valoración nutricional sencilla y rápida que incorpore parámetros funcionales, dietéticos y subjetivos. El uso de una herramienta validada como es el MNA, puede ayudar a entender y comparar diferentes grupos asistenciales desde la perspectiva nutricional, además de facilitar el desarrollo de programas preventivos y terapéuticos. Creemos que serían necesarias más investigaciones en este ámbito. La enfermera como profesional de los cuidados, debe identificar y liderar las líneas de investigación que le son prioritarias.

### **Agradecimientos**

Quisiéramos dar las gracias a todas las personas que nos han ayudado y alentado a realizar este estudio que forma parte de un trabajo de investigación más amplio sobre factores relacionados con el estado nutricional. El grupo de personas que actualmente está trabajando en dicho estudio es el siguiente: En la *Escuela de Enfermería* de la Universidad de Lleida: P. Jürschik, C. Nuin y J. Torres. En el *CAP de Balafia*: P. Escolá, M. Pera, R. Roig y M. Solé. En el *Hospital Arnau de Vilanova*: P. Ricart, A. González, A. Espart, A. Bosch, y C. Magrí. En la *U.S.S*: M. Badía y Y. Fauria, en el *Hospital Nadal Merolés*: N. Bernadó y T. Noguera y en el *Hogar de San Josep*: J. Canales y N. Navarro

**Tabla 1. Variables del estudio**

NIVEL ASISTENCIAL	Domicilio		ESTADO NUTRICIONAL		Satisfactorio		
	Hospital agudos		Escala MNA		Insatisfactorio		
		Centro media estancia					
		Centro larga estancia					
		Residencia asistida					
FACTORES DEMOGRÁFICOS	Edad	65-79	PROBLEMAS MOVILIDAD	Artrosis	No		
		80 años			Si		
Sexo	Hombre			AVC	No		
	Mujer				Si		
		Dieta diabética	Capacidad Funcional	Independiente	dependiente		
			Estado Cognitivo	Sin deterioro	Con deterioro		
		Dieta sin sal					
			ALTERACIÓN DIGESTIVAS	Nauseas	Si		
		Textura de la dieta			No		
		Via administración			Si		
					No		
		Dentadura postiza			Si		
					No		
		Limpieza dental diaria			Si		
				No			
		Úlceras boca y encías		Si			
				No			
PERDIDA PESO ULTIMAS 2 SEMAN	Si			Masticación deglución	Si		
	No				No		

**Tabla 2. Características de los pacientes del estudio**

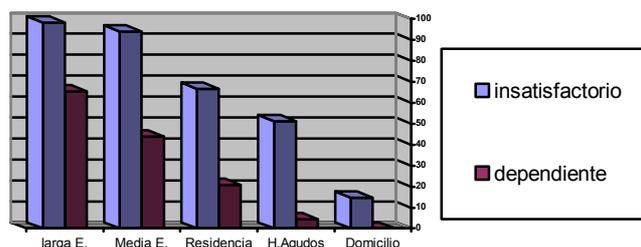
	Procedencia	Domicilio		Hospital agudos		Residencia Asistida		C. Media estancia		C. Larga estancia	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
edad	65-79 años	83	84,7	64	66,7	7	29,2	6	37,5	23	40,4
	80 o más años	15	15,3	32	33,3	17	70,8	10	62,5	34	59,6
Sexo	Hombre	35	35,4	51	52,6	9	37,5	7	41,2	25	43,9
	Mujer	64	64,6	46	47,4	15	62,5	10	58,8	32	56,1
Estado nutricional	Satisfactorio	82	85,4	45	48,9	7	33,3	1	5,9	1	1,8
	Insatisfactorio	14	14,6	47	51,1	14	66,7	16	94,1	54	98,2
E. Cognitivo Pfeifer (Errores)	0-3	86	89,6	78	85,7	11	45,8	11	73,3	16	32,0
	4-7	10	10,4	11	12,1	8	33,3	3	20,0	15	30,0
	7-10	0	,0	2	2,2	5	20,8	1	6,7	19	38,0
ABVD Katz dependientes	0-1 actividad	97	98,0	81	86,2	13	54,2	2	12,5	1	1,8
	2-4 actividad	2	2,0	9	9,6	3	12,5	4	25,0	8	14,5
	5-6 actividad	,0	,0	4	4,3	8	33,3	10	62,5	46	83,6

**Tabla3. Factores que influyen en la alimentación**

		Estado nutricional				Sig.
		Satisfactorio		Insatisfactorio		
		n		n		
Edad	65-79 años	104	59,1%	72	40,9%	
	80 o más años	30	29,4%	72	70,6%	
AVC	Si	7	15,2%	39	84,8%	
	No	128	54,9%	105	45,1%	
Estado cognitivo	Sin deterioro	124	59,9%	83	40,1%	
	Con deterioro	7	12,3%	50	87,7%	
ABVD	Independiente	118	69,4%	52	30,6%	
	Dependiente	17	16,2%	88	83,8%	
Textura de la dieta	Normal	107	59,1%	74	40,9%	
	Chafada/turmix	3	5,6%	51	94,4%	
Limpieza dental diaria	Si	82	61,2%	52	38,8%	
	No	53	39,6%	81	60,4%	
Úlceras/boca	Si	1	11,1%	8	88,9%	
	No	134	51,7%	125	48,3%	
Nauseas	Si	8	29,6%	19	70,4%	
	No	127	51,0%	122	49,0%	
Vómitos	Si	4	19,0%	17	81,0%	
	No	131	51,4%	124	48,6%	
Anorexia	Si	10	27,0%	27	73,0%	
	No	125	52,3%	114	47,7%	
Masticación/deglución	Buena	110	61,5%	69	38,5%	
	Problemas	24	26,7%	66	73,3%	
Pérdida peso	No	109	62,6%	65	37,4%	
	Si	19	23,8%	61	76,3%	

\* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

**Figura 1. Comparación entre el nivel asistencial y el estado nutricional y capacidad funcional**



- (1) Vergeles-Blanca JM, Arroyo-Fernandez de Aguilar J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. *FMC* 1998; 5:27-36
- (2) Chapman KM, Ham JO, Pearlman RA. Longitudinal assessment of the nutritional status of elderly veterans. *J Gerontol A Biol Sci And Med Sci* 1996;51:261-9. Salvá A. Nutrición en las personas mayores ¿Cómo valorarla?. *Jano* 1998; 1279:55-64
- (3) Rivera JM, Gil P, nutrición, salud y envejecimiento. Interrelaciones y problemas. En: alimentación nutrición y salud en el anciano, 1999: 11-25

- (4) Soto Moreno A, Venegas Moreno E, Santos Rubio M, Leon Sanz M, García Luna PP. Pacientes en tratamiento por desnutrición en atención primaria, estudio sobre 500 pacientes reales. *Nutr Hosp* 2002; 17(1):10-14.
- (5) Botella Trelis JJ, Ferrero López MI. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutr Hosp* 2002; 17:168-174.
- (6) Vellas BJ, Hunt WC, Romero LJ y cols. Changes in nutritional status and patterns of morbidity among free-leaving elderly persons: 10 year longitudinal Study. *Nutrition* 1997; 13(6):155-519.
- (7) Sullivan DH, Walls RC, Lipschitz DA. Protein-energy undernutrition and the risk of mortality within 1 y of hospital discharge in a select population of geriatric rehabilitation patients. *Am J Clin Nutr* 1991; 53:599-605
- (8) Michael JP, Lesourd B, Conne P, et al. Prevalence of infections and their risk factors in geriatric institutions: a one-day multicentre survey. *WHO Bull* 1991;69:35-41.
- (9) Cederholm T, Jagren C, Hellstrom K. Nutritional status and performance capacity in internal medical patients. *Clin Nutr* 1993;12:8- 14.
- (10) Mias C, Jürschik P, Massoni T, Sadurní M, Aguilà JJ, Solá R, Nuin C, Torres J. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. *Nutr Hosp* 2003; 18(1):6-14.
- (11) Solans R, Pérez C, San José A, Vilardell M. Nutrición en las personas mayores. *Medicine* 1999; 7: 5821-5828.
- (12) Chandra RK, Imbach A, Moore C, Skelton D, Woolcott D. Nutrition of the elderly. *CMAJ* 1991;145 (supl 11):1475-87
- (13) Guigoz Y, Vellas B, Gary PJ: Mini Nutritional assessment: A practical assessment tool for garding the nutritional state of elderly patients. En: Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Alberede JL, editors: nutrition in elderly. Paris: Serdi Editores, 1994; 15-61.
- (14) Cirañici L, Guillet M, Wiesel PH. Analysis of hospital cost and morbidity in relation to nutritional status of patients more than 65 years old in General Surgery unit en Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly: B. Vellas, PJ Garry, Y Guigoz (eds), Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Programme, 1998 vol 1: 174.
- (15) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MV. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-19.
- (16) Pfeiffer EA. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic deficit in the elderly. *J Am Geriatric Soc* 1975; 23:433-41.
- (17) Bassey EJ. Demispan as a measure of skeletal size. *Ann Human Biol* 1986;13:499-502.
- (18) Salvà A, Bolívar I, Bleda MJ. Hábitos dietéticos en una población de personas mayores que viven en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33 (supl 1) 31
- (19) Salvà A, Bleda MJ, Bolibar I: The mini Nutritional Assessment in Clinical Practice en Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly: B. Vellas, PJ Garry, Y Guigoz (eds), Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Programme, 1998 vol 1: 123-130.
- (20) Gazzoti C, Albert A, Pepinster A, Petermans J. Clinical Usefulness of the Mini Nutricional Assessment (MNA) Scale in Geriatric Medicine. *J Nutr Health Aging* 2000; 4(3):176-8.
- (21) Thomas D, Zdrowski C, Wilson M et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:308-13.
- (22) Esteben M, Fernandez-Ballart J, Salas Salvadó J. Estado nutricional de la población anciana en función del regimen de institucionalización. *Med Clin* 2002; 118(18):707-15.
- (23) Corti MC, Guralnic LM. Serum albumina levels and physical disability as a predictor of mortality in older persons. *JAMA* 1994; 272:1036-42
- (24) Morales Rodríguez P, González Reimers E, Santolaria Fernández F, Batista López N, González Reyes A. Functional Decline and Nutricional Status in a Hospitalized Geriatric Population: Sequential Study. *Nutrition* 1990; 6:469-73
- (25) Galanos AN, Pieper FC, Cornoni-Huntley JC, Wales CW, Fillenbaum GG. Nutrition and functions: Is there a relationship between Body Mass Index and the Functional Capabilities of Community-Dwelling Elderly? *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:368-73)
- (26) Salvà A, Bolívar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el "Mini Nutricional Assessment" (MNA). *Rev Gerontol* 1996;6:319-328
- (27) Botella JJ y cols. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutr Hosp* 2002; 17(3):168-74.
- (28) Donini LM, Savina C, Canella C, . Eating Habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr*. 2003; 15(1):73-87
- (29) Fogt EJ, Bell SJ, Blackburn GL. Nutrition Assessment of the Elderly en Morley JE, Clic Z, Rubenstein L. *Geriatric Nutrition. A comprehensive review*. New York: Raven press 1995:5:51-62.
- (30) Montoya MJ, Sanz A, Gutierrez S, Gérez P, Gracia P, Caverna A, Albero R, Dieta por túrmix en pacientes hospitalizados como factor de riesgo de desnutrición. Libro de ABSTRAT en XX Congreso Nacional de Nutrición basada en la evidencia y gestión, Mayo 2004:8
- (31) Arnaceta J: Dieta en la tercera edad (capítulo 10) En: Salas Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Engracia Saló M (eds.) : Nutrición y dietética Clínica. Masson, S.A., Barcelona, 2000;107-117.
- (32) Arbones J. y cols. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. *Nutr Hosp* 2003; 18(3):109-37.
- (33) Serra Serra J, Salvà A, Lloveras G, Padró L, Crespo L: Consejo sobre alimentación en las personas mayores. *Med Clin* 2001; 116 (1):90-94.
- (34) González M. La nutrición en la Función Mental en la tercera Edad. *Rev Mult Gerontol* 2000; 10(2):105-125.

## Salvat Plana, M., Piñas Gasull, N., Moreno Sánchez, M., Fortuny Casas, N: Actitudes de los profesionales de enfermería de un Hospital Comarcal hacia las personas mayores

### Introducción

En el marco de la II Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid-abril de 2002), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) presentó estimaciones sobre el envejecimiento de la población mundial. La previsión para 2050 cifraba en alrededor de 2000 millones el número de personas mayores, el triple del número actual (1). Un aumento de la población anciana del 17% actual al 31% constituyen las últimas proyecciones en España también para 2050 (2).

Las representaciones sin fundamento del proceso de envejecimiento han contribuido a la formación de una percepción negativa de las personas mayores. Está reconocido que el edadismo, concepto utilizado para describir el prejuicio y discriminación desfavorable hacia las personas mayores (3, 4), tiene repercusiones negativas sobre las personas mayores (5), sobre los servicios(6, 7) y los cuidados que reciben (8, 9).

Ha sido largamente documentada la influencia de las actitudes, de los profesionales de la salud, sobre los cuidados y los servicios destinados a los ancianos. Del mismo modo que se ha demostrado que las actitudes positivas y los conocimientos de los profesionales de enfermería benefician la calidad de los cuidados que éstos reciben y por lo tanto benefician su salud; también se ha demostrado que las actitudes negativas y algunas veces discriminatorias hacia los mayores, producen el efecto contrario. Estudios llevados a cabo sobretodo en contextos angloamericanos demuestran que la imagen negativa socialmente extendida hacia el envejecimiento y hacia las personas mayores también puede afectar al colectivo enfermero(10).

La principal repercusión del envejecimiento progresivo de la población es el aumento de la utilización de los servicios socio-sanitarios y de salud y en consecuencia el aumento considerable de las interacciones personal de enfermería-anciano. En estas circunstancias el edadismo constituye un riesgo importante para la alteración de la calidad los servicios y de los cuidados enfermeros en los próximos años.

A pesar que el edadismo y las actitudes hacia las personas mayores están fuertemente influenciadas por la cultura, en nuestro país, donde la proporción de ancianos se prevé que será de las más elevadas del mundo en el año 2050, el estudio de las actitudes hacia los mayores es casi inexistente sobretodo en el colectivo enfermero. Así pues, en el contexto actual de envejecimiento de la población, un estudio dirigido a conocer como son las actitudes de los profesionales de enfermería, sus características y una mejor comprensión de los factores relacionados permitiría poner en marcha intervenciones para reforzar las mejores actitudes, apoyar la necesidad de formación de acuerdo a la demanda social y a las características específicas de los mayores, llevar a cabo acciones formativas y de autorreflexión para el cambio de actitudes en caso necesario, favoreciendo de éste modo la calidad de los servicios y de los cuidados destinados a los mayores y en consecuencia la mejora de su estado de salud.

### Objetivo general

El objetivo de éste estudio descriptivo es el de conocer como son las actitudes de los profesionales del Pius Hospital de Valls hacia las personas mayores y factores que pueden estar asociados.

Preguntas de investigación:

Cuáles son las actitudes de los profesionales de enfermería hacia las personas mayores?

Cuál es la asociación entre la actitud de los profesionales de enfermería y la edad, el sexo, la formación enfermera de base, la formación específica en gerontogeriatría, el lugar de trabajo, la experiencia y el contacto con las personas mayores?

Cuál es la asociación entre la actitud hacia las personas mayores y la actitud hacia la vejez?

Cuáles son los conocimientos hacia las personas mayores y sobre la vejez?

### Resención

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una extensa búsqueda bibliográfica sobre el concepto de actitud y su estudio en general; sobre los conceptos relacionados con una visión negativa de las personas mayores y con el envejecimiento; y sobre los efectos que las actitudes negativas y el edadismo pueden tener sobre los mayores.

### Metodología

Estudio descriptivo transversal cuyas variables estudiadas son las actitudes hacia las personas mayores; la edad, el sexo, la formación de base, la formación geronto-geriátrica, el lugar de trabajo, la experiencia y el contacto con las personas mayores; las actitudes hacia el envejecimiento y conocimientos sobre el envejecimiento y las personas mayores.

Población y muestra:

La población seleccionada comprende a todos los profesionales de enfermería de nuestros centros (N=254) y la muestra seleccionada se obtuvo de la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión definidos: profesionales de enfermería (enfermeras, auxiliares, cuidadoras y asistentes sanitarios), con contrato eventual o indefinido, que estuvieran trabajando en el período de recogida de datos y cuyo trabajo se desarrollara en contacto directo con los usuarios o ejerciendo funciones de gestión. Siguiendo éstos criterios se distribuyeron 200 cuestionarios durante la 1ª quincena de junio de 2003, quedando excluidos aquellos profesionales que se hallaban en situación de permiso, compensación, incapacidad laboral i/o vacaciones.

Concepto e instrumentos:

Las actitudes se definen como una tendencia psicológica a evaluar una persona, un objeto o una situación siendo más o menos favorables hacia ella. Tendencia que puede estar influenciada por experiencias afectivas, por creencias y por comportamientos relacionados con el objeto de la actitud (11). Así definimos las actitudes hacia los mayores como la tendencia psicológica a evaluar de forma favorable o desfavorable a las personas mayores.

Tradicionalmente la evaluación de las actitudes se ha realizado mediante la utilización de instrumentos psicométricos. Nos planteamos la utilización de escalas existentes cuya selección tendría en cuenta la pertinencia respecto a la población descrita y al contexto español, las calidades psicométricas y la disponibilidad de los mismos en español o catalán (12).

La naturaleza *evaluativa* o *afectiva* que distingue a la actitud conduce a la medida de un sentimiento bipolar: de aprobación o desaprobación, cercanía o distancia, atracción o aversión, etc... que coloca a la persona en una situación bipolar exigiendo de ella un posicionamiento. Además cabe considerar una noción de *intensidad* que representa el grado o la fuerza del sentimiento (13). En respuesta a éstas características una escala de Diferencial Semántico es

una de las medidas que nos pareció más apropiada y que más se ha utilizado para la medida de las actitudes hacia las personas mayores (9, 14, 15)

Para la medida de las actitudes hacia las personas mayores adaptamos el *Diferencial Semántico del Envejecimiento* [DSE] de Villar (16), construido con la técnica semántica diferencial de Osgood et al. (1957), citado por Fishbein y Azjen (13). Dicho instrumento se compone de 18 ítems (pares de adjetivos bipolares) la respuesta señala la posición en la que se sitúa el encuestado y esta se puntúa a posteriori. Las actitudes hacia el envejecimiento se midieron con este mismo instrumento. Los conocimientos adquiridos en la formación o provenientes de la experiencia, los estereotipos y las creencias sobre la vejez y las personas mayores se hallan en la base del desarrollo de las actitudes(17). Utilizamos el FAQ 1, *Facts on Aging Quiz* de Palmore (1977)(18) para medir los conocimientos sobre las personas mayores i la vejez. Éste cuestionario, de respuesta verdadero, falso o desconocido, fue traducido con el método inverso y adaptado al contexto de Español por Villar y Triadó (19).

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizó mediante la distribución de cuestionarios anónimos que incluían un cuestionario sobre datos socio-demográficos y los instrumentos de medida de actitudes y conocimientos. El reparto se llevó a cabo en los diferentes servicios del Pius Hospital de Valls y en la medida de lo posible se entregaron personalmente y en todos los turnos. Se adjuntó a cada uno de ellos una carta de presentación conteniendo el objetivo del estudio, instrucciones para la respuesta e información respecto al anonimato y la confidencialidad.

Límites y consideraciones éticas:

Considerando que el objeto de estudio es personal puede darse un cierto efecto de "deseabilidad social", es decir, que se quiera dar una imagen propia favorable sobre valorando positivamente a las personas mayores. Así la relación entre la actitud real y la expresada mediante un cuestionario puede ser débil. El cuestionario autoadministrado reduce dicho efecto en la medida que asegura el anonimato, la intimidad y la libre respuesta. La escasa utilización del instrumento en el contexto español y en enfermeras supone también un límite del presente estudio.

## Resultados

Descripción de la muestra:

La tasa de respuesta fue del 68% (n=136 de 200). Una vez depurados los datos obtuvimos una muestra final de 127, de los cuales el 55% son enfermeras, el 33% son auxiliares de enfermería, el 5,5% son cuidadoras y el 4,7% son asistentes sanitarios. Por colectivos la mayor tasa de respuesta se obtuvo de las enfermeras (77%- 70/91), 68% auxiliares de enfermería (42/62), el 60% en los asistentes sanitarios (6/10), siendo el grupo de las cuidadoras del que menos respuesta se obtuvo (18%- 7/38). El 76% (n=96) de los participantes son mujeres y el 13% (n=17) con una media de edad de 35.7 años (entre 20-62) El grado de formación, en correspondencia con la categoría profesional, muestra un elevado número de profesionales con estudios de diplomado en enfermería (42.8%) y con titulación de auxiliares (32.3%). El 2,4 % (n=3) señalan ser licenciados y el 5.5%(n=7) tener estudios de master. El 84% (n=107) reconocen trabajar con personas mayores y de ellos un 21% (n=27) ha recibido formación de post-grado específica en geronto-geriatria.

Las posiciones señaladas por los encuestados en los diferenciales semánticos se puntuaron de 1 a 7 siendo 1 el extremo negativo y 7 el extremo positivo, situando el punto neutro en 4. Los resultados muestran que los profesionales de enfermería tienen actitudes neutras hacia las personas mayores, tendiendo a ser positivas ( $x = 4.34$ ) (tabla 1). Respecto a las puntuaciones medias, en 12 de los 18 ítems, éstas se sitúan por encima del punto neutro de la actitud. El par, malo bueno, es el obtiene mayor puntuación (5,3 d.e.1,26), siendo el más negativo el par conservador-pesimista (2,7 d.e.1,36). La valoración de la actitud hacia el envejecimiento es similar, la media total teniendo en cuenta todos los ítem es de 4,39 (d.e. 1,15).

Respondiendo a nuestras preguntas de investigación encontramos diferencia significativa en la actitud hacia las personas mayores según la categoría profesional ( $p=0.027$ ) y diferencia ligeramente significativa en función de la experiencia del profesional ( $p=0.057$ ), indicando mejor actitud a menor tiempo trabajado con las personas mayores (tabla 2). Existe una relación positiva entre las actitudes hacia las personas mayores y las actitudes hacia el envejecimiento, spearman de 0.699 ( $p<0.0005$ ) (tabla 3).

Respecto al cuestionario de conocimientos se obtiene una media de un 57% de respuestas correctas, un 24% incorrectas y un 18% que desconocen la respuesta.

## Conclusiones

Observamos que en general las actitudes de los profesionales hacia los mayores son neutras a positivas, a pesar de ello el análisis detallado de los ítems de la escala de actitudes muestra agrado hacia la persona pero existe una clara tendencia a ver a la persona mayor como enferma y pesimista. Las actitudes varían en función de la categoría profesional y tienden a ser mejores a menor tiempo trabajado con los mayores. En general existe una falta de conocimientos, detectamos más conocimiento sobre aspectos biológicos y creencias erróneas sobre aspectos psicológicos y sociales. Ello nos lleva a la conclusión que persisten estereotipos y falsas creencias alrededor de las personas mayores.

Con los resultados de este estudio pretendíamos detectar factores que pueden influir en las actitudes, reforzar actitudes positivas, sensibilizar respecto a los cuidados a los mayores, así como favorecer la toma de conciencia sobre las propias actitudes. Los resultados de éste estudio se han presentado en tres ocasiones en nuestro centro generando reflexión sobre situaciones que se dan en la asistencia y en nuestro centro: alrededor de las actitudes, sobre la falta de conocimientos, los estereotipos así como sobre el edadismo, la discriminación y las repercusiones que pueden tener sobre las personas mayores, sobre los profesionales y sobre los cuidados. A raíz de esto, en los meses de mayo junio de 2004 se realizó un curso de formación interdisciplinario en geriatría.

Bibliografía

1. ONU. II Asamblea Mundial para el Envejecimiento. In: <http://www.onu.org/Agenda/conferencias/envejecimiento/>; 2002.
2. IMSERSO. Evolución de la población mayor, 1900-2050. Capítulo 1. Indicadores demográficos. In: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/>; 2002.
3. Butler RN. Why survive? Being old in America. New York: Harper Torchbooks; 1975.
4. Levin J, & Levin, W. C. Ageism. Prejudice and Discrimination Against the Elderly. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1980.

5. Pepin J. La personne âgée et son besoin de communiquer avec ses semblables. In: Lauzon S, & Adam, E, editor. La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières. Saint-Laurent (Québec): Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.; 1996. p. 190-192.
6. Fírvida JL, Viñolas, N., Muñoz, M., Grau, J. J., Daniels, M., Estapé, A., & Estapé, J. Age: a critical factor in cancer management. A prospective comparative study of 400 patients. Age and Ageing 1999;28:103-105.
7. McMin B. Ageism the challenge for nursing. Australian Nursing Journal 1996;3(10):18-21.
8. Cobas E, Movilla, M. J., Noval, J., Freire, J., Romero, M., & Varela, N. La enfermería ante el reto del ageismo. GEROKOMOS 1998;9(3):115-119.
9. Myers H, Nikoletti, S., & Hill, A. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. Nursing & Health Sciences 2001;3(1):29-34.
10. Davis JA, & Barnes, M. More than giving out the pills": changing attitudes to aged care through continuing education. Geriacton 1997;15(2):9-12.
11. Eagly AH, & Chaiken S. The Psychology of Attitudes. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.
12. Montoro J. Las actitudes hacia las personas mayores de 65 años: analisis de los principales instrumentos de medicion. Revista de Gerontología 1995;5(5):345-352.
13. Fishbein M, & Ajzen, I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. London: Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
14. Rosencranz H, & McNevin, M.A. A factor analysis of attitudes toward the aged. The Gerontologist 1969(9):55-59.
15. Kahana E, Kinney, J. M., Kercher, K., Kahana, B., Tinsley, V. V., King, C., Stuckey, J. C., & Ishler, K. J. Predictors of attitudes toward three target groups of elderly persons. The well, the physically ill and patients with alzheimer's disease. Journal of Aging and Health 1996;8(1):27-53.
16. Villar F. Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del Envejecimiento). ASD (Aging Semantic Differential) construction and assessment in different cohorts. Anales de psicología 1997;13(1):31-37.
17. Palmore E. Positive ageism? The gerontologist 1992;32:582.
18. Palmore EB. The Facts on Aging Quiz. 2a. ed. New York: Springer Publishing Company; 1998.
19. Villar F, & Triadó, C. Conocimiento sobre el envejecimiento: adaptación del FAQ (Facts On Aging Quiz) y evaluación de diferentes cohortes. Revista de Psicología General y Aplicada 2000;53(3):523-534.

**Tabla 1- Resultados diferencial semántico actitudes hacia las personas Mayores. Puntuaciones medias y puntuación total.**

	ÍTEM	Media	Desv. Est.
1	Mala - Buena	5,3	1,26
2	Penosa - Grata -	5,2	1,20
3	Fea - Bonita	5	1,24
4	Negativa - Positiva	4,1	1,29
5	Inoportuna - Oportuna	4,4	1,28
6	Desagradable - Agradable	5,1	1,22
7	Resignada - Esperanzada	3,4	1,54
8	Pesimista - Optimista	3,6	1,34
9	Enferma - Sana	3,7	1,34
10	Débil - Fuerte	3,8	1,4
11	Pasiva - Activa	3,9	1,27
12	Inútil - Útil	5,1	1,36
13	Aburrida - Emocionante	4,6	1,27
14	Improductiva - Productiva	4,3	1,39
15	Hostil - Amistosa	5,2	1,19
16	Intolerante - Tolerante	4,5	1,21
17	Triste - Alegre	4,3	1,10
18	Progresista - Conservadora	2,7	1,36
	Puntuación total	4,34	1,15

**Tabla - 2:**  
**actitud hacia las personas mayores y otros factores.**

**Asociación**

Actitud		n	media	desv. Est	p	
Persona mayor	Edad	20-29	27	82 (4.35)	11.612	0.33
		30-39	56	77 (4.26)	15.412	
		>40	35	79 (4.38)	13.273	

Sexo	Mujer	96	79 (4.44)	13.215	0.44
	Hombre	17	76 (4.42)	23.277	
Categoría profesional	Cuidadora	7	75.71 (4.20)	12.842	0.027
	Auxiliar	42	77.38 (4.29)	12.643	
	Enfermera	70	80.14 (4.45)	13.934	
	Asist. Sanit.	6	62.17 (3.45)	25.262	
Grado de formación	Universit.	49	80 (4.46)	14.298	0.09
	No universit.	71	76 (4.21)	15.524	
Formación en geriatría	Si	27	79.22 (4.40)	13.935	0.73
	No	92	78.13 (4.34)	15.141	
Tipo hospitalización	Corta estancia	97	77.91 (4.32)	15.038	0.54
	Larga estancia	29	79.79 (4.43)	13.361	
Clientes > 70 años	Si	107	78.01 (4.33)	14.807	0.68
	No	20	79.45 (4.41)	13.930	
Tiempo de experiencia	<1	27	81.04 (4.50)	10.661	0.057
	1-5	39	81.13 (4.50)	15.767	
	6-10	23	78.35 (4.35)	13.103	
	>11	31	72.26 (4.01)	16.828	
Convivencia personas mayores	Si	34	78.79 (4.37)	13.151	0.80
	No	92	78.08 (4.33)	15.272	

**Tabla 3: Correlaciones**

			Actitud mayores	Actitud envejecimiento
Rho de Spearman	Actitud mayor	Coeficiente de correlación	1.000	.699**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	127	124
	Actitud envejecimiento	Coeficiente de correlación	.699**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	124	124

\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

		Actitud mayores	Actitud Envejecimiento
Actitud Mayores			
Correlación de Pearson	1	.722**	
Sig. (bilateral)	.	.000	
N	127	124	

Actitud Envejecimiento	Correlació de Pearson Sig. (bilateral) N	.722** .000 124	124	1 .
------------------------	--	-----------------------	-----	--------

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

**Zhao, Y., Kam Yuet Wong, F.: *Effects of A Discharge Planning Intervention for Elderly Patients with Coronary Heart Disease in Tianjin, China: A randomized controlled trial***

Elderly patients with chronic disease need seamless health care during the transitional period, discharged from hospital to home. Comprehensive discharge planning models have been applied in developed countries such as US and UK. However, health delivery of continued care during transitional period is still underdeveloped in mainland China. It is critical to develop a continued health care model and test the effects for elderly with chronic disease such as coronary heart disease during the transitional period, interfacing the acute phase of care with the rehabilitation phase in the community. It is important that this model takes into account the particular health context in mainland China.

The objective of this study was to test the effects of an original discharge planning and follow-up support program in mainland China during the transitional period of care for chronic heart disease (CHD) in elderly patients. The outcome measures of the program are: adherence to health recommendation, understanding of the general and the specific treatment goals, self-management of CHD risk factors, readmission rate and related costs, and effectiveness on community support for CHD elderly.

This study used a randomized clinical control trial to compare the effectiveness of a discharge planning protocol developed specifically for Chinese hospitalized CHD elderly. Subjects were followed up for 4 weeks post-discharge by community nurses (CNS). Data was collected four times: the day after getting patient's consent in hospital (baseline data); within 2 days after discharge; at the end of 4 weeks after discharge; at the end of 12 weeks after discharge.

Data collection in hospital took place in the cardiac medical ward of Tianjin the First Central Hospital, one of the two largest hospitals in Tianjin, and also the teaching hospital of the School of Nursing, Tianjin Medical University. This hospital provides comprehensive health care services for both local and non-local patients. Patients' follow-up in the study was conducted by the community hospital nurses of Tianjin Wang Ding-Di community hospital which is located in Nan Kai district of Tianjin. Two hundred subjects screened for study participation, aged 60 years and older, were admitted from homes (living in Nan Kai district of Tianjin) to Tianjin the First Central Hospital between September 2001 and April 2003 with a diagnosis of either angina or myocardial infarction.

The elderly CHD patients in both the study group and the control group received routine care. Patients in the study group received a discharge planning program which included assessment, health education and consultation before discharge, discharge plan, patient referral, and the continued education and consultation during the follow-up after discharge.

Self-reported understanding of the basic knowledge of CHD-related risk factors, CHD diet, CHD medications which patient was taking, CHD physical exercise; self-reported adherence of diet adherence, medication adherence, physical exercise, health-related daily practice behavior adherence; and readmission rate.

After controlling for demographic factors, health and functional status, compared with the control group, elderly CHD patients self-reported understanding of the basic knowledge about CHD risk factors, diet, medications at 2 days, 4 weeks, 12 weeks post-discharge, and knowledge about physical exercise at 4 weeks, 12 weeks post-discharge of study group were significantly higher ( $P < 0.01$ ). Similarly, self-reported adherences of diet and health-related daily practice behavior at 2 days, 4 weeks, 12 weeks post-discharge, medication adherence at 4 weeks, 12 weeks post-discharge, and physical exercise at 12 weeks post-discharge of the study group were significantly higher than the control group ( $p < 0.05$ ). But readmission rate between the two groups measured at 12 weeks post-discharge was not significantly different ( $p > 0.05$ ).

China is facing an aging population like other countries. Health care delivery system is demanding innovation for meeting the requirements of the increasing number of elderly people with chronic diseases. Discharge planning and follow-up support program is efficient and cost-effective for providing the continuing health care for elderly people. The nursing professionals' initiative intervention program developed in this study showed significant improvement in elderly CHD patients' health care outcome during the transitional period.

The discharge planning and follow-up intervention was designed to avoid a barrier which may cause inadequate continuing care provision. Effective communication was made between the clinical study nurse and the community hospital study nurses of two study hospitals. The standardized assessment criteria and discharge planning guidelines were developed by the investigator and applied in this study. Experienced nurses were invited to perform the intervention.

This study indicates that practical discharge planning and follow-up support program does have a positive impact on elderly people with coronary heart disease during the transitional period. Although the readmission rate was found to have no significant difference between patients in the experimental group and in the control group, patients recruited in this continuing care program gained the significant improvement in the aspects of CHD related knowledge and CHD related health behaviors.

This study demonstrates that an effective, and practical discharge planning program is needed for elderly Chinese people with CHD during their transitional period which implemented by both clinical nurses and community nurses, could provide an effective continued health care from hospital to community.

In mainland China, researches tried to conduct cost-effective continuing health care for patients with chronic diseases. However, a gap still exists between the hospital health care and community health care delivery during the patient's transitional period. Coordinated discharge planning and follow-up support program has demonstrated an efficient cost-effective continuing health care delivery model for patients during the transitional period.

In this study, a nurse-led discharge planning and follow-up support program by clinical nurse and community nurse's collaboration and coordination has been tested and has been demonstrated as an effective program for improving

patients' adherences to health recommendations. We could expect that it may access the long-term goal of lower health care costs and improve survival. The continuing health care model conducted on elderly CHD patients in this study can be used and tested on patients with other disease. This initiated nurse-lead continuing health care model avoided the current potential barriers of collaborative and coordinated difficulty by multiple health professionals' involvement in mainland China. The nurses are encouraged to provide the collaborative and coordinative continuing care from the hospital to the community according to the positive evidence by this study.

The present study was limited in that all subjects recruited come from one comprehensive hospital and one community hospital in Tianjin. It is not known to the investigator that if elderly CHD patients who are admitted to other comprehensive hospitals or are discharged to other districts would react differently than subjects did in this study. In addition, we do not know if elderly patients living elsewhere would react differently than the elderly Tianjin patients. Elderly patients from other comprehensive hospitals and community hospitals are recommended to be involved in any future study. In a future study, patients' outcomes such as adherences to health recommendation and readmission rate should be follow-up at least one year after discharge. Items that can reflect cost-effectiveness of intervention such as length of hospital stay; total health care cost should be measured. Influence of discharge planning and follow-up support intervention on other objective variables such as low-density lipoproteins cholesterol (LDL-C) should be measured in future studies if possible.

## **Li, S.: Factors contributing to optimal, functional, and dysfunctional well-being in families living with stroke in Wuhan China**

### **Background**

Stroke is a leading cause of disability both in older persons and younger people who need life-long rehabilitative care in dealing with the care issues that may arise after they discharge home. However, no adequate way has been found to satisfy their needs in home care setting.

### **Aim and Objectives**

The study aims to understand the phenomenon of well-being versus ill-being, and their constituent elements in families living with stroke over a period of six months, particularly what and how are the care issues to be provided in their home care surroundings. The objectives are: (1) To collect empirical data in analyzing the care issues encountered by stroke survivors; (2) To examine the severity of stroke, the care issues, perceived burdens, coping resources, caring work, and (3) the ultimate objective is to propose a community-based and family-centered stroke rehabilitation model that can optimize the well-being for both stroke survivors and their family caregivers in Wuhan city.

### **Theoretical frameworks for the study**

The theoretical frameworks employed in this study are generated and summarized from a comprehensive literature review both in English and Chinese in order to provide guidance for designing the present study as well as collecting the most relevant data. The theoretical framework is formulated and theoretical propositions for the study are established in order to help the investigator better understand *what* elements may be mostly relevant to the outcome of family well-being, *how* these elements can be interplayed with each other in the process of caring trajectory, and explain the reasons *why* various levels of family well-being would be existed differently after discharge home over a period of six months. Theoretical propositions formulated are based on following assumption. That is: well-being of the family is dependent upon: 1) stroke-related disability, 2) care issues, 3) perceived burden, 4) coping resources (i.e., in personal, family and community level), 5) caring work, and 6) contextual factors.

### **Method**

Multiple-case study design has been adopted. Eighteen stroke survivors and their families were recruited from two local comprehensive hospitals on the basis of replication logic in case selection. Multiple sources of evidence were collected at 4 time points for a triangulated analysis of the phenomenon under study. The data sets included statistical data from structured questionnaires and retrospective chart review; and qualitative data from semi-structured interviews, direct observation and documentary review. The demographic information of families with stroke survivors was generated by structured questionnaires and chart review. The methods of analysis were qualitative as well as quantitative. The quantitative methods included descriptive statistics. The qualitative analysis was undertaken by two levels, the time-series description of events in each case trajectory and caring experience, and analysis of the various contextual factors, stroke-related disability, care issues, caring work, coping resources and perceived burden have been examined in order to identify how and what contributing factors influence the utmost outcome of family well-being living with stroke after discharge home over six months.

### **Results**

Of the 18 families, there are 18 survivors (male 11; female, 7; age, ranged from 44 to 80; all were suffered from cerebral infarction), and of those, seventeen survivors have primary family caregivers and one has only secondary family caregivers after discharge home. The findings have been attuned by two critically important elements which one is considered by family perceptions, or views or attitudes toward illness and caring burden; and the other is the family dynamics of the patterns of caring work over the process of illness trajectory after discharge home within a various type of family structure. Finally different types of family well-being have been emergent by three groups: optimal, functional and dysfunctional family well-being. Of those, *one constituent element* contributing to the differences in these three family groups is positive versus negative thinking. Positive thinking is considered as fulfilling family obligation (i.e., filial responsibility, spousal responsibility), having a sense of humor, acting as a Confucian Scholar, holding a Buddhist belief, letting nature take its course, acting as a folk healer (i.e., self-prescribed therapeutic measures, improvising therapeutic measures, such as vinegar (bean, egg, garlic), upholding the principle of self-reliance, and upholding the Communist ideology. While negative thinking included perceiving unbearable care burden (i.e., family duty should be shared by the whole family, particularly son or daughter-in-law, rather than taking by his or her own) Perceiving unbearable illness and symptom burdens (i.e., not being fairly treated by the life which as doing goodness but getting bitterness and suffering); and not fulfilling the prescribed family role responsibility (e.g., either children or spouse not acting as their prescribed role). *The second constituent element* is patterns of caring work which include cooperative, compromising, or disengaged caring pattern within each type of family structure (i.e., nuclear and modified nuclear, extended and modified extended, and single family). At six month after discharge, eighteen families indicate that nine

families maintained optimal well-being, four families could sustain functional well-being, and 5 families ended with dysfunctional well-being.

#### **Conclusion**

Optimal family well-being can be sustained in families with positive thinking and cooperative caring pattern, functional family well-being can be maintained in families with positive and negative thinking, and compromising caring pattern, and dysfunctional family well-being can be ended with negative thinking and disengaged caring pattern. The results are informative for nurses to derive community-based strategies in helping and supporting families to cope with multiple care issues to sustain an optimal level of family well-being in home care setting as longer and happier as possible.

**Key words:** family well-being, stroke, multiple-case-study design

## **Mesa Redonda (Inglés): Nursing Clinical Practice B**

**Bernardina, L., Diccini, S.; de Cássia Bettencourt, A. R.; Belasco, A.; Yatsue Conishi, R. M.; Barbosa, D. A.: Evolution of acute renal failure patients submitted to non-dialytic and dialytic treatment in Intensive Care Unit**

#### **Introduction**

Acute renal insufficiency (ARI) is a frequent complication during the internment of patients in intensive care units (ICUs). It is associated with high mortality (rates of 50 to 70%), prolonged hospital stay and high-cost therapy(1).

The incidence of ARI in a multicenter study involving 40 ICUs and 1,411 patients was found to be 24.7%(2). In another study, 1,530 patients in eight ICUs were evaluated and ARI was found in 254 patients (17%) patients(3).

In a study carried out in Brazil, it was observed that 19% of the patients interned in an ICU progressed to ARI(4). There are various risk factors for ARI in ICUs, such as: age  $\geq$  65 years, average duration of hospitalization greater than seven days, infection upon admission, cardiovascular failure, hepatic insufficiency, respiratory insufficiency and neoplasias(2). The treatment for ARI can be divided into dialytic and non-dialytic treatment.

Despite technological advances and increased survival of the population, the mortality rates among patients who develop ARI in ICUs still remain high. The results from the present study may make an important contribution towards analyzing the evolution of patients with ARI who are submitted to dialytic and non-dialytic treatment.

#### **Objectives**

- To evaluate the clinical evolution of patients with ARI who are submitted to dialytic and non-dialytic treatment in an intensive care unit (ICU).
- To identify the comorbidities that affect these patients.

#### **Patients and method**

Ethical aspects: This study was preceded by approval from the Research Ethics Committees of the Federal University of São Paulo (UNIFESP) and Hospital Sírio-Libanês.

Study design: Prospective study of a controlled cohort;

Setting and dates: The study was carried out in the ICUs of Hospital Sírio-Libanês, during the year 2003.

Patients: Adult patients (age over 18 years) of both sexes with a serum creatinine level of greater than 1.5 mg/dl were included. Patients with chronic renal insufficiency or kidney transplants and organ donors were excluded.

Follow-up: The patients were evaluated according to the type of treatment to which they were submitted (dialytic or non-dialytic), the comorbidities identified, patient type (clinical or surgical), causes of admission to the ICU (clinical and surgical), type of ARI (pre-renal, renal or post-renal), clinical and surgical complications in the ICU, type of renal substitution therapy, length of stay in the study, duration of internment in the ICU, laboratory tests at the onset and resolution of the ARI (creatinine, urea, sodium, potassium), patient outcome (discharge or death), and cause of death.

#### **Results**

The results relating to the 70 patients included in the study were analyzed regarding the type of treatment undertaken (dialytic or no-dialytic).

Of the 70 patients who progressed with ARI in the ICU, 51 (73%) received non-dialytic treatment and 19 (27%) were treated using dialytic techniques.

The characteristics of the patients with ARI upon admission to the ICU are presented in Table 1. The evolution of the patients with ARI during their internment in the ICU is presented in Table 2. There was significantly greater diagnosis ( $p = 0.001$ ) of strictly defined ARI among the dialytic patients than among the non-dialytic patients. During the internment in the ICU, all the patients presented complications of a clinical or surgical nature that were associated with the ARI. There were significantly more pulmonary and metabolic complications ( $p = 0.03$  and  $p = 0.01$ , respectively) among the dialytic patients than among the non-dialytic patients.

During the first 48 hours of internment in the ICU, 73% of the patients were submitted to non-dialytic treatment and 42% to dialytic treatment. The duration of the ARI and the total length of internment in the ICU were significantly greater ( $p = 0.004$  and  $p = 0.008$ , respectively) for the dialytic patients. Out of the 70 patients, 28% of them progressed to death and, of these, 42% of the patients were in the dialytic group and 33% in the non-dialytic group. The relative risk of death in the dialytic group was 26% (RR = 1.26; CI: 0.66 to 2.43).

The average initial creatinine in the dialytic group was 4.2 mg/dl, which was statistically greater ( $p = 0.001$ ) than in the non-dialytic group. There were no statistical differences between the groups regarding the biochemical values for urea, sodium and potassium at the time of diagnosing ARI. However, at the time of discharge, the values for creatinine ( $p = 0.007$ ), urea ( $p = 0.002$ ) and potassium ( $p = 0.03$ ) were significantly greater among the patients in the dialytic group. In the dialytic group, the cause of death for six patients (75%) was multiple organ insufficiency and for the other two it was respiratory insufficiency and sepsis. In the non-dialytic group, the cause of death for six patients (35%) was respiratory insufficiency, for another six (35%) it was multiple organ insufficiency, for two (11.7%) septicemia, one acute renal insufficiency, one AVCH and one cardiorespiratory insufficiency.

#### **Conclusions**

- The comorbidity most frequently identified for patients submitted to both dialytic and non-dialytic treatment was of cardiovascular origin;

- During the first 48 hours of hospitalization, 73% of the patients were submitted to non-dialytic treatment and 42% to dialytic treatment;
- The complications associated with ARI that were most frequently identified in both groups were of cardiovascular and infectious nature, while the pulmonary and metabolic complications were predominantly in the dialytic group;
- The mortality rate in the non-dialytic group was 33% and it was 42% in the dialytic group 42%;
- The relative risk of death was 26% greater in the dialytic group;
- Multiple organ insufficiency was the most frequent cause of death among patients in the dialytic group, while respiratory insufficiency was the most frequent cause in the non-dialytic group;
- ARI does not appear to be, on its own, the sole triggering factor for the high mortality rates that affect these patients.

**Table 1 – Characteristics of the patients with ARI upon admission to the ICU.**

Characteristics	Dialytic N = 19	Non-Dialytic N = 51	p value
<b>Sex</b>			
Male	15 (78.9%)	34 (66.7%)	
Female	4 (21.1%)	17 (33.3%)	NS
<b>Average age ± SD</b>	67 ± 14	70 ± 14	NS
<b>Type of patient</b>			
Clinical	14 (73.7%)	34 (66.7%)	
Surgical	5 (26.3%)	17 (33.3%)	NS
<b>Causes of admission to the ICU</b>			
<b>Clinical</b>			
Pulmonary	7 (36.8%)	22 (43.1%)	NS
Cardiovascular	3 (15.8%)	11 (21.6%)	NS
Neurological	3 (15.8%)	10 (19.6%)	NS
Gastrointestinal	3 (15.8%)	6 (11.8%)	NS
Infectious	2 (10.5%)	5 (9.8%)	NS
Metabolic	1 (5.3%)	1 (2.0%)	NS
<b>Surgical</b>			
Gastrointestinal	2 (10.5%)	7 (13.7%)	NS
Cardiological	---	5 (9.8%)	NS
Vascular	1 (5.3%)	4 (7.8%)	NS
Orthopedic	---	2 (3.9%)	NS
Pulmonary	1 (5.3%)	2 (3.9%)	NS
Neurological	---	1 (2.0%)	NS
Urological	1 (5.3%)	1 (2.0%)	NS
<b>Comorbidities*</b>			
Cardiovascular	11 (57.9%)	31 (60.8%)	NS
Neoplasia	5 (26.3%)	18 (35.3%)	NS
Gastrointestinal	9 (47.4%)	17 (33.3%)	NS
Neurological	1 (5.3%)	13 (25.5%)	NS
Metabolic	7 (36.8%)	12 (23.5%)	NS
Pulmonary	4 (21.0%)	10 (19.6%)	NS
Others	4 (21.0%)	14 (27.4%)	NS

The values are presented as number of patients or events (n) and percentage (%); SD = standard deviation;  
\* one patient presented more than one comorbidity

**Table 2 – Evolution of the patients with ARI during their internment in the ICU.**

Evolution	Dialytic N = 19	Non-Dialytic N = 51	p value
<b>Types of ARI</b>			
Pre-renal	5 (26.3%)	35 (68.6%)	
Renal	14 (73.7%)	15 (29.4%)	0.001**
Post-renal	---	1 (2.0%)	
<b>Complications*</b>			
Cardiovascular	17 (89.5%)	43 (84.3%)	NS
Infectious	7 (36.8%)	18 (35.3%)	NS
Pulmonary	12 (63.2%)	17 (33.3%)	0.03**
Metabolic	12 (63.2%)	14 (27.4%)	0.01**
Hematological	8 (42.1%)	11 (21.6%)	NS
Gastrointestinal	4 (21.0%)	10 (19.6%)	NS
Surgical revision	3 (15.8%)	6 (11.8%)	NS
Neurological	2 (10.5%)	5 (9.8%)	NS
Rhabdomyolysis	---	1 (2.0%)	NS
Others	2 (10.5%)	6 (11.8%)	NS
<b>Average length of study ± SD</b>	20.6 ± 15.1	9.0 ± 7.9	0.004**

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen

<b>Length of internment in the ICU Outcome</b>	25.0 ± 17.1	12.8 ± 10.8	0.008**
Discharge	11 (57.9%)	34 (66.7%)	<b>RR (95% CI)</b>
Death	8 (42.1%)	17 (33.3%)	1.26 (0.66-2.43)

The values are presented as number of patients or events (n) and percentage (%); SD = standard deviation;

\* one patient presented more than one complication; \*\*  $p < 0.05$ ;

#### References

1. Mehta RL, Chertow GM. Acute renal failure definitions and classification: time for change? *J Am Soc Nephrol* 2003; 14:2178-2187.
2. Mendonca A, Vincent JL, Suter PM, Moreno R, Dearden NM, Antonelli M et al. Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA score. *Intensive Care Med* 2000; 26:915-21.
3. Clermont G, Acker CG, Angus DC, Sirio CA, Pinsky MR, Johnson JP. Renal failure in the ICU: comparison of the impact of acute renal failure and end-stage renal disease on ICU outcomes. *Kidney Int* 2002; 62:986-96.
4. Mataloun SE. Incidência, fatores de risco e fatores prognósticos da insuficiência renal aguda em pacientes admitidos numa unidade de terapia intensiva. [dissertation]. São Paulo: UNIFESP/EPM; 2002.

## Ku, Y.L., Wang, C. C., Kuo, S. M., Kuo, H. Y.: Evaluation of Discharge Planning in a Southern Hospital

### Background

Since 1993, the population of elders in Taiwan has risen by over 7% and fit the WHO criteria for an aging country. According to the statistics of the Department of Health Executive Yuan (2003), the elderly population over 65 years old in Taiwan has comprised 9.2% of the total population. Growing life expectancy in Taiwan has increased the importance of long-term care. Long-term care can supply elderly continuing and complete services. Discharge planning is the essential element of long-term care. Discharge planning attempts to forecast potential health problems and care needs for patients before discharge and design a health care plan as well as offer appropriate transferred facilities early (Pan, 2000). The benefit of discharge planning lies in reduced hospitalization and provision of good continuing care, thus lowering re-hospitalization, medical costs, and mortality (Hou, Hollenberg, Charlson, 2001; Liao, Shao, Lee, Hsu, 2000; Saltvedt, Opdahl, Fayers, Kaasa, and Sletvold, 2002).

### Objectives

This investigation evaluates discharge planning in a Southern Hospital. Triangulation data analysis was applied to examine 346 secondary data in discharge planning retrospectively from acceptance to termination of cases to understand their health status, self-care abilities, family support roles, and reasons for termination.

### Methods

Triangulation data analysis of 346 cases' records retrospectively was implemented from January in 2002 to June in 2003 in a Southern Fooyin University Hospital. The outcome data were analyzed by the ANOVA statistics of SPSS Window 10.0. The data included health status, self-care ability, and family support roles ranging from accepting to termination cases. Health status was defined as the numbers of Tracheotomy, N-G tube, Foley tube, PCN tube as well as wounds and bedsores patients had. Self-care abilities were defined as the capabilities of feeding, toileting, urine and stool control, bathing, clothing, moving, medication, illness awareness, anxiety, and communication. Family support roles were defined as the abilities of family members to take care of patients by their feeding, toileting, urine and stool control, bathing, clothing, moving, medication, illness awareness, anxiety, and communication. Additionally, the monthly records in 346 cases were used as the qualitative data for understanding the reasons for termination and the situation of the clients.

### Results

In quantitative data, for health status, from acceptance to termination of cases, results confirmed that the amounts of equipments used such as Tracheotomy, N-G tube, Foley tube, PCN tube as well as wounds and bedsores patients owned had declined ( $t=10.253$ ,  $p<.05$ ). The improvement was apparently unaffected by gender ( $F=2.139$ ,  $p>.05$ ), and numbers of caregivers ( $F=.547$ ,  $p>.05$ ). For self-care abilities, results demonstrated that patients markedly elevated their illness awareness as well as improving abilities of feeding, toileting, bathing, moving, medication, and communication from acceptance to termination. However, urine and stool control and clothing display no significant improvement. The results were unaffected by gender ( $F=.287$ ,  $p>.05$ ), and numbers of caregivers ( $F=.923$ ,  $p>.05$ ). For family support roles, results indicated that all family support roles were identified as significantly improved. These results were similarly unaffected by gender ( $F=.843$ ,  $p>.05$ ), and numbers of caregivers ( $F=.282$ ,  $p>.05$ ). Additionally, content analysis of the qualitative data classified the cases as follows: 57.4% stable or follow up, 15.1% missing, 11.3 % dead, 8.7% re-hospitalized, and 7.5% transferred to other units such as local clinics, public health stations, nursing homes, or home care.

### Conclusion

Overall, health status, self-care abilities, and family support roles have advanced noticeably regardless of their gender and numbers of caregivers. In other words, despite patient gender and how many caregivers they have, their health status, self-care abilities, and family support roles all would have improved significantly through discharge planning. These outcomes have provided the important evidences for the quality of care from discharge planning. Since studies on discharge planning in Taiwan tends to emphasize outcome criteria such as shortened hospitalization time, re-hospitalization, and medical costs, instead of patient-centered focus on developing the nursing care plan. Therefore, the authors recommend that future studies focus on developing cases' independent abilities such as ADL for hygiene, clothing, urine and stool control. Besides, the amount of equipments used, size of wounds, infection rates, physical health, health status could be taken into account as evaluation criteria for discharge planning.

### Acknowledgement

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

The author thanks the Discharge Planning of Fooyin University Hospital in Taiwan for providing the valuable data. Hsuan-Wen Hsu and others who are two-years BSN program students are appreciated for their assistance. The 346 cases in Discharge Planning where the study subjects were recruited, under the auspices of the Fooyin University Hospital in Taiwan are further commended.

## **Mesa Redonda (Español): Cuidados de enfermería en personas mayores Orb, A., Curtin University of Technology, School of Nursing and Midwifery: Nuevas tendencias sociales: Los abuelos australianos toman la responsabilidad de los padres**

Los abuelos juegan un rol importante en la familia. Tradicionalmente, estos han estado cerca de los nietos participando en el desarrollo emocional y espiritual de ellos. Además se sabe que tienden a mimarlos, dejando la disciplina en manos de los padres. En Australia en estos momentos, el rol de los abuelos se está expandiendo considerablemente; pues están tomando la responsabilidad total de la crianza de sus nietos. Los cambios sociales en la estructura de la familia, están siendo influenciados por el uso de drogas y la presencia de enfermedades mentales. En Australia al igual que en los Estados Unidos de Norte América e Inglaterra los abuelos están continuando con su rol de padres por razones sociales que ellos no pueden controlar.

Desgraciadamente este rol ha resultado en serios problemas para los niños como también para los abuelos. Varios autores (1, 2, 3) reconocen que los abuelos no han tenido el apoyo necesario para llevar a cabo su rol pues no existe un sistema que les ofrezcan ayuda cuando lo necesitan. En Australia Occidental poco se sabe sobre este tema, solamente un estudio indico la necesidad de examinar este fenómeno mas de cerca (2)

El objetivo de esta investigación fue describir las percepciones de los abuelos que crían a sus nietos asumiendo la función de padres. Se uso el método cualitativo con el fin de describir las experiencias de los abuelos que estaban criando a sus nietos tomando el rol de padres. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad de Curtin en la ciudad de Perth, Australia Occidental. La información se obtuvo a través de entrevistas semi-estructuradas y preguntas abiertas. El objetivo de las entrevistas fue la de conocer el mundo que rodea a estos abuelos y de obtener sus puntos de vista. Los participantes fueron reclutados a través de una asociación comunitaria que se dedica a prestar ayuda a las familias que se encuentran en dificultades.

Los datos fueron analizados usando el método de contenido analítico (4). Los resultados demográficos de esta investigación indican que de los 17 abuelos entrevistados, nueve eran abuelas que vivían solas con sus nietos y el resto eran parejas. El promedio de edad era 55 años, variando entre los 46 a los 64 años. Algunos abuelos criaban entre uno a cuatro niños. Muchos de ellos habían tomado la responsabilidad de criar a estos niños por un periodo entre los 6 meses y 15 años. Las razones que por las que ellos tomaron el rol de padres fueron las enfermedades mentales de algunos de los padres pero en su gran mayoría fue por el uso de drogas.

Del análisis de los datos emergieron nueve temas, de los cuales cuatro serán discutidos en esta presentación debido a la limitada disponibilidad de tiempo.

1. *Ser abuelo es como ser padre*: El análisis de los datos indican que los abuelos no estaban preparados para asumir el rol de padres pero si estaban preparados para jubilar. Ellos indicaron que ahora su rol era diferente debido a las nuevas circunstancias en que vivían. Consideraron que el rol de abuelo se había perdido porque no podían mimar a los nietos pero si debían imponer disciplina. El asumir la responsabilidad de padres los mantenía constantemente ocupados cambiándoles su estilo de vida. Las actividades diarias empezaban a las 6 de la mañana, ya sea preparando a los niños para ir al colegio, a las actividades deportivas, a las visitas al medico, o gestionando la custodia legal de aquellos pequeños. Al final del día estas actividades dejaban a los abuelos físicamente y emocionalmente extenuados, sin energías y con tiempo muy limitado para otras labores. Dos de ellos expresaron lo siguiente:

*Bueno, es fantástico ser abuelo. Pero a nosotros nos gustaría ser como abuelos normales. Solamente normales. Sí muy cansador y nos afecta nuestro estilo de vida y nuestra vida social...también uno no tiene la energía que tenía hace 30 años atrás. Sí, es totalmente diferente. (P.2)*

2. *Viviendo bajo estrés constante*: Los abuelos indicaron que criar a los nietos era una tarea muy estresante. Primero, tenían que obtener la custodia de los niños para adquirir el derecho legal sobre ellos. Segundo, tenían que enfrentarse con el proceso administrativo para obtener la custodia. Finalmente, tenían que enfrentarse a los hijos/as y a sus esposos/as que en muchos casos se oponían a entregarles la custodia de los niños. Aquellas gestiones, el desembolso de dinero y las repetidas visitas a las oficinas de gobierno los mantenía bajo un estrés constante. Los abuelos también tenía conflictos en la relación con sus hijos, pues ellos tenían permiso legal para visitar a los niños pero frecuentemente estas visitas no se cumplían.

Esto es ilustrado en la siguiente afirmación:

*Nosotros nos consideramos afortunados porque tuvimos ayuda legal. Ahora tenemos que pelear por el acceso a los niños porque estamos lidiando con cuatro padres diferentes, cuatro tipos de abuelos y cuatro tipos de familias, esto es muy complicado. (P.9)*

Otro expreso:

*Yo vivo bajo estrés constante, hasta cuando las cosas van bien yo todavía estoy constantemente en alerta. (P11)*

3. *Buscando ayuda*: Los abuelos al verse enfrentados con la responsabilidad de criar a sus nietos y en vista que los recursos, tanto de apoyo familiar como financieros, eran escasos, buscaron la asistencia social y la ayuda económica para sobrellevar aquella carga. Lo más difícil fue al comienzo pues no sabían que puertas golpear y por desconocer los

servicios a los que podían recurrir. Para la mayoría la ayuda vino de la iglesia, del colegio, del Centro de Seguridad Social y además de los servicios comunitarios que agrupan a los abuelos.

Además de la asistencia anteriormente señalada, los abuelos necesitaban ayuda en dos áreas. Una era la de obtener terapia para los niños con problemas de conducta y la otra era la necesidad de que alguien los reemplazara por un breve periodo durante la semana a fin de poder tener un muy merecido descanso. Por ejemplo una abuela de 55 años encargada de tres niños cuyas edades fluctuaban entre los cinco, tres y dos años dijo lo siguiente:

*He llamado a todos lados, yo he hecho este ejercicio y he tratado de encontrar a alguien que me pueda dar una mano o venir los fines de semana. Esto suena a como que no soy capaz pero la verdad es que me siento tan cansada e irritable al final de la semana que necesito a alguien que me ayude a entretener a estos niños. Un poco de ayuda es muy importante, esta ayuda es importante. (P.13)*

Otra abuela dijo:

*Solamente el grupo comunitario me ha dado el apoyo emocional que necesito, Nos han enseñado tácticas y estrategias que podemos probar. No sabía de este grupo de voluntarios que nos prestan ayuda. (P.3)*

4. *Aprendiendo a desenvolverse en el sistema:* El análisis de los datos identifican claramente que los abuelos se encontraban muy enojados y frustrados con los servicios de seguridad social porque sentían que el personal administrativo de estas instituciones no los trataban con el respeto que se merecían. Los abuelos tenían que describir repetidamente sus historias con el fin de ser escuchados. En otras palabras, ellos se sentían que eran invisibles, sin dinero y sin voz frente a los funcionarios de gobierno. Además sentían que eran discriminados en comparación con la ayuda que el sistema presta a las familias que cuidan temporalmente a los niños con problemas.

Del análisis de los datos también se identificó que los abuelos habían desarrollado un espíritu combativo que les permitió continuar enfrentando los obstáculos burocráticos. Muy pronto se familiarizaron como funcionaba el sistema, el significado de los términos legales y a negociar las situaciones con los funcionarios de gobierno. Además aprendieron a hacer respetar sus derechos.

Una abuela de 55 años que cuidaba a cuatro nietos por cerca de casi cinco años, se acercó a la oficina de seguro social a reclamar el dinero que le correspondía describió la siguiente situación:

*Recibí una carta del servicio de seguro social. Fui y les dije soy la abuela que esta criando a los niños. La secretaria administrativa me dijo: Ud. es solamente la abuela y yo le respondí: Tengo la custodia legal de los niños, ellos son mis niños y deseo saber porque estoy perdiendo la mitad de mi dinero. Además le dije: Ud. no debe tener mas de 18 anos vaya a buscar a su superior porque deseo hablar con él. (P7)*

#### **Discusión**

El presente estudio confirma los resultados de otros estudios en los Estados Unidos de Norte América, los cuales han insistido en la importancia del apoyo social que estos abuelos necesitan. Además, demuestra que estos abuelos están no solamente contribuyendo con la crianza de sus nietos pero también con la economía del país. El estudio identifica varias áreas de importancia que tienen repercusión en las políticas sociales y del bienestar de los adultos mayores y los niños. Los representantes del gobierno de Australia Occidental y el gobierno federal encargados de las políticas de salud y bienestar social, necesitan con urgencia modificar y expandir la ayuda y el apoyo a este grupo de abuelos que están bajo una presión constante. Uno de los numerosos problemas con los que estos abuelos se han enfrentado, son los problemas conductuales de algunos niños. Algunos de estos menores habían sido víctimas de violencia familiar, sodomía, alcoholismo y drogas. Por esto la necesidad de servicios de consejería es imperativa. Por las razones anteriormente expuestas la mayoría de los abuelos expresaron su preocupación acerca del futuro de los nietos y la frustración con las organizaciones gubernamentales. Pretender que solamente con el cuidado de los abuelos estos niños lleguen a ser ciudadanos responsables es una posición demasiado optimista. Las organizaciones encargadas del bienestar de la familia y de los niños deben actuar rápidamente para ofrecer servicios donde los abuelos puedan llevar a los niños donde se les procuren las terapias adecuadas. Además, los abuelos necesitan ayuda financiera y su rol no debería tomarse como un hecho consumado. La distribución de recursos económicos hacia este grupo debe tener prioridad si las autoridades de salud desean mantener la condición física y mental de los abuelos al igual que la de los niños.

#### **Referencias**

1. Gauntlett K. Child burden for elderly. The Western Australian 2002 April 29, 9 (col.3)
2. Allen R. Grandparents as carers. A look at the situation faced by grandparents who are raising their grandchildren. Perth. Kidlink; 2002.
3. Trupin S. A nursing success story. Moral support for 'grandparents who care'. American Journal of Nursing, 1993, 93(4): 52-56.
4. Morse J M, Richards L. Read me first for a user's guide to qualitative methods. Thousand Oaks: Sage Publication; 2002.

### **Cerrillo Patiño, J. R., Gutiérrez Leiva, J. A., Segura García, M.: Calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores de 64 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca**

Este Proyecto ha sido financiado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (2002-2004, Exp. N°: 02017-00).

#### **Objetivos**

- Conocer cuál es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las personas >64 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca, según el cuestionario validado de Calidad de Vida (CVA) ©.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

- Conocer cuál es la auto-percepción de salud de las personas >64 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca, según el cuestionario validado de Salud Física (SF-12), versión reducida del SF-36.
- Estimar la prevalencia de la obesidad en personas >64 años de la provincia de Cuenca no institucionalizadas.

#### **Métodos**

##### **Diseño:**

Estudio transversal (cross-sectional) de valoración de calidad de vida, auto-percepción de salud física y obesidad. Realización en diciembre de 2002-2003 hasta marzo de 2004.

##### **Población de estudio:**

Todas las personas mayores de 64 años no institucionalizadas de la Zona Básica de Salud de Honrubia, de la Zona Básica de Salud de Cañete y dos cupos del Centro de Salud Radio Nacional de España de Cuenca (un tamaño muestral aproximado de n=1964).

##### **Ámbito del estudio:**

Tres zonas Básicas de Salud (dos rurales y una urbana) de la provincia de Cuenca.

##### **Variable e instrumentos de medición:**

- Instrumentos para la medición de la calidad de vida:
  - Cuestionario CVA, para la medición de la calidad de vida. Se trata de un cuestionario general de calidad de vida con cinco dimensiones: salud física, salud mental, actividades de la vida cotidiana, recursos sociales y recursos económicos. (Martínez Vizcaino, V. y cols. *Aten. Primaria*. 24(5):267-273.)
  - Cuestionario SF-12v2, sobre el estado de salud en su versión estándar, que nos permite saber como se encuentra el paciente y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.
- Otras medidas:
  - Los enfermeros responsables de cada Centro de Salud se encargaron de medir a cada uno de los pacientes, su peso, la altura y el perímetro abdominal.

**Estrategia de captación:** Tras reunión con los miembros del Equipo de Atención Primaria de cada ZBS (Zona Básica de Salud) para explicar los objetivos del proyecto y las ventajas que supone para la salud de la población anciana adscrita a ese centro de salud, se informa de éste a los responsables municipales (alcalde y concejal de sanidad), para que lo pongan en conocimiento del Consejo de Salud y soliciten su aprobación.

Mediante carta personalizada, el enfermero del equipo investigador responsable de la coordinación del proyecto en cada ZBS informa a cada uno de los individuos seleccionados para participar en el estudio, y les convoca a una cita en el centro de salud, para explicarles los objetivos del estudio y solicitar su aceptación para participar mediante consentimiento informado, acto seguido se les administran los cuestionarios.

##### **Recogida de datos:**

Los enfermeros del equipo de investigación, administran mediante entrevista los cuestionarios. Previamente, este enfermero ha sido entrenado en la administración de cuestionarios a personas mayores, y se le ha filmado en video cinco entrevistas en ancianos diferentes a los del estudio, para analizar por observadores externos las dificultades en la administración de los cuestionarios.

##### **Análisis de datos:**

El análisis de datos se realiza con el paquete estadístico SPSS/PC 11.

Se valora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de la población estudiada, por sexos y nivel de ruralidad, etc.

La relación entre cada categoría de la CVRS y la presencia de cada una de las patologías crónicas más frecuentes se estima mediante un análisis de comparación de medias con la prueba T para muestras independientes, al igual que para el análisis de auto-percepción de salud, sexo, rural y urbano.

Se calcula la prevalencia de obesidad, según frecuencia y clasificación según la Organización Mundial de la Salud.

##### **Limitaciones del estudio:**

Posiblemente una muestra de la población de ancianos de la provincia de Cuenca seleccionada por muestreo aleatorio simple, o por muestreo estratificado por edad y sexo, tomando como marco muestral el listado del Padrón Municipal de la provincia de Cuenca, garantizaría, en el caso de una buena respuesta al estudio, la representatividad de la muestra. Sin embargo, con ese diseño de muestreo es muy fácil que encontráramos problemas para la aceptación por parte de los consejos de salud, e incluso por parte de los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP), pues no parece muy ético ofrecer la participación en un estudio que puede detectar deficiencias de salud y calidad de vida, y que por lo tanto, puede significar una mejora de la salud de los participantes, solamente a unos pocos ancianos de cada localidad. Por otra parte, un muestreo en el que la participación se ofrece a todos los individuos que sobrepasan una determinada edad puede conseguir, a nuestro juicio, unas tasas de participación superiores. Además, la inclusión de tres ZBS con muy distinto nivel de ruralidad y, en general, de condiciones medioambientales, hace que podamos considerar a nuestra muestra como representativa, pues es difícil suponer que las condiciones de las distintas zonas de la provincia sean tan diferentes como para suponer un sesgo que amenace a la validez del estudio.

No participaron en el estudio aquellas personas que presentaban algún tipo de invalidez tal que les impidiera acercarse al Centro de Salud donde se encontraba el Laboratorio de medición.

#### **Resultados**

Hemos escogido una población total de n=1964 personas, obteniendo una tasa de respuesta del 80,5% (1155 personas) que aceptan participar en el estudio; de los cuales un 54,5% (630 personas), eran mujeres y un 45,5% (525 personas) hombres. Por zonas de estudio un 70,2% (811 personas) pertenecen a la zona rural y un 29,8% (344) a la zona urbana.

En cuanto a la valoración de la Calidad de Vida mediante cuestionario CVA© se ha utilizado la estimación de medias según las 5 dimensiones que estudia este test (Recursos Sociales [RS], Actividades de la Vida Diaria [AVD], Salud Física [SF], Salud Mental [SM] y Recursos Económicos [RE]), estas dimensiones se miden de acuerdo a 6 ítems, considerando 1 como el mejor estado y 6 como el peor estado (en cada dimensión). Se han utilizado análisis de tipo bivariante en el que se incluye el sexo y las 5 dimensiones que miden la Calidad de Vida, encontrando significación estadística (p<0,05) en las dimensiones de Recursos Sociales(1,50 en hombres frente a 1,73 en mujeres, p=0,030), Salud Física (2,44 en hombres frente al 2,66 en mujeres, p=0,001) y Recursos Económicos (2,14 en hombres frente al

2,37 en mujeres,  $p=0,002$ ) lo que nos sugiere el peor estado de calidad de vida de las mujeres en estos aspectos que los hombres, puesto que en las restantes dimensiones no se aprecian diferencias estadísticas significativas.

En el siguiente análisis se utilizó el mismo tipo de análisis pero esta vez por zona de ruralidad-urbanidad, obteniendo peor resultado en las siguientes dimensiones: Salud Física (2,61 en la zona rural frente al 2,45 de la zona urbana,  $p=0,006$ ) y Recursos Económicos (2,32 en la zona rural frente al 2,16 en la zona urbana,  $p=0,000$ )

En cuanto a la percepción de salud, no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ( $p=0,259$ ), obteniendo de entre una escala del 1 (excelente), 2 (muy buena), 3 (buena), 4 (regular) y 5 (mala) un resultado de 3 (buena). En el caso de analizarlo por nivel de ruralidad-urbanidad se obtiene el mismo resultado.

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades crónicas más frecuentes y la afectación que produce en la CVRS, hemos escogido los siguientes problemas: bronquitis crónica o asma (prevalencia= 12,21% de la población estudiada, con afectación en las AVD,  $p=0,050$ ), problemas de corazón (prevalencia= 19,90%, sin afectación significativamente estadística,  $p>0,05$ ), diabetes mellitus (prevalencia = 15,55%, con afectación en las AVD,  $p=0,033$ ), hipertensión arterial (prevalencia = 46,02%, con afectación en las AVD,  $p= 0,000$ ), artrosis y artritis (prevalencia = 46,29%, con afectación en los RS,  $p= 0,027$ ), glaucoma y cataratas (prevalencia = 14,74%, con afectación en los RS,  $p= 0,011$ ).

En relación a la obesidad, según la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) de la OMS, hemos obtenido los siguientes porcentajes de población: sólo un 0,36% de población tiene bajo peso, el 11,05% de la población se encuentra con su peso normal, el 31,50% tiene sobrepeso, el 22,88% presenta obesidad tipo I, el 28,94% tiene obesidad tipo II y el 5,27% presenta obesidad tipo III.

La principal aportación de los profesionales de enfermería en este estudio, es la implicación en el desarrollo del mismo. En cuanto a su colaboración, nos referimos a la formación previa para la administración de los cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVA, SF-12v2, medición antropométrica).

Captación y citación de los pacientes para la participación en el estudio.

Administración de cuestionarios de medición de la CVA y SF.

La determinación del peso, la talla y la circunferencia de la cintura, que nos dan resultados para conocer el índice de masa corporal (IMC).

#### **Discusión e implicación para la práctica clínica**

En cuanto a los resultados el hecho de que las mujeres presenten peor calidad de vida en Recursos Sociales, creemos se debe a la escasa red social de apoyo que tiene como alternativa al desahogo de trabajo, en tareas tan comunes como cuidar de familiares, el hogar, etc.... sobre todo por la escasez de Residencias, Centros de Día, falta de personal de ayuda a domicilio y por que sobre todo en el medio rural los ancianos viven solos, no encontrándose tal situación en la ciudad a la que se desplazan para vivir con los hijos. En la dimensión sobre Salud física, de todos es entendido en nuestros días que el hecho de tener mayor esperanza de vida de las mujeres, el gran lapso de tiempo a partir del climaterio y las medidas higiénico – dietéticas como de información con las que cuentan este colectivo les lleva a tener un mayor deterioro de calidad de vida relacionada con la salud. En el aspecto económico, es evidente que históricamente las mujeres no han trabajado en labores remuneradas y es pues un muro a la hora de poder disponer de dinero propio en comparación con los hombres que por ejemplo llegada la jubilación tienen una pensión.

En cuanto al análisis efectuado en el ámbito rural-urbano encontramos diferencias significativas en SF y RE sin realizar un subconjunto hombre-mujer, a lo que creemos oportuno matizar lo que ya hemos comentado, el hecho de estar en la ciudad hoy en día, viene determinado por la oferta de servicios y la atención de personas que se puedan encargar de ellos en caso de pérdida de salud, como en este caso son los hijos que se han ido a vivir a la zona urbana.

En cuanto a la prevalencia de enfermedades, vemos que en la mayoría encontramos una deficiencia en la calidad de vida para la realización de las AVD, tanto instrumentales como básicas, a lo que hemos de señalar, que dado la edad de la población a estudio y la alta prevalencia de este tipo de patologías nos hace meditar sobre los programas que llevamos a cabo día a día en las consultas de atención primaria con pacientes crónicos, un dato curioso es que hay un porcentaje no desdeñable de población con glaucoma, cataratas u otros problemas análogos, y este tipo de patología conlleva una serie de consecuencias que a veces aíslan al paciente y menguan su calidad de vida significativamente, por lo que se hace necesaria una valoración por parte de los enfermeros en este campo, puesto que actualmente no existen en Europa y son muy pocos los estudios a nivel internacional sobre la detección precoz de trastornos de agudeza visual.

El hecho de que no encontremos disminuida la CVRS de la población que presenta problemas cardíacos nos hace pensar que se están llevando a cabo con éxito y con fortuna los programas dirigidos a este tipo de pacientes de manera global, por lo que hemos de felicitarnos y no bajar la guardia.

Encontramos una alta prevalencia de obesidad en la población anciana de Cuenca, lo que hace pensar seriamente una intervención, principalmente sobre el sedentarismo y luego otra complementaria sobre hábitos dietéticos que enseñen a estos pacientes a evitar este tipo de situación, creemos importante señalar que históricamente la población de la meseta Ibérica se ha surtido siempre de carne animal, poca verdura y poca fruta, por lo que el grupo etario que hemos estudiado presenta ya un hábito muy arraigado, habría que pensar una buena intervención como hemos señalado antes.

Actualmente la mayoría de los estudios relacionados con la calidad de vida, se benefician y optimizan científicamente al acompañarse de cuestionarios relacionados con la auto-percepción de salud, a fin de establecer una conexión entre la repercusión de la enfermedad y una adecuada intervención, así como el desarrollo de estrategias por parte del individuo para hacer cara a la enfermedad. En este caso los enfermeros se han formado previamente a fin de administrar los cuestionarios de forma uniforme y evitar sesgos de medición.

La presencia de los enfermeros en este tipo de estudios, así como su implicación en la metodología del mismo hace relevante la participación de estos y los forma de manera exclusiva, especialmente por el elevado número de pacientes entrevistados y medidos.

La aportación a la práctica de los enfermeros, pasa por dos caminos, uno el de conocer el estado de salud de las personas mayores de la provincia donde se realiza el proyecto, haciéndolo único por su exhaustividad y metodología. El segundo camino es la valoración de las características principales de las personas mayores de 64 años en relación a las cinco dimensiones que evalúa el cuestionario de Calidad de Vida (salud física, salud mental, actividades de la vida cotidiana, recursos sociales y recursos económicos) y su relación con los principales problemas crónicos, lo que nos hace plantearnos ciertos tipos de intervenciones, de detección, de educación para la salud, tanto de promoción como

de prevención, sin olvidar la eficiencia en la utilización de los recursos que necesita esta población con este tipo de trastornos.

La mayoría de las enfermedades crónicas pueden ser detectadas tempranamente y, una vez tratadas adecuadamente, mejorar su pronóstico, por lo que las actividades de detección precoz conllevan una mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, y presumiblemente una mayor expectativa de vida y un retraso en la aparición de problemas ligados a la movilidad, ahí es donde los enfermeros tenemos una gran responsabilidad por concebir que la mayor parte de las consultas que atendemos en atención primaria es con personas mayores de 64 años, y que podemos incluir este tipo de metodología de trabajo en el que nos interesásemos por su estado de salud y la dependencia que genera.

El estudio de CVRS, nos permite conocer las necesidades de las personas estudiadas, y valorar el grado en el que estas necesidades de salud están atendidas. Si la proporción de personas mayores con deficiencias en su calidad de vida y auto-percepción de salud es elevada, este estudio detecta una necesidad no atendida que nos obliga a plantearnos llevar a cabo programas de detección precoz y seguimiento, ya que este tipo de trabajos presumiblemente presentan una buena relación coste/ beneficio por la gran cantidad de problemas secundarios de accidentes cardiovasculares, trastornos de agudeza visual, quemaduras, caídas (con las consiguientes fracturas de cadera), invalideces e institucionalizaciones que evitan.

Por último, pensamos que, dada la composición de la muestra y la homogeneidad de la atención sanitaria que ofrecen los centros de salud de nuestra región, no existe ninguna razón para pensar que nuestros resultados no sean generalizables a las personas mayores de Castilla La Mancha.

## **Carnicer, I., Almenara, J., Abellán, M. J., García, C., Paloma, O., Castro, C., Deudero, M., Peralta, J. L., González, J. L., Lagares, C.: Mortalidad hospitalaria y cirugía mayor ambulatoria de las personas mayores en Andalucía**

### **Resumen**

En el presente trabajo se analizan variables como la mortalidad y la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la red de hospitales públicos de Andalucía, como posibles indicadores, aún con sus limitaciones, para conocer algunas de las características de la población anciana y poder así elaborar programas de aplicación en la clínica y mejorar así la atención a esta población.

Como fuente de información se han utilizado la base de datos del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) de los hospitales públicos de Andalucía.

### **Introducción**

La sociedad española debe adaptarse a los cambios demográficos caracterizados por un envejecimiento de la población. El incremento en el número de personas mayores no debe analizarse exclusivamente desde un punto de vista cuantitativo, sino que deberemos intentar prever cómo serán los ancianos de un futuro y sus necesidades sociosanitarias.

Las personas de edad avanzada plantean numerosos problemas específicos a los servicios sanitarios, a los que se le suman los derivados del escaso desarrollo de la red de atención social. El sistema sanitario y muy específicamente el hospital, ha pasado de atender a pacientes jóvenes con patología aguda a pacientes mayores, con patologías crónicas. Esto exige cambiar la oferta de un sistema sanitario que ofrece soluciones a episodios agudos, a una gestión continua de los problemas sociosanitarios, de una manera coordinada y eficaz.

### **Objetivos**

1. Analizar la mortalidad hospitalaria de los mayores de 65 años, como punto de partida para implementar programas preventivos y/o de tratamiento que eviten o disminuyan la mortalidad y/o los ingresos hospitalarios, así como mecanismo de garantía de calidad hospitalaria.
2. Describir la casuística quirúrgica hospitalaria de los mayores de 65 años a través de un sistema de clasificación de pacientes: Grupos de Diagnóstico Relacionados, sistema del que desconocemos información específica para este grupo de edad en nuestro país.

### **Material y Métodos**

#### Características de la Población

En Andalucía se observa desde hace años un progresivo envejecimiento de la población. En la **Tabla 1** se comprueba el incremento de la esperanza de vida producido en los últimos años, así como el preocupante descenso de la natalidad.

La estructura de población de Andalucía se muestra en la **Figura 1**(1,2), apreciándose con nitidez en su pirámide de población el importante peso de la población mayor de 65 años, contrarrestado parcialmente con una elevada población en edad activa (fruto de las altas tasas de natalidad de los años 1950 a 1980). Así mismo, se observa una baja tasa de natalidad, superior no obstante a la media nacional.

#### Organización de la asistencia hospitalaria

La asistencia sanitaria especializada de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se encuentra organizada en torno a 38 centros periféricos de especialidades, 30 hospitales del Servicio Andaluz de Salud y a 2 Hospitales que funcionan bajo el régimen de empresas Públicas.

#### Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de la morbi-mortalidad sobre la base del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDH) y los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) de los hospitales públicos de Andalucía. La definición del periodo de estudio fue de enero de 1998 a diciembre de 1999, ambos incluidos.

- Tras la descripción global de la mortalidad hospitalaria, se estudió la mortalidad producida en función de la edad y el sexo. Dentro de la edad, se consideró conveniente establecer dos grupos etáreos: 65 a 74 años y mayores de 75 años.  
Se analizó la tasa de letalidad en función del diagnóstico principal y del GRD, como mecanismo para establecer perfiles de práctica clínica.
- Para la descripción de la casuística quirúrgica hospitalaria se estudiaron las características personales (edad y sexo) de los pacientes ingresados y las características del episodio de hospitalización (forma de ingreso, diagnóstico, servicio, causa y destino del alta). Dado el alto número de diagnósticos de la CIE-9-MC (más de

16.000), cuando fue posible desde el punto de vista clínico, se agruparon diagnósticos en función a la clasificación de la CIE-9-MC de tres dígitos (se eliminaron del análisis el 4 y 5 dígito, con lo que el número de enfermedades disminuyó considerablemente) y en función a la Categoría Diagnóstica Mayor. El análisis estadístico estuvo fundamentado en las técnicas de la estadística univariante y bivariante, empleándose los siguientes paquetes estadísticos: Epi Info 2000 y SPSS versión 11.5

## Resultados

### Cirugía Mayor Ambulatoria

Durante los años 1998 - 1999 se produjeron en los Hospitales públicos de Andalucía un total de 25.255 intervenciones en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía sin ingreso.

En los enfermos sometidos a este tipo de intervención predomina ligeramente el sexo femenino (50 %) frente al masculino (48,6%), existiendo un pequeño porcentaje de casos (1,4%) en los que no se encuentra reflejado el género en los registros. La edad media de los pacientes ingresados fue de 74,2 años (DE= 6,9).

En la distribución por servicios se observa el claro predominio de los servicios de oftalmología, seguidos de cirugía y traumatología (**Tabla 2**).

Al analizar los procedimientos realizados en régimen de CMA se visualiza cómo un número muy reducido de intervenciones agrupan la mayor parte de los ingresos, siendo la intervención de cataratas el proceso más frecuente.

### Mortalidad hospitalaria

Durante el período de estudio se han producido un total de 14.572 altas por fallecimiento en las personas mayores en los hospitales públicos andaluces, que se traducen en una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 8.6 %. Su distribución por edad y sexo se encuentra representada en la **Figura 2**, constatándose que el número de muertes en los hombres (n = 14.572, tasa de mortalidad 9.1%) es superior al de las mujeres (n = 11.943, 8.0%), diferencias estadísticamente significativas.

Las personas mayores que fallecieron presentaron en un alto porcentaje de casos más de una enfermedad o complicación, siendo el número medio de diagnósticos notificados por alta de 3,9.

Cuando se analiza la distribución de los fallecimientos a través de los GDR se comprueba que un número limitado de éstos agrupan a la mayor parte de los éxitos. Así, cinco GRD suman el 29.0% de los fallecimientos, elevándose al 51.8% si se seleccionan los quince GRD con mayor número de muertes.

Al observar los GRD con mayor número de muertes hospitalarias se observa que éstos son de tipo médico, destacando por su frecuencia los originados por las enfermedades cardiocirculatorias, seguidos de las enfermedades respiratorias y de las enfermedades hepato biliares y pancreáticas. La mayor proporción de mortalidad la encontramos en el GRD específico para el infarto con defunción, siguiéndole la septicemia con complicaciones, las intervenciones por heridas con complicaciones y los trastornos del aparato respiratorio con ventilación asistida.

Al analizar la distribución de la mortalidad por edad y sexo se comprueba que en las personas con edades comprendidas entre 65 y 74 años, la tasa de mortalidad en los hombres (7,1%) es significativamente superior ( $p < 0.01$ ) a las mujeres (4,8 %). En el sexo masculino aparece el cáncer de bronquios y pulmón como primera causa de mortalidad, seguido de la bronquitis crónica y el infarto de miocardio. En el sexo femenino, en este grupo de edad, la principal causa de mortalidad hospitalaria es la insuficiencia cardiaca, seguida del infarto agudo de miocardio y la oclusión de las arterias cerebrales.

En el grupo de edad mayor de 75 años, la situación anterior se invierte; la tasa de mortalidad en el género femenino (11,3%) es significativamente mayor ( $P < 0.01$ ) que la tasa de mortalidad en el género masculino (8,0%). En este grupo de edad las enfermedades cardiacas (insuficiencia cardiaca e infarto de miocardio) son las principales responsables de los fallecimientos en ambos sexos, seguidas de la patología pulmonar en los hombres (exacerbaciones de bronquitis crónica y neoplasias) y de patología circulatoria cerebral en las mujeres.

## Conclusiones

- Se ha analizado la mortalidad hospitalaria, aun conociendo las limitaciones de este indicador (3,4). La primera de ellas hace referencia a la no disponibilidad de algunas variables relevantes para su ajuste en el CMBD. Por ejemplo, en el infarto de miocardio, la extensión, demora en la aplicación de la terapia trombolítica y el estado funcional previo, son variables que si no se controlan podrían actuar como factores de confusión. Como contrapartida, si deseamos controlar todas estas variables no podemos utilizar una base de datos del tipo CMBDH, necesitando bases de tipo clínico con un coste muy superior (ej. APACHE o MPM de las unidades de cuidados intensivos). Una segunda limitación es el empleo de la mortalidad intrahospitalaria como variable resultado (3). Otra restricción originada por la utilización del CMBD para el estudio de la morbi-mortalidad hospitalaria deriva de que mientras la exhaustividad y precisión de esta fuente de información no esté lo suficientemente garantizada, su utilización para la evaluación de la calidad asistencial puede suponer un riesgo de error importante (3,5,6). Los estudios sobre la calidad del CMBD en nuestro país indican problemas de calidad en el mismo (5,6), que seguramente se están corrigiendo con el desarrollo de los Servicios de Documentación (por ejemplo, el hospital de la Línea de la Concepción, excluido en el presente estudio precisamente por ausencia de servicio de documentación, se encuentra en fase de creación del mismo).
- A pesar de las limitaciones anteriores, una vez analizada la gran cantidad de información extraída de las bases de datos del CMBD consideramos que esta base de datos se encuentra infrautilizada en nuestro país, especialmente en la vigilancia epidemiológica y en los programas de garantía de calidad.

De los resultados obtenidos en el estudio podemos extraer una serie de aplicaciones de interés para enfermería, en varios ámbitos de aplicación:

- Docente
  - Sería necesario tener en cuenta los cambios demográficos de la sociedad para incluir en los programas de formación aspectos referidos a los mayores. Desde este punto de vista en la titulación contamos con una asignatura troncal, Enfermería Geriátrica, referida a esta población. En dicha asignatura sería de gran interés reforzar los temas relacionados con las patologías que se revelan en el estudio como las más frecuentes de causa de éxitos y fundamentalmente hacer hincapié en la prevención.
  - Reforzar el aspecto preventivo en todas las áreas formativas, centrándose en programas con objetivos consensuados con los pacientes, para que los futuros profesionales estén preparados

- o puedan educar a la población.
- o Incluir áreas específicas de atención a la mujer. Desde este punto de vista, en la Universidad de Cádiz contamos con dos asignaturas: Educación Maternal y Enfermería Ginecológica.
- o Desarrollar programas de formación para aumentar la calidad de vida de nuestros mayores.
- Asistencial
  - o Desarrollar en lo posible o fomentar el desarrollo de las unidades para mayores en los hospitales
  - o Reforzar la continuidad de los cuidados, mejorando los programas de atención domiciliaria y la comunicación entre atención primaria y especializada.
- Investigación
  - o Seguir analizando los datos valorados en el estudio
  - o Evaluar los resultados de las acciones iniciadas para la consecución de nuestros objetivos iniciales
  - o Creación de un grupo de investigación formado por personal multidisciplinar.

#### Bibliografía

1. Ramos Leon JM, Perea Romero J, Muñoz Bellerín J. Características demográficas de las áreas y distritos sanitarios, 1986 y 1991. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 1995
2. Instituto de Estadística de Andalucía. Proyecciones de Población de Andalucía 1991-2006. Estimaciones Infraprovinciales. (Fichero informático). Sevilla: Instituto Estadístico de Andalucía, 1997
3. Peiró S, Libroero J, Ordiñana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria: ¿una herramienta útil para la identificación de potenciales problemas de calidad? Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 179-187
4. Libroero López J. Indicadores de sucesos adversos hospitalarios (mortalidad, complicaciones, reingresos) a partir del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalario. (Tesis doctoral). Alicante: Universitat d'Alacant; 1997.
5. Libroero J, Ordiñana R, Peiró S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básico. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit 1998; 12:9-2
6. Libroero J, Peiró S, Ordiñana R. Comparación de resultados, calidad y costes usando bases de datos. Quaderns de salut pública y administració de serveis de salut. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1998.

**Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida y la tasa de natalidad en Andalucía, 1975-1998**

	1975	1981	1986	1991	1996	1998
Esperanza de vida hombres	69.94	71.58	72.47	72.55	73.70	74.47
Esperanza de vida mujeres	75.81	77.90	78.91	79.72	80.89	81.42
Tasa de natalidad	20.45	17.10	14.00	12.73	10.65	10.55

**Tabla 2. Distribución de las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria por servicios, Andalucía 1998-1999.**

SERVICIO	Nº INTERVENCIONES	%
Oftalmología	16.682	66.1
Cirugía	2.421	9.6
Traumatología	1.956	7.7
Urología	1.614	6.4
Ginecología	694	2.7
Dermatología	159	0.6
O.R.L.	132	0.5
Otros o desconocido	1.597	6.3
Total	25.255	100

**Figura 1. Pirámide de la población de Andalucía, año 2000. (Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y consumo <sup>51</sup>)**

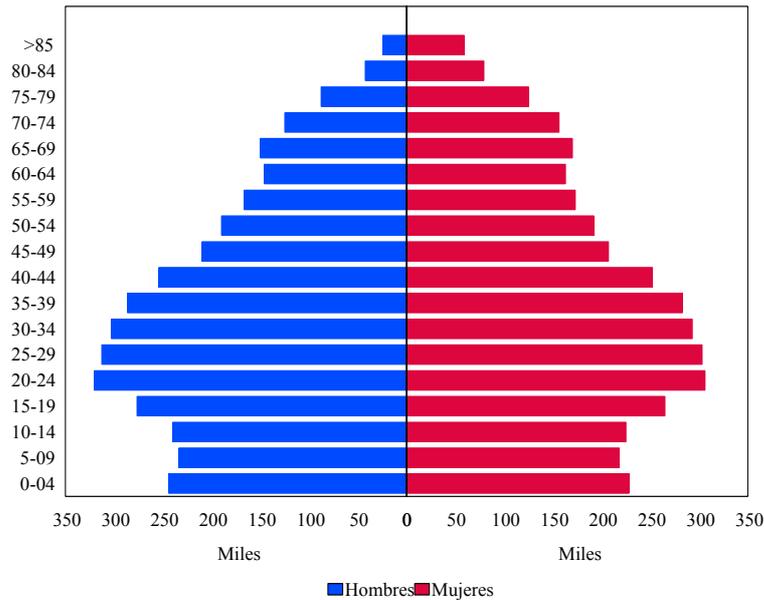
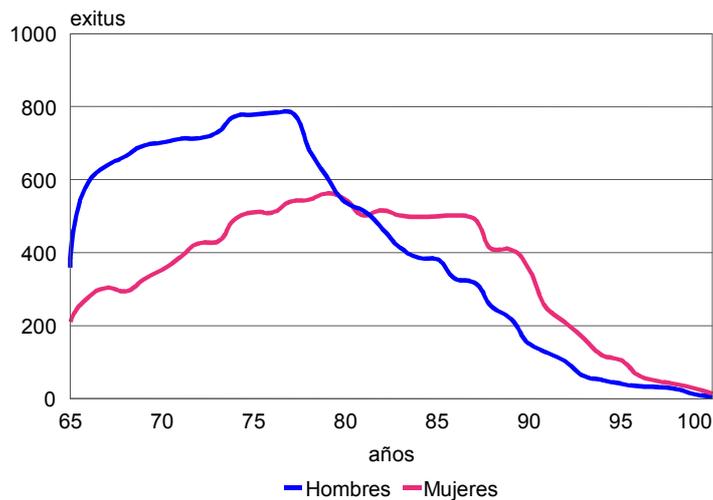


Figura 2. Mortalidad por edad y sexo de las personas mayores, hospitales de Andalucía 1998-1999.



**Gálvez Romero, C., González Valentín, A.: Estado de salud y utilización de recursos sanitarios del anciano incapacitado y su cuidador. Datos preliminares**

**Introducción**

La sociedad occidental viene marcada por una población envejecida debido a factores como el descenso de la natalidad y la disminución de la mortalidad en edades avanzadas (1).

La población de personas mayores respecto a la población general en España, representa un 15.4%, proporción que continuará aumentando en los próximos años sobre todo en los mayores de 80 años (2).

Es una población envejecida, susceptible de padecer patologías crónicas que por encima de los 75 años se hacen invalidantes necesitando más soporte médico, social y familiar (1,3).

Sus problemas de salud: patologías crónicas, incapacidades funcionales para desarrollar las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales es superior en esta etapa de la vida y genera gran consumo de recursos sanitarios (4,5). Otros factores como la pobreza, la soledad, las barreras estructurales y las dificultades de acceso a recursos y servicios tienen gran impacto sobre la calidad de vida de las personas mayores. La pobreza afecta a 1 de cada 3 mayores, una proporción importante tiene que reducir sus gastos y hábitos de consumo a consecuencia de la jubilación y aproximadamente el 16% de los mayores viven solos (2).

El aumento de costes de la atención hace que cada vez haya más interés en mantener a las personas mayores en su domicilio, tomando mayor relieve los cuidados de salud del sistema informal en el ámbito de lo doméstico (6). Las

instituciones sanitarias no pueden asumir la atención continuada de un paciente con problemas de salud permanente, la atención domiciliar es una alternativa que evita la institucionalización del anciano (7).

En España como en otros países del sur de Europa, la principal fuente de apoyo ante la dependencia es la familia (2).

La atención por parte de la familia ha dado lugar a la figura del cuidador informal. Tanto la provisión de cuidados a los incapacitados como a sus cuidadores, que aseguran la continuidad del cuidado a estas personas en su domicilio, son áreas de interés sanitario.

Por ello, en nuestra Zona Básica de Salud, Centro de Salud Rincón de la Victoria, desde 1999 venimos desarrollando trabajos de investigación sobre la población incluida en programa de atención domiciliar al incapacitado.

En esta comunicación presentamos datos preliminares y parciales de un estudio más amplio financiado por la Junta de Andalucía.

#### **Objetivo**

Describir las características de salud de los ancianos incluidos en programa de incapacitados y de sus cuidadores.

#### **Material y método**

El diseño fue un estudio descriptivo transversal. Los sujetos de estudio todos los pacientes incluidos en Programa de Incapacitados y sus cuidadores de la Zona Básica de Salud Rincón de la Victoria durante el periodo 2003-2004. Se excluyeron los pacientes institucionalizados.

Las variables estudiadas en los incapacitados fueron: variables demográficas (edad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral, estado civil, ingresos y datos de convivencia); factores incapacitantes como déficit sensoriales (audición, visión); datos clínicos (diagnósticos médicos, presencia de úlceras por presión índice de Norton, percepción sentida del estado de salud); valoración de la capacidad funcional básica e instrumental y estado mental (Índice de Zatz, Índice de Lawton y Brody, cuestionario mental de Pfeiffer); utilización de recursos sociosanitarios (número de ingresos, frecuencia de uso de los servicios de urgencia, de las consultas médicas y de enfermería y servicios médicos y de enfermería en el domicilio, en los últimos seis meses, tipo de prestaciones o ayudas recibidas).

En los cuidadores se estudiaron: variables demográficas (edad, sexo, estado civil, relación de parentesco, nivel de estudios, actividad); datos clínicos (diagnósticos médicos, tratamientos, percepción del estado de salud, enfermedades o sintomatología relacionada con el esfuerzo: cefaleas, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, artrosis, algias musculares); valoración ansiedad/depresión (Golgberg); utilización de recursos sociosanitarios (número de ingresos, frecuencia de uso de los servicios de urgencia, de las consultas médicas y de enfermería y servicios médicos y de enfermería en el domicilio, en los últimos seis meses, tipo de prestaciones o ayudas recibidas); valoración relacionada con el cuidado (convivencia, tiempo de dedicación al cuidado en años y horas por día y necesidades sentidas de adiestramiento en el cuidado).

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables de estudio, frecuencias absolutas y relativas (intervalo de confianza al 95%) para las variables cualitativas y media e intervalos de confianza para al 95% para las cuantitativas.

#### **Resultados**

Los resultados que se presentan corresponden a un primer análisis de 113 casos, de los cuales 66 (58%) fueron casos válidos, los 47 (42%) restantes se distribuían en 27 (57%) casos exitus, 9 (19%) institucionalizados, 5 (11%) excluidos de incapacitados, 3 (6%) desplazados y 3 (6%) no localizados.

La edad media de los incapacitados de nuestra muestra es de  $80.58 \pm 9.5$  años. Había un predominio de mujeres 51(77%) incapacitadas frente a los hombres 15 (23%). Casi un tercio eran analfabetos 19 (29%), la mitad sólo leían y escribían 30 (46%), 11 (17%) de ellos tenían estudios primarios y un pequeño grupo 5 (8%) tenían estudios secundarios o estudios superiores. La mayoría eran viudos 42 (64%), la tercera parte casados 21 (32%) y sólo 3 (5%) eran solteros (Tabla 1). La mayoría de ellos convivían con sus descendientes 38 (58%), 16 (24%) con sus cónyuges, 3 (5%) solos y un grupo de 9 (14%) tenían otra relación familiar con los convivientes. Las condiciones de la vivienda en un 48 (75%) (N = 64) eran adecuadas, el 16 (25%) restante de las viviendas tenían algún tipo de barrera arquitectónica como escaleras en el domicilio o cuartos de baño no acondicionados para el aseo.

Las necesidades de cuidado que requieren los incapacitados son fundamentalmente la higiene 44 (83%), el manejo de fármacos 33 (62%), la movilidad 29 (55%), la alimentación 36 (65%), el cuidados de heridas 12 (23%) y los cambios posturales 9 (17%). El 30 (45%) de los incapacitados describe su estado de salud como regular, un 17 (26%) como bueno, 8 (12%) como malo, 3 (5%) como muy malo, tan sólo 1 (2%) como muy bueno y el 7 (11%) estaban incapacitados para responder.

Respecto al nivel de dependencia, el 27 (45%) tiene una dependencia severa para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, el 5 (8%) moderada y el 28 (42%) leve. Mientras que para las actividades de la vida instrumental el 27 (41%) tiene máxima dependencia. El 20 (34%) tiene alto riesgo o riesgo evidente de padecer úlceras por presión. Un 17(26%) tiene un deterioro intelectual severo y el 18(28%) entre leve o moderado.

En cuanto al consumo de recursos sanitarios, en los 6 últimos meses anteriores a la entrevista, el 9 (14%) tuvieron ingresos hospitalarios, un 38 (58%) necesitaron de los servicios de urgencias, el 29 (44%) fue visitado por su médico de familia con una media de 1,8 visitas por paciente, consideran insuficientes las visitas médicas el 44%. El 89% fueron visitados por su enfermera. Solo el 6.15% reciben algún tipo de ayuda o prestación.

La edad media de los cuidadores era  $56.35 \pm 14.28$  años. Había un predominio de mujeres cuidadoras 50 (86%) frente a los hombres 8 (14%). Un 30 (54%) tienen estudios primarios, 16 (29%) secundarios o superiores, 6 (11%) sólo lee y escribe y 4 (7%) analfabetos. Cuarenta (70%) están casados, 8 (14%) viudas, un pequeño grupo 7 (12%) solteros y 2 (4%) separados (Tabla 1). Por término general la relación de parentesco con la persona cuidada es de hijos 32(65%), en menor proporción cónyuges 11 (22%), hermanos 4 (8%) o nietos 2 (4%) y un grupo de 17 (35%) no determinado.

Un 7 (12%) trabaja fuera de casa a tiempo completo y un 4 (7%) a tiempo parcial y el resto no trabaja 46 (81%). El 51 (93%) convive con la persona que cuida. Un 3 (5%) cuida a más de un incapacitado, el 41(72%) tiene más personas a su cargo de las cuales en 12 (21%) casos se trata de niños y en 40 (71%) de adultos, en la mayoría de los casos sin cuidados especiales. En un 25 (45%) de los casos cuentan con la ayuda de otros cuidadores, generalmente familiares. Respecto al tiempo de dedicación al cuidado el 53.6% lleva más de 8 años cuidando, el 16.1% de 4 a 8 y el 19.6% de 2 a 4; el 69.1% dedica más de 16 horas diarias al cuidado y el 21.8% más de 12 horas diarias.

Una mayoría de los cuidadores manifiestan dolores relacionados con el esfuerzo, el 23 (42%) describe su estado de salud como regular, el 22 (40%) como bueno, 7 (13%) muy bueno y sólo 3 (3%) malo.

En relación con el consumo de recursos sanitarios por parte del cuidador, en los 6 últimos meses anteriores a la entrevista, el 17(30%) utilizaron los servicios de urgencias, el 39(70%) acudió a consulta médica, el 11(20%) acudió a

la consulta de enfermería y 3(5%) tuvo ingreso hospitalario. En la escala de ansiedad obtuvieron una puntuación media de  $5.4 \pm 3.1$  y de  $3.9 \pm 2.8$  en la escala de depresión. El 18(33%) de los cuidadores tienen sobrecarga intensa y el 10(18%) sobrecarga leve y 27(49%) no presentaban sobrecarga.

#### Discusión

Los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Domicilio es una población muy mayor con importante nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y para las actividades instrumentales (AVDI). Un porcentaje importante tienen alto nivel de deterioro mental y un riesgo elevado de presentar lesiones por presión.

Un alto porcentaje utiliza los servicios de urgencia y un porcentaje menor ha tenido ingresos hospitalarios en los últimos seis meses. Más de la mitad considera que su estado de salud no es bueno. Un grupo considerable manifiesta no estar satisfecho con las visitas que reciben de su médico de familia. Solo un pequeño grupo recibe ayuda sociosanitaria.

Casi el total de los cuidadores son mujeres casadas con otras personas a su cargo, que en un pequeño porcentaje trabajan fuera de casa parcial o a tiempo completo y que dedican gran parte del día al cuidado y un alto porcentaje en períodos muy largos sobrepasando los 8 años. La mayoría presenta repercusiones negativas físicas y psíquicas y alto nivel de sobrecarga. La conclusión del análisis de resultados de este proyecto nos permitirá conocer el estado de salud de los incapacitados y cuidadores, recursos utilizados, ayudas recibidas y establecer relaciones de variables entre los dos grupos y valorar sus necesidades reales. La implicación del estudio en la práctica se orienta a la planificación de programas de intervención educativa a los cuidadores en función de los resultados finales y proponer esfuerzos de coordinación entre servicios sanitarios y sociales en beneficio de los cuidadores y de las personas cuidadas.

#### Bibliografía

- 1.- Escudero Rodríguez B et al. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Rev ROL Enf 2001;24(3):183-189.
- 2.- Gonzalo Jiménez E et al. Necesidades y demandas actuales de la población mayor. Repercusiones en el espacio domiciliario. Gerokomos2001;12(2):52-58.
- 3.- Santiago Navarro P et al. Morbilidad de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999;24(7): 404-410.
- 4.-Hernando Aizpurúa J et al. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1992; 9(3):13-136.
- 5.- Basilio J et al. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. Revista Española de Salud Pública. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199702/vejez.htm>
- 6.- Polo Luque ML et al. Teorías sobre el envejecimiento. Una visión actual. Gerokomos 2002; 13(2):70-74.
- 7.- Sanchís B et al. Alternativa de la hospitalización geriátrica. Todo Hospital 1991;78:35-39.

**Tabla 1.- Características sociodemográficas de incapacitados y cuidadores**

Características	Incapacitado		Cuidador	
	N	%	N	%
Sexo:				
Hombres	15	23	8	14
Mujeres	51	77	50	86
Nivel de estudios:				
Analfabeto	19	29	4	7
Lee y escribe	30	46	6	11
Primarios	11	17	30	54
Secundarios/superiores	5	8	16	29
Estado civil:				
Soltero-a	3	5	7	12
Casado-a	21	32	40	70
Viudo-a	42	64	8	14
Separado-a	0	0	2	4
Convivencia:				
Vive solo	3	5		
Con cónyuge	16	24		
Con descendientes	38	58		
Otros	9	14		
Edad en años $\pm$ DS	80.56 (9.5)		Edad en años $\pm$ DS 53.35 (14.28)	

**Tabla 2 Consumo de Recursos del incapacitado y cuidador los últimos 6 meses.**

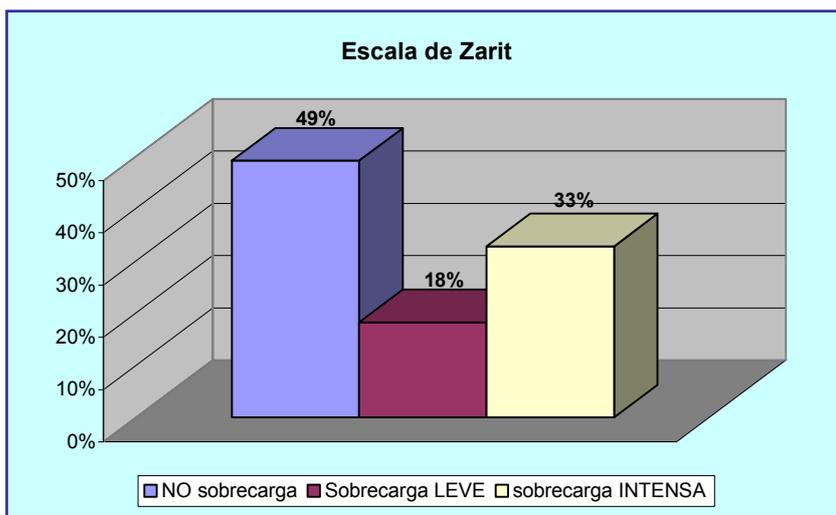
Incapacitado	Encuestados	Si	%	Min	Max	Media	$\pm$ DS
Ingresos hospitalarios	66	9	14%	1	5	1,7	1,3
acudió al servicio de urgencias	65	38	58%	1	12	2,2	1,9
Visitó de su médico a domicilio	66	29	44%	1	6	1,8	1,2
Visitas de enfermería	66	59	89%	1	40	5,7	7,9
¿Considera el nº de visitas medicas suficientes?	27	15	56%				
¿Considera el nº de visitas de enfermería suficientes	53	45	85%				
Cuidador	Encuestados	Si	%	Min	Max	Media	$\pm$ DS
Ingresos hospitalarios	56	3	5%	1	1	1,0	0,0

acudió al servicio de urgencias	56	17	30%	1	10	2,9	2,6
Acudió a consulta Médica	56	39	70%	1	15	4,4	3,7
Acudio a consulta enfermería	55	11	20%	2	8	4,0	2,0

**Tabla 3 Escala de Goldberg en el cuidador**

CUIDADOR - ESTADO	N	Min	Max	Media	± DS
Puntuación Escala ANSIEDAD de Goldberg	55	0	9	5,4	3,1
Puntuación Escala DEPRESION de Goldberg	55	0	9	3,9	2,8

Grafico 1 Escala de Zarit



## Mesa Redonda (Bilingüe): Investigación en Enfermería/ Nursing Research

**Muñoz Mendoza, C., Cabrero García, J., Richart Martínez, M., Orts Cortés, M. I., Cabañero Martínez, M. J.: La medida del autocuidado: Una revisión de la literatura**

### Introducción

Diferentes son las definiciones que existen entorno a los autocuidados, sin embargo se observa un cierto grado de solapamiento entre todas ellas. A veces son definidos como actividades de la vida diaria (ADL) o actividades instrumentales de la vida diaria (ADLI). Otras veces se asocian a la capacidad de una persona para manejar su enfermedad (manejo de tratamiento y síntomas), y existen aquellas que están referidas a ciertas responsabilidades que son delegadas en el paciente o en la familia. Pero a pesar del aparente solapamiento que se observa entre las diferentes definiciones, y que reflejan la polisemia de este término, es importante hacer una distinción entre las ADL y los autocuidados, especialmente a la hora de medirlos. Mientras las actividades de la vida diaria son evaluadas a través de una serie de medidas de resultados, ya sean específicas de la función física como es el caso del índice de Katz<sup>1</sup>, o a través de medidas genéricas como el SF-36<sup>2</sup> o las láminas COOP-WONCA<sup>3</sup>; los autocuidados, aunque son considerados sinónimos de ADL, son evaluados por lo general, utilizando medidas de proceso, es decir, medidas que valoran el desempeño de la persona para realizar una determinada actividad.

Específicamente en Enfermería, el concepto de autocuidados corresponde a la definición que Orem<sup>(4)</sup> formula dentro del modelo conceptual del sistema de enfermería.

En la literatura existen una gran cantidad de artículos centrados en el concepto de autocuidados, destacando principalmente aquellos que atienden a cuestiones teóricas o conceptuales<sup>(5-6)</sup>. Asimismo, encontramos numerosos estudios empíricos sobre el desarrollo de instrumentos, tanto específicos como genéricos, diseñados para medir este concepto<sup>(7-8)</sup>. Con respecto a revisiones de la literatura, hemos identificado dos artículos. Carter<sup>(9)</sup> con el objetivo de establecer una visión histórica del desarrollo conceptual de la agencia de autocuidado y de los instrumentos que han sido diseñados para su medición, realizó una revisión narrativa de la literatura, concluyendo que la agencia de autocuidados es un concepto complejo que consiste en muchos aspectos interrelacionados. Por su parte, Moore y Pichler<sup>(10)</sup> realizaron una revisión de la literatura con el propósito de identificar las definiciones operacionales, las estrategias de medidas y los resultados de publicaciones basadas en la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidados, sus resultados mostraron una falta de consenso a la hora de establecer definiciones conceptuales y operacionales, y una falta de precisión en las medidas utilizadas. No obstante, estas revisiones son poco aclaratorias, ya que están centradas específicamente en uno de los conceptos de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem, y no consideran por tanto, las diferentes perspectivas que existen entorno a los autocuidados.

Así, el objetivo del presente estudio es realizar una revisión de la literatura de los diferentes instrumentos utilizados para medir los autocuidados, desde la perspectiva de manejo de una enfermedad, atendiendo a sus aspectos conceptuales, propiedades psicométricas y normas de aplicabilidad, sin considerar el ámbito profesional en el cual hayan sido desarrollados. Además, la evidencia de los contenidos y las propiedades métricas de estos instrumentos, puede constituir una potencial guía que oriente a los investigadores a la hora de decidir qué medida utilizar.

#### **Método**

##### **Estrategia de búsqueda:**

Se utilizaron diferentes palabras claves (self-care, coping, self-efficacy, self-medication, questionnaire, instrument, assessment, outcome assessment, health care).

Las bases de datos consultadas fueron CINAHL y MEDLINE durante los años 1994 al 2003.

##### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Se incluyeron todos aquellos artículos originales que utilizaban algún instrumento para evaluar autocuidado, autoeficacia y/o afrontamiento, sin restricción de edad, en cualquier campo del registro y sin limitación de idioma. Asimismo, se excluyeron de esta revisión todos aquellos artículos que evaluaban dependencia del cuidado, ya que este tipo de medidas están dirigidas principalmente a valorar necesidades de atención en personas con alguna discapacidad física, cognitiva y/o social, así como también aquellos instrumentos que valoraban autocuidados con medidas de ADL. Las revisiones sistemáticas o integradoras de la literatura no fueron consideradas para el vaciado de la información, sin embargo sirvieron como referencia para recuperar investigaciones de interés.

##### **Extracción de datos:**

Una vez identificados los artículos que cumplían con los criterios de inclusión se realizó la extracción de datos y se clasificó la información en tablas de evidencia. Para cada instrumento se consideró el concepto o tipo de variable que valoraba, la base conceptual y/o empírica para la generación de los ítems, las características de las personas en las cuales el instrumento fue desarrollado o evaluado (ámbito y tamaño muestral, edad, y en algunos casos la presencia de alguna patología, tratamiento o condición especial), la descripción del contenido (número de preguntas o ítems y el número y nombre de las dimensiones), normas de aplicabilidad (forma, tiempo de administración y puntuación) y las propiedades psicométricas (fiabilidad, validez y responsividad).

#### **Resultados**

##### **Estrategia de búsqueda:**

Se identificaron y analizaron 27 instrumentos.

##### **Descripción conceptual:**

Aproximadamente la mitad de los instrumentos han sido diseñados para medir la potencialidad de las personas para realizar una determinada actividad, es decir, el poder o la confianza que poseen en sí mismos para llevar cabo esas actividades. Sin embargo, este tipo de medidas no pueden ser consideradas medidas de proceso, sino más bien, precursoras del proceso, ya que no nos permiten medir el proceso como tal. Por otro lado, y en una proporción muy similar se encuentran las medidas de proceso, las que están dirigidas principalmente a evaluar el manejo de una enfermedad, comportamientos de autocuidado y la capacidad de afrontamiento en las personas.

Con respecto a la estructura conceptual, la mayor parte de los instrumentos de medición han sido desarrollados sobre la base de la teoría social cognitiva de Bandura<sup>(11)</sup> y la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado de Orem<sup>(4)</sup>, y en menor proporción, sobre la teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman<sup>(12)</sup>.

En dos de los cuestionarios no se menciona la base conceptual (Cuestionario sobre educación sanitaria y The Heart Failure Self-Care Behavior Scale).

##### **Características del ámbito y las personas:**

Los instrumentos han sido desarrollados o evaluados en ámbitos muy diversos, destacando la comunidad en general, los centros ambulatorios y las residencias de enfermería. Con respecto a la edad, la mayor parte de ellos están dirigidos a personas de 65 y más años. Las patologías evaluadas con mayor frecuencia son la diabetes mellitus y el fallo cardíaco.

##### **Descripción de los instrumentos:**

El número de ítems de los instrumentos de medición varía entre nueve, The Self-Efficacy for Exercise Scale (SEE), y noventa y cuatro, The Inventory of Coping Strategies Used by Elderly (ISCUA). En dos de los instrumentos analizados el número de ítems no es informado (Cuestionario sobre educación sanitaria y el Questionnaire based on Orem's theory).

En dieciséis de los instrumentos se menciona el número y el nombre de las dimensiones que cubre, sin embargo en algunos casos no coincide el número de dimensiones con la descripción que el autor realiza del instrumento (Lorenson's Self-Care Capability Scale, LSCS).

En la mayor parte de las medidas sólo se presenta una descripción general de los aspectos que evalúa, siendo el contenido de ellos bastante variable e incluye desde la potencialidad para realizar una actividad (The Exercise of Self-Care Agency (ESCA), The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA), Self-As-Carer Inventory), el manejo de una enfermedad (The Summary of Diabetes Self-Care Activities, (SDSCA), The Diabetes Self-Care Scale (DSCS), The Self-Management of Heart Failure) hasta la capacidad para afrontar un problema o *coping* (Wheel Questionnaire (WQ), The Turkish version of the Diabetes Coping Measure).

En relación a la forma de administración, a excepción de un cuestionario, la ASA, que posee dos formas de administración: autoinforme y valoración por otro o *proxy*, el resto corresponden a autoinformes. El tiempo de administración sólo es informado en 5 de los instrumentos (The Foot Care Confidence Scale (FCCS), The Revised Heart Failure Self-Care Behavior Scale, The Heart Failure Knowledge Test (HFKT), Questionnaire based on Orem's theory y The Self-Management of Heart Failure), y varía entre los 10 minutos, FCCS, y los 30 minutos, Questionnaire based on Orem's theory.

##### **Propiedades psicométricas:**

En relación a la fiabilidad, la consistencia interna es una característica medida con resultados satisfactorios en casi todos los cuestionarios, a excepción del SDSCA, donde algunos de sus ítems muestran valores de alfa de 0.38 y The Turkish version of the Diabetes Coping Measure, que presenta valores de 0.37. El Cuestionario sobre educación sanitaria y el Questionnaire based on Orem's theory no informan valores de consistencia interna. La fiabilidad test-retest es valorada sólo en ocho de los cuestionarios (ESCA, LSCS, SDSCA, The Health-Promoting Lifestyle II (HPLPII), Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH), The Diabetes Management Self-Efficacy Scale (SE- Type 2

Scale), The Confidence in Diabetes Self-Care Scale (CIDS) y el ISCUA) con resultados satisfactorios en la mayor parte de ellos, excepto en el SDSCA, que muestra valores de Pearson entre 0.43 y 0.58. Sólo un instrumento utiliza el coeficiente de correlación intraclase (ICC) para determinar la fiabilidad test-retest (ISCUA), los demás utilizan el coeficiente de correlación de Pearson o la *r* de Spearman.

Con respecto a la validez, la mayoría de los cuestionarios han analizado la validez de contenido a través de la revisión de la literatura, panel de expertos y juicio de clínicos. Además, cuatro cuestionarios han analizado el índice de validez de contenido (IVC) y nueve han considerado el juicio de los pacientes. En tres de las escalas no se ha informado ningún aspecto de la validez de contenido (Cuestionario sobre educación sanitaria, WQ y The Turkish version of the Diabetes Coping Measure).

La validez de constructo ha sido determinada en la mayor parte de las medidas mediante el análisis factorial exploratorio, y sólo dos escalas, además, han realizado un análisis factorial confirmatorio (ASA y SASE), que muestra una inestabilidad estructural importante. En algunos de los instrumentos se ha determinado la validez por convergencia con otras medidas (ESCA, Self-As-Carer Inventory, HPLP II) o validez según grupos conocidos (LSCS, SASE, The Self-Management of Heart Failure). Seis de las escalas no han informado ningún aspecto de la validez de constructo. El Cuestionario sobre educación sanitaria no ha evaluado ninguna de las propiedades psicométricas consideradas en este estudio, el Questionnaire based on Orem's theory sólo ha medido la validez de contenido y The Turkish version of the Diabetes Coping Measure la consistencia interna.

La validez de criterio no ha sido considerada en ninguno de los instrumentos analizados.

La responsividad o sensibilidad al cambio no ha sido evaluada formalmente en ninguno de los veintisiete instrumentos. Sin embargo, hemos considerado tres estudios longitudinales como evidencia de instrumentos que evalúan responsividad. Dos de ellos, SDSCA y The Heart Failure Self-Care Behavior Scale, mostraron cambios positivos en sus puntuaciones pre y post-test, tras evaluar a un grupo de personas que participaron en un programa de educación de autocuidado en diabetes y fallo cardíaco, respectivamente. El WQ no mostró cambios en sus puntuaciones de pre y post-test.

### **Discusión**

Tradicionalmente cuando se habla de autocuidados se asume que estamos frente a una medida de proceso y no de resultado. Si bien esta aseveración es correcta, esto no siempre es así, ya que como hemos podido comprobar, existen un importante número de medidas desarrolladas para evaluar el grado de confianza que poseen las personas para desempeñar con éxito una determinada actividad, más que el proceso o el desempeño de la actividad en sí misma. A este tipo de medidas hemos denominado precursoras del proceso, ya que como su nombre lo indica, son previas a él.

Por otra parte, con frecuencia los autocuidados son asociados a la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado de Orem, y aunque varios de los instrumentos analizados han sido desarrollados usando con base conceptual esta teoría, llama la atención que aproximadamente la mitad de las medidas fundamenten su estructura conceptual en dos teorías psicosociales, la teoría social cognitiva de Bandura y la teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Otro aspecto importante a destacar, es que la mayor parte de los instrumentos han sido desarrollados y/o evaluados dentro de poblaciones muy diversas, dirigidos principalmente a personas mayores, con patologías crónicas como la diabetes mellitus y el fallo cardíaco.

Se observa una gran variabilidad en el número de ítems y en los contenidos de los instrumentos de medición, sin embargo la mayoría de ellos no especifica con claridad el número ni el nombre de las dimensiones que considera, y en algunos casos, las dimensiones no guardan relación con la finalidad ni con la descripción del instrumento. Casi ninguno hace referencia a las normas de aplicabilidad (demandas del respondiente, tiempo promedio de administración).

En ninguna de las medidas revisadas se hace mención al desempeño de la escala: efecto suelo o efecto techo, ni a las normas de interpretabilidad (edad, género).

La consistencia interna es una característica analizada en la mayoría de los instrumentos y la fiabilidad test-retest en menos de la mitad.

Con respecto a la validez, la validez de contenido es la evaluada con mayor frecuencia, usando principalmente la revisión de la literatura y el panel de expertos, escasos son los estudios que consideran el juicio o la experiencia del paciente a la hora de comprobar este tipo de validez. La validez de constructo se mide principalmente a través del análisis factorial exploratorio, y pocas son las medidas que utilizan más de un método para verificarla. Se observa además, una clara inestabilidad estructural en las medidas analizadas y varias de ellas no analizan ningún aspecto de la validez de constructo. En ninguno de los instrumentos se ha comprobado la validez de criterio.

La responsividad o sensibilidad al cambio no ha sido evaluada formalmente en ninguna de las medidas consideradas en esta revisión.

En conclusión, esta revisión muestra que un importante número de instrumentos corresponden a medidas precursoras del proceso y no a medidas de proceso o de desempeño como tal. En su desarrollo existe un marcado énfasis teórico-conceptual; poca claridad en las dimensiones y en los diferentes aspectos que éstos miden; las normas de aplicabilidad son sólo testimoniales, no se han examinado aspectos de interpretabilidad ni desempeño de las escalas, y en la mayoría se ha comprobado al menos una característica psicométrica. Por tanto, los resultados sugieren que la mayoría de las medidas diseñadas para medir los autocuidados están en una fase experimental o de desarrollo, con propiedades psicométricas insuficientes para recomendar la utilización de alguno de los instrumentos analizados.

(Por problemas técnicos no ha podido ser incluida la tabla).

### **Bibliografía**

1. Álvarez M, de Alaiz AT, Brun E, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método. Aten Primaria* 1992;10(6):812-816.
2. Alonso J, Prieto L, Antón JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1999;104(20):771-776.
3. Lizán L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 1999;24(2):75-82.
4. Orem DE. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería, 1993.

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

5. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: A foundational Science. *Nurs Sci Q* 2001;14(1):48-54.
6. Leenerts MH, Teel CS, Pendleton MK. Building a model of self-care for health promotion in aging. *J Nurs Scholarsh* 2002;34(4):355-61.
7. Söderhamn O, Ek AC, Pörn I. The Self-care Ability for the Elderly. *Scand J Occup Ther* 1996;3:69-78.
8. West P, Isenberg M. Instrument Development: The Mental Health-Related Self-care Agency Scale. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;11(3):126-132.
9. Carter PA. Self-care agency: The concept and how it is measured. *J Nurs Meas* 1998;6(2):195-207.
10. Moore JB, Pichler VH. Measurement of Orem's basic conditioning factors: a review of published research. *Nurs Sci Q* 2000;13(2):137-142.
11. Bandura A. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A, 1999.
12. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos (2ª ed.). Barcelona: Martínez Roca S. A, 1986.
13. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Res Nurs Health* 1979;2(1):25-34.
14. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns MN. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A scale. *Int J Nurs Stud* 1993;30(4):331-342.
15. Lorensen M. Psychometric properties of self-care management and life-quality amongst elderly. *Clin Effect Nurs* 1998;2:78-85.
16. Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2000;26(4):673-680.
17. Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the self-as-carer inventory. *Nurs Res* 1991;40(1):47-50.
18. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. In *Handbook of psychology and diabetes*. Switzerland: Harwood Academic 1997;351-375.
19. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. *West J Nurs Res* 2000;22(7):796-811.
20. Lev EL, Owen SV. A measure of self-care self-efficacy. *Res Nurs Health* 1996;19:421-429.
21. van der Bijl J, van Poelgeest-Eeltink A, Shorridge-Baggett L. The psychometric of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs* 1999;30(2):352-359.
22. Perraut S. Development of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES). *Arch Psychiatr Nurs* 2000;15:276-284.
23. van der Ven NC, Weinger K, Yi J, et al. The Confidence in Diabetes Self-care Scale. Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(3):713-718.
24. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung* 2000;29(1):4-15.
25. Resnick B, Jenkins LS. Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nurs Res* 2000;49(3):154-159.
26. Laffrey SC, Asawachaisuwikrom W. Development of an Exercise Self-Efficacy Questionnaire for older mexican american women. *J Nurs Meas* 2001;9(3):259-273.
27. Sloan HL. Developing and testing of the Foot Care Confidence Scale. *J Nurs Meas* 2002;10(3):207-218.
28. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung* 2002;31(3):161-172.
29. Lee NP, Fisher WP. Evaluation of the Diabetes Self-care Scale: An illustration of the Rasch Model of measurement. *J Nurs Meas* 2002;10(3):171-187.
30. Barnason S, Zimmerman L, Atwood J, Nieveen J, Schmaderer M. Development of a self-efficacy instrument for coronary artery bypass graft patients. *J Nurs Meas* 2002;10(2):123-133.

**Orts Cortés, MI; Cabrero García, J; Richart Martínez, M; López Coig, ML; Velasco Álvarez, ML: Variabilidad en la práctica clínica sobre el mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos**

**Objetivos**

Describir la práctica clínica sobre el mantenimiento de los catéteres venosos periféricos (utilización de solución salina versus heparina con distintas concentraciones, uso de lavado continuo o intermitente) y cuantificar su variabilidad.

**Métodos**

Diseño, población y ámbito de estudio: se realizó un estudio descriptivo y transversal. El ámbito del estudio fueron los hospitales públicos no psiquiátricos del SNS. La población está constituida por las unidades medico-quirúrgicas de adulto. Los criterios de inclusión de las unidades fueron: unidades médicas o quirúrgicas y unidades que no son específicamente medico-quirúrgicas pero sí asisten a pacientes con catéteres venosos periféricos, tales como las unidades obstétrico-ginecológicas. Se calculó un tamaño muestral de unas 353 unidades que se elevó a 600, considerando una no respuesta del 40%.

Variables de estudio: variables generales del hospital, variables relacionadas con la unidad médico-quirúrgica, variables relacionadas con la protocolización y la variabilidad de la práctica en la unidad, variables relacionadas con la práctica del mantenimiento de la permeabilidad de los CVP.

Instrumentación: La recogida de datos se realizó en los meses de mayo y junio de 2002 mediante un cuestionario elaborado para esta investigación, enviado por correo, que fue cumplimentado por las supervisoras de las unidades.

Análisis de los datos: Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas y continuas de este estudio: distribuciones de frecuencias, proporciones e IC<sub>95%</sub> para las variables categóricas, y la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e IC<sub>95%</sub> para las variables continuas. Como medida de la variabilidad de la práctica se han empleado el coeficiente de variación (CV) y el coeficiente de variación intercuartílico (CVI)

**Resultados y Discusión**

Se enviaron un total de 626 cuestionarios a los 71 hospitales nacionales seleccionados. El número de cuestionarios recibido fue de 364. La tasa de respuesta global fue del 58,15%. El lavado intermitente frente al lavado continuo es la práctica de referencia para el mantenimiento de los catéteres venosos periféricos, ya que ésta es realizada aproximadamente en 9 de

cada 10 unidades médico-quirúrgicas de los hospitales españoles. Casi todas las unidades que realizan el lavado continuo lo hacen sin añadir heparina. Existe una preferencia por el lavado intermitente con suero heparinizado. Esta práctica, además, se realiza en unos casos preparando la dilución, y en otros con una dilución ya dada; aproximadamente la primera es dos veces más frecuente que la segunda.

La variabilidad en las unidades internacionales (UI) de heparina administradas en cada ocasión es elevada, pero es equívoco dar un único valor, ya que éste es dependiente de la modalidad (dentro del lavado intermitente) que se emplee: heparina diluida en una solución de suero o una dilución de heparina dada administrada directamente. En el primer caso el CVI es de 81,7% y en el segundo de 48,2%. Cuando el modo de administración de la heparina es con una dilución dada, se pueden distinguir, a su vez, dos submodalidades: uso de un preparado comercial o dilución de heparina al 1%. Los coeficientes de variación son 60,5 y 47,8, respectivamente. Las UI de heparina administradas son muy dispares entre sí. De esta forma, se observa que la cantidad de heparina administrada depende del modo de administración; pareciera más cabal que fuera al contrario.

En la mayoría de las unidades sólo se realiza una práctica para el mantenimiento CVP. Sin embargo, aproximadamente en el 25% de las unidades se realiza más de una práctica. Aproximadamente, en un 30% de las unidades, la práctica o prácticas empleadas no son realizadas de forma uniforme por todos los profesionales. En el 60% de las unidades existe un protocolo. Este es uno de los pocos estudios que examinan la variabilidad de la práctica de enfermería. La difusión o diseminación de estudios de Variabilidad de la Práctica (VP) pueden servir como feed-back para auspiciar el desarrollo de iniciativas que reduzcan la incertidumbre dentro del rango de la evidencia científica disponible, no hay que olvidar que los estudios de VP en los años 70 y 80 referidos a la práctica médica actuaron sinérgicamente con la investigación sobre resultados (efectividad) y el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia.

### **López, V., Thompson, D.: *Translation and validation of the Myocardial Infarction Dimensional Scale (MIDAS) in Chinese patients with coronary heart disease***

#### **Objectives**

To translate and validate a disease-specific research instrument in Chinese patients with coronary heart disease.

#### **Methods**

A methodological study design was used in this study to determine the internal reliability, content, construct and convergent validity of the Chinese version of the Myocardial Infarction Dimension Scale (MIDAS) For a reliability coefficient of .70, with an acceptable narrow confidence interval computed at 95% level of confidence, 130 subjects with a diagnosis of myocardial infarction were recruited in the Northeast cluster hospitals in Hong Kong. Patients were administered two questionnaires: (1) MIDAS is a 35-item scale measuring seven areas of health status: physical activity, insecurity, emotional reaction, dependency, diet, concerns over medications and side effects. Scores for each item range from 0 (never) to 4 (always). (2) Short Form Health Survey (SF-36) is a 36-item questionnaire that assesses physical and mental health. The questionnaire consists of a multi-item scale measuring eight dimensions (physical functioning, role limitation due to physical problem, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role limitation due to emotional problem, and mental health). The validated Chinese version of the SF-36 was used in this study to test the convergent validity of the Chinese version of the MIDAS. Content validity of the translated instrument was established by calculating the content validity index (CVI). Six nurses with extensive experience in cardiac nursing were asked to rate each item of the Chinese version on a 4-point rating scale as '1 – not relevant', '2 – somewhat relevant', '3 – relevant', and '4 – very relevant'. Translation and back translation of the instrument was conducted to ensure semantic equivalence.

#### **Findings**

The content validity index was 0.83 and the interrater agreement for the translated instrument was 0.84. Factor analysis and item-subscale correlations supported the conceptual dimensions of the original instrument. The Chinese version of the MIDAS showed good internal consistency as reflected by Cronbach's alpha of 0.94 for the total scale and Cronbach alpha ranging from 0.80 to 0.95 for the subscales. Most of the subscales were moderately correlated with each other and strongly correlated with the total score. Convergent validity of the Chinese version of the MIDAS with the SF-36 was reflected by a moderate to high correlation for the overall scale and for the subscales.

#### **Conclusions**

Translation is an essential and critical step when a developed instrument is used in a linguistically different population. Any translation errors would distort the original intent of the instrument and result in compromised validity and reliability. It is vital to test the reliability and validity as well as the cultural sensitivity and specificity of research instruments prior to their use in Hong Kong Chinese people. The validated instruments will be used by the researchers to assess the health status of Chinese patients with coronary heart disease, especially those diagnosed with myocardial infarction. It is anticipated that using the valid and reliable instrument to identify the overall health status of patients with coronary artery disease will equip nurses in planning appropriate and culturally-sensitive nursing interventions for these group of patients. The instrument will also add to the pool of valid and reliable instruments that could be accessed and used by clinicians and other researchers in Hong Kong.

## **Mesa Redonda (Español): Investigación en Enfermería**

### **Serrano Gallardo, P., Giménez Maroto A. M.: *Validación del Instrumento para la Evaluación del Lugar de Prácticas Clínicas (Clinical Placement Evaluation Tool) en Enfermería Comunitaria***

#### **Introducción**

La evaluación, como ejercicio complejo, ha de abordarse desde diferentes frentes, en diferentes momentos y hacia distintos elementos; si bien permanentemente se siguen haciendo aportaciones enriquecedoras al campo de la evaluación, Donabedian ya contemplaba muchas de estas cuestiones hace más de tres décadas (1).

La capacitación de los futuros enfermeros, llevada a cabo en el ámbito asistencial, requiere de la integración teórico-práctica, la cual exige fundamentalmente la participación de profesionales asistenciales y docentes en la esfera de los conocimientos, las actitudes y las destrezas; todos estos elementos deben estar presentes a la hora de evaluar (2,3). Si bien, es habitual que la evaluación del aprendizaje en el periodo de Prácticas Clínicas sea realizada por el profesor y/o por el tutor, tanto de la estructura, como del proceso y de los resultados; es en escasas ocasiones cuando el estudiante evalúa sus propios resultados o el resto de los elementos más directamente implicados con la estructura y el proceso para el aprendizaje.

El CPET (4) (Clinical Placement Evaluation Tool – Instrumento para la Evaluación del Lugar de Prácticas) ha sido desarrollado por Mosely, Mead y Moran en la Universidad de Glamorgan (Reino Unido), con la finalidad de que se constituyera como un instrumento fiable y válido para realizar dicha evaluación (aunque la evaluación global también contemplara otras vías complementarias); para ello debía ser relevante, informativo, empíricamente justificable y rápido de rellenar. El mencionado instrumento fue diseñado para que fuera autoadministrado por el estudiante; está compuesto por 15 ítems de respuesta dicotómica que recorren la transmisión de información (cinco ítems), el esfuerzo de los estudiantes (dos ítems), las características del tutor (cinco ítems), las relaciones en el equipo (dos ítems) y la calidad de los cuidados (un ítem). Es un instrumento sobre el que se ha llevado a cabo, en el contexto anglosajón, validación de aspecto y de contenido, así como el estudio de su fiabilidad interna y externa. Dado que dicho instrumento no ha sido probado en el entorno español, el objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo su validación.

Cabe mencionar que, dado que la figura del tutor está más nítidamente establecida en el medio de la Atención Primaria, fue en este entorno donde se llevó a cabo dicha validación, y concretamente vinculada a las Prácticas Clínicas de Enfermería Comunitaria. Por otra parte, un trabajo llevado a cabo en la escuela de Enfermería Puerta de Hierro, y en relación con evaluación de las Prácticas de Enfermería Comunitaria, puso de manifiesto, entre otras cuestiones, la necesidad sentida por los tutores de ser evaluados (5).

#### Material y método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, centrado en la validación de un instrumento, el CPET. La validación como estrategia metodológica compleja puede requerir de varias fases. En este trabajo se presentan dos de ellas. Como primera fase se ha llevado a cabo una **validación lingüística y semántica**, la cual ha comprendido los siguientes pasos: 1.- Traducción del instrumento por el equipo investigador; 2.- Retrotraducción del instrumento por un lingüista; 3.- Cotejación de ambas versiones; 4.- Revisión de la versión traducida final según “criterio de expertos” (con este paso también se ha contribuido a garantizar la validez de aspecto y de contenido del formulario para el entorno español); 5.- Propuesta de la versión definitiva del cuestionario.

En una segunda fase, centrada en la **Validación de Aspecto y de Contenido**, así como en la verificación de la comprensión y aceptabilidad del instrumento, se proyectó llevar a cabo un pilotaje de la versión definitiva del CPET sobre una cohorte de estudiante que cursaban tercero de la Diplomatura en Enfermería en la EUE Puerta de Hierro en el año académico 2003/04 (n=67). La puntuación podía oscilar entre 0 y 15 puntos, siendo 15 la valoración más positiva del lugar de prácticas. Además del CPET, se incluyeron otras dos variables: “Centro donde se realizaron las Prácticas” y “Momento en el que se realizaron las Prácticas”; y un apartado de “Observaciones” donde el estudiante podía incluir comentarios tanto de índole técnico acerca de la herramienta, como sobre el contenido de los ítems. Con la intención de garantizar la fiabilidad de los datos, el instrumento era cumplimentado tras la finalización del periodo de prácticas (actualmente se realizan tres periodos prácticos de cinco semanas de duración cada uno de ellos, y en 13 centros pertenecientes a las Áreas de salud 2, 5 y 6), y en el plazo máximo de dos días; aunque el cuestionario era anónimo, ante la facilidad de localizar la identidad del estudiante, se garantizó la absoluta confidencialidad de los datos. Para el tratamiento de los datos numéricos se utilizó el paquete SPSS v.10.0, computándose índices de estadística descriptiva, comparación de puntuaciones medias por periodo de prácticas y por Área de salud y pruebas de contraste de hipótesis para el análisis bivariante (coeficiente V de Cramer y coeficiente Phi) entre cada uno de los ítems y el periodo de prácticas y el Área de Salud, tomando como significativo un valor de p igual o inferior a 0,05. Por otra parte, y para el tratamiento de los comentarios aportados por los estudiantes en el apartado de “Observaciones”, se realizó un análisis del contenido, conformándose categorías (comentarios dirigidos hacia cuestiones técnicas del CPET y comentarios centrados en el contenido de los ítems) para el agrupamiento de dichos comentarios.

#### Resultados

**Validación lingüística y semántica:** La Retrotraducción sugirió que se modificará la traducción inicial de tres de los ítems; ítem 1: *I got on well with staff* (versión original) – *Me sentí bien con el equipo* (traducción) – *Working in the team was a pleasure* (retrotraducción) – *Entre le equipo y yo hubo buena relación* (versión traducida final); ítem 8: *The preceptor had a good sense of humour* (versión original) – *El/la tutor/a tuvo buen sentido del humor* (traducción) – *The tutor had a great sense of humour* (retrotraducción) – *El/la tutor/a se mostró con buen sentido del humor* (versión traducida final); ítem 11: *Patients were well cared for* (versión original) – *Los pacientes fueron bien cuidados* (traducción) – *The patients were well-treated* (retrotraducción) – *Los pacientes recibieron buenos cuidados* (versión traducida final). Según el “criterio de expertos”, los ítems contenidos en el instrumento se consideraron relevantes y pertinentes para nuestro entorno (especialmente en el ámbito de la Enfermería Comunitaria, donde está más claramente identificada la figura del tutor).

**Validación de aspecto y de contenido:** el pilotaje se realizó sobre 56 estudiantes (83,5% del total proyectado). La puntuación media obtenida en el CPET fue de 13,85 (DE: 2,47), con valor mínimo de 4 y un máximo de 15. En un 67,9% (n=38) se obtuvo un valor 15 al CPET; en un 14,3% (n=8), 14 puntos; en un 5,4% (n=3), 13 puntos; en otro 5,4% (n=3), 9 puntos; en los 4 formularios restantes, se obtuvieron 11, 7, 6 y 4 puntos. Los ítems que mostraron peor valoración fueron: *Las enfermeras me dieron información acerca de los cuidados que daban a sus pacientes* (un 12,7% - n=7- contestaron “no”), *El equipo me animó a hacer preguntas* (un 12,7% - n=7- contestaron “no”) y *El/la tutor/a se mostró con buen sentido del humor* (10,7% - n=6 – contestaron “no”); los ítems mejor valorados fueron: *Entre el equipo y yo hubo buena relación* (un 100% - n=56- contestaron “si”), *Mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente* (un 96,4% - n=54- contestaron “si”), *Estuve motivado/a y con entusiasmo para aprender* (un 96,4% - n=54- contestaron “si”) y *Los pacientes recibieron buenos cuidados* (un 96,4% - n=54- contestaron “si”) (Tabla 1). La puntuación media en el primer periodo fue de 14,19 (DE: 1,8), en el segundo 14,50 (DE: 0,7) y en el tercero 12,94 (DE: 3,64) (disminución no significativa entre el primer y el tercer periodo; F=2,09, p=0,133). Con respecto al análisis bivalente entre el CPET y el momento en el que realizaron las prácticas, se evidenció una asociación estadísticamente significativa con los ítems: *Fui tratado como parte del equipo* (peor valorado en el último periodo) y *El/la tutor/a animó a los estudiantes a*

*preguntar* (peor valorado en el último periodo) (Tabla 1). La puntuación media en el Área 2 fue de 13,52 (DE: 2,71), en el Área 5 13,52 (DE: 3,02) y en el Área 6 14,68 (DE: 0,6) (diferencias no significativas;  $F=1,27$ ,  $p=0,288$ ). En lo relativo al análisis del CPET en función del Área de Salud donde se realizaron las prácticas, se pudo observar una asociación estadísticamente significativa con el ítem *Fui tratado como parte del equipo* (peor valoración en el Área 2) (Tabla 2).

Con respecto a los comentarios registrados en el apartado de “**Observaciones**”, y en lo que se refiere a cuestiones técnicas del CPET: dos estudiantes registraron que la escala dicotómica era insuficiente para reflejar su opinión, y que al menos se debería incluir “a veces”; un estudiante reflejó que el ítem nº 6 (*cuanto más puse más obtuve*) le resultaba confuso; un estudiante sugirió la inclusión de un ítem acerca de la experiencia global de aprendizaje en prácticas, con una escala ordinal de 0 a 10. Con relación a los comentarios centrados en el contenido de los ítems (cuadro 1), muchos de ellos giraban en torno al equipo de atención primaria, sobre lo fundamental que éste era para sus prácticas, especialmente el sentimiento de pertenencia, “ser tratado como uno más”. En general la mayoría de las observaciones relacionadas con el tutor fueron positivas, resaltando el rigor, el infundir seguridad, el generar confianza, paciencia, disponibilidad, experiencia, el interés, el favorecer la autonomía; los rasgos negativos que se han puesto de manifiesto están relacionados especialmente con un problema de relación con el tutor/a: “sentirse no bien tratado”, “falta de confianza”, aunque también emergen otras cuestiones como la “no planificación de la tutorización” y “la escasa seguridad y preparación del tutor/a”. Otros comentarios reflejaron la importancia de las sesiones de equipo para el aprendizaje.

### **Discusión y conclusiones**

El CPET contiene ítems que desde el punto de vista lingüístico y semántico tienen validez para el contexto español. La validación de aspecto y de contenido centrada en la revisión por expertos ha puesto de manifiesto igualmente la idoneidad del instrumento para el fin que pretende: evaluar el lugar de realización de las prácticas clínicas de Enfermería Comunitaria.

Por otra parte, la validez de aspecto y de contenido explorada a través del pilotaje con los estudiantes, reafirma que las cuestiones contempladas en el CPET son adecuadas y pertinentes para la evaluación de lugar de Prácticas Clínicas, enfatizándose especialmente aquellas que tienen que ver con la figura del tutor y con el equipo de Atención Primaria (EAP). Un trabajo realizado en la escuela de Enfermería Puerta de Hierro (5), puso de manifiesto la importancia que el estudiante en prácticas de Enfermería Comunitaria le da a la integración en el EAP, dado que lo considera como algo complejo. Asimismo, Albertín y cols (6) reflejan en un estudio cualitativo con ex-alumnos, como éstos resaltaban como positivo con respecto a sus prácticas en Enfermería Comunitaria, *...el procedimiento de trabajo fundamentado en el trabajo en equipo intra e interdisciplinar...*

Con respecto a la información que el CPET contiene sobre el tutor, si bien ha sido considerada como adecuada por los estudiantes, en el apartado observaciones, se resaltan otras cuestiones que será preciso tener en cuenta para futuras versiones. A la luz de lo manifestado por los estudiantes, el buen tutor/a es aquel que infunde confianza y seguridad, que favorece la autonomía, que está actualizado y trabaja con rigor. Una investigación cualitativa llevada a cabo con tutores, alumnos y profesores, con la intención de elaborar el perfil del tutor de prácticas de Enfermería en Atención Primaria, destaca otros rasgos, que si bien no entran en contradicción con los obtenidos en el presente estudio, están en otra línea; estos rasgos son: buen comunicador, claridad en las funciones profesionales, que le guste la docencia y que tenga motivación personal (7). Sin embargo, Andersen y cols (8), destacan cualidades del tutor más en la línea del presente trabajo: dar seguridad y confianza, realizar un feed-back constructivo en la evaluación, compartir experiencia y conocimiento con el estudiante, reconocerse como modelo y demostrar fe en el estudiante. Asimismo Sowan N y cols (9) resaltan lo importancia de favorecer la autonomía en el estudiante, especialmente en el ámbito de la salud pública. Con respecto a las puntuaciones obtenidas en el CPET, cabe comentar que han de considerarse como resultados provisionales, dado que el principal objetivo de este estudio era validar dicha herramienta. En cualquier modo, es de interés resaltar las altas puntuaciones obtenidas, es decir, la buena valoración que los estudiantes hacen de sus sitios de prácticas. Entre las cuestiones peor valoradas estaban; *“las enfermeras me dieron información acerca de los cuidados que daban a los pacientes”, “el equipo me animó a preguntar”*; en un estudio realizado por Juanola y cols (10), los estudiantes de Enfermería ponen en los primeros lugares, a la hora de estar satisfechos con sus prácticas, la información que reciben de sus tutores, el feed-back y el poder aplicar la teoría a la práctica. Otro trabajo llevado a cabo por García Vallejo con estudiantes de tercer curso que realizaban sus prácticas de Enfermería Comunitaria en el Área 7 de Madrid (11) refleja como puntos positivos la capacitación de los tutores y como puntos a mejorar el trabajo en equipo. En el estudio que se presenta, entre las cuestiones mejor valoradas por el contrario se encuentran la buena relación del estudiante con el equipo, lo que pone de manifiesto que existen diferencias que con respecto al trabajo en equipo, existen en los diferentes centros y Áreas de Salud.

Si bien no hubo diferencias significativas con respecto al momento en el que se realizan las prácticas, nada más que en dos ítems (*Fui tratado como parte del equipo, el tutor animó a los estudiantes a hacer preguntas*), parece dibujarse una tendencia a peor valoración a medida que avanza el año; quizá esto podría corresponderse con un mayor nivel de exigencia y actitud crítica de un estudiante que está a punto de graduarse; tampoco se puede desechar como interpretación que, a medida que avanza el año académico, el tutor y el equipo están más cansados, y podría responder peor a las expectativas de los estudiantes.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que el CPET sea refinado, en orden de aumentar su validez, en cuestiones como la escala de medición de los ítems (modificar la escala dicotómica actual por otra ordinal) e inclusión de ítems dirigidos a las cualidades de un “buen tutor”, así como de un ítem que evalúe la experiencia global de aprendizaje. Futuras versiones del CPET, permitirán que se pueda aplicar sistemáticamente a los estudiantes que realizan sus prácticas de Enfermería Comunitaria, lo cual contribuirá a determinar perfiles de los lugares de prácticas, y en consecuencia a planificar mejoras conducentes a aumentar la calidad del aprendizaje en los estudiantes de Enfermería. Si bien, el presente estudio está centrado en las prácticas clínicas de Enfermería Comunitaria, sería deseable explorar estas cuestiones en el medio hospitalario, dado que el aprendizaje práctico del estudiante no debe estar disociado, y debe responder a los mismos objetivos generales tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Atención Especializada.

### **Bibliografía**

1.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1991.

- 2.- Delors J. Los cuatro pilares de la educación. En: Delors J. La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana; 1996.
- 3.- Antón Nardiz MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- 4.- Moseley LG, Mead DM, Moran L. Clinical Placement Evaluation Tool. A 3-country study. Pontypridd (Wales UK): University of Glamorgan (documento inédito).
- 5.- Serrano Gallardo P, García Suso A. Propuesta de un instrumento para la evaluación de las prácticas clínicas de Enfermería Comunitaria. Revista de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria 2003; (5).
- 6.- Albertín Carbó P, Vilanova Vilá. Actitudes de los estudiantes hacia la materia de Enfermería Comunitaria. Metas de Enfermería 1999; II (15): 47-53.
- 7.- Navarro Moya FJ, Martínez Ros MT, Viguera Lorente MD y Rodríguez González MC. Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Estudio cualitativo. Index de Enfermería 2002 invierno; Año XI (39): 16-19.
- 8.- Andersen M, Kroll B, Luoma J, Nelson J, Shemon K, Surdo J. Mentoring relationships. Minnesota Nursing Accent 2002; 74 (4): 24-9.
- 9.- Sowa N, Moffatt S, Elder T. Collaborative mentoring in the public health setting: a partnership between the university of Vermont and the Vermont Department of Health. Vermont Nurse Connection 2001; 4 (2):7.
- 10.- Juanola Pagés MD, Blanco Sánchez R, Cónsul Giribet M y Zapico Yáñez F. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enfermería Clínica 1998; 8 (6):254-262.
- 11.- García Vallejo R. Valoración de los estudiantes sobre sus prácticas de Enfermería Comunitaria. Metas de Enfermería 2004; 7(2): 20-26.

**Tabla 1: Items del CPET según periodo de prácticas**

	Total	1er period	2do. period	3er. period	p
1.- Entre el equipo y yo hubo buena relación SI	56 (100) 0	21 (100) 0	16 (100) 0	19 (100) 0	NS
NO					
<b>2.- Fui tratado/a como parte del equipo</b> SI	53 (94,6) 3 (5,4)	21 (100) 0	16 (100) 0	16 (84,2) 3 (15,8)	0,046
NO					
3.- Tuve una buena relación de trabajo con el/la tutor/a SI	52 (92,9) 4 (7,1)	20 (95,2) 1 (4,8)	16 (100) 0	16 (84,2) 3 (15,8)	NS
NO					
4.- Mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente SI	54 (96,4) 2 (3,6)	21 (100) 0	16 (100) 0	17 (89,5) 2 (10,5)	NS
NO					
5.- El equipo me explicó los procedimientos SI	51 (91,1) 5 (8,9)	20 (95,2) 1 (4,8)	15 (93,8) 1 (6,3)	16 (84,2) 3 (15,8)	NS
NO					
6.- Cuanto más puse más obtuve SI	51 (91,1) 5 (8,9)	20 (95,2) 1 (4,8)	16 (100) 0	17 (94,4) 1 (5,6)	NS
NO					
7.- Estuve motivado/a y con entusiasmo para aprender SI	53 (96,4) 2 (3,6)	20 (95,2) 1 (4,8)	16 (100) 0	17 (94,4) 1 (5,6)	NS
NO					
8.- El/la tutor/a se mostró con buen sentido del humor SI	50 (89,3) 6 (10,7)	19 (90,5) 2 (9,5)	15 (93,8) 1 (6,3)	16 (84,2) 3 (15,8)	NS
NO					
9.- El/la tutor/a me señaló oportunidades de aprendizaje SI	51 (91,1) 5 (8,9)	21 (100) 0	15 (93,8) 1 (6,3)	15 (78,9) 4 (21,1)	NS
NO					
10.- El/la tutor/a animó a los estudiantes a preguntar SI	53 (94,6) 3 (5,4)	21 (100) 0	16 (100) 0	16 (84,2) 3 (15,8)	0,046
NO					
11.- Los pacientes recibieron buenos cuidados SI	54 (96,4) 2 (3,6)	20 (95,2) 1 (4,8)	16 (100) 0	18 (94,7) 1 (5,3)	NS
NO					
12.- Las enfermeras me dieron información acerca de los cuidados que daban a sus	48 (87,3) 7 (12,7)	17 (81) 4 (19)	14 (93,3) 1 (6,7)	17 (89,5) 2 (10,5)	NS

pacientes	SI					
NO						
13.- El equipo me animó a hacer preguntas	SI	48 (87,3) 7 (12,7)	19 (95) 1 (5)	14 (87,5) 2 (12,5)	15 (78,9) 4 (21,1)	NS
NO						
14.- El/la tutor/a estuvo seguro/a de sus habilidades para enseñarme	SI	51 (91,1) 5 (8,9)	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	16 (84,2) 3 (15,8)	NS
NO						
15.- El tutor le dió gran importancia a mis necesidades de aprendizaje	SI	51 (91,1) 5 (8,9)	20 (95,2) 1 (4,8)	16 (100) 0	15 (78,9) 4 (21,1)	NS
NO						

**Tabla 2: Items del CPET según Área de Salud donde se realizan las prácticas.**

	Total	Área 2	Área 5	Área 6	p
1.- Entre el equipo y yo hubo buena relación	56 (100)0	19 (100) 0	21 (100) 0	16 (100) 0	NS
NO					
2.- Fui tratado/a como parte del equipo	53 (94,6)3 (5,4)	16 (84,2) 3 (15,8)	21 (100) 0	16 (100) 0	0,046
NO					
3.- Tuve una buena relación de trabajo con el/la tutor/a	52 (92,9) 4 (7,1)	17 (89,5) 2 (10,5)	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	NS
NO					
4.- Mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente	54 (96,4) 2 (3,6)	19 (100) 0	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	NS
NO					
5.- El equipo me explicó los procedimientos	51 (91,1) 5 (8,9)	17 (89,5) 2 (10,5)	19 (90,5) 2 (9,5)	15 (93,8) 1 (6,3)	NS
NO					
6.- Cuanto más puse más obtuve	51 (91,1) 5 (8,9)	16 (84,2) 3 (15,8)	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	NS
NO					
7.- Estuve motivado/a y con entusiasmo para aprender	53 (96,4) 2 (3,6)	18 (94,7) 1 (5,3)	19 (95) 1 (5)	16 (100) 0	NS
NO					
8.- El/la tutor/a se mostró con buen sentido del humor	50 (89,3) 6 (10,7)	17 (89,5) 2 (10,5)	18 (85,7) 3 (14,3)	15 (93,8) 1 (6,3)	NS
NO					
9.- El/la tutor/a me señaló oportunidades de aprendizaje	51 (91,1) 5 (8,9)	17 (89,5) 2 (10,5)	19 (90,5) 2 (9,5)	15 (93,8) 1 (6,3)	NS
NO					
10.- El/la tutor/a animó a los estudiantes a preguntar	53 (94,6)3 (5,4)	18 (94,7) 1 (5,3)	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	NS
NO					
11.- Los pacientes recibieron buenos cuidados	54 (96,4) 2 (3,6)	19 (100) 0	19 (90,5) 2 (9,5)	16 (100) 0	NS
NO					
12.- Las enfermeras me dieron información acerca de los cuidados que daban a sus pacientes	48 (87,3) 7 (12,7)	15 (83,3) 3 (16,7)	18 (85,7) 3 (14,3)	15 (93,8) 1 (6,3)	NS

NO

13.- El equipo me animó a hacer preguntas SI 48 (87,3) 7 (12,7) 14 (73,7) 5 (26,3) 18 (90) 2 (10) 16 (100) 0 NS

NO

14.- El/la tutor/a estuvo seguro/a de sus habilidades para enseñarme SI 51 (91,1) 5 (8,9) 18 (94,7) 1 (5,3) 18 (85,7) 3 (14,3) 15 (93,8) 1 (6,3) NS

NO

15.- El tutor le dió gran importancia a mis necesidades de aprendizaje SI 51 (91,1) 5 (8,9) 17 (89,5) 2 (10,5) 18 (85,7) 3 (14,3) 16 (100) 0 NS

NO

**Cuadro 1: Comentarios de los estudiantes sobre el contenido de los ítems del CPET (en rojo comentarios negativos)**

	Comentarios relacionados con el tutor/a	Comentarios relacionados con el equipo	Otros comentarios
Primer Periodo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene paciencia; se centra en enseñarme el porqué de las cosas.</li> <li>- Rigor en el tutor</li> <li>- Excelente trato humano y profesional</li> <li>- La no confianza con mi tutora me hizo dar menos y aprender menos</li> <li>- La tutora me aportaba seguridad</li> <li>- El tutor se lo debe tomar en serio, planificar</li> <li>- Las dudas siempre me fueron resueltas</li> <li>- Gran profesional, conocimientos amplios, domina técnicas y procedimientos</li> <li>- Tutor consciente de sus carencias, pero buscaba para contestarme</li> <li>- Me dejaba hacer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buen ambiente</li> <li>- El equipo da seguridad</li> <li>- La buena relación dentro del propio equipo hace que el estudiante esté mejor y más integrado</li> <li>- Equipo volcado, acogedor</li> <li>- Compañerismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es importante la accesibilidad al centro de prácticas</li> <li>- Si no se trabaja con metodología enfermera, la enseñanza en este aspecto es nula</li> <li>- La responsable de Enfermería no le dio importancia a la sesión de los alumnos, era más importante la de una doctora</li> </ul>
Segundo Periodo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La metodología del tutor no coincidía con lo que he aprendido</li> <li>- Me ha dado mucha autonomía</li> <li>- Tutor no interesado; me ha faltado el respeto; no permitía preguntas; no se muestra seguro en sus acciones; trato vergonzoso los pacientes</li> <li>- A raíz de contestarle, me trató mal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me he sentido como parte del equipo</li> <li>- Buen ambiente humano y profesional</li> <li>- El equipo se preocupa de mi aprendizaje</li> <li>- He sido tratada como un miembro más; he participado en todo; animada a dar mi opinión; gran autonomía; me ha solucionado dudas; atentos a mis necesidades</li> <li>- EL equipo ha suplido las carencias de mi tutor</li> <li>- El equipo te integra</li> <li>- Se han esforzado en enseñarme</li> </ul>	
Tercer Periodo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre estaba dispuesto a enseñarme; me ha servido mucho su experiencia; me ha permitido trabajar con autonomía.</li> <li>- Tutora formada, puesta al día y que se preocupa por transmitirlo</li> <li>- El tutor tenía interés por integrarme dentro del equipo y por que cumpliera mis objetivos</li> <li>- La tutora se ha preocupado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te hacen sentir como uno más</li> <li>- El equipo se mostró muy interesado en mi aprendizaje</li> <li>- Todo el equipo se preocupa, nos brindan oportunidades</li> <li>- La buena relación del equipo influye directa y positivamente en el aprendizaje del estudiante</li> <li>- Gran coordinación dentro del equipo, alta predisposición para enseñarme</li> <li>- Ser tratado como uno más es de lo más satisfactorio</li> <li>- Me han hecho sentirme segura de mi misma al tratarme como uno más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las sesiones de equipo ayudan a aprender y a aumentar la calidad de los cuidados</li> <li>- Sesiones muy interesantes</li> </ul>

## Zaragoza, A., Smith, L.: Cuestionario Brooking ® (2004): Instrumento para medir la utilización del Proceso de Enfermería en unidades de hospitalización

### Introducción

En esta comunicación se presenta parte de un estudio llevado a cabo por las autoras para la introducción del Proceso de Enfermería (PE) en una unidad de hospitalización de Cirugía ortopédica y Neurología de la Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona) <sup>(1)</sup>. En concreto, se trata de describir el desarrollo y validación de un instrumento denominado: Cuestionario Brooking ® (2004), que mide el grado de introducción del PE en la práctica asistencial, específicamente en unidades de hospitalización. Antes de centrarnos en el instrumento, es conveniente considerar algunos aspectos sobre el PE que pueden servir de marco para esta presentación.

El Proceso de Enfermería en la práctica

El PE es considerado como un método de resolución de problemas utilizado en enfermería para facilitar una atención individualizada al paciente <sup>(2,3,4)</sup>. Se han señalado muchas ventajas del uso de este método: i) proporciona las bases para un desarrollo teórico de la enfermería <sup>(5)</sup>; ii) ayuda a sistematizar la práctica <sup>(6)</sup>; iii) mejora la calidad de los cuidados de enfermería <sup>(7)</sup>. Junto a estas ventajas no pueden negarse las dificultades que ha habido y sigue habiendo con su puesta en práctica. Algunos autores opinan que estas dificultades se deben más a las deficiencias de la educación en enfermería y de la práctica profesional que al propio proceso <sup>(8,9,10)</sup>. Otros afirman que se han llegado a deducir conclusiones sobre la eficacia del PE en la práctica sin que éste estuviera realmente introducido <sup>(11,12)</sup>. Es muy conveniente por tanto contar con un instrumento que mida el grado de introducción del PE en la práctica.

### Desarrollo del Cuestionario Brooking ® (2004)

Como parte del estudio anteriormente citado, se realizó una revisión sistemática de la literatura española e inglesa acerca del PE, centrado en las implicaciones teóricas y prácticas de esta innovación. Se estudió el periodo comprendido entre 1970 y 2003.

Se encontró la existencia de un instrumento válido y fiable para medir el grado de introducción del PE: La escala de medida del PE de Brooking (1986). Brooking, enfermera inglesa, llevó a cabo un estudio comparativo de la participación de los pacientes y familiares en el cuidado de enfermería en cuatro hospitales del Reino Unido. Comparó unidades que se consideraban seguidoras del PE y otras que empleaban una atención más tradicional. Previo a la comparación, y para asegurarse de que el PE estuviera bien introducido, diseñó una escala para medir el grado de utilización del PE.

Este instrumento está compuesto de:

1. Una escala de auto evaluación para enfermeras con 37 preguntas;
2. Una escala de observación de la unidad basada en los mismos 37 parámetros (a realizar por un investigador ajeno a la unidad)
3. Una escala de auto evaluación para el supervisor de la unidad.

La tabla 1 muestra los resultados de los estudios de validez y fiabilidad del instrumento realizados por Brooking (1986).

Aunque el instrumento tiene tres partes, en esta presentación se van a exponer las modificaciones que se introdujeron en la Escala de autoevaluación para enfermeras. Las razones de estas modificaciones fueron por un lado de actualización de la Escala ya que fue diseñada hace doce años; y por otro adaptarla al contexto Español (lengua, cultura y modos de hacer). Al instrumento resultante se le ha denominado Cuestionario Brooking ® (2004).

A continuación se van a detallar las modificaciones realizadas y seguidamente se tratará de cómo se llevó a cabo el estudio piloto para testar el instrumento. Finalmente se comentará que papel tuvo este instrumento en el estudio principal mencionado en la introducción y por último se señalarán algunas conclusiones acerca de este instrumento incluyendo futuras recomendaciones.

### Modificaciones a la Escala de autoevaluación para enfermeras Brooking (1986)

De los 37 parámetros ó preguntas, 17 se mantuvieron sin modificación (Brooking 1986: 1, 2, 6-8, 11, 20-22, 26-29, 31-33, 36).

Las modificaciones realizadas a los otros parámetros consistieron en:

- a) Cambios en el enunciado de la pregunta para clarificar el significado o adaptar el criterio inicial al presente estudio (parámetros: 3, 4, 13, 18, 24, 25, 30, 37);
- b) Simplificación de algunas preguntas para adaptarlos al presente contexto (parámetros 14, 16, 17; 15, 19; 34 y 35).
- c) Especificación de algunos parámetros para aumentar la sensibilidad del cuestionario (parámetro 9);
- d) Eliminación de algunas preguntas al no considerarlas relevantes para el contenido del estudio;
- e) Adición de algunos parámetros para que se refleje la práctica actual de enfermería;
- f) Reducción del número de respuestas posibles de 6 a 5. La escala inicial contenía 6 posibles respuestas graduadas desde "sí, siempre" hasta "no, nunca" y la actual 5 posibles respuestas, de manera que se equilibraran las respuestas positivas y negativas. Cada respuesta tiene una puntuación numérica (siempre=5; a menudo=4; a veces=3; no sé=2; nunca=1). Además a cada respuesta se le añadió un porcentaje arbitrario de frecuencia de respuesta para ayudar a las enfermeras en la elección de la respuesta apropiada.
- g) Modificaciones del formato tales como: letra, tamaño, diseño gráfico del cuestionario, para facilitar el uso del instrumento.

### Estudio Piloto del instrumento y últimas modificaciones

El nuevo cuestionario Brooking ® (2004) se utilizó con 10 enfermeras de dos unidades diferentes del citado Hospital. Aunque el instrumento es de autoevaluación, para el estudio piloto se decidió administrarlo en forma de entrevista estructurada con el fin de conocer si existía alguna dificultad en la comprensión de las preguntas. Cada entrevista duró aproximadamente 20 minutos. Entre las instrucciones de uso del cuestionario se les indicó que las preguntas hacían referencia al uso del PE en su unidad, y no al uso individual.

Con el fin de medir la fiabilidad del instrumento se estudió la desviación estándar (DE) de las respuestas de cada grupo. Aquellas con DE mayor a 1,5 se les consideró poco fiables ya que al evaluar todas el uso del PE en la unidad no debería haber gran disparidad de respuestas. Cuatro preguntas aparecieron con DE > 1'5:

- participación de pacientes y familiares en la identificación de problemas
- aplicación de estudios de investigación a la práctica diaria

- uso de medidas objetivas para evaluar el cuidado
- participación del paciente y familiares en la fase de evaluación

Reflexionado sobre las posibles causas de esta gran variabilidad se concluyó que las razones podían ser: que las preguntas no eran suficientemente específicas y claras; y/o que son aspectos del PE que no están integrados todavía en la práctica y por lo tanto sobre los que las enfermeras no están todavía familiarizadas. Como consecuencia, se modificaron estas preguntas.

Por ejemplo, la pregunta que hacía referencia a la “participación de pacientes y familiares en la identificación de problemas” se especificó de la siguiente manera ¿Está sistematizado en la planta el contar con la opinión de los pacientes/ familiares a la hora de enunciar los problemas de enfermería?

También se introdujeron de nuevo pequeños cambios en el enunciado de algunas preguntas.

#### **Utilización del Cuestionario Brooking® (2004) en el estudio principal: validez y fiabilidad del instrumento**

Una vez realizado el estudio piloto y llevadas a cabo las modificaciones pertinentes se utilizó este instrumento, junto con otros métodos de recogida de datos (observación, estudio de registros de documentación, gupos focalizados, etc), para evaluar los cambios en el uso del PE de la unidad de hospitalización de Cirugía Ortopédica y Neurología de la Clínica Universitaria en la que se realizó una intervención para introducir el PE.

El instrumento final, al igual que el original de Brooking (1986) está dividido en 4 partes, cada una correspondiente a una de las fases del PE: valoración y diagnóstico de enfermería; planificación; ejecución y por último evaluación. El cuestionario contiene 33 preguntas sobre el proceso. Contiene además una breve introducción sobre la finalidad del mismo y un pequeño apartado de preguntas generales.

El cuestionario se cumplimentó por cada una de las enfermeras de esa unidad y los resultados fueron introducidos en el programa SPSS para su posterior análisis. Además de la realización de estudios estadísticos para evaluar los cambios conseguidos tras la intervención (test de Wilcoxon) lo interesante de este estudio fue que se utilizó el cuestionario junto con otros métodos, instrumentos y fuentes de datos (triangulación múltiple<sup>(13)</sup>) de manera que se obtuvieran unos resultados más completos y válidos acerca de la introducción del proceso en la práctica y las dificultades que éste presenta. En concreto se utilizó: observación estructurada a enfermeras de la unidad en la utilización del PAE; evaluación de registros de enfermería; grupos de discusión con enfermeras de la unidad y entrevistas a diferentes profesionales (directivos de enfermería, y médicos principalmente) sobre el uso del PAE en la unidad.

El uso de esta triangulación múltiple sirvió para incrementar la validez de los resultados del estudio y también por tanto de los instrumentos.

Se comprobó que el instrumento tenía validez aparente; de contenido y de criterio. En el caso de la validez de criterio, aunque no se realizaron estudios estadísticos de correlación, si que se compararon cualitativamente<sup>(14)</sup>. En cuanto a la fiabilidad, el instrumento tiene congruencia interna (Cronbach-alpha > 0,7). Se necesitan más estudios para corroborar estadísticamente la validez de criterio, así como estudios sobre la validez de constructo, equivalencia y estabilidad.

#### **Discusión y conclusiones**

Entre las ventajas de este estudio para la práctica, formación e investigación de enfermería se podrían señalar las siguientes:

- 1) Al proporcionar un instrumento de medición real del grado de utilización del PE, se posibilita también la realización de estudios posteriores de efectividad del PE en relación al cuidado de enfermería;
- 2) Ayuda a identificar las necesidades de formación de las enfermeras en relación al PE;
- 3) Permite que se cuantifique los cambios o mejoras en la utilización del PE.

Es importante señalar que es necesario completar los estudios de validez y fiabilidad del instrumento.

Por último, también se aconseja que este instrumento se utilice junto con otros métodos de recogida de datos (observación, entrevista, evaluación de registros) cuando sea necesario o conveniente recoger una información más completa y en profundidad a cerca del uso del PE.

#### **Bibliografía**

- (1) Zaragoza A. Implementing the Nursing Process in a teaching Hospital Ward: An Action Research Study. Unpublished PhD. Glasgow University 2004.
- (2) Mason G, Atree M. The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:1045-1049.
- (3) Phaneuf M. Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería. 1er ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1993.
- (4) Aggleton P, Chalmers H. Nursing research, nursing theory and the nursing process. *Journal of Advanced Nursing* 1986; 11:197-202.
- (5) Mason G, Atree M. The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:1045-1049.
- (6) Serrano R, Saracibar I, Carrascal E, Tina P, Narvaiza MJ, Sanz M et al. Estandarizar los cuidados. Cuando lo hecho es valido. *Revista Rol de Enfermería* 1997;(227-228):23-31.
- (7) Royal College of Nursing. Standards of Nursing Care. 1980. London, Henrietta Place.
- (8) Walton I. The Nursing Process in Perspective: A literature Review. 1986. University of York, Department of Social Policy and Social work.
- (9) Department of Health and Social Security (DHSS). Report of the nursing process evaluation working group. 1986. King's College, University of London, Nursing Education Research Unit. Department of Nursing Studies. 1986.
- (10) De la Cuesta C. The nursing process: from development to implementation. *Journal of Advanced Nursing* 1983; 8:365-371.
- (11) Varcoe C. Disparagement of the nursing process: the new dogma? *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23:120-125.
- (12) Brooking J. Patient and family participation in nursing care: The development of a nursing process measuring scale. Unpublished PhD. Chelsea College. University of London, 1986.
- (13) Redfern S, Norman I. Validity through triangulation. *Nurse Researcher* 1994; 2(2):41-55.
- (14) Zaragoza A. Implementing the Nursing Process in a teaching Hospital Ward: An Action Research Study. Unpublished PhD. Glasgow University 2004

**Tabla 1: Estudios de validez y fiabilidad de la escala realizados por Brooking (1986)**

Tipo de Validez	Método de comprobación	Resultados
Validez aparente	Consulta a las enfermeras su opinión sobre la escala	Todas describieron de manera adecuada la naturaleza de la escala
Validez de contenido	Desarrollo de los parámetros a través de: revisión de la literatura y panel de expertos	Estos medios aseguraron la validez de contenido de la escala
Validez de criterio	Estudios de correlación entre las distintos instrumentos de la escala (observación, supervisora, enfermeras)	Los resultados muestran altos niveles de correlación si bien no hay estudios estadísticos comparando estas escalas con otras medidas independientes
Validez de constructo	No se han realizado	
Tipo de fiabilidad	Método de comprobación	Resultados
Estabilidad	Repetición del test después de dos meses	Buena correlación: Spearman $r_s$ 0.905
Congruencia interna/homogeneidad	Técnica de división por mitades	Pearson $r$ 0.28 con 66 gdl
Equivalencia	Estudio de correlación entre dos o más investigadores	Spearman $r_s$ 0.852

**Textos de los Pósteres Científicos**  
**Texts of the Scientific Posters**

---

**LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.**  
**17-20 de Noviembre de 2004**

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

## **2. Moreno Verdugo, A.; De La Fuente García, A.; Caro Quesada, R.; Suso López, D.; Durán Rodríguez, A.; Díaz Benavente, M.: Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con Ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria**

### **Introducción**

Los enfermos con Ictus ingresados en los hospitales, prolongan su estancia debido a que no pueden valerse por sí mismos y los familiares no se encuentran capacitados para prestarles los cuidados necesarios. Son los cuidadores informales quienes van a proporcionar la mayor parte de la asistencia y el apoyo diario. Por todo esto nos planteamos el desarrollo de un Programa educativo para formar a cuidadores informales de pacientes con Ictus y favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.

### **Objetivo general**

Adiestrar al cuidador informal en todas las actividades a realizar en el domicilio, a enfermos con Ictus y facilitar los conocimientos necesarios para la promoción de auto cuidados de los propios cuidadores informales.

### **Objetivos específicos**

Evaluar el nivel de conocimiento del cuidador informal, identificando los problemas socioculturales que puedan alterar el programa.

Dar a conocer al cuidador las habilidades y técnicas de cuidados necesarias según las necesidades detectadas.

Informar de las vías y recursos asistenciales ante problema

### **Metodología**

Estudio cuasiexperimental, pre-test, pos-test de un solo grupo, en una población de estudio constituido por familiares de pacientes ingresados con Ictus.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Familiar directo o cuidador principal
- ✓ Aceptación y participación en el proyecto
- ✓ Ingresado durante la realización del estudio
- ✓ Índice de Barthel < 45

Criterios de Exclusión:

- ✓ Familiar directo con disminución psíquica/física
- ✓ Familiares con domicilios incontrolados
- ✓ Familiares con enfermos con Ictus establecido

Tras un muestreo no probabilístico accidental, con un nivel de confianza del 99'9% y un error muestral del 0'1%, el tamaño de la muestra es de 263 sujetos. Para la recogida de datos se utiliza un cuestionario auto elaborado de 32 ítems, con preguntas abiertas y cerradas, se ha hecho un pilotaje de la muestra durante 3 meses (56 sujetos). La intervención formativa teórica y práctica, se desarrollara en 52 sesiones de una hora y media de duración, dos veces por semana y con la asistencia de cuatro a seis cuidadores, la formación practica se hará en la habitación del paciente. En la formación teórica utilizaremos proyecciones de videos y diapositivas elaborado por los autores, el material grafico utilizado tratara entre otros sobre:

- ✓ Movilizaciones y posturas
- ✓ Higiene
- ✓ Cuidados sobre la Sonda Nasogastrica
- ✓ Alimentación
- ✓ Eliminación

Tras la intervención se volverá a pasar el cuestionario para evaluar los cambios en la capacidad y formación adquirida.

### **Resultados**

Este estudio ha comenzado a realizarse en Enero 2004, por lo tanto solo se pueden aportar datos del pilotaje realizado a 56 sujetos.

Conocimientos en cuidados del cuidador:

Un 66'07% no sabe que es un Ictus.

Un 42'85% piensan que uno de los factores que ocasiona el Ictus es la Hipertensión arterial, seguido con un 35'71 que no saben entre 6 posibles respuestas que lo ocasiona

A un 66'07% les gustaría que le enseñaran para poder y saber cuidar los síntomas que deben tenerse en cuenta de forma urgente.

Un 82'14% tiene miedo por el futuro de su familiar.

Un 66'07% tiene miedo a que a el mismo le suceda algo malo.

A un 48'21% le considera el paciente como la única persona que le puede cuidar.

### **Discusión**

Ante los resultados preliminares obtenidos, opinamos que es fundamental llevar a cabo el programa diseñado y planteado en nuestro proyecto. El programa formativo comenzara a desarrollarse en Octubre 2004. Los resultados de este os los presentaremos en el próximo encuentro, año 2005

### **Bibliografía**

1. Brown MM. Accidente cerebrovascular. Published for the Birstish Council by the Royal Society of Medicine press limited. 2000; Vol. 56:7-19.
2. Francisco del Rey C, Mazarrasa Alvear L. Cuidados informales. Rev. Rol Enfermería junio 1995 nº 202; 61-64.
3. Torres Pérez L. Cuidados informales y pacientes críticos. Rev. Tempos Vitalis, septiembre/diciembre 2001. Volumen 1, Numero 1.
4. Frías Osuna A, Pulido Soto A. Cuidadores familiares de pacientes en domicilio. Index de Enfermería. Otoño 2001, año X. nº 34:27-32.
5. López Alonso A, Pérez Rivera FJ, Álvarez Moreno C, Castro González MP. ¿A qué dedica su tiempo la enfermera? Cuidados de enfermería médico-quirúrgica en el Hospital de León. Rev. Rol Enfermería 2000;23:777-9.
6. King RB, Shade-Zeldow Y, Carlson CE, Knaf D, Roth EJ. Early adaptation to stroke: patient and primary support person. Rehabil Nurs Res 1995;4:82-9.
7. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V, Minaire P. Quality of Life of the spouses of stroke patients: a preliminary

study. Int J Rehabil Res 1996;19:291-9.

8. Silberstein Goldenberg D. La familia, un paciente olvidado. Rev. Rol Enfermería 1997;223:25-30.
9. Williams A. What bothers caregivers of stroke victims? J Neurosci Nurs 1994;26:155-61.
10. Gibbon B. Stroke care and Rehabilitation. Nurs Stand 1994;8:49-56.
11. Escudero Ruges B, Díaz Álvarez E, Pascual Cortes O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Rev. Rol Enfermería 2001;24(3):183-189.
12. Guimaraes de Andrade O, Partezani Ruges R. Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV. Rev. Rol de Enfermería 1999;22(6):453-464.
13. Portillo Vega MC. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus. Enfermería Clínica, julio – agosto 2002- V:12- N:4:143-151.
14. Portillo MC, Wilson - Barnett J, Saracibar MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus; metodología y primeros resultados .Enfermería Clínica, mayo - junio 2002- V 12-N; 3:94-103.
15. Alfaya MM, Benbunan B. Calidad de los cuidados en el hogar y salud del cuidador informal. Cent Salud. 7(5): 303. Comunicación.
16. Márquez Garrido M, Barquero González A, Carrasco Acosta MC, Cárdenas Santos MD. Los programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la familia/ cuidadores informales. Enfermería científica, septiembre-octubre 1997; nº 186-187: 5-7.
17. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. Adv Nurs Sci 1997;19:55-64.

### **3. Perea Y., Bastidas A., Planas P., Turek L., Ripoll E.: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: Recomponer el espacio fragmentado que deja el *moobing*.**

#### **Introducción**

En los últimos años, y de forma creciente, se viene hablando de determinadas situaciones en el ámbito laboral, a las cuales se hallan expuestos algunos trabajadores que son víctimas de maltrato por parte de alguno de sus compañeros de trabajo. Se trata de situaciones que tienen su origen en las relaciones interpersonales y su desarrollo abonado por las propias condiciones de organización y factores psicosociales presentes (1).

Puesto que nos encontramos con un mayor número de personas que sufren el acoso laboral (*moobing*) cada vez más en las consultas de enfermería de Salud Mental, nos planteamos realizar un abordaje específico en dicho ámbito, para reorientar, crear un marco de actuación para el acoso moral en el trabajo, brindar una perspectiva crítica y estrategias e intervenciones ante esta situación (2). La propuesta pretende sensibilizar al colectivo enfermero y ofrecer una metodología de PAE para los cuidados enfermeros en estos casos.

#### **Metodología**

Investigación cualitativa. Revisión bibliográfica sobre *moobing* que asiente sus bases definitorias. Se han realizado entrevistas semi-estructuradas de 45' a personas que sufren *moobing*, grabadas en cinta de audio; y se ha procedido a la transcripción literal de las entrevistas, el vaciado de sus contenidos en base a unas categorías o ejes de interés enfocados a obtener los diagnósticos enfermeros en el ámbito de la Salud Mental y se han elaborado las conclusiones que han permitido hacer la propuesta de abordaje en el marco de la Enfermería de Salud Mental.

#### **DESARROLLO y PROPUESTA DE ABORDAJE**

Los principales diagnósticos de enfermería (3) obtenidos tras la valoración son:

1. **Afrontamiento individual inefectivo** relacionado con vulnerabilidad y/o crisis situacional. Manifestado por la verbalización de incapacidad o dificultad de adaptación a los cambios. Las actividades se basan en: escuchar activamente, fomentar la relación terapéutica, estimulación cognitiva, apoyo en la toma de decisiones, mejorar el afrontamiento. Es básico también pedir a la víctima que registre todos los actos que cometa el agresor hacia él (cómo ocurrió, dónde, testigos presentes...) y transmitir a la víctima que no se trata de un asunto estrictamente psiquiátrico ni psicológico. Desde otra vertiente no podemos olvidar de informar sobre los recursos existentes como pueden ser: sindicatos, colegios profesionales o recursos judiciales (4).
2. **Trastorno de la autoestima**, relacionado con sentimientos depresivos y manifestado por expresiones directas o veladas de incapacidad, desesperanza e impotencia. Las actividades se basan en facilitar la expresión de sentimientos, autopercepción y emociones, resaltando lo positivo y criticando lo exagerado o irreal. Ayudar a componer la autoidentificación realista de las capacidades, estimulando la práctica de habilidades .
3. **Ansiedad**, relacionada con la percepción de amenaza y sensación de impotencia, y manifestada por inquietud, tristeza, irritabilidad, trastornos del sueño y otros trastornos psicofisiológicos. Las actividades básicas serán de entrenamiento en técnicas de relajación, enseñar estrategias de afrontamiento a la situación (5), facilitar la identificación de mecanismos de defensa y de situaciones ansiógenas para prevenir la respuesta desadaptada.

#### **Seguimiento del proceso**

El enfoque de las actividades de enfermería en Salud Mental tiene que ver con aspectos cognitivos y de aprendizaje y elaboración de las emociones y los sentimientos. Partimos de la premisa de aceptar la realidad del acoso y no negarlo. Enfermería puede elaborar programas que vayan enfocados a la adaptación a nuevas circunstancias, reestructurando la escala de valores y retomando la autonomía que previamente poseía la persona. Los síntomas como el llanto, el dolor de estómago, el insomnio, la irritabilidad, la ira o los sentimientos de desesperanza, sólo son la punta del iceberg de todos los sentimientos que se esconden detrás (6). Enfermería puede devolver al paciente el sentido de su dolor emocional y mostrarle el perfil del acosador para que pueda entender qué es lo que ocurre. Tras ello, podrá entonces empezar a afrontar el acoso, recuperando habilidades, elaborando sus sentimientos, y restableciendo su patrón de salud previo.

#### **Conclusiones**

El conocimiento sobre lo que está pasando, tanto en el interior de uno mismo como en las circunstancias del entorno, son los pasos previos para la identificación y cambio de los mecanismos de defensa ante el *moobing*. Los enfermeros que trabajamos en los dispositivos de Salud Mental debemos estar preparados para valorar el sufrimiento, tratarlo y ayudar a plantear cambios. El diálogo y la complicidad es una de las mejores armas terapéuticas. Debemos analizar

con la persona afectada los motivos que llevan al agresor a realizar tal conducta, con el objetivo de que el agredido pueda ver en vez de un "monstruo" a una persona frustrada, acomplejada, con baja autoestima, débil, con carencias, con excesiva ambición, con pocos recursos personales y que necesita hundir a otra persona para ser valorado (7). De esta forma conseguimos relativizar el enojo, ayudando a mantener la tranquilidad y a resolver la situación de una forma más positiva y con el menor coste personal posible.

Enfermería tiene un papel importante en el ámbito de la prevención. Socialmente, nos enfrentamos a un sistema suficientemente complejo como para plantear la formación específica y adecuada para ejercer la innovación y la creatividad en Salud Mental y abordar de forma adecuada a las víctimas de *moobing*.

#### **Bibliografía**

(1) Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Ed. Paidós; 2001.

(2) Fornés J. Moobing. Rev ROL Enf 2001 Nov; 24 (11) 762.

(3) NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Barcelona: Harcourt; 2001.

(4) Piñuel I. Moobing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Maliaño, Cantabria: Ed. Sal Térrae; 2001.

(5) Fornés J, Carballal MC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.

(6) Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Ed. Elsevier; 1999.

(7) Bilbeny N. Acoso psicológico en el trabajo. La Vanguardia 12 Abril 1999.

#### **4. Sánchez García J.; Vallespín Montero R.; Farrerons Noguera L.; Baraza Saz A.; Cruz Lendínez A.; Crujeiras Pérez R.: DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN DE LOS ENFERMEROS NOVELES A SU PRIMER PUESTO DE TRABAJO**

##### **Introducción y objetivos**

El presente trabajo muestra una parte de la investigación realizada en el proyecto financiado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (5/02) titulado: *Instauración de un protocolo de actuación que facilite la integración laboral de los enfermeros formados en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) en los hospitales públicos de Las Palmas*.

Uno de los objetivos de este proyecto fue:

1.-Realizar un diagnóstico de la situación que describa las dificultades que presentan los nuevos enfermeros formados en la ULPGC para adaptarse a los hospitales públicos de Las Palmas.

##### **Método**

El universo de este estudio lo constituyeron los 64 enfermeros que habían finalizado sus estudios en la ULPGC en el año 2002 y que habían tenido su primera experiencia laboral en los hospitales públicos de la provincia de las Palmas.

Elaboramos un cuestionario compuesto por 50 ítems. Estos ítems se elaboraron a partir de reuniones con alumnos de 3º de enfermería, enfermeros que llevaban poco tiempo en el mercado laboral, enfermeros con una experiencia mínima de tres años, enfermeros supervisores de planta, enfermeros adjuntos de áreas y subdirectores y profesores de Enfermería de la ULPGC de prácticas y de teoría. Los 50 ítems se estructuran en 7 bloques con cuestiones relativas a 1) el grado de satisfacción con la acogida dispensada por el supervisor/a (SATISUP); 2) el grado de satisfacción con la acogida dispensada por los compañeros/as (SATICOM); 3) el grado percibido de integración en el Hospital (INTEEMPR); 4) el grado de satisfacción con la diversidad de tareas referidas en el puesto (PUESDIF); 5) el grado de satisfacción con la responsabilidad exigida por el puesto (PUESRES); 6) el grado de satisfacción con el puesto en los primeros días de incorporación (SATIPRI) y, 7) los sentimientos positivos generados por el puesto los primeros días de incorporación al hospital (SENTPRI).

##### **Resultados**

Las respuestas de los participantes en esta investigación fueron sometidas a un análisis de consistencia interna en función de los siete bloques de contenido en que está estructurado el cuestionario.

Las puntuaciones t de Student fueron significativas en todas las dimensiones excepto en la relativa al grado percibido de integración en el Hospital (INTEEMPR) y a los sentimientos positivos generados por el puesto los primeros días de incorporación al hospital (SENTPRI).

En consonancia con nuestra hipótesis se comprueba que la muestra de enfermeros recién titulados obtiene puntuaciones significativamente altas en relación con las características del puesto (satisfacción con la diversidad de tareas –PUESDIF-, con la responsabilidad exigida –PUESRES- con el puesto en general los primeros días de incorporación –SATIPRI-) pero especialmente llamativas cuando se refieren al entorno social en el que tiene lugar su actividad. Concretamente, mientras obtienen una puntuación de 3.9 en su satisfacción con los compañeros, su insatisfacción con los supervisores es patente en la media alcanzada 2.5.

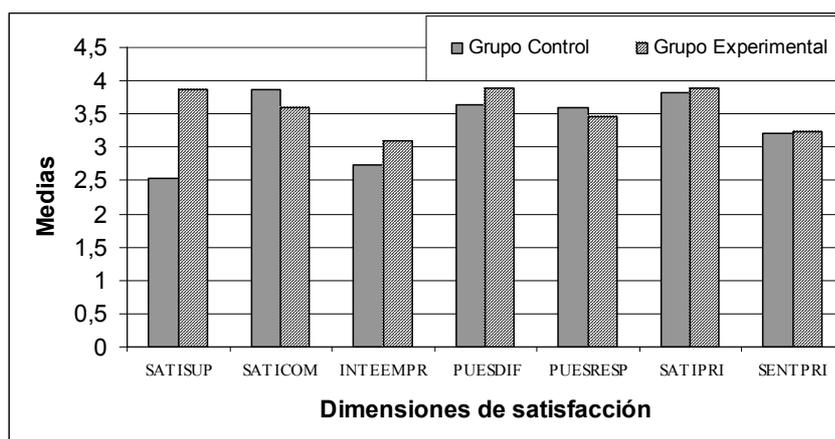
##### **Discusión y conclusiones**

A la vista de los resultados obtenidos podemos constatar tres conclusiones generales:

1º.- Se confirma, la dificultad de adaptación al primer puesto de trabajo que presentan los enfermeros noveles en comparación a otros técnicos y profesionales.

Con esta investigación, hemos constatado que la incorporación de los enfermeros noveles a los hospitales públicos puede significar un problema para el propio enfermero novel, para la supervisora de la Unidad, para los compañeros enfermeros y de otras categorías y, lo que es más grave, para los propios pacientes. Hasta ahora, siempre hemos tratado, entre todos, de solucionar sobre la marcha, a base de buena voluntad, la falta de experiencia del enfermero que se incorpora por primera vez a la Unidad. Sin embargo, entendemos que la situación es lo suficientemente importante como para que, a la vista de los resultados de este estudio, se inicie un camino de normalización de esta situación.

**FIGURA 1. Representación de las medias del grupo control y del grupo experimental en los bloques de contenido de satisfacción.**



**TABLA 1. Puntuaciones correspondientes a la t con expresión de los grados de libertad y probabilidad del índice.**

	Media del Grupo Control	Media del grupo experimental	t <sub>(41)</sub>	p
<b>Satisfacción con supervisor/a (SATISUP);</b>	2,53	3,87	-3,56	0,001
<b>Satisfacción con compañeros/as (SATICOM)</b>	3,86	3,6	0,834	0,409
<b>Integración en el Hospital (INTEEMPR);</b>	2,73	3,1	-1,12	0,271
<b>Satisfacción con diversidad tareas (PUESDIF);</b>	3,64	3,9	-0,59	0,561
<b>Satisfacción con responsabilidad (PUESRES);</b>	3,61	3,46	0,478	0,635
<b>Satisfacción los primeros días (SATIPRI)</b>	3,82	3,9	-0,29	0,777
<b>Sentimientos positivos (SENTPRI).</b>	3,22	3,24	-0,07	0,941

#### Bibliografía relacionada

- Azofra. MJ: Cuestionarios. CIS. Madrid. 2000.
- A. Touraine, J. Hartman, F. Hakiri- Talahite, L. Thank- Khôi, B. Ly, C. Braslavsky: ¿Qué empleo para los jóvenes? Hacia estrategias innovadoras. Editorial Tecnos, Madrid. 1988.
- Bellavista A, Guardiola E, Méndez A, Bordons M: Evaluación de la investigación. CIS. Madrid. 1997.
- Bosch JL, Torrente D: Encuestas telefónicas y por correo. CIS. Madrid. 1996.
- Carabaña, Julio. Educación, ocupación e ingresos en la España del siglo XX. Colección Estudios de Educación. Nº 13. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 1983.
- Cudmore J. Make me welcome to your world. Nurs Times Mar 3-9;95(9):24. 1999.
- Doninelli M. The need to promote the introduction to a new working environment. Welcome to the nursing unit. Krankenpfl Soins Infirm. May;81(5):75-8. 1998.
- Economía, Trabajo y Sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. Consejo Económico y Social. Madrid. 1995.
- Fernández Enguita, Mariano. Educación, Formación y Empleo. Editorial Eudema. Madrid 1992.
- Fuertes, F., Mundéate, L. y Foerte, M. Análisis y rediseño de puestos. Adaptación española del cuestionario Job Diagnostic Survey. Publicaciones de la Universidad Jaime I. Castellón. 1996.
- Fundación Pablo Iglesias. Reparto de Trabajo y Crisis Social. Editorial Pablo Iglesias. Madrid. 1986.
- García Espejo, Isabel. Recursos formativos e inserción laboral de jóvenes. SigloXXI de España Editores. Madrid.1998
- Gil Villa, Fernando. Teoría Sociológica de la Educación. Editorial Amarú. Salamanca. 1994.
- González López-Valcárcel, Beatriz. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Gaceta sanitaria. May-jun; 14 (3): 237-246. 2000.
- Gonçalves, Alexis P. Dimensiones del clima organizacional, Sociedad Latinoamericana para la Calidad, Internet, Diciembre de 1997.
- Hackman, J. y Oldham, G. The job diagnostic Survey: An instrument for the diagnosis of job and the Evaluation of job redesign Projects. Yale University. Department of Administrative Sciences. 1974.

- Hackman, J. y Oldham, G. Work Redesign. Massachusetts. Addison –Wesley Reading.
- Jootun D. Right to nurse. How am I doing? Nurs Stand Feb 15-21;9(21):38-9. 1995
- Lanza D, Pasche G, Sechaud L, Bosson A, Mach J, Paccaud U. Integration of new nurses in nursing units in a university hospital. Rech Soins Infirm. Jun;(65):53-82. French. 2001.
- Lowry JS, Timms J, Underwood DG. From school to work: employer perceptions of nursing skills. J Nurses Staff Dev Mar-Apr;16(2):80-5. 2000.
- Montoro Romero, Ricardo. La Inserción en la actividad económica: empleo y paro juvenil. Informe Juventud en España. Ministerio de Cultura. Instituto de la Juventud. Madrid. 1985.
- Navarro MD: Encuestas de Salud. CIS. Madrid. 1994.
- Jover, Daniel y Márquez, Francesc. Formación, Inserción y Empleo Juvenil. Apuntes desde una experiencia. Editorial Popular. Madrid. 1988.
- Parry R. Role transition. Supporting newly qualified nurses. NT Learn Curve. Aug 4;3(6):7. 1999.
- Peiro. Prieto. Bravo. Ripoll. Los jóvenes ante el primer empleo: el significado del trabajo y su medida. Nau Llibres. Valencia. 1993.
- Peiro. Prieto. Bravo. Ripoll. Los jóvenes ante el ambiente laboral y las estrategias de adaptación. Nau Llibres. Valencia. 1993.
- Requena F. Redes sociales y cuestionarios. CIS. Madrid. 1996.
- Toharia, Luis (comp). El Mercado de Trabajo: Teorías y Aplicaciones. Alianza Universal. Madrid. 1983.
- Toharia L, Davia MA, Hernanz V. Flexibilidad, juventud y trayectorias laborales en el mercado de trabajo español. CIS. Madrid. 2001.
- Tradewell G. Rites of passage. Adaptation of nursing graduates to a hospital setting. J Nurs Staff Dev Jul-Aug;12(4):183-9. 1996.

## **5. Fornés Vives, J., García de la Banda García, G., Martínez-Abascal García, M. A., Reinés Femenia, J., Pérez González, S.: *Hostigamiento Psicológico en Enfermería. Análisis Factorial del Cuestionario HPT***

### **Objetivos**

El presente trabajo, enmarcado en un estudio más amplio, pretende averiguar la solución factorial de un instrumento de medida del hostigamiento psicológico en un colectivo de profesionales de enfermería de las Islas Baleares (España).

### **Método**

El instrumento utilizado fue un cuestionario sobre Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (1). Consta de información sobre datos socioprofesionales y 44 ítems que miden la frecuencia del acoso a través de una escala Likert de 5 puntos y la temporalidad (acoso en el pasado y actualmente) de diferentes formas de hostigamiento psicológico en el trabajo.

El cuestionario, junto a una carta explicativa del trabajo y un sobre con franquicia de destino para devolución de las respuestas, se mandó a [los\\_colegiad@s](mailto:los_colegiad@s) de enfermería de las Islas Baleares (N=3660), exceptuando [jublad@s](mailto:jubilad@s) y personas con más de dos envíos devueltos. El porcentaje de devolución fue del 12.68%.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó a través del programa SPSS.10 efectuándose un análisis factorial (componentes principales), rotación varimax para el total de la muestra (n= 464).

### **Resultados**

De los 464 participantes que facilitaron datos de identificación, 49 (11.11%) eran hombres y 392 (88.88%) mujeres. Su edad oscilaba entre los 21 y los 65 años (M=35.11, DT=9.62). El 83.8% trabajaban en instituciones públicas y el 16.2% en instituciones privadas o en ambas.

En el análisis de Componentes Principales aparecen un total de 10 factores con autovalores superiores a 1 que explican el 68.39% de la varianza (Tabla 1). La escala total presenta un elevado índice de validez (Alpha de Cronbach = 0.9604), así como la mayoría de sus factores (ver Tabla 1). Para la inclusión de un ítem en un factor se tomaron los siguientes criterios: saturación superior a 0.30 y no saturar en más de un factor o hacerlo de forma más baja en el resto. En la tabla puede observarse la importancia del primer factor que por sí solo explica más porcentaje de varianza (39.66%) que el resto de factores juntos. Su contenido, que podría considerarse como el conjunto de comportamientos esenciales en la percepción de hostigamiento psicológico, hace referencia a una serie de actos que tienden a humillar y aislar a la persona. El segundo factor, incluye formas de hostigamiento cuyo objetivo principal parece ser "ningunear" al/la trabajador/a. En el tercer factor aparecen formas de acoso en forma de críticas y dudas hacia la víctima. Los factores 4 y 5 incluyen comportamientos compatibles con el intento de querer rebajar a la víctima humillándola y desprestigiándola profesionalmente. Los actos del factor 6 tienden a limitar el contacto de la víctima con el grupo de trabajo. El factor 7 se centra en distorsiones de la comunicación. Los otros tres factores, con una validez interna media o baja incluyen formas de humillación y desprestigio personal.

### **Discusión**

La solución factorial aparecida en este estudio aporta datos interesantes para seguir trabajando en el diseño de un instrumento de medida del hostigamiento psicológico para el colectivo de enfermería, con la finalidad de obtener una mejor y pronta detección del fenómeno y una prevención del mismo.

Los resultados constatan también la existencia de actitudes y conductas diversas que tienen como finalidad someter a la persona a vejaciones que la aíslan progresivamente del resto del equipo y afectan su equilibrio emocional. Estos resultados apoyan diferentes estudios realizados, especialmente en el contexto europeo (2, 3, 4, 5, 6), así como las tesis defendidas por la OIT (7) y el Parlamento Europeo (Boletín UE 3-2002) respecto a la necesidad de reconocer el hostigamiento psicológico dentro de la prevención de riesgos laborales.

(Por problemas técnicos no ha podido ser incluida la tabla).

### **Referencias bibliográficas**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Fornés J. Cuestionario sobre hostigamiento psicológico en el trabajo (HPT)©. Palma de Mallorca, 2001 (no publicado).
2. Adams A. Bullying at work. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1997; 7: 177-180.
3. Hogh A, Dofradottir A. Coping with bullying in the workplace. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10(4): 485-495.
4. Mikkelsen EG, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10(4): 393-413.
5. Salin D. Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10(4): 425-441.
6. Vartia M. The sources of bullying – Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5 (2): 203-214.
7. Di Martino V, Karasek R (ed). Preventing stress at work. Conditions of work digest; Vol 11 (2). Geneva: OIT, 1992

## **6. C. Campo Martínez, M. A. Cidoncha Moreno: La evolución del rol del Supervisor de Enfermería hacia el Gestor de cuidados, una realidad**

### **Introducción**

La búsqueda de nuevas formas de gestión es algo que las organizaciones pretenden para ser más eficientes, por eso, las enfermeras estamos buscando nuevas estrategias para poder gestionar los cuidados de tal forma que, por una parte satisfagan las necesidades de las personas a las que cuidamos y, por otra, faciliten el sistema de trabajo y satisfagan al propio profesional.

### **Objetivo**

Conocer la opinión sobre el rol que tiene y que debe de tener la Supervisión de Enfermería en nuestro Hospital.

### **Material y método**

- Estudio cualitativo: grupo de discusión
- El lugar de la investigación fue el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.
- La población a estudio: Supervisoras y Adjunta de hospitalización y la Supervisora de Docencia y Calidad..
- Todas las intervenciones fueron grabadas en cassette, y transcritas literalmente. La información se analizó mediante la técnica de análisis de contenido.

### **Análisis de datos**

Se realizó análisis de los datos descriptivos-narrativos agrupándose en las siguientes categorías:

- A.- Situación actual del Supervisor de Enfermería respecto a la gestión de cuidados. Se exploran los problemas que encuentran las supervisoras en su quehacer diario que dificultan el seguimiento de los pacientes para garantizar la calidad en los cuidados y de los sentimientos que produce cuidar de la forma en que lo hacemos.
- B.- Propuestas de cambio respecto al hecho de cuidar. El mundo no es estático y las organizaciones tampoco lo son, por eso el adaptarse a las realidades cambiantes es algo normal y signo de supervivencia. Osakidetza adoptó el modelo de Virginia Henderson para Enfermería y por ello los profesionales de enfermería tendrán que desarrollar formas de hacer diferentes adaptadas a dicho modelo.
- C.- Percepción del nuevo rol de la gestora de cuidados. Expresados los diferentes condicionantes organizacionales y profesionales, se da paso a la idea del papel de la gestora de cuidados indagando en cómo debiera transformarse para colocar a las enfermeras en un campo de atención de cuidados eficiente.

### **Discusión y conclusiones**

- Se observa que el Supervisor de Enfermería se enfrenta a diario con situaciones complejas y ambiguas para el propio rol, desprendiéndose la necesidad de un cambio en dicho rol enfocado en una prestación de cuidados de calidad.
- Es necesario modificar las estructuras de gestión para garantizar la prestación de los cuidados.
- Desde que Enfermería apoya su práctica en el método científico su visión del cuidar es diferente.
- Aunque la realización de técnicas está muy valorada y el trabajo de tipo administrativo no, hay que seguir trabajando en la construcción de la disciplina enfermera.
- Hay que potenciar el cambio y aumentar el nivel de compromiso para garantizar la calidad de los cuidados

Las principales implicaciones que se derivan del presente estudio para la práctica clínica son:

- .- Cambio en las funciones del Supervisor, abandonando aspectos burocráticos que dejen paso a acciones cuidadoras y de coordinación en los equipos, teniendo como eje central el cuidado.
- .- Cambio en la estructura organizacional del departamento de Enfermería debido a la delegación de tareas de gestión de material y personal y de otras actividades propias del hospital como gestión de camas, mantenimiento, etc.
- .- Potenciación de la esencia de la profesión centrandolo la práctica en el individuo.

### **Recomendaciones**

Es necesario seguir explorando si en otros contextos existe necesidad de cambio en el rol del Supervisor, y avanzar en que cambios organizativos, formativos..., se deben ir produciendo.

### **Bibliografía**

- 1.- Alberdi Castell R. Artigas Lelong B. Cuxart Ainaud N. Agüera Ponce A. "Guía para la identificación de actitudes y aptitudes. Rev. ROL Enf 2003; 26(10):723-724
- 2.- Alberdi Castell R. "Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras" Rev. ROL Enf nº 239-240, julio-agosto, 1998
- 3.- Teixidor Freixa M. "El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. Rev ROL Enf 2002; 25(4): 254-256
- 4.- Teixidor Freixa M. "El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. Rev ROL Enf 2002; 25(5): 328-330
- 5.- Teixidor Freixa M. "El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. Rev ROL Enf 2002; 25(6): 408-410
- 6.- Teixidor Freixa M. "El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. Rev ROL Enf 2002; 25(10): 650-652
- 7.- Monrás Viñas P. "Más allá del acto clínico" Rev ROL Enf 2002; 25(9): 620-624

- 8.- Marco Gisbert A. Fonfría Vivas C. Cerrada R. SanMartín Hernández G. Zubicoa MC. Muñoz Izquierdo A. "Integrar el Rol de Enfermería en nuestra práctica diaria" Rev. ROL Enf 2003; 26(4): 272-276
- 9.- Llamas Urrutia C. "¿Cómo se utiliza el Proceso de Cuidados de Enfermería?" Rev ROL Enf 2003; 26(5): 354-362
- 10.- Vila Blasco B. Bilbao Guerrero C. Porras Cabrero A. Sáiz Molea A. Ruiz Diana D. Lupiá González D. "Aproximación al contexto actual de Enfermería" <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero1/contexto.htm>
- 11.- Belmonte García T. "Aspectos socioculturales del servicio enfermero. Un análisis antropológico a través de la gestión de los cuidados" Enfermería Global. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- 12.- De la Cuesta C. "Investigación cualitativa en el campo de la salud". Rev ROL Enf. 1997; 232:13-16.
- 13.- De Andrés Pizarro J. "El análisis de estudios cualitativos". Atención Primaria. 2000; 25:42-46
- 14.- Pérez Company P. "La organización y gestión de los cuidados. ¿Podemos hacerlo de otra manera?. Conferencia inaugural IV Jornadas de Enfermería del País Vasco. Bilbao 2004.

## 7. L. Sanjurjo Gómez, D. Varela Curto, A. Lamata Martínez, M.D. Martínez Rendal, E. Gutiérrez Amoros, F.J. Blanco García: ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA PRÓTESIS DE CADERA

### INTRODUCCIÓN

La técnica de MIS (Mínimamente Invasiva), es una técnica quirúrgica nueva que se está utilizando actualmente para realizar prótesis de cadera.

### OBJETIVO

Comparar las dos técnicas quirúrgicas empleadas actualmente en nuestro hospital para las prótesis de cadera.

### MATERIAL Y METODOS

Hemos comparado 10 intervenciones quirúrgicas realizadas por la técnica convencional y 10 intervenciones realizadas con la M.I.S. Se ha recogido información sobre variables de tiempo quirúrgico, anestesia, posoperatorio y rehabilitación.

### RESULTADOS

Ver Tabla

### CONCLUSIONES

La M.I.S. es una técnica quirúrgica mas rápida, menos agresiva, barata y más beneficiosa para el paciente.

### COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA PRÓTESIS CADERA

VARIABLE	NORMAL	M.I.S.
Tiempo quirúrgico	2.30h	1h
Anestesia	Raquidea	Raquidea
Posición	Supino	Lateral
Incisión	15-20cm	7cm
<b>Instrumental</b>		
Escoplos	SI	NO
Separadotes	SI	SI
Sierra	SI	SI
Hemostáticos	SI	NO
<b>Fungible</b>		
Compresas	40-50	10-20
Suturas	5	3
Postoperatorio	7 días	2 días
Rehabilitación	90 días	45 días

## 8. M<sup>a</sup> Pilar Martínez Orta, M<sup>a</sup> Lola Gómez Revuelto y M<sup>a</sup> Loreto Gandul Hurtado: ¿CÓMO FACILITAR LA CORRECTA COLOCACIÓN DE UN CATETER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO?

### Introducción

La malposición del catéter venoso central de inserción periférica puede provocar la aparición de arritmias especialmente graves en la fase aguda del Infarto Agudo de Miocardio, fácilmente evitables con una colocación adecuada del catéter en vena cava superior.

### Objetivos

Verificar la hipótesis del papel del peso y la talla como parámetros antropométricos que proporcionan fiabilidad en la colocación del catéter venoso central de inserción periférica.

### Métodos

El estudio se realizó de forma consecutiva en pacientes ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital de Navarra, con indicación médica de catéter venoso central de inserción periférica, en nuestro caso Duorafix®-Braunn. Durante el periodo comprendido entre Febrero y Junio de 2004.

El número de sujetos necesarios para tener un 80 % (1-β) de probabilidad de encontrar una correlación ≥ 0,60 con un nivel de error α = 0,05 era de 16. Como se quería estimar por brazo, se aumentó hasta 69 sujetos.

### Variables:

- Brazo de inserción (derecho o izquierdo) y vena de abordaje (basílica o cefálica).
- La talla medida en centímetros y el peso medido en kilos, con un tallímetro-báscula modelo Seca 708.

- La longitud externa del catéter, medida en centímetros con una cinta métrica, desde la flexura del brazo hasta la conexión distal. Y la longitud interna medida, con la misma cinta métrica, desde el punto de inserción hasta el segundo espacio intercostal derecho.

La medida de la longitud interna resultó poco fiable por lo que se optó por trabajar con la longitud externa.

Se analiza la correlación (r de Pearson) entre longitud interna y externa y las variables, talla, peso, brazo y tipo de vena.

Posteriormente se analizó mediante un modelo de regresión lineal simple.

#### **Resultados**

La correlación entre longitud y talla es de (-0,236 [p=0,51])

La correlación entre peso y longitud es de (-0,371 [p=0,02])

El modelo de regresión lineal nos permite ver que talla y peso juegan un papel significativo sólo en brazo derecho. No ocurre lo mismo en brazo izquierdo, donde sólo el peso es significativo.

#### **Conclusiones**

La relación longitud, peso y talla está mediada por el brazo. Sólo podemos estimar la longitud del catéter a introducir utilizando el peso y la talla en el brazo derecho. Desconocemos lo que sucede en relación con el brazo izquierdo.

## **9. Martín Payo R, Estrada Rodríguez A, Suárez Boto N, Ordóñez Prieto C, Sánchez García P.: PREVALENCIA Y HABITOS DE CONSUMO DE TABACO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

### **Introducción**

El consumo de tabaco viene siendo desde hace unos años uno de los principales problemas de salud de nuestro país, un problema que cada vez se extiende mas entre la población mas joven (1, 2), y una de las principales causas de mortalidad mundial - se le atribuyen como causante directo un total de 4,9 millones de defunciones año, esta cifra representa un 8,8% de la mortalidad mundial - (3). Sin embargo, la esperanza de cambio esta abierta, la mayoría de los expertos, consideran el tabaquismo como el primer problema de salud susceptible de prevención en el mundo (4).

En el ámbito sanitario, a pesar de conocer los riesgos derivados del consumo de tabaco (5, 6), hay una prevalencia muy elevada. Tradicionalmente, el habito estaba mas extendido entre los profesionales médicos, hoy día, es mas elevado entre los profesionales de enfermería (7) y si nos fijamos en el genero, la balanza se inclina hacia el femenino, con una prevalencia de consumo superior al 50% . Dentro del grupo sanitario incluimos también a los estudiantes de enfermería, futuros profesionales promotores de salud, con unas prevalencias de consumo de entre 35- 38% (5, 8- 11).

Atendiendo a estos datos, los objetivos que nos fijamos con nuestro trabajo son:

- Describir la prevalencia y hábitos de consumo de los estudiantes de nuestra escuela.

- Conocer las medidas que aplicarían en el recinto académico para restringir el consumo ( espacios libres de humo ).

- Averiguar los apoyos con los que cuentan los estudiantes fumadores, y los que demandan, para dejar de fumar.

### **Material y método**

Estudio descriptivo y transversal en el que han sido encuestados un total de 162 estudiantes (11,1 % hombres- 88,9% mujeres) de los tres cursos de la titulación de enfermería, con una media de edad de 20,72 años. Para ello se ha empleado un cuestionario anónimo y autoadministrado (Sánchez Bayle M, Casas Martínez F- OMS modificado ), aplicado en horario de clase, empleando una media de 10 minutos para su cumplimentación. Para realizar el análisis estadístico se ha empleado el paquete informático SPSS 10.0.

### **Resultados**

En primer lugar han sido descritos los porcentajes de fumadores, y no fumadores (fig. 1). Una vez realizada esta clasificación, se han definido los hábitos de los fumadores: situaciones en las que aumentan el consumo (fig. 2); lugares donde fuman con mas frecuencia, 44% en lugares permitidos; intentos de abandono y, en caso de recaída (87% han recaído), el motivo de la misma ( fig. 3). Posteriormente se ha llevado a cabo un análisis estadístico, mediante la aplicación de  $\chi^2$  , no encontrándose significación estadística relativa a genero ni edad, sin embargo si se ha apreciado significación estadística (  $p < 0,05$ ) entre el porcentaje de fumadores del primer ( 34%) y tercer curso (20%). En el apartado referente al apoyo que los estudiantes manifiestan tener para abandonar el habito, encontramos que un 42% de los fumadores dice no haber recibido nunca ayuda de nadie para dejar de fumar. A pesar de esta información tan desalentadora, un 22% de los fumadores se ven capaces de abandonar el habito en un periodo inferior a 5 años.

Además de estos datos relativos a fumadores, los resultados se completan con información, aportada por fumadores y no fumadores, acerca de las áreas que delimitarían como libres de humo en la escuela ( tabla 1).

### **Conclusiones**

En vista de los resultados obtenidos, queda de manifiesto la necesidad de:

- Establecer medidas de promoción de la salud.

- Creación de zonas libres de humo y espacios reservados para fumadores.

- Crear una consulta de deshabituación tabaquica.

Medidas, que pueden ser de gran utilidad para ayudar a los estudiantes a abandonar el habito tabáquico, ya que, atendiendo a los resultados, se observa que, en muchos casos hay intención de abandonar el habito pero, debido posiblemente a la gran cantidad de barreras físicas de su entorno y a al poco apoyo social que reciben, encuentran dificultad para conseguir el cambio de conducta.

### **BIBLIOGRAFIA**

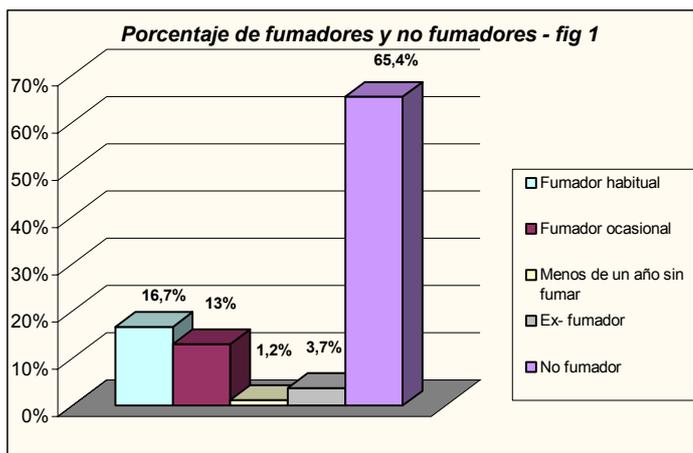
1- Ruano García R, Torrecilla García M, Plaza Martín D, Hernández Mezquita MA. Inicio y prevalencia del tabaquismo entre los estudiantes de primero y segundo de E. S. O. de la provincia de Salamanca. Aten Primaria 2003; 32 (3): 185- 86.

2- Encuesta Nacional de Salud (1997). Ministerio de Sanidad y Consumo 1997.

3- Águila C. Las drogas legales causan 30 veces mas muertes en el mundo que las legales. Jano 2004; 536 (1517): 1532- 36.

4- Tratado Internacional para el control del tabaco 2003. Organización Mundial de la Salud (OMS).

- 5- Izquierdo Patrón M, Steen B, Linares Asensio MJ, García- Salmones Martín M. Perfil tabáquico. Prevalencia y actitudes de estudiantes de enfermería de Alcorcon. Rev Patol Respir 2003; 6 (2): 43- 48.
- 6- Carrero Martínez A, Sánchez Belda M, Fuentes Rodríguez JM, Vázquez Ibarra R, Barca Duran J. Estudio del consumo de tabaco en una muestra representativa de la población escolar de enseñanza primaria y secundaria de Cáceres. Enf Científica 1997; 188- 189: 20- 23.
- 7- Patkar AA, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone FT. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. Chest 2003; 124 (4): 1415- 20.
- 8- Heras Tebar A, García Sanchón C, Hernández López MC, Ballestín N, Nebot M. Fumar entre estudiantes de enfermería de Cataluña: conocimiento, actitudes y práctica. Gac Sanit 1997; 11 (6): 267- 73.
- 9- Wechsler E, Sánchez Bayle M. Prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de enfermería de la Comunidad de Madrid. Enf Científica 1997; 180-1: 4- 10.
- 10- Cerdón Granados F, Jauma Pou RM, Vallescar Pinana R, Ribo Bonet C, Martín Mateo M. Smoking habits in nursing students: prevalence , attitudes and knowledge. Gac Sanitaria 1992; 6 (29): 58- 61.
- 11- Casas Martínez F, Sanchez Bayle M. Tabaquismo: prevalencia y actitudes de los estudiantes de enfermería. Educare21.net 2004; 4.



Centro libre de humo		Tabla 1		
Lugar	Prohibido	Áreas separadas	Permitido	
<b>Cafetería</b>	<b>7,4%</b>	<b>71%</b>	<b>21,6%</b>	
<b>Sala de Estudio</b>	<b>84,6%</b>	<b>13%</b>	<b>2,5%</b>	
<b>Aulas</b>	<b>95,7%</b>	<b>1,2%</b>	<b>3,1%</b>	
<b>Lavabos</b>	<b>56,8%</b>	<b>11,1%</b>	<b>32,1%</b>	
<b>Pasillos</b>	<b>45,1%</b>	<b>18,5%</b>	<b>36,4%</b>	
<b>Centros de Prácticas</b>	<b>80,9%</b>	<b>17,3%</b>	<b>1,9%</b>	

**12. Jurado, J., Noguera, L., Sardañés, P., Masachs, J., Fort, L., Coll, J., Pou, J. M.: Diabetes mellitus type 2: a challenge for the nursing research. Project FIS 01/0846**

**Introduction**

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic disease whose constantly growing prevalence<sup>(1)</sup> constitutes a global public health problem. Morbidity and mortality are high and social and economic costs are increasing annually<sup>(2-5)</sup>.

Of all the long-term complications of diabetes, foot problems and their risk factors are the easiest to detect. The diabetic foot may be defined as a group of syndromes in which neuropathy, ischaemia, and infection lead to tissue breakdown resulting in morbidity and possible amputation<sup>(6)</sup>. The most important role of the primary care team in the management of the diabetic foot is in the identification of those patients with potential risk of foot problems<sup>(6,7)</sup>. **Aims**

We have studied the prevalence of different factors of foot risk in patients with T2DM to know the situation in three different regions with 92.912 inhabitants of North Catalonia Region, in order to improve patients care and adequate prevention.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen

## Methods

A multi-centre cross-sectional descriptive study was performed in a random sample of 307 patients with T2DM (61.6% men) and 307 subjects of reference sample matched for sex and age (confidence interval: 95%).

The diagnosis of Diabetic Polyneuropathy (DPN) was performed with major signs and symptoms: two or more of the major signs or one sign + two symptoms<sup>(6)</sup>.

The diagnosis of *Peripheral (ischemia) vascular disease* was based on palpation of foot pulses, clinical symptoms of claudication, bye-pass history, skin foot characteristics and information from hospital and primary care records.

It was also studied the distribution of other different risk factors (extrinsic, intrinsic and favouring) in diabetic patients with and without DPN versus reference sample.

## Results

T2DM sample was aged  $59.63 \pm 7.87$  years, diabetic evolution (years):  $8.6 \pm 7$ , HbA1c  $7.0 \% \pm 1.44$ , BMI  $30.01 \pm 4.7$ . DPN was observed in 23.17% of T2DM population and was related with Systolic Hypertension ( $p < 0.001$ ), retinopathy ( $p < 0.001$ ) and nephropathy ( $p < 0.01$ ). When diabetic with DPN were compared versus diabetic without DPN and non-diabetic sample, the main factors (except deformity) showed significant differences (table 1). When diabetic without DPN they were compared vs. non diabetics sample only vibration perception thresholds (VPT) with tuning fork showed significant differences ( $p < 0.01$ ), no with neurothesiometer ( $p = 0.06$ ) (table 1). Peripheral ischaemia was present in: 4.56% vs. 0.96% in reference sample (Figure 1). In T2DM sample was observed inadequate footwear: 13,68%; callousness: 42,35%; cracks: 8,47%; mycosis: 8,47%; deficient hygiene: 23,45%; deficient visual autonomy: 8,47%; Smokers: 14,98%; drinker of risk: 4,56%; Upset flexibility: 20,4%; without keepers: 9,8%; They were not accepting the diabetes: 16,6%; diabetes education specializing: 20,2%.

## Discussion

The presence of foot deformities, mycosis, nicotinic habits and plantar callus observed in presence of diabetes (especially with DPN) constitutes a factor of high risk; cracks and other callousness presence was important, and inadequate footwear was high for risk status in T2DM sample<sup>(9-15)</sup>. Were observed a high percentage of patients without keepers and poor vision (for inadequate glasses and/or retinopathy). However, these risk factors are all easily observable by trained health professionals, and they majority are modifiable or can get ready, by means of suitable educational interventions, orthopedics help supply and socio sanitary service.

In conclusion: The relation observed between DPN and Systolic Hypertension indicates a possible microangiopathy like in the diabetic nephropathy. The diabetic without DPN group and the reference sample it did not present differences in the sensibility of small fibers, on the other hand yes for the deep sensibility (VPT and a trend for the ankle reflex). Have observed high frequencies of risk factors and determining that they are modifiable or can get ready.

## Researchers in the study

M Pastoret, T Barnera, P Batallé, N Brossa, A Dorca, R Blanco, M Badia, E Nanclares, M Giró, M Coll, G Vila, M Rabassa, M Casulá, M Reig, I Fernández, M Faixedas, C Morera, E Tresserras, A Viñas, R Vilar, R Rifà, J Baldó, MA Sieira, F Garcia, J Capdevila, M Vázquez. Supported by Fondo de Investigación Sanitaria (grant number: FIS 01/0846), Instituto de Salud Carlos III. Spain.

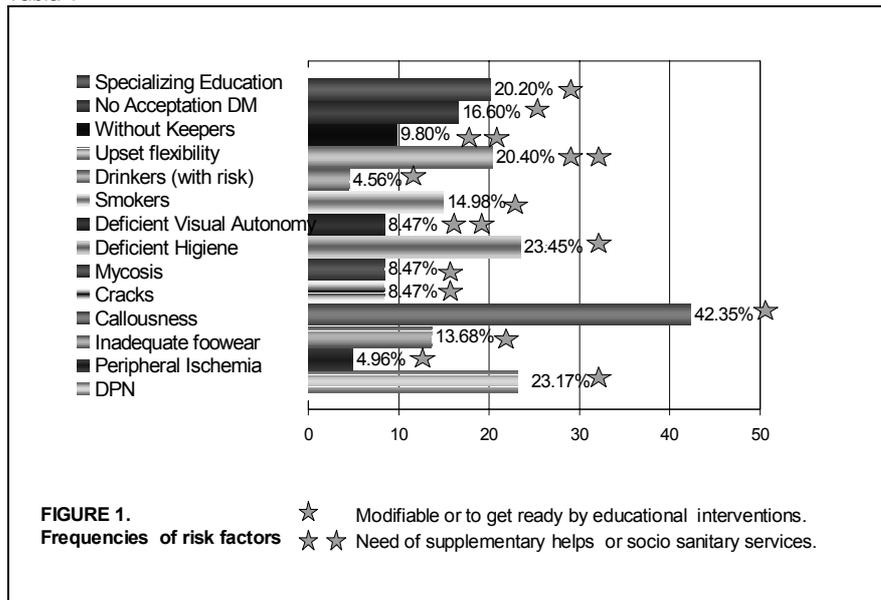
## References

- Wild S, Roglic G, Green A, Sigree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004(5):1047-1053.
- Mayfield JA, Reiber GE, Sanders LJ, Janisse D, Pogach LM: "Preventive Foot Care in People With Diabetes". *Diabetes Care* 21(12):2161-77, 1998.
- Ollendorf DA, Kotsanos JG, Wishner WJ, Friedman M, Cooper T, Bittoni M, Oster G: "Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes". *Diabetes Care*, 21(8):1240-5, 1998.
- Williams R, Van Gaal L, Lucioni C. "Assessing the impact of complications on the cost of Type II diabetes". In The Cost of Diabetes Type II in Europe. The CODE-2 Study. *Diabetologia* 45 (7): S13-S17, 2002.
- Report from the American Diabetes Association. Economic Cost of Diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care* 2003; 26(3):917-32 .
- Boulton AJ, Vileikyte L. "The diabetic foot: the scope of the problem". *J Fam Pract* 49 (11 Suppl): S3-8 2000.
- World Health Organization and International Diabetes Federation Europe. Diabetes care and Research in Europe: the Saint Vincent Declaration. *Diabetic Medicine* 1990;7:360.
- Jurado J, Noguer L, Brossa N, Dorca A, Bataller F, Barnera T, Viñas T, Masachs J, Sardañés P, Pou JM. The North Catalonia Diabetes Study(NCDS):diabetic polyneuropathy and foot risk. *Diabetologia* 2003;46 S2:A3-4.
- Kumar S, Fernando DJS, Veves A, Knowles EA, Young MJ, Boulton AJM. "Semmes Weinstein Monofilaments: a simple, effective and inexpensive device for identifying diabetic patients at risk of foot ulceration". *Diab Res and Clin Pract* 13:63-68, 1991.
- Litzelman DK, Marriot DJ and Vinicor F. "Independent physiological predictors of foot lesions in patients with NIDDM". *Diabetes Care* 1997, Vol 20(8) 1273-1278.
- Abbot, AC. et al. Multicenter Study of the Incidence of and Predictive Risk Factors for Diabetic Neuropathic Foot Ulceration. *Diabetes Care*. 21(7):1071-1075 1998.
- Litzelman DK, Marriot DJ and Vinicor F. The role of footwear in the prevention of foot lesions in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 1997; 20:156-62.
- Murray HJ, Young MJ, Hollis S, Boulton AJM. The association between callus formation, high pressure and neuropathy in diabetic foot ulceration. *Diabetic Medicine* 1996; 13:979-82.
- Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention. *Diabetes Care* 1990; 13:513.
- Walters DA, Gatling W, Mullee MA, Hill RD. The distribution and severity of diabetic foot disease: a community based study with comparison to a non-diabetic group. *Diabetic Medicine* 1992;9:354-58.

**Table 1.** Parameters values (mean and frequencies) in different groups [T2DM (with and without DPN) and non diabetic group].

PARAMETER	T2DM Sample With and Without DPN				Reference Sample			
	T2DM	With DPN	Without DPN	Significance p-Value	Non DM	Significance Vs. T2DM	Significance Vs. With DPN	Significance Vs. Without DPN
Quantitative Tuning Fork	5.11	3.46	5.61	<0.001	5.90	<0.001	<0.001	<0.01
Neurothesiometer	9.79	16.63	7.66	<0.001	6.94	<0.001	<0.001	0.06
SW-MF 5.07 10gr.	9.06	7.17	9.63	<0.001	9.62	<0.001	<0.001	0.852
Ankle Reflex	16.99%	39.44%	10.21%	<0.001	5.86%	<0.001	<0.001	0.070
Cold	22.25%	39.44%	17.45%	0.001	15.96%	<0.05	<0.001	0.647
Pin Prick	11.40%	33.80%	4.66%	<0.001	4.58%	<0.01	<0.001	0.962
NSS modified scale	2.52	3.72	2.17	<0.001	2.05	<0.05	<0.001	0.616
Ankle Dorsiflexion	3.58%	9.86%	1.69%	<0.05	1.65%	0.129	<0.001	0.952
Deformity	23.45%	32.39%	20.76%	0.063	26.38%	0.402	0.308	0.124
Peripheral Ischaemia	4.56%	12.68%	2.12%	<0.05	0.98%	<0.01	<0.01	0.298

Tabla 1



### 13. Robledo Martín, J: *La institucionalización de los cuidados en el medio rural en el último siglo: un abordaje cualitativo*

#### Objetivo

Describir como se produce la institucionalización de los cuidados en el ámbito rural en el último siglo y describir como es vivido por las cuidadoras familiares la institucionalización de los cuidados.

#### Método

Se opto por un abordaje cualitativo tomando como unidad de análisis la experiencia de las cuidadoras familiares primando una visión emic de la situación aunque se ha confrontado también con políticas públicas y aspectos históricos tanto nacionales como específicos del territorio. Para ello se realizo observación participante adoptando un rol "participante observador" y se realizaron entrevistas en profundidad a 9 cuidadoras que se consideraron informantes claves para el tema que se estaba investigando.

#### Resultados

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

A principios de siglo XX la institucionalización de los cuidados es mínima, por lo que la mayor parte de ellos eran realizados en el ámbito doméstico por las mujeres. Los partos eran atendidos por vecinas o mujeres de la familia, los cuidados de las puérperas y recién nacidos eran realizados por las madres de las parturientas y los cuidados a los ancianos por las hijas o nueras mayoritariamente. Paulatinamente y sobre todo a partir de los años 50 con la aparición de la Seguridad Social y la introducción de la asistencia sanitaria gratuita parte de los cuidados van siendo absorbidos por el sistema sanitario, los partos empiezan a ser atendidos por practicantes y médicos primeramente en los domicilios y a partir de finales de los 60 en instituciones públicas e igualmente ocurre con otros problemas de salud. La institucionalización de parte de los cuidados hace que en varias ocasiones se cree una ambivalencia sobre a quien acudir o a quien hacer caso ante un determinado problema estableciéndose un campo de fuerzas entre dos tipos de saberes el institucionalizado y el popular. Al principio este campo de fuerzas era abarcado mayoritariamente por el popular pero paulatinamente se va produciendo una medicalización de los procesos de salud-enfermedad que implica que la interpretación médica de los fenómenos sea la significativa. Esta medicalización lleva también consigo una dificultad por parte de los profesionales para comprender como son vividos por las personas los procesos de salud-enfermedad ya que aunque en determinadas ocasiones se produce un consenso social entre la población y los sanitarios sobre las acciones terapéuticas oportunas, e incluso sobre lo adecuado de hacer caso al profesional, no se da un consenso cultural, puesto que no se comparten los significados de tales acciones. En los últimos años los servicios de ayuda a domicilio para personas mayores han aumentado en el municipio, introduciéndose en el mercado esos servicios como trabajo remunerado, habiendo sido realizados estos trabajos exclusivamente por mujeres, suponiendo a la vez una descarga para las mujeres de esas familias. Sin embargo se observa como en circunstancias de recorte presupuestario en que esas ayudas no se han podido obtener, el peso de los ancianos ha vuelto a recaer sobre las mujeres más allegadas (esposas, hijas o nueras).

#### Discusión

En el último siglo y de manera más acentuada en las tres últimas décadas se ha producido una medicalización de los procesos de salud-enfermedad que implica que la interpretación médica de los fenómenos sea la significativa, podemos señalar diferentes circunstancias que han favorecido esta situación (el avance tecnológico de los años 50 y 60 de la medicina, las reformas sanitarias que impulsan un poder del planteamiento medicalista, el hecho de que el colectivo médico fuese mayoritariamente masculino). La medicalización que se ha producido ha llevado también consigo una dificultad por parte de los profesionales para comprender como son vividos por las personas los procesos de salud-enfermedad puesto que han aumentado las diferencias en la manera de conceptualizar la salud entre los profesionales y los cuidadores familiares (el enfoque popular con una concepción integral de la salud toma como eje fundamental los cuidados, el institucionalizado con una concepción biologicista toma como eje central la curación). Es necesario resaltar la influencia manifestada en la investigación que el contexto del Estado tienen sobre el campo de los cuidados familiares y como este contexto no se limita sólo a las políticas sanitarias sino que también están muy influenciados por las políticas educativas, sociales y económicas. Factores demográficos unidos a las políticas sanitarias que se está implantando ha supuesto una revalorización de los cuidados familiares tanto por parte de los profesionales, como de los políticos. Sin embargo unido a ello se han producido importantes cambios sociales que ponen en duda la disponibilidad futura de cuidadores familiares. Estos hechos han producido un aumento de la investigación sobre los cuidados y cuidadores familiares desde diferentes ámbitos (económico, sanitario, social, etc.), estableciéndose por varias instituciones como tema prioritario de investigación. Un abordaje cualitativo del tema, que nos muestre una visión dinámica de la realidad desde los propios cuidadores familiares, es un paso necesario para valorar la importancia de ese trabajo y la influencia que el rol de cuidadora acaba teniendo en la vida de las personas, que de forma voluntaria o involuntaria lo asume. La valoración de ello se tiene que plasmar en el establecimiento de relaciones de igualdad entre los profesionales sanitarios y los cuidadores familiares y su visión integral de la salud debe hacernos replantear la visión paradigmática dominante entre los profesionales sanitarios.

#### 14. Kalafati, M., Samara, I., Sifaki, M., Iliopoulou, E., Pouliaki, S., Karatzas, S., Myrianthefts, P., Baltopoulos, G.: *The positive effect of nursing Educational Intervention Program (EIP) for the prevention of pressure ulcer in a Greek general hospital*

##### Problem statement

Pressure ulcers remain a significant problem in the care of hospitalised patients. The aim of the study was to evaluate a nursing EIP for the prevention and management of pressure ulcers in a general hospital.

Methods: We measured the incidence of pressure ulcers before and after 5 months of the application of an EIP. The program included preventive pressure ulcer measures and newer methods of ulcers management. We also collected data concerning revised NORTON scale.

Sample: We included all patients hospitalised on day one (366 pts) and five months after the EIP (346 pts).

##### Instruments

We used the revised NORTON scale for the estimation of risk for the development of pressure ulcers in hospitalised patients.

Results: The incidence of pressure ulcers before and after the EIP according to the hospital department is shown on the table 1.

We also observed a statistically significant difference ( $X^2$ ,  $p < 0.005$ ) in the incidence of pressure ulcers in patients without a risk to develop ulcers (NORTON scale  $> 19$ ) after the application of the EIP.

##### Conclusions

The EIP resulted in a significant decrease in the incidence of pressure ulcers in the surgical departments and decreased the incidence of pressure ulcers in patients without risk factors to develop ulcers according to NORTON scale. We assume that continuous educational nursing programs may be useful in the care of pressure ulcers.

**Table 1. Incidence of pressure ulcer according to the department before and after the intervention.**

	Intensive Care Unit (ICU)	Surgical Departments	Medical Departments	Total
1 <sup>st</sup> Measurement	10/26 (38,4%)	49/277 (17,7%)	3/63 (4,8%)	62/366 (17,9%)

2 <sup>nd</sup> Measurement	7/21 (33,3%)	30/303 (9,9%)	3/22 (13,6%)	40/346 (11,6%)
--------------------------------	--------------	---------------	--------------	----------------

\*P<0,0005, \*\* P < 0,005

## 16. Y. Saeki, N. Nagai: *Effects of somatic stimulation applied to feet on autonomic and immune functions*

### Introduction

Foot-bathing is a frequently performed nursing practice. This procedure can maintain skin integrity of the foot or maintain foot function. Also, it has been known that foot-bath provides for patients' comfort and good sleeping (6). We reported that foot-bath with physical stimulation such as air-bubble and vibration to feet produced relaxed effect in autonomic function, and an increase in immune function (4). It has been known that somatic stimulation including thermal and physical stimulation affects the autonomic nervous system (5). It is not clear whether the responses in autonomic and immune functions induced by foot-bath with bubble and vibration were caused by sole stimulation of either thermal or physical stimulation, or both stimulations simultaneously applied to the feet. This study was designed to clarify this question.

### Methods:

Seven female (22-26 years of age), who the purpose and risks of this study were explained and informed consent were obtained, were recruited for this study. They had no current history of disease, consumption of alcohol or tobacco, or use of any drug that could affect the autonomic nervous or immune system.

After sitting for 10 minutes in an air-conditioned experimental room, they experienced two different tests on different day. One was a foot-bath with soaking their feet in hot water at 42 °C about 30 cm in depth (knee-depth, FB), and another was physical stimulation by tapping and vibration to the sole of feet (PS) without soaking for 10 min. After FB or PS of 10 minutes, subjects spent sitting on the chair for 60 minutes with reading a book or looking through some magazines that they brought. Two tests were performed in a random order for each subject.

Autonomic responses were evaluated by measuring ECG and blood flow of sural region (BF) using laser Doppler flowmeter (ALF21, Advance Co. Ltd.). Furthermore, spectral analysis of heart rate variability (HRV) was analyzed using R-R intervals of ECG (Hyper Wave, Kissei Comtec Co. Ltd.). The spectral analysis of HRV used the maximum entropy method. The areas of the two components of spectral analysis were measured by integrating low-frequency component (LFC, 0.02-0.15 Hz) and high-frequency component (HFC, 0.15-0.40 Hz). Data for 2 minute periods were used for analysis at several points in time, before, during and for 60 minutes after FB or PS.

Blood of 5 ml was drawn to measure their immune functions 3 times, namely before and immediately and at 60 min after finishing the FB or PS. As immune functions, a number of white blood cell (WBC), and ratio of the subset in lymphocytes and of natural killer (NK) cell were measured using a flow cytometry analysis (FACScan, Becton Dickinson). Also, cytotoxicity of NK cell against K-562 was determined by Eu-DTPA release assay.

All data are presented as mean ± SE. Differences in data between before and each period in each condition were calculated by using Student's paired *t*-tests. A *p* value of less than 0.05 was considered a statistically significant difference.

### Results

During FB, R-R intervals decreased, but returned to the before level gradually. There was no change in R-R intervals in PS. BF increased significantly to 182.4 ± 28.30 % during FB and to 462.6 ± 43.92 % during PS, respectively, but returned to the before level immediately after FB or PS.

In spectral analysis, high frequency component (HFC), which reflects parasympathetic nerve activity, increased gradually and increased significantly to 38.7 ± 1.41 % at 20 min after FB from 32.1 ± 0.83 % of the before level. A ratio of low frequency component (LFC)/HFC, which reflects autonomic balance, decreased significantly from 0.91 ± 0.11 at the before level to 0.61 ± 0.13 at the end of FB, and continued to 60 min after FB. HFC increased significantly during PS, but returned to the before level after the end of PS. A ratio of LFC to HFC during PS tended to decrease followed by increase after PS, but not significant.

There were no significant changes in number of WBC and the ratio of the subset in lymphocytes and of NK cell following FB. NK cytotoxicity tended to increase immediately and at 60 minutes after FB, but not significant. Somatic physical stimulation also tended to increase in a number of neutrophils, but not significant. There were no significant changes in other immune parameters.

### Discussion

In the present study, the effects of somatic stimulation applied to feet on autonomic and immune functions were investigated. HFC and LFC/HFC analyzed in spectral analysis of HRV increased and decreased, respectively following FB, indicating that FB increased parasympathetic nerve activity and decreased sympathetic nerve activity. Namely, FB must produce relaxed condition in autonomic nervous system. Furthermore, deep-soaking FB tended to increase NK cell cytotoxicity, suggesting that thermal stimulation to feet might increase immune function. It has been reported that circadian rhythm must affect the immune function (1). Since every experiments were started at the time between 9:30 – 10:00 in this study, influence of circadian rhythm on immune function could be ruled out. The promotion of immune function following FB must be partly caused by increased parasympathetic nerve activity (1).

The previous study has reported that foot-bath at 40 °C with soaking until ankle increased significantly HFC component, suggesting that foot-bath might produced a relaxed effect in autonomic nervous system (3). However, foot-bath in the previous study was performed at 40 °C, for 10 minutes, which was different from 42 °C in the present study. Zu and Uebaba (7) examined the changes in cardiovascular functions when foot-bath was performed at 42 °C for 30 minutes. They had reported that there was no change in cardiovascular system at 10 minutes after starting foot-bath, although heart rate significantly increased at 15 minutes followed by a significant increase in blood pressure at 20 minutes. Therefore, the foot-bath at 42 °C might cause to increase sympathetic nerve activity slightly.

Physical stimulation to the soles of feet produced significantly HFC, but it returned to the before level immediately after the end of stimulation and LFC/HFC tended to increase to the end of experiment by the physical stimulation. These results suggest that physical stimulation might cause the relaxed condition in the autonomic nervous system during the stimulation, but this effect might be transit. After stimulation, sympathetic nervous system must become dominant.

Response that neutrophils tended to increase, or no change in NK cell cytotoxicity following PS might be caused by increased sympathetic nervous system (1, 2).

However, both autonomic and immune responses to either thermal or physical stimulation were smaller than the responses in foot-bath with bubble and vibration. Therefore, both thermal and physical stimulations should be important to promote relaxed condition in autonomic function followed by increased immune function.

#### **Conclusion**

Foot-bath with bubble and vibration produces relaxed condition in autonomic function accompanied by an increase in immune function, resulting from both thermal and physical stimulations to feet.

#### **Acknowledgement**

This study was supported by Grant in Medical Development and Promotion Research Project in 21<sup>st</sup> Century from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare.

#### **References**

- 1) Friedman, E. M., Irwin, M. R.: Modulation of immune cell function by the autonomic nervous system. *Pharmacol. Ther.*, 74: 27-38, 1997.
- 2) Kimura, A., Nagai, N., et.al: Somatic afferent regulation of cytotoxic activity of splenic natural killer cells in anesthetized rats. *Jpn. J. Physiol.*, 44: 651-664, 1994.
- 3) Saeki, Y.: The effect of foot-bath with or without the essential oil of lavender on the autonomic nervous system: a randomized trial. *Complementary Therapy in Medicine*, 8: 2-7, 2000.
- 4) Saeki, Y.: Effects of foot-bath on autonomic and immune functions. P2. B4, Building Excellence Through Evidence, ICN Conference, Geneva, 2003.
- 5) Sato, A., Schmidt, R. F.: The modulation of visceral functions by somatic afferent activity. *Jpn. J. Physiol.*, 37: 1-17, 1987.
- 6) Sung, E.-J., Tochiara, Y.: Effects of bathing and hot footbath on sleep in winter. *Physiol. Anthropol.*, 19: 21-27, 2000.
- 7) Zu, F.-H., Uebaba, K.: Temperature dependent circulatory changes by footbath – Changes of systemic, cerebral and peripheral circulation-. *Jpn. J. of Physical Med. Balneol. & Climatol.*, 66: 214-226, 2003.

### **18. M. Ruzafa Martínez, M. Madrigal de Torres, V. Simón Peñafiel: Calidad percibida por los pacientes inmigrantes usuarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarias**

Los datos aportados en esta comunicación proceden del Proyecto de Investigación “Encuesta de satisfacción a pacientes inmigrantes usuarios de Servicios de Urgencias Hospitalarias”, financiado por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (Proyecto nº 01/03).

#### **Objetivo(s).**

a) Valorar el grado de satisfacción de los pacientes inmigrantes magrebies y sudamericanos que acuden a los servicios de urgencias del Hospital General Universitario (HGU) y del Hospital Morales Meseguer (HMM). b) identificar problemas susceptibles de mejora para priorizar, planificar e implementar las actividades de mejora de la calidad asistencial.

#### **Métodos.**

Nuestra fuente de datos fue una encuesta de satisfacción adaptada de la “Encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados” (1). Consta de 44 preguntas distribuidas en 5 dimensiones: *Organización, Información, Trato, Competencia profesional, e Infraestructura/Entorno físico*. Para la versión en árabe del cuestionario se utilizó el método de traducción-retrotraducción complementado con un pretest cognitivo. Muestreo no probabilístico consecutivo, con entrega del cuestionario por voluntarios y asistentes sociales al paciente tras ser asistido en Urgencias (febrero a septiembre de 2002). La muestra obtenida fue: HGU: 174 cuestionarios (98 magrebies y 76 sudamericanos), y HMM: 159 cuestionarios (85 magrebies y 74 sudamericanos). Para la presentación de los resultados se ha considerado cada pregunta de forma aislada como si fuera un criterio de calidad cuyo incumplimiento denota la presencia de un problema de calidad (en las preguntas con respuesta dicotómica una de las opciones, y en las preguntas sobre la frecuencia con que ocurre determinado evento todas aquellas opciones que no sean “Siempre”, dado que las preguntas están hechas en positivo). Por otra parte, se analiza un indicador sobre Valoración Global de la Calidad Percibida y otro sobre el Nivel de Satisfacción Global. Por último, se ha calculado la Tasa de Problemas (en cada dimensión), definida como el sumatorio de respuestas de las preguntas de la dimensión / (nº de preguntas de la dimensión x nº de sujetos de la muestra) – (nº de preguntas no contestadas). Para comparar varios grupos en una variable cuantitativa hemos utilizado el análisis de la variancia (ANOVA) tras comprobar normalidad y homocedasticidad. Cuando no se puede asumir homocedasticidad se utiliza el estadístico de Brown-Forsythe, con variancias iguales hemos seleccionado como método de comparación *post-hoc* el método de Tukey, si no se puede asumir variancias iguales se emplea el método de Games-Howell.

#### **Resultados.**

En ambos hospitales la Tasa de Problemas de Calidad obtiene las puntuaciones más altas en las dimensiones Organización, Información y Trato. Asimismo, se observa en ambos hospitales que en todas las dimensiones la Tasa de Problemas es mayor para los magrebies que para los sudamericanos. Concretamente, las diferencias son más notables en las dimensiones Información y Trato (figura 1). La frecuencia de problemas de calidad según dimensiones es mayor en Información, Trato y Organización en este orden para el HGU y para el HMM las dimensiones con frecuencias mayores cambian de orden, siendo en este caso Información, Organización y Trato. En general se observan frecuencias de problemas de calidad superiores en los inmigrantes magrebies de ambos hospitales. El Nivel de Satisfacción Global (de 0 a 10) supera los 8 puntos en ambos hospitales (HGU: 8.55, DE 1.13, HMM: 8.34, DE 2.09). Las puntuaciones en el Nivel de Satisfacción Global no son estadísticamente significativas al comparar hospitales, ni tampoco por grupos de inmigrantes. La Valoración Global de la Calidad (de 1 a 5) supera los 4 puntos en ambos hospitales (HGU: 4.25, DE 0.55; HMM: 4.46, DE 0.77). En este caso, el análisis de la variancia muestra que la diferencia en la Valoración Global de la Calidad entre magrebies del HMM y del HGU es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); siendo mayor para los magrebies del HMM; sin embargo, no existe diferencia estadísticamente significativa en la puntuación entre sudamericanos del HMM y del HGU (tabla 1).

#### **Discusión.**

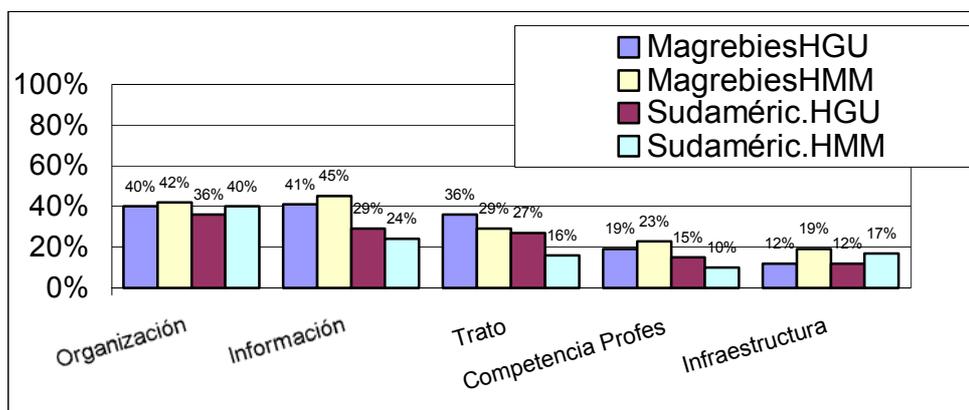
La valoración de la satisfacción y de la calidad globales es alta. Sin embargo, los resultados en las tasas de problemas por dimensiones indican que las dimensiones Organización, Información y Trato deben priorizarse en la implementación de actividades de mejora. Especialmente, en la Información y Trato dado a los usuarios magrebíes. Entre los problemas específicos de calidad percibida más frecuentes se encuentran algunos de fácil abordaje, se propone para su solución identificación del personal, mayor información de la evolución de la salud del paciente y de la técnica o proceso que a realizar e interesarse por la opinión de los usuarios inmigrantes en sus cuidados o tratamiento.

**Tabla 1. Valoración de la calidad en Urgencias por grupos de inmigrantes y hospitales**

HOSPITAL	n	VALORACIÓN CALIDAD GLOBAL (0 A 5)	Intervalo de confianza para la media al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Magrebies HGU	92	4.16 (DE 0.50) *	4.05	4.27
Sudamericanos HGU	72	4.36 (DE 0.59)	4.22	4.50
Magrebies HMM	80	4.48 (DE 0.79) *	4.26	4.61
Sudamericanos HMM	61	4.46 (DE 0.74)	4.27	4.65

\* Diferencia estadísticamente significativa al nivel  $p < 0.05$

**Figura 1. Tasa de Problemas de Calidad percibida en Urgencias por dimensiones según hospital y origen del inmigrante**



#### Referencias bibliográficas

(1) Más A. Elaboración y validación de una encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. Rev Calidad Asistencial 2001; 16(7): 501-7.

### 19. Carrillo García, M. C., Ronda Pérez, E., Nolasco Bonmatí, A.: *El trabajo a domicilio: el caso de las aparadoras de calzado*

#### Introducción

El trabajo a domicilio que realizan un amplio número de mujeres en la rama industrial del calzado es una actividad económica sumergida de larga implantación en la Comunidad Valenciana, y ha sido y es en estos momentos una realidad informal presente en nuestra sociedad(1,2,3,4,5)

Las mujeres han trabajado en la industria del calzado en mayor proporción que los hombres, y la actividad más frecuente desempeñada por éstas ha sido tradicionalmente el aparato que consiste en coser las piezas de los elementos que componen el zapato para unirlos después con las plantillas. Las mujeres que realizan esta tarea se denominan *aparadoras*(6). Las consecuencias de este tipo de ocupación no suelen constar en las estadísticas oficiales al no estar amparadas por un régimen jurídico y sanitario. Su trabajo les proporciona además de un aporte económico, una flexibilidad horaria que les permite compaginarlo con las tareas domésticas y familiares. Se supone que los problemas en salud consecuencia de esta actividad laboral, pueden ser numerosos y variados, afectando no solo a la trabajadora, sino, al resto de los miembros de la unidad familiar, ya que, el espacio físico donde realizan su trabajo es su propia vivienda.

El objetivo de este estudio es analizar las condiciones laborales de las mujeres que trabajan en domicilio en la industria de calzado, para describir, los factores de riesgos presentes en su entorno laboral y los efectos en la salud de ellas y de sus familiares.

#### Material y métodos

Se trata un estudio descriptivo transversal, mediante encuestas, combinado con metodología cualitativa, a través, de la técnica de entrevista individual semiestructurada. Se incluyeron un total de 32 mujeres en el estudio, que acudieron solicitando demanda asistencial para ellas mismas o para cualquier familiar al Centro de Salud el Plá de Elche (Alicante), entre marzo y junio del 2003. Se elaboró un cuestionario que constaba de 29 preguntas cerradas recogiendo información sobre datos sociodemográficos, Características del entorno de trabajo, Características laborales y Problemas de salud.

La información cualitativa fue obtenida mediante 6 entrevistas individuales semiestructuradas, éstas fueron grabadas en su totalidad en los domicilios particulares de las mujeres (Anexo 1- Verbatim más relevantes).

Para realizar el análisis de los datos de la encuesta se utilizó el programa informático SPSS 11 para Windows. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para el posterior análisis.

## Resultados

### Características de las participantes:

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las mujeres participantes, destacamos que: mayoritariamente están casadas (80%) con una media de edad de 44 años La incorporación a la actividad domiciliaria tiende a coincidir con algún acontecimiento importante en la vida de la mujer como el matrimonio, el nacimiento del primer hijo o el desempleo del marido.

Condiciones laborales de las trabajadoras a domicilio:

Se presentan en la Tabla 2 destacando que el 56,7% no utilizan una habitación reservada para su actividad laboral y comparten el lugar de trabajo con otro espacio habitable como la cocina, anexo a la cocina (galería), sala de estar. El 96,7% no utilizan medida protectora alguna ( mascarillas, guantes, ni medios para descongestionar el ambiente como extractores). Por lo general, estos lugares de trabajo pueden presentar vapores y gases derivados de los componentes químicos que emplean en la confección del calzado. Los adhesivos como la cola o cemen son utilizados por el 66,7% de las encuestadas que además, un 36,7% lo suelen almacenar en la habitación de trabajo.

Las características laborales:

Podemos destacar en la tabla 3 que el 50% de las mujeres realizan entre 10 y 14 horas diarias de trabajo remunerado a las que hay que añadir las horas que dedican al trabajo doméstico. Todas ellas carecían de contrato laboral.

Características de salud de las trabajadoras a domicilio:

En la tabla 4 se observa como la siniestralidad originada por la utilización de herramientas manuales es cuantitativamente alta, el 73,4% de las trabajadoras han sufrido algún accidente, aunque estos suelen ser leves como cortes de tijera o cuchillas, pinchazos de aguja de la máquina de aparar, contusiones en los dedos de las manos por golpes fortuitos del martillo. Además, en un 13,3% algún miembro de su familia también ha sufrido algún percance debido a esta actividad laboral desarrollada en la vivienda unifamiliar. Hay que destacar el número elevado de abortos que han sufrido las mujeres del estudio 8 de las 30.

### Discusión- Conclusión

La información que nos aporta este estudio es meramente descriptiva y sus resultados no son comparados con los de la población general, para saber si existen diferencias significativas. En cambio, coinciden con los hallazgos obtenidos por Hernández et al que por el momento trata el tema de la salud en las trabajadoras de calzado en su domicilio (7). Las trabajadoras a domicilio desconocen los riesgos y las enfermedades que su trabajo produce, sobre todo, por la falta de información y formación en materia de salud laboral y dada la alta prevalencia de exposición a factores de riesgo que presentan, afectando no solo a ellas sino a su familia y al perfil de riesgo que se encuentra en un entorno laboral directo. Se cree necesario que se aplique con rigor lo que la legislación actual ordena a los empresarios. Sugiriendo que con la luz de nuevos estudios se incremente la vigilancia sobre este colectivo laboral y su familia por ello se anima a la comunidad científica a abrir nuevas líneas de investigación.

Tabla 1. Condiciones laborales de las trabajadoras a domicilio

	n	%
<b>Lugar de trabajo en la vivienda</b>		
Habitación reservada	13	43,3
Habitación compartida	5	16,7
Cocina	3	10,0
Anexo a cocina	8	26,7
Sala de estar	1	3,3
<b>Tiene ventilación exterior el lugar de trabajo</b>		
Si	27	90,0
No	3	10,0
<b>Utilizas medidas protectoras como: guantes ,mascarillas, campana extractora</b>		
Si		
No	1	3,3
	29	96,7
<b>Productos químicos que utilizas</b>		
No utilizo	7	23,3
Cola	5	16,7
Cemen	15	50,0
Otros	3	10,0
<b>Utilizas calefacción en invierno</b>		
Si	17	56,7
No	13	43,3

<b>Almacenas envases de adhesivos en la habitación de trabajo</b>		
Si		
No	3	10,0
Alguna vez	19	63,3
	8	26,7
<b>Sueles comer en el lugar de trabajo</b>		
Si	20	66,7
No	10	43,3
<b>Sueles fumar mientras trabajas</b>		
Si	2	6,7
No	28	93,3
<b>Números de horas trabajo productivo</b>		
<b>Menos de 5</b>		
<b>Entre 5 y 10</b>	1	3,3
<b>Entre 10 y 14</b>	14	46,7
	15	50,0
<b>Número de horas trabajo doméstico</b>		
Entre 2 y 3	12	40,0
Entre 4 y 6	18	60,0
<b>Que es lo peor de tu trabajo</b>		
Poco salario	3	10,0
El trabajar sin compañía	2	6,7
Duros ritmo de trabajo	1	3,3
Trabajar sin contrato	19	63,3
Todas las anteriores	5	16,7
<b>Herramientas que utilizas</b>		
Máquina, aguja, cuchillas, tijera, martillo	26	86,7
Otros	4	13,3
<b>N muestra</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Características de salud de las trabajadoras a domicilio

	n	%
<b>Accidentes laborales en tu trayectoria</b>		
<b>Laboral</b>		
Ninguno	8	26,7
Uno	5	16,7
Dos o más	17	56,7
<b>Daño o lesión en algún accidente</b>		
Ninguna lesión	6	20,0
Lesión, contusión, herida y quemadura	24	80,0
<b>Algún miembro de tu familia ha sufrido algún percance debido a tu trabajo</b>		
No	26	86,7
Si	4	13,3
<b>Principales síntomas padecidos en las dos últimas semanas</b>		
Dolor huesos, columna, articulaciones	20	66,7
Dolor de cabeza	1	3,3
Pesadez de piernas	1	3,3
Trastornos psicológicos (depresión, ansiedad)	6	20,0
Alergias	2	6,7
<b>Presencia de algún factor de riesgo</b>		
<b>Cardiovascular</b>		
Si	22	73,3
No	8	26,7
<b>Realizas alguna actividad física</b>		
Si	14	46,7
No	16	53,3
<b>Sabe tu medico a que te dedicas</b>		
Si	9	30
No	21	70,0
<b>Problemas ginecológicos</b>		

No	18	60
Abortos	8	26,7
Otros	4	13,3
<b>N muestra</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

#### Anexo nº1. Verbatim más relevantes

Nº1 "...Me casé me fui de alquiler a un piso y pensamos que trabajando los dos podríamos hacernos una vivienda propia, nos casamos me quedé embarazada enseguida al año tuve la primera, entonces resulta que en la fábrica no podía, a mi hija quien me la cuidaba..." (Entrevista nº 5).
Nº2 "...En verano dejaba los cortes que había dado de cemen en una mesa con la ventana abierta y la persiana echada de la salita y me iba a dormir, para que al día siguiente estuviera seco y pudiera pegar mejor la faena..." (Entrevista nº 5).
Nº3 "...Mi hija pequeña cogía las bolas que se formaban del cemen y se las metía en la boca, tenía que estar muy pendiente de ella..." (Entrevista nº 1).
Nº4 "... Ahora no hay mucha faena, pero cuando hay mucha faena 10 a 12 horas, y luego la casa...al niño lo llevo a la guardería de 9 a 15 es que no quiero llevarlo todo el día..." (Entrevista nº 4).
Nº5 "...Mi familia no ha sufrido ningún accidente, pero a una prima mía se le quemó la casa hace ya años...dejó un bote de cemen cerca del fuego de la cocina...ella trabajaba en una cocina grande que tenía..." (Entrevista nº5).
Nº6 "... Me duele la espalda , me duele el cuello, me duelen las piernas, la cabeza, las manos...sé que lo del cemen no es bueno una amiga se tuvo que dejar de trabajar por problemas de alergia, se ahogaba, se llenaba de ronchas, se ponía muy mala..." (Entrevista nº2).
Nº7 "...Te levantas con el cuello que no puedes, tienes que levantarte y andar un poco, para luego sentarte otra vez..." (Entrevista nº1).
Nº8 "...Me casé y me quedé embarazada y resulta que en la fábrica no podía, estaba embarazada...los dos embarazos bueno tres porque la primera me nació muerta, yo estaba sentada a la máquina hasta a punto de tenerla..." (Entrevista nº5).
Nº9 "...Estuve trabajando embarazada hasta los siete meses en la fábrica...luego después de tener a mi hijo ya trabajé en casa, tenía que cuidar a mi hijo..." (Entrevista nº6).

#### Bibliografía

- 1-SANCHIS E , MIÑANA J. La otra economía. Trabajo negro y sector informal. Institució valenciana d'estudis i investigació. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim; 1988.
- 2-MELIS A, CANALES G. El trabajo a domicilio en la Vega Baja del Segura (Alicante): origen y desarrollo en un municipio agrícola. Instituto Universitario de Geografía Universidad de Alicante. Investigaciones Geográficas1996;16:137-53.
- 3-BETÓN L. Invisible Factories. The informal Economy and Industrial Development in Spain . New York: State University of New York, 1990; p.6-9.
- 4-LOPEZ D. Un grupo de aparadoras creará una cooperativa contra el clandestinaje .En prensa. Diario Información 2003 30 Abril ; p.4.
- 5-SIRVENT B. Trabajo y la patronal admiten que crece el empleo ilegal a domicilio en el calzado. En prensa. Diario La Verdad 2003 17 Enero; p.17.
- 6-SAN MIGUEL DEL HOYO B. Elche: la fábrica dispersa. Alicante: Instituto Cultural Gil-Albert, 2000; p. 59-64.
- 7-SAN MIGUEL B, DOMINGO C, FERNÁNDEZ I, HURTADO J, YBARRA JA, FRAU MJ, et al. Zapatos de cristal, la mujer como protagonista en la industria valenciana del calzado. Valencia: Secretaria de la Dona CCOO-PV,2000;p. 73-6.

## **20. M. Plana Nieto, E. Doménech Graells, C. Roura Cruzado, C.Forcada: REGISTRO, CONTROL, SEGUIMIENTO E INVESTIGACIÓN DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS, ENTRE EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS DEL ÀMBIT D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BARCELONÉS NORD I MARÈSME DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT ( ICS)**

### **OBJETIVOS.-**

Principal: Conocer la incidencia, hacer el seguimiento serológico e investigar todas las exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos que sufran los trabajadores de los Centros Sanitarios del Àmbit d'Atenció Primària Barcelonés Nord i Maresme del ICS

Secundarios: Implantar el programa EPINETAC de manera informatizada, determinar los lugares de trabajo con más riesgo de exposición, fomentar el uso de medidas de protección, conocer el mecanismo y las causas básicas de los accidentes biológicos.

### **METODOLOGÍA.-**

Diseño: Estudio descriptivo. Sujetos de estudio: La población de estudio son los 2019 trabajadores que realizan sus tareas en centros d'Atenció Primària del Barcelonés Nord i Maresme. Variables: Edad, sexo, categoría, área de trabajo, material causante, tipo de lesión...

Recogida i análisis de los datos: Encuesta autoadministrada y valoración estadística de los datos.

Limitaciones del estudio: Falta de costumbre de los trabajadores y la poca información para declarar accidentes.

### **RESULTADOS.-**

Número accidentes biológicos:49. Accidentes investigados: 90% (N=44).

Distribución por categorías: De los 44 accidentados el 66% son enfermeras (N=29), 32% otros profesionales sanitarios (N=14) y un 2% personal administrativo (N=1). La tasa de accidentes del personal de enfermería fue mayor que la del resto de personal sanitario (0,45 vs 0,16 accidentes /1000 trabajadores/año p=0,0005 )

Material causante de lesiones: El 59% de los casos ha sido por agujas (N=26)

Mecanismo de producción: Durante el uso del material en el 57% de los casos (N=25), 20% al colocarlo en el contenedor (N=9), 11% limpiando el material (N=5), 9% reencapuchando (N=4), 2% en el transporte del material (N=1) Estado serológico del paciente fuente: En el 82% de los casos no se pudo conocer el estado serológico del paciente fuente (N=36)

Medidas de protección usadas: En el 45% de los casos no se ha utilizado ninguna medida de protección (N=20)

Localización de la lesión: Más del 86% de las lesiones han sido en dedos de las manos.

Tipo de lesión: En el 50% de los casos ha sido moderada, en 36% superficial y en 14% profunda

Vacunación Hepatitis B: El 73 % de accidentados refiere estar correctamente vacunados (N=32), pero el 27% no responde o no lo está (N=12)

#### **DISCUSIÓN:**

Los profesionales sanitarios que se accidentan más son las enfermeras. Se ha de destacar el accidente del auxiliar administrativo debido a la mala gestión de residuos sanitarios. El material causante han sido principalmente las agujas. En casi el 50% de los accidentes no se había utilizado como mecanismo de protección los guantes.

Una vez investigado el material causante, los mecanismos de producción las medidas de protección usadas, la localización y el tipo de lesión se están iniciando las siguientes actuaciones:

- Investigar las causas básicas y los déficits en cuanto a ergonomía, higiene y seguridad que provocan los accidentes por bioinoculación.
- Actividades educativas para sensibilizar al personal de la importancia que tiene:
  - El declarar los accidentes
  - La eficacia de las medidas de prevención para evitar el contagio

El orden en el campo de trabajo cuando se realicen técnicas con finalidades terapéuticas o diagnósticas

## **21. Leila M. Jouybari , Akram Sanagoo: *Iranian Women's Experiences with Menopause: a Concealed Secret***

### **Introduction**

The life expectancy among Iranian women has increased by ten years (71.07 years). Therefore, many Iranian women will spend more than a third of their lives in the postmenopausal state. Reactions to menopause vary according to the meaning that menopause sustain for each individual. Traditionally, menopause was considered a disease, symptoms of which included hot flushes, fatigue, depression and a sense of loneliness and failure as a woman. The postmenopausal woman was stigmatized as unattractive and useless<sup>1</sup>. Awareness of and sensitivity to cultural backgrounds and issues are key to providing effective health care.

### **Objective**

While Menopause is a universal experience, there is inequality in the pain experiences between individuals and between individuals in different cultural groups so the purpose of this study was to explore Iranian women's lived experienced of natural menopause.

### **Methods**

This qualitative study used a phenomenological approach as it focused on the individuals lived experiences within their socio-cultural settings. Face to face in-depth, interactive semi structured interviews were chosen as methods for data collection. In this qualitative study data were collected from 10, 48-55 years old women who had experienced normal menopause. The participants were from different cities and were selected based on purposeful sampling and maximum variation. All recorded interviews were transcribed. The data were then analyzed using Van Manen Method.

### **Finding**

Dialogues with these women revealed two main themes "Vulnerability and Lack of support". Women mentioned menopause as a negative experience and a sign of aging. However, they found positive aspects too, such as maturity and wisdom. Vulnerability was the most common feeling among women with feelings of physical and emotional changes. Most participants experienced a lack of emotional support from their spouses. The men had a negative view and a taunting behavior towards their sexual attraction. Women needed to talk to someone about menopausal issues but they have cultural barriers that need to be opened if discussion is to happen. Women found that their friends prefer to be silent and keep it as a concealed secret. They had to ask their questions indirectly and in the light of religious issues. Menopause is mysterious because women consider it as the beginning of aging and a loss of sexual attraction, power and a feeling of weakness.

### **Conclusions**

Menopause cannot be viewed as a monolithic experience defined in the same way by all women or by the same woman in all contexts. Regardless of significant improvements in the level of our women's education and knowledge, menopause has been considered as a difficult issue to be discussed. The findings indicate that cognitive and emotional needs of this group of women were ignored by health care providers. Nurses can not change the quality of women's lives directly, but they can contribute towards changing old and negative attitudes of menopause. Providing women with accurate, up-to-date information and enhancing communication between healthcare providers and menopausal women is still a challenge for our society.

### **References**

1. Donovan, J. C., Rochester, NY. The menopausal syndrome: A study of case histories. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1951. 62, 1281-1291.
2. Winterich JA., Umberson D. How Women Experience Menopause: The Importance of Social Context. Journal of Women and Aging 1999. 11:4:57-73.

## **23. Fernandes, O.: *To Learn through the Experience: Development of Professional Competences in Clinical Practice***

### **Introduction**

This study focus was to understand nursing students' formative process and ways of learning in the Nursing degree course, during their clinical practice in Hospital. Aims were to know from students' point of view, their adaptive forms to the clinical practices; the obstacles and incentives to learn; how did they try to learn and what competences were

possible to develop in the sense of construction of professional identity. Learning through experience involves a "direct encounter with the phenomena being studied rather than merely thinking about the encounter, or the possibility of doing something about it" (Borzac:1981; Brookfield:1983; David Kolb & Fry 1975). This is important because schools could give the "instrumentalities" of mental growth but the rest depended upon the absorption and interpretation of the experience. The concept of professional development must contain some elements of attainment of competence and thinking of that, should bridge the theory-practice gap by linking the measurement of the ontological *know-how* with the measurement of the epistemological *knowing-that* (Sharp et al:1995).

#### **Research Approach**

Followed an epistemological sense of listen the phenomenon, in a qualitative interpretative paradigm approach. Selected methodology use to collect data from diaries of the students' apprenticeship, from interviews about diaries, observation of the clinical practices on wards, seminars about case studies, supervision periods and the students' evaluation moments. The collected data was analyzed by content analysis with a computer software help using Nud ist 6.0.

Participants were a group of students (60), both gender, age 20 to 25, that frequented the Nursing course degree in a superior school of nursing on the years 2001-2002 and 2002-2003 (period of time in which they made their clinical practices in medical and surgical care, urgencies services and stage on integration in professional life).

#### **Results**

From data reduction refers some themes several concerns, related with the adaptation process of the students worried in adapting to the practices that they observe, independently if they considered them correctly or not:

- Adaptation was the first stage in each local of practice. Moving to a different clinical area was accompanied of a initial stage of adaptation followed by insecurity, fear and anxiety, related with contact with new patients, different forms of working, nature of permanent staff;
- They worried about gap theory and practice, verbalizing insufficient support of fundamental contents for practices, necessary to transfer and to build their knowledge and *Know-how* correctly supported. Students think that their theoretical contents are far from reality;
- Nurses criticize student's interventions that increased their insecurity to act and this is an obstacle to their autonomy and decision-making. Results show differences in the conception of care among teacher's development and the nurse's staff;
- During the stage students structured a role model based on their observation how the nurses handled situations. They try to enter in the outlines actions and in the *habitus* of the nurses consonant the forms of working that they observed at the apprenticeship places;
- Competences valued by the students refer essentially to technical competences, which were those that make possible to be like a professional nurse in the ward;
- After learning the "outlines on actions", with an appropriated repertoire of rules designated to act in a specific situation in that context of healthcares, it is verified that in the generality of the clinical situations, students selected this or that "outline action" in agreement with a previous diagnosis of the healthcare situation. The diagnosis doesn't have to do with the nursing diagnosis (they learn and must use), but with a group of characteristics that he own had integrated with the experience, and think appropriated. The "outline action" is used in according his own conceptualization, and the rules that he identified to act proceeding;
- They refer some pathways to learning in practice: read some bibliography about the subject; practice with a good supervision nurse; looking at other references nurses doing nursing cares; thinking about what they have done; working things with other apprentices; listen and discussion with colleagues; practice alone; looking at other colleagues finished work.

#### **Conclusions**

Students may not have a clear idea of the knowledge or skills they want to acquire, but they are committed to a process. My basic argument is that much learning takes place beyond the formal confines of the classroom and academic curriculum. We think that this study could have great implications in the clinical practice, because it will be necessary to rethink the formation contexts. It is necessary to know the type and quality of experiences that the apprenticeships can provide to the students. The apprenticeship tutors will have to know the care nursing conception of the curriculum studies, the basic competences to develop in each level of the stage, and what are the most important pedagogic and didactic strategies indispensable to use to form much better nurses. In this changing world there is not one knowledge to know, but ways of knowing knowledge, so that new nurses can learn with their experiences on wards. Nurses must have some keys competences to their professional work, but they must think on and with health experiences, given by everyday in their work services, using that to reflect knowledge to the development of the discipline and profession of Nursing.

## **27. M. Santo Tomás Pérez; M.J. Castro Alija; M.J. Cao Torija: ¿Se consideran diferencias de género en salud en la planificación de programas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres ?**

La experiencia acumulada participando como profesoras en tres cursos de Especialistas de nuestra Universidad, en los que hemos establecido contacto con diferentes profesionales, implicados en tareas y desarrollo de programas de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, nos ha hecho, desde nuestra perspectiva como docentes en áreas de salud, plantearnos si se consideran las diferencias de género en salud, no solo diferencias biológicas, clásicamente aceptadas por la ciencia médica, sino diferencias ligadas al género, derivadas de roles y actividades, relacionadas con el acceso y control de los recursos o con la identidad subjetiva de cada sexo.

Por eso nos planteamos llevar a cabo este trabajo que a continuación exponemos.

#### **OBJETIVO:**

Valorar el conocimiento de las peculiaridades biológicas y de género en salud de la mujer entre los alumnos del curso de postgrado a nivel de especialista: Agentes de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, ya que ellos

ocupan y ocuparán puestos de responsabilidad en la administración y otras instancias, donde se proyectan y deciden programas de igualdad de oportunidades

#### **MATERIAL Y MÉTODOS :**

Estudiantes del curso: Agentes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de los años 2001 al 2004. El curso incluye el módulo " La salud de las mujeres", diseñado en función del alumnado., en el que partiendo de conceptos generales sobre salud, se avanza a través de un tipo de aprendizaje cooperativo hasta lograr que los estudiantes sean capaces de planificar intervenciones que promuevan la igualdad de oportunidades en salud considerando el sesgo de género

Se realizó la evaluación sobre determinantes, programas y promoción de la salud , y abordaje en función de las diferencias biológicas y de género, a través de un test de conocimientos previos y de una evaluación final.

En ambas pruebas se incluyeron items en relación con problemas de salud exclusivos de cada sexo, otros que afectando a ambos lo hacen de distinta manera, aquellos que son más prevalentes en un sexo que otro y por fin si desde la asistencia sanitaria existen diferentes respuestas a los problemas de salud en función del sexo del usuario.

#### **RESULTADOS:**

En relación con la salud: el 80% posee conocimientos básicos con los sesgos derivados de la multidisciplinariedad. Sobre promoción de la salud, el 91% no conoce el ámbito completo en el que se desarrolla el marco de la promoción de la salud, el diseño y la intervención en programas de salud. El 100% nunca se ha planteado que existen diferencias de género en salud fuera de lo estrictamente biológico.

#### **CONCLUSIONES :**

Los resultados dejan ver la escasa formación de los profesionales en relación con las peculiaridades de género en salud, y ponen de manifiesto la necesidad de actuar sobre la formación específica de todos aquellos que , desde cualquier ámbito, se encuentren implicados en la toma de decisiones sobre la elaboración de programas de igualdad de oportunidades.

Incorporando la perspectiva de género a los conocimientos sobre la salud y la enfermedad y potenciando la implicación de los docentes en la investigación sobre temas que consideran esta cuestión como prioritaria, podría lograrse avanzar en el camino de lograr la equidad de género en salud, eliminando injustas desigualdades entre hombres y mujeres.

Además deberían organizarse programas de divulgación al respecto enfocados a la población general, de modo que están en condiciones de demandar la atención sanitaria y social adecuada a hombres y mujeres, así como la paritaria participación en la toma de decisiones y el desarrollo de fortalezas que permitan a hombres y mujeres actuar en pos del bien personal y colectivo

Figura 1: Conocimientos sobre diseño e intervención en programas de promoción de salud



## **28. López Muñiz, Idoya: *Evaluación de la educación sanitaria en el uso de inhaladores: repercusión sobre la administración del tratamiento y valores espirométricos***

En los pacientes (ptc) respiratorios el tratamiento (tto) farmacológico más utilizado es por vía inhalada.(1,2,3,4) Actualmente existen multitud de dispositivos inhalatorios, de ahí la importancia de verificar una correcta administración antes de variar la pauta terapéutica, para identificar los errores donde la enfermería se debe de centrar. Múltiple bibliografía (5,6,7,8,9) insiste en la importancia de la educación sanitaria (ES) en el tto con inhaladores, siendo interesante valorar la repercusión espirométrica de dicha educación.

El **OBJETIVO** de este estudio es:

- Identificar los errores cometidos por los pacientes en la administración de medicamentos inhalados y la influencia de los dispositivos de administración.
- Analizar el cumplimiento terapéutico.
- Valorar el uso de una metodología como evaluación de la ES, su repercusión en la espirometría basal y sobre el cumplimiento terapéutico.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio prospectivo con todos los ptc con patología respiratoria de un cupo médico (n24), perteneciente a la zona de salud de Reinosa (Cantabria), llevado a cabo de septiembre a noviembre. Criterios de inclusión: medicación inhalada como tto crónico. Se utilizó un formulario (tablas 1,2) para recoger los datos y la evaluación de la técnica inhalatoria (TI) en 7 pasos (1º: destapa, pone en posición vertical y agita el inhalador; 2º: efectúa una espiración y lo coloca en la boca cerrando los labios alrededor; 3º: una vez iniciada la inspiración pulsa 1 vez el inhalador; 4º: retira el inhalador y espera 10 segundos; 5º: espira lentamente, espera 30 seg. para siguientes dosis; 6º: etapa el inhalador, lo guarda y sabe que debe enjuagarse la boca; 7º: sabe cuando se va a acabar el inhalador). Con cada ptc se llevaron a cabo 3

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

visitas, siguiendo las instrucciones del protocolo de educación de inhaladores, basado en las recomendaciones de la SEPAR (10). En la 1ª visita: espirometría basal (realizada en la consulta de neumología), entrevista para rellenar formulario, demostración práctica de la técnica, por parte del paciente con placebo, evaluación de la misma, ES (corrigiendo errores) y entrega de folleto informativo; 2ª visita (al mes): demostración técnica, evaluación y ES; 3ª visita (al mes): similar a la 1ª.

#### RESULTADOS:

De los 24 ptc hubo 1 rechazo y 3 abandonos. La distribución por edad y sexo fue: 50% varones, con una edad media de 66 ±10. El 45% tenían asma, el 40% EPOC, 5% bronquitis crónica, 5% enfisema, 5% reacción alérgica con broncoespasmo (figura 1); de los cuales no fuman el 75%. El 100% recibió información previa sobre el uso de inhaladores, el 50% conocía su nombre. Usan un solo medicamento el 10%, 2 el 35% y 3 el 55% (figura 2). Los inhaladores utilizados fueron 54,83% aerosoles y 45,17% polvo seco (figura 3). El 70% no refiere haber tenido problemas con la boca. La indicación del tto fue en un 40% por el médico de familia, 40% neumólogos y 20% otros. El 70% no conocía su función, de los cuales el 50% tras la ES responden correctamente. En la 1ª visita el 75% fallan en algún paso de la TI. La adhesión al tto era del 50% en la 1ª visita aumentado al 80% en la 3ª. El 33% mejoran la TI en la 3ª visita. Sólo se pueden valorar espirométricamente el 60%, debido a procesos respiratorios agudos, revelándose una mejoría del 40% (aunque muy discreta). El 67% fallan en algún paso en la 3ª visita (el 40% había mejorado en la 2ª sesión empeorando otra vez en la 3ª). En la 1ª visita el error más frecuente es el paso 5º con un porcentaje del 86,6%; seguido del 4º con 80%; en la 2ª visita el 2º con 40%; en la 3ª visita el 5º con 46,6%, seguido del 4º y 2º con 26,6% (gráfico 4). Los pacientes que utilizan dispositivo de polvo seco y/o menor número de inhaladores y dosis realizan mejor la TI, así mismo mejoran más tras la ES los que presentan dicho dispositivo.

#### DISCUSIÓN

El éxito de un tto puede estar alterado tanto por un uso incorrecto de la medicación, como por falta de adhesión al tto. El ptc debe ser consciente de los beneficios que le pueden suponer una mejora del cumplimiento del tto y corrección de la técnica. Los fallos más frecuente de este estudio coinciden con otros, así como la mejor aceptación de los dispositivos de polvo seco. A pesar de referir todos los pacientes entrenamiento previo, existía un alto porcentaje de ellos que hacía la TI incorrectamente, mejorando discretamente tras la educación. Se observó que el porcentaje aumenta en la 2ª sesión, disminuyendo levemente en la 3ª. No ha habido posibilidad de reevaluar a los pacientes tras un período post-educación. Debido a la pequeña muestra no son relevantes los resultados estadísticos, aunque coinciden con otros estudios (6,7,8,9,11,12). Según estos datos, la ES aumenta la adhesión al tto, el conocimiento de la función del fármaco y discretamente mejora la técnica, pero igual tendríamos que plantear diferentes intervalos de ES, según su conocimiento previo. Su repercusión espirométrica es muy pequeña (siendo la mejoría leve en los casos que se ha podido valorar), pero el tamaño de la muestra es reducido y el estudio se realizó en invierno en una zona fría (Reinosa-Cantabria). Cabría estudiar si una mayor frecuencia de la ES evitaría el retroceso en el uso de la TI. La valoración no es relevante estadísticamente, precisando para ello grupos mayores e igual realizar el estudio en otra estación climática (no en invierno).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Comella A, Casas JC, Serra Batlles J, Company O, Burges J. Importancia de la instrucción en la utilización de los inhaladores en aerosol. *Enferm Cient* 1990;94:13-15.
2. Pañera H, Borrell C, Neberán CJ, Vicente R. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Martín Zurro. A, Cano JF. *En: Manual Atención Primaria. Barcelona* 1989; 27:380-391.
3. Stein Jay H. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: concepto, definición y tratamiento. *Medicina Interna. Tomo 1. Ed. Salvat*, 353-365.
4. Newman SP, Paria D, Moren F, Sheahan NF, Clarke SW. Deposition of pressurised aerosols in the human respiratory tract. *Thorax* 1981; 36:52-55.
5. Golpe Gómez R, Mateos Colina A, Soto Franco I. Técnica inadecuada en el empleo de inhaladores en pacientes atendidos en una consulta de neumología. *An Med Interna* 2001;18:69-73.
6. Carrión Valero F, Maya Martínez M, Fontana Sanchis I, Díaz López J, Marín Pardo J. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. *DOYMA2000*;36,5:236-240.
7. Agustí AGN, Ussetti P, Roca J, Monserrat JM, Rodríguez Roisín R, Agustí-Vidal A. Asma bronquial y broncodilatadores en aerosol: empleo incorrecto en nuestro medio. *Med Clin (Barc)* 1983;81:893-894.
8. Dunlap C, Marchionno P. Enséñele al enfermo con enfermedad obstructiva crónica el manejo correcto de los inhaladores. *Nursing* 1984;3:8-9.
9. Naberan K. Tratamiento broncodilatador de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Prim* 1998;21:109-113.
10. Giner J et al. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Barcelona: Doyma S.A.;1997.
11. Esteve MT, Guasch MT, Homo A, Bonet J, Llorca C, Vila A. ¿Hacen servir correctamente los inhaladores los pacientes con EPOC? *Enferm Clin* 1997;4:201-204.
12. Oca Valmala J, Ruiz Ceballos MT, Cacicedo Gonzalez R. et. Al. Evaluación de la técnica de inhalación en Atención Primaria: eficacia de la educación. *Aten Farm* 2003;5(5):288-97.

### **30. Talakoub, S., Ghazavi, Z., Jozi, M.: Effect of muscular relaxation on diabetic children covered by Endocrinology Research Center of Esfahan University of Medical Sciences Objective**

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Providing children's health, these future man power generation, is one of most important duties and programs of each nation. From the time diabetes was diagnosed, there have been different methods to treat it of which the most routine is through insulin, diet therapy and sport. There has been a complementary treatment, recently introduced, as progressive muscular relaxation of which the main mechanism is mainly based on a decrease in stress and anxiety among diabetic children. This procedure is vastly carried out by nurses and other health team members in clinical fields. This shows the crucial need of nurses in handling this technique as a universal tool and innovative model to administer nursing care.

#### **Methods**

This is a quasi-experimental study (pre post test). The samples included 52 diabetic children aged 7 through 15 years quite identical in research qualifications to enter the study in two groups of controls and muscular relaxation. The data were collected by laboratory reports (glycosylated hemoglobin), patients' files or Ids and interviews. Sampling was random convenient. After the subjects were selected, educational sessions were held for intervention group. In relaxation group, all body parts of the child were contracted and relaxed for 45 minutes just before going to bed for two months. After educating all subjects, glycosylated hemoglobin test was checked for all of them. This procedure of relaxation was continued by giving a relaxation cassette to the subjects for home use. The subjects were checked four times through random phone calls to investigate and to be sure about the intervention precisely followed. Glycosylated hemoglobin were again checked after two months. Descriptive, inferential statistics were used to analyze the data.

#### **Discussion and results**

The findings showed that HbA1c changes in relaxation group was as 62.5% while it had a descending trend of 50% in controls which can be due to intervention. Mean of glycosylated hemoglobin before the study in relaxation group was 10.27 while thereafter it got 10.13 (about 14% decline in glycosylated hemoglobin). According to paired t-test, this decline has been significant ( $p=0.036$ ). Since most of the interventions have been carried out by diabetic children's mothers and as most of them are housewives (94.6%), it is concluded that not working mothers had more time to get to their children so that working mothers or highly educated ones refused to reenter the study. Since, this technique is economical and effective in decreasing diabetic children's anxiety, it is suggested to be handled as a non medication intervention in health and treatment clinics.

### **32. McDonald, K., Higgs, G., Iredale, R., Gray, J.: A pilot study of spatial patterns in referrals to a multicentre cancer genetics service**

#### **Objectives**

To analyse spatial and temporal patterns in patients referred to a cancer genetics service in order to monitor service utilization and accessibility.

#### **Methods**

Use of postcodes of patients during a four-year period were used to examine spatial patterns using a Geographical Information System (GIS). Referral rates were compared visually and statistically to explore yearly variation for administrative areas in Wales.

#### **Results**

There has been a four-fold increase in actual referrals to the service over the period of study. The variance between unitary authority referral rates has decreased from the inception of the service from an almost ten-fold difference between lowest and highest in year one to less than a three-fold difference in year four.

#### **Conclusions**

This study shows the potential of GIS to highlight spatial variations in referral rates across Wales. Although the disparity in referral rates has decreased, trends in referral rates are not consistent. On-going research will examine those referral and referrer characteristics affecting uptake.

### **33. Jensen, B.: Decreasing Hospitalisation for Persons with Chronic Schizophrenia: Non-Traditional Discharge Method**

The project deals with an untraditional way of discharging patients suffering from long-term schizophrenia.

From this project you will learn how to keep persons suffering from schizophrenia away from hospitalisation – permanently or at least for a long time.

We have correlated the patients with the staff-member for one month. Thereafter, this staff-member gains the title of project manager for the month just after the discharge. This personal contact substitutes documents and written instructions.

During the years of 2002-2003 the project manager has observed and supported the 14 patients with such success that only 2 of them (1 only for a short time) have been rehospitalized. Actually, this sort of discharge will be implemented as the standard procedure at our hospital.

What can be concluded is:

- The patients show a good compliance
- They do not need an increase in medication during their discharge
- They realise the importance of not changing modern medication

One of our presumptions was that the discharges would become more equal in their performances under these circumstances. However, they have turned out to be just as diverse as usual.

We can maintain the statement that patient suffering from schizophrenia wants

- a recognizable person who has overview of needs
- an identified person to turn to who will take interest.

The project manager has followed the patients from the mental hospital to halfway houses, to protected homes, and to flats. This has been done with or without the support of the patient's family.

Some patients have expressed their satisfaction of being able to move without family involvement.

### **34. Colleen McNeil-Walsh: Post Colonial Theory and Nurse Migration**

#### **Introduction**

-South Africa has a long history of internal and cross-border migration. Since the 1960s in particular, external migration has increased to various parts of the globe

- Skills shortages in the British health care sector has increased the flow of a particular group of migrants within this generic group; that of South African nurses, who provide the third biggest pool of internationally recruited nurses to Britain

-The intense debate that has pursued points to the complexities inherent in international recruitment and importantly, in the experiences of nurse migrants

#### **Objectives of the Study**

-To highlight the place of South African nurse migrants in the migration process by addressing questions of how nurses experience migration and how they negotiate and respond to opportunities and barriers within it

-To deepen our understanding of such experience by acknowledging that South Africa has a particular historical relationship with Britain, shaped by a colonial past and a post-colonial present. This impacts on the current experiences of nurses in very concrete ways, such as in the recognition and use of professional skills

-To show that the current discourse around nurse migration (the 'Brain drain', the Push/Pull and the 'Ethics discourse') does not fully address this crucial history and use therefore needs to be made of post-colonial theory. Such discourse highlights the colonial past, the process of 'othering' and 'difference' which shapes the present, and a resistance to 'subject construction' that nurses are engaged in

#### **Methods**

-Within the case-study approach of South African nurses, oral histories were collected from five South African nurses presently working in the health care sector in Britain. A qualitative approach provided insight into the way in which South African nurses themselves experience and respond to the complexities of migration

-Both the public and independent sectors were represented; the sample included African and White nurses; a range of skill levels were represented; and the migration status varied

-A range of specific questions covered three time periods: their early professional training, the transition period from South Africa to Britain and finally, their working lives in Britain

#### **Findings**

-The central finding of this research is that deskilling is the most significant outcome of the migration process for South African nurses

- Further interesting findings are that nurse migrants employ strategies to deal with and thereby resist such deskilling; although levels of assimilation into the host country (and the desire to become assimilated) varied, the majority of respondents articulated feelings of being an 'outsider' both in social and work environments; all respondents referred to new freedoms (such as freedom from oppressive relationships or from anxiety over personal safety)

#### **Conclusions**

-There is currently little recognition of the complex nature of the migration process in terms of ties to 'home', economics, and perceptions and expectations that are shaped through time

-Deskilling is a significant outcome of the migration process. This can be understood in the context of skills transference (issues of compatibility of experience and qualifications) but also, as highlighted by post-colonial discourse, it can be understood in the context of 'othering', difference, differential power and subject construction.

-Within this complex reality, crucial experience and professional skills are lost to a health context in which skills shortages are clearly evident.

#### **Bibliography**

**McClintock, A** (1994) Colonial Discourse/Post-Colonial Theory, in F.Barker, et.al, editors, Manchester, Manchester University Press

**Parry, B** (2002) Relocating Postcolonialism, in Golberg, A Quayson, editors, Oxford, Blackwell Publishing

**Royal College of Nursing Publication** (2002) Internationally Recruited Nurses: Good Practice Guidance for Health Care Employers and RCN Negotiators

**Van Rooyen, J** (2000) The New Great Trek: The Story of South Africa's White Exodus, Unisa Press

### **36. Moreno Roy, M. A., López Gutiérrez, M. E., Núñez Peña, J. R., Del Río Gallegos, F. J., Parra Hueso, M. D.: *Pulmones procedente de donantes en asistolia. Una nueva alternativa***

#### **Introducción**

Hasta un 30% de los pacientes en lista de espera de trasplante pulmonar mueren antes de recibir el órgano, esto está motivado por la escasez de pulmones, ya que solo un 15% de los proceden de donantes en muerte encefálica son válidos, debido a la elevada tasa de infección asociada a la ventilación mecánica. El Hospital Clínico San Carlos, (HCSC), cuenta desde el año 1989, con un programa de donación en asistolia, de personas fallecidas fuera del hospital. A partir de este tipo de donante se ha desarrollado un programa específico para donación de pulmón y tras este, de han trasplantado con éxito 16 pulmones a pacientes que estaban en lista de espera.

#### **Objetivo(s)**

Evaluar la posible viabilidad de pulmones procedentes de donantes en asistolia con objeto de poder ser utilizados como una nueva alternativa, que permita incrementar el número de órganos disponibles para trasplante.

#### **Métodos**

Durante el periodo comprendido entre Marzo y Noviembre de 2002 se procedió al estudio, sobre un total de 15 donantes, de un método de preservación pulmonar consistente en enfriamiento tóxico mediante colapso pulmonar bilateral tras perfusión intra-torácica de solución de Perfadex a 4°C.

Para evaluar este método se procedió a la extracción de dichos órganos analizándolos macroscópicamente, endoscópicamente e histológicamente.

Así mismo se diseñó un test funcional que, mediante la perfusión de sangre del donante, permitiera conocer la capacidad de oxigenación de los pulmones.

#### **Resultados**

Los resultados macroscópicos, endoscópicos e histológicos confirmaron la viabilidad de los órganos, observando únicamente en un 20% de los casos, pequeñas contusiones derivadas del masaje cardiaco, sin significación clínica.

El estudio funcional demostró en todos los casos una excelente capacidad de oxigenación de los pulmones, con cifras de PO2 superiores a 400.

**Discusión** (que deberá incluir cuales son las implicaciones del estudio para la práctica clínica) Se ha demostrado que el enfriamiento tóxico mediante perfusión intra-torácica, es un excelente método de preservación pulmonar.

Los pulmones procedentes de donante en asistolia, pueden considerarse como órganos válidos para el trasplante. La donación en asistolia es una excelente alternativa para incrementar el "pool" de pulmones para trasplante.

### **37. M<sup>a</sup> Dolores Guerra Martín; M<sup>a</sup> Belén Esteban Ramírez; M<sup>a</sup> Eugenia Guerra Barragán; Rocío Gutiérrez Lorenzo; Rosa Lechuga Gómez; Elisabeth Nieto Martínez; Vicente Fernández Rodríguez: *Calidad de vida en la mujer menopáusica de Osuna***

#### **Objetivos:**

Estudiar la calidad de vida de la mujer menopáusica de Osuna, en las edades comprendidas entre 45 y 65 años.

#### **Material y método:**

Estudio descriptivo transversal. Mediante los cuestionarios que miden la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas (MENCAV). Este cuestionario se compone de 37 preguntas divididas en 5 dimensiones, que comprenden:

- Salud física (10 preguntas)
- Salud psíquica (9 preguntas)
- Relaciones sexuales (4 preguntas)
- Relaciones de pareja (4 preguntas)
- Soporte social (10 preguntas)

Hemos dividido Osuna en cuatro zonas, para obtener una muestra lo más equitativa de la población a estudiar.

#### **Resultados:**

Se han realizado 129 cuestionarios a mujeres con edades comprendidas entre 45 y 65 años, de las cuales:

- 29 no contestan
- 18 tienen entre 45 a 50 años
- 29 entre 51 a 55 años
- 34 entre 56 a 60 años
- 19 entre 61 a 65 años
- Los datos revelan que los mareos es un síntoma muy frecuente.
- Se observa que algunos de los síntomas que refleja el cuestionario como capacidad para andar tanto como los demás o cefaleas, no guarda relación directa con la menopausia, sino que se deben a diversas patologías que la acompañan.
- En cuanto a salud física el grupo más afectado es el comprendido entre 60 y 65 años, además, no saben distinguir con respecto a su salud física perimenopáusica.
- Sobre salud psíquica es de destacar la positividad de estas mujeres.
- Contrasta la desapetencia sexual que presentan los grupos de mayor edad.
- Conforme aumenta la edad disminuyen las relaciones sociales, además, se sienten más solas, aunque sigan sintiéndose útiles para los demás.
- El apoyo principal de estas mujeres son sus familiares y amistades

#### **Discusión:**

Conocer a nuestra población de mujeres posmenopáusicas, es el inicio para poder comenzar los programas de salud, que incidan en los problemas de salud prioritarios, que presenta este colectivo y en un futuro poderlos solucionar.

Las enfermeras tenemos un gran campo de acción en este sector de la población, por lo que la formación continuada en nuestros centros de salud, es muy importante, para las enfermeras.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. - Buendía Bermejo, J.; Rodríguez Segarra, R.; Yubero Bascañana, N.; et al. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. Rev. Atención Primaria 2001; 27 (2): 94-100.
2. - Campos Barreiro, A.; Alonso Safont, T.; Sánchez Calso, A.; et al. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausia. Concordancia de diagnósticos entre un equipo de Atención Primaria y su centro de Salud Mental de referencia. Rev. Atención Primaria 1998 21 (9): 613-616.
3. - Pita, M<sup>a</sup> J. Menopausia: soluciones naturales para aliviar sus molestias. Rev. Folleto gratuito distribuido junto con la revista Dietética y salud. 1993: 6-13.
4. - Martínez Ten, P.; Ayala, O.; Cifrián, C. ¿Qué nos está sucediendo?. Rev. Folleto La Menopausia (SALUD V. 1994: 7-13.
5. - Heredia Galán, MV. ; Enfermería Viva. Rev. ROL Distrito sanitario de Jaén. Enero 2003: 46,47.
6. - Climaterio. Resultados de la aplicación de un programa de salud. Rev. ROL Enf. 2003; 26 (1): 13-18.
7. - Frías Osuna, A.; Enfermería Comunitaria. Barcelona: Editorial MASSON, 1999.
8. - Salva, A.; Mujeres: envejecimiento y salud. Importancia de la nutrición en las mujeres después de la menopausia. Barcelona. Ediciones GLOSA, 1998.

### **38. Hourican, S.: *Nurse teachers participation in Clinical Practice***

This study examines the complexity of the nurse teachers' role in the clinical area and identifies how nurse teachers participate in clinical practice. A grounded theory approach was selected as the research methodology for this study. Grounded theory is particularly suited to investigate topics about which little is known. Semi-structured interviews were used to collect data from five nurse teachers in one school of nursing. Data collected was analysed using Strauss and Corbin's framework.

Nurse teachers describe their role in the clinical area as a multifaceted one with a lack of clarity. It is apparent from the findings that all nurse teachers in this study believe that they have a role within the clinical area. There are many different interpretations of their role. Some nurse teachers facilitate staff nurses by keeping staff up to date in current developments and trends. While other nurse teachers facilitate student nurses through educational sessions. A

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

number of nurse teachers did not consider facilitation as part of their role in clinical practice; instead, they viewed their clinical role as one of "liaison and support".

In view of these findings, it is recommended that the role of the nurse teacher in the clinical area needs to be clearly defined. In relation to the clinical learning environment nurse teachers should meet both the needs of staff nurses and student nurses. Finally time could be protected for nurse teachers to develop their clinical role.

The Nurse Education Forum report (2000) recommends nurse teachers to have a role in clinical practice, as it is essential to the success of the pre-registration nurse education programmes.

#### References

- Acton L. Gough P. Mc Cormack B. (1992) The clinical nurse tutor debate *Nursing Times* **88** (32) 38-40
- Cahill H. (1997) What should nurse teachers be doing? A preliminary study *Journal of Advanced Nursing* **26** 146-153
- Camiah S. (1996) The changing role and work of British nurse tutors: a study within two demonstration Project 2000 districts *Journal of Advanced Nursing* **23** 396-407
- Carlisle C., Kirk S., Luker K. (1996) The changes in the role of the nurse teacher following the formation of links with higher education *Journal of Advanced Nursing* **24** 762-770
- Carroll J (1998) *Report of the Commission on Nursing A Blueprint for the Future*  
Government of Ireland: Dublin
- Charlesworth G. Kanneh A. Masterson A. (1992) Nursing is a practice-based profession and tutors must retain clinical expertise *Nursing Times* **88** (32) 40-41
- Clifford C. (1993) The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom *Journal of Advanced Nursing* **18** 281-289
- Clifford C. (1996) Nurse teacher's clinical work: a survey report *Journal of Advanced Nursing* **23** 603-611
- Cormack D. (1996) *The Research Process in Nursing* 3<sup>rd</sup> ed. Blackwell Science: Oxford
- Creswell J. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design; choosing among five traditions* SAGE Publications: London
- Creswell J. (1994) *Research Design: qualitative and quantitative approaches* Sage Publications: C A
- Crotty M. (1993) Clinical role activities of nurse teachers *Journal of Advanced Nursing* **18** 460-464
- Davies S. White E. Riley E. Twinn S. (1996) How can nurse teachers be more effective in practice settings? *Nurse Education Today* **16** 19-27
- Ferguson K., Jinks A. (1994) Integrating what is taught with what is practiced in the nursing curriculum: a multi-dimensional model *Journal of Advanced Nursing* **20** 687-695
- Forrest S. Brown N. Pollock L. (1996) The clinical role of the nurse teacher: an exploratory study of the nurse teacher's present and ideal role in the clinical area *Journal of Advanced Nursing* **24** 1257-1264
- Guba, E., Lincoln, Y (1989) *truth generation evaluation*. Sage Publications, California
- Holloway I, Wheeler S (1996) *Qualitative Research for Nurses* Blackwell Science: Oxford
- Lee D. (1996) The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute *Journal of Advanced Nursing* **23** 1127-1134
- Morse, J.M. (1994) *Critical issues in qualitative research methods*. Sage Publications, London.
- Parahoo K. (1997) *Nursing research principles, process and issues* MacMillan: London
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1999) *Nursing research: principles and methods* Lippincott, Philadelphia
- Stern, P.N., (1980) Grounded theory methodology: its uses and processes *Image* **12** (11) 20-23
- Strauss, A., Corbin, J. (1990) *Basic of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques*. Sage Publications, California.
- Strauss A. Corbin J. (1998) *Grounded theory methodology: an overview* In Denzin N Lincoln Y (eds) *Strategies of qualitative inquiry* Sage Publications: London
- Streubert H, Carpenter D (1999) *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative* 2<sup>nd</sup> ed. Lippincott: Philadelphia
- Treacy M. Hyde A. (1999) *Nursing research design and practice* University College Dublin Press: Dublin

### **39. Marín Mendoza, Silvia; Llanes Domingo, José; Alabort Cuenca, Amparo; Amorós Cantero, Aurora; Zafra Solaz, M<sup>a</sup> Carmen; Suey Motilla, Adela; Juan Gallach Esmeralda: *Implantación y seguimiento de un estándar de cuidados en una unidad de cirugía cardiaca***

#### **Introducción**

Con el fin de mejorar la calidad de los cuidados administrados a los pacientes ingresados en la Unidad de Cirugía Cardiaca, se diseñó un Estándar de Cuidados (tabla 1) en el cual se recogían las intervenciones que se deberían de llevar a cabo. Tras la implantación de dicho estándar, consideramos necesario realizar un seguimiento de la cumplimentación de los registros de enfermería.

El Hospital de la Ribera trabaja con el Sistema Informático de Asistencia Sanitaria (SIAS) donde se incluye la historia clínica de enfermería. Mediante este estudio pretendemos, por una parte cuantificar las actividades y datos que registra enfermería, y por otra analizar las posibles mejoras que se pueden realizar en el SIAS y nos permitan mejorar nuestro trabajo diario.

#### **Objetivo**

Determinar el grado de registro de las intervenciones de enfermería en el Estándar de Cuidados en pacientes de Cirugía Cardiaca.

#### **Material y método**

Estudio retrospectivo descriptivo realizado entre los meses de enero/abril del 2004. Tras el cálculo del tamaño muestral (>30 sujetos) se revisaron un total de 59 historias de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca (Bypass y valvulares). En ellos se valoró el grado de cumplimentación de los registros de enfermería y la calidad de los datos registrados.

Para ello se elaboró una hoja de protocolo en la que se recogieron las intervenciones que aparecían en el estándar de cuidados y si éstas estaban registradas y si el SIAS disponía de un espacio adecuado para su registro.

Se procedió al análisis estadístico basado en el cálculo de frecuencias y proporciones de actividades que sí aparecían registradas, qué datos no aparecen registrados y qué intervenciones no disponen de un espacio específico para su registro en el SIAS.

#### **Resultados**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

De los 59 sujetos del estudio, 5 salieron del estudio por éxitus antes de su llegada a sala de hospitalización. Los resultados se muestran en la tabla 2.

#### Discusión

Tras el estudio de los resultados, concluimos que existe un mayor registro de aquellos datos que tienen un espacio específico en el SIAS, como son las constantes, el control de las deposiciones y la descripción de los invasivos.

Por otra parte, existe una falta de registro de aquellos datos que deben reflejarse en los campos de texto libre, como son el estado de la herida, la educación sanitaria, el control del dolor y el descanso nocturno.

Consideramos que sería oportuno que en el estándar de cuidados se especificara los datos mínimos que deben registrarse en los campos abiertos. Además de aportar ideas al departamento de sistemas de nuestro hospital con el fin de mejorar la calidad de los registros informáticos de enfermería: creación de campos cerrados para el registro de ritmo cardíaco, glucemias, control del dolor, educación sanitaria.

Fomentar la formación de los profesionales de enfermería en el conocimiento del estándar de cuidados de cirugía cardíaca, así como en la cumplimentación adecuada de los registros de enfermería.

#### IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN ESTÁNDAR DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIACA.

TABLA DE RESULTADOS.  
DÍA DE RECEPCIÓN EN SALA.

NIC/NOC		¿REGISTRADO?	¿ADECUADO?	¿EXISTE EN SIAS?
		%	%	%
	<b>TOMA DE CONSTANTES</b>			
4040,28	DIURESIS POR TURNO.	90,7	90,7	100
4040,26	TENSIÓN ARTERIAL POR TURNO.	96,2	96,2	100
4040	FRECUENCIA CARDIACA POR TURNO.	74	74	100
4040,27	TEMPERATURA CADA 12 HORAS	64,8	69,8	100
4040,03	RITMO CARDIACO CADA 24 HORAS.	7,4	7,4	0
1870	<b>INVASIVOS(Nº Y DESCRIPCIÓN)</b>	88,8	55,5	100
3360	<b>HERIDA. Estado del aposito.</b>	44	44	100
5510	<b>EDUCACIÓN SANITARIA</b>	3,7	3,7	0
3230	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	3,7	3,7	0
1850	POSICIÓN DE DESCANSO.	0	0	0
1400	<b>CONTROL DEL DOLOR</b>	44	27,7	0
1400,28	PRECISA ANALGESIA EXTRA.	18,5	9,25	100
2102 NOC	VALORACIÓN DEL DOLOR SEGÚN ESCALA EVA.	0	0	0
1850	<b>DESCANSO NOCTURNO</b>	74	9,25	0
3320	<b>OXIGENOTERAPIA.</b>	55,5	55,5	0

#### DIAS POSTERIORES

	<b>TOMA DE CONSTANTES</b>			
4040,28	DIURESIS CADA 24 HORAS	92,5	92,5	100
4040,26	TENSIÓN ARTERIAL POR TURNO.	90,7	90,7	100
4040	FRECUENCIA CARDIACA POR TURNO.	79,6	79,6	100
4040,27	TEMPERATURA CADA 12 HORAS	90,7	90,7	100
4040,03	RITMO CARDIACO CADA 24 HORAS.	5,5	5,5	0
	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>			
4040,3	ECG	87	87	0
	RX DE TORAX	22,2	22,2	0
7610	ANALÍTICA DE SANGRE	70,3	70,3	0
	<b>INVASIVOS</b>			
1876	RETIRADA DE SONDA VESICAL.	85,1	85,1	100
0501 NOC	CONTROL DE MICCIÓN ESPONTÁNEA.	27,7	27,7	100
1870	RETIRADA DE VÍA CENTRAL.	87	87	100
	<b>HERIDA</b>			
3660,27	TIPO DE CURA	5,55	5,55	100
3660,03	ESTADO DE LA HERIDA	46,2	37,7	100
5510	<b>EDUCACIÓN SANITARIA</b>	9,25	0	0
1605 NOC	<b>CONTROL DEL DOLOR</b>	35,18	27,7	0
0501 NOC	<b>CONTROL DE LAS DEPOSICIONES.</b>	98,1	98,1	100

#### Bibliografía

- "Diagnósticos enfermeros NANDA: Definiciones y clasificación 2001-2002" Harcourt Brande. España, 2001.
- "Proyecto de resultados de Iowa. Clasificación de resultados de Enfermería(NOC)" 2ª Edición. Harcourt. Edición española 2001.
- "Proyecto de intervenciones de Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 3ª edic. Editorial Harcourt. Edición española 2001.

#### 40. Tiina Viikmann: *Social Aspects of Lifelong Learning, Based on the Sample of the Advanced-Level-Education Students of the Tallinn Medical School*

The goal of the research was to provide an overview on the social aspects of lifelong learning, based on the sample of the advanced-level-education students

The theoretic framework of the research involves:

- I Changes connected with the development of society
- Insurance of sustainability of the society
- Connections between work and studies

- Importance of the tuition of health care workers
- II Lifelong learning – constructive power of the society
- Importance of lifelong learning
- Teaching and learning of adult learners
- Factors having influencing on learning
- Education as the guarantor of safety

Methodology: opinion polls were used among the students of the Advanced-Level-Education at the period June 1-14, 2002, the number of the participants was 92. The eligible students were required to have studied in the advanced- level-education for at least six months (the program lasts for 2 years).

Results:

1. The main motivation for studying:
  - 100% wish to gain new knowledge
  - 90 % wish to get a diploma of higher education
  - 87% hope for better salary and improved self-esteem
2. The factors promoting the studies:
  - 75% previous working experience
  - 70% previous life experience
  - 61% previous learning experience
  - 98% need support of the family but 91% get it
  - 90% need understanding attitudes of colleagues but 70% get it
  - 86% need support of the teachers but 63% feel to get it.
3. The factors obstructing the studies:
  - 57% heavy workload
  - 17% tensions at home
  - 16% own laziness
  - 16% felt difficulties of adjustment
  - 26% have experienced a slighting attitude towards their efforts to study
  - combining home, school and work has made a quarter of the students nervous. In order to cope with the nervousness half of them had to turn to medication.
  - 28% studying is harder as they grew older
  - the studies have worsened the economical condition of learners, reduced the time which could be spent with family, communication with friends has diminished
4. Readiness for participation in lifelong learning:
  - great interest has been shown to the improvement of professional knowledge
  - 21% wish to continue studies in the master's level
  - 31% considered the gaining of new knowledge, when retired on pension.

Conclusion: The nurses do not yet fully recognize the importance of the lifelong learning and are not ready to participate in it.

Sir John Harvey-Jones has said: "According to my experiences its extremely difficult to teach something to an adult person. But it is relatively easy to create the conditions where they start to teach themselves" Let's make it happen!

#### **41. R.M Labarta, M. Plana, M<sup>a</sup> I. Fernández, R. Balagué, E. Campos, N. Sevilla: ADECUACIÓN ERGONÓMICA DEL CALZADO A UTILIZAR EN LOS CENTROS SANITARIOS DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS) - HOSPITALES Y ASISTENCIA PRIMARIA**

##### **INTRODUCCIÓN.-**

El calzado es un factor importante con relación a la salud en general y específicamente la de los pies, pues puede producir patologías como: lesiones directas en los pies, riesgos para la salud vinculados con el uso del calzado, caídas al mismo nivel, caídas a distinto nivel, fracturas, luxaciones, esguinces y distensiones.

##### **OBJETIVO.-**

Investigar la situación actual del calzado que se utiliza en los centros sanitarios ICS de hospitales y en Atención Primaria

Establecer un calzado que sea ergonómico para la mayoría de los trabajadores / as del ICS, teniendo en cuenta las diferentes actividades profesionales.

##### **METODOLOGÍA.-**

Se recogió información de experiencias relacionadas con el calzado de centros ICS y centros no ICS. Para la elección de los zapatos se tuvo en cuenta la seguridad y la comodidad. Se escogió un modelo de zapato cerrado y un modelo de zueco con tira de sujeción posterior para los servicios que trabajan en condiciones especiales de mucho calor. La población objeto de estudio fueron 61 trabajadores, se tuvo en cuenta que hubiese de todas las categorías.

El instrumento de medida que se uso fue una encuesta, realizada del 1 de noviembre del 2.002 al 28 de febrero del 2003. Se excluyeron los trabajadores con patologías en los pies.

##### **RESULTADOS.-**

Del personal que realizo la prueba con el zapato cerrado el 90% valoraron que era cómoda, el 92% que era flexible, un 84% que se ajustaba bien al pie, un 33% que daba calor, un 8% que resbalaba y solo un 3% que pesaba.

El personal de servicios especiales que probó el zueco con tira de sujeción al talón, 100% opinó que resultaba cómodo, ajustable, flexible, que no daba calor que no pesaba i que no resbalaba.

De los zapatos que se probaron en cocina y lavandería, la opinión fue que eran cómodos, que no daban calor, no pesaban y ajustaban bien, pero los que se probaron en la cocina resbalaban.

##### **CONCLUSIONES.-**

De los 61 trabajadores que realizaron la prueba con el zapato cerrado un 90% opinaron que eran cómoda, un 92% que era flexible, un 84% que se ajustaba bien al pie, y un 20% que daba calor.

Los trabajadores que realizaron la prueba con el zueco con tira al talón lo valoraron muy bien

A la vista de estos resultados se recomendó el uso de los zapatos cerrados que no pesen, que sea ligeros, flexible, que ajuste bien, con suela antideslizante, dado que puede prevenir con mayor eficacia el riesgo de caídas y las lesiones asociadas.

En los servicios especiales con condiciones especialmente calurosas por el tipo de enfermo que se trata se recomiendan los zuecos con tira de sujeción al talón.

Para el personal de cocina, será conveniente hacer un estudio específico investigando el lugar de trabajo y las tareas que se realizan en el, con el fin de conseguir un calzado adecuado.

Esta previsto para el concurso de vestuario del próximo año incorporar el calzado con las características técnicas recomendadas como resultado de esta investigación.

#### **42. Susana Arias Rivera, Pilar Conde Alonso, Raquel Sánchez Izquierdo, Carmen García Granell, Jose Antonio Martín de la Torre Pérez-Cejuela, M<sup>a</sup> Elena Ortega Castro, MA de la Cal López: *Determinación del mínimo volumen desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial***

##### **Objetivo:**

Una utilidad de los catéteres arteriales en las unidades cuidados intensivos es la extracción de muestras sanguíneas para determinaciones analíticas. Para mantener su permeabilidad, utilizamos una perfusión con heparina que podría contaminar y alterar los resultados de estas determinaciones analíticas. Nuestro objetivo fue determinar el volumen mínimo desechable en las extracciones para evitar resultados alterados en los análisis de bioquímica, coagulación y gasometría.

##### **Métodos:**

Estudio prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas. Se incluyeron los pacientes portadores de un catéter arterial (Seldicath®), mantenido con 500 U de heparina en salino de 500 ml, presurizado a 300 mmHg mediante presurizador (Tycos®). El espacio muerto (EM) del sistema en las arterias radiales es de 0,8 ml y de 1 ml en las femorales. Se realizó un análisis de fiabilidad de las medidas, coeficiente de correlación intraclass (CCI), mediante una comparación de varianzas (ANOVA) con medidas repetidas al comparar muestras con diferentes volúmenes desechables: 3 ml+EM, 7,5 ml+EM, 12 ml+EM y 16,5+EM. Las comparaciones individuales se realizaron mediante una comparación de medias con la T de Student y se expresaron gráficamente utilizando el método de Bland y Altman.

##### **Resultados:**

En la bioquímica no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los volúmenes desechados, salvo en el potasio ( $p < 0,001$ ) con 3 ml+EM frente a 16,5 ml+EM, aunque no es relevante clínicamente [diferencia media= 0.1 mEq/l (DS 0,2)]. En los resultados de coagulación se hallaron diferencias significativas en la protrombina ( $p = 0,004$ ) comparando 3 ml+EM frente a 16,5+EM y en la cefalina comparando 7.5 ml + EM ( $p < 0,0001$ ) frente a 16,5+EM. En las determinaciones de gases no hubo diferencias.

##### **Discusión:**

Nuestro estudio demuestra que para obtener resultados analíticos seguros, no es necesario desechar más de 3 ml+EM para la bioquímica y la gasometría, para las determinaciones del tiempo de cefalina sería necesario desechar un mínimo de 7,5ml+EM.

#### **43. Yan-Hui Wang, Hsueh-Erh Liu: *Measure Symptom Distress in Patient with Congestive Heart Failure***

##### **Introduction**

Distress of symptom is the major reason that makes patients visit a clinic. The management of discomfort caused by these symptoms is the focus of clinical nursing practice. According to statistic data about fatality rate from the department of Health, Executive Yuan, Taiwan, R. O. C. in 2002.

The heart disease was the third of all diseases.

##### **Purpose**

To develop an instrument to measure the experiences of symptom distress in patients diagnosed as Congestive Heart Failure and to identify the associated factors.

##### **Method**

Using instruments are included: □The Congestive Heart Failure Symptom Distress Scale□, □Barthel's Scale□, □Fatigue/Stamina Scale□, and □Defining Characteristics of Powerlessness Scale□.

##### **Samples**

Using purposive sampling, a total of 150 samples are collected from both the OPD and wards in a medical center in northern part of Taiwan. Criteria of sample selection were: sample diagnosed as Congestive Heart Failure. Age between 18 - 80 years old, conscious clear, speak Chinese. If they were illiteracy, the researcher used interview and helped them to fill in the questionnaires

##### **Data analysis**

Data were analyzed by the SPSS 10/WIN software package. It included both the descriptive (mean, standard deviation) and inferential statistics (Pearson Correlation, t-test, ANOVA, Nonparametric Analysis, Multiple Regression).

The Correlation of Associated factors with Symptom Distress

	Symptom Occurrence	Symptom Severity	Symptom Dispose	Symptom Distress
Symptom Occurrence	1.00			
Symptom Severity	0.89**	1.00		
Symptom Dispose	0.49**	0.46**	1.00	
Symptom Distress	0.90**	0.93**	- 0.39**	1.00
Fatigue / Stamina				0.41**
Powerlessness				0.48**
Daily Activity Function				- 0.29**

N =150,  $\alpha = .05$ , \* $p <.05$ , \*\* $p <.01$

**45. Tony Long, Claire Hale, Linda Sanderson, Peter Tomlinso, Kristina Carr: *Evaluation of Educational Preparation for Cancer & Palliative Care Nursing for Children and Adolescents: issues in the assessment of practice***

**The Research Design**

**Stage 1** Documentary analysis of outcomes from programmes of preparation for paediatric cancer nursing (n=9) and paediatric palliative care nursing (n=3). Established expected opportunities for shared learning, focus on adolescent needs, and intended processes for clinical assessment.

**Stage 2** Semi-structured interviews with clinical assessors (n=14) and former students (n=12) to establish actual processes of assessment, perceptions of the impact of shared learning, and perceptions of achievement of learning outcomes.

**Stage 3** Videotaped episodes of nursing care & audiotape of patients' families' & nurses' commentary edited, compiled into case materials, and then viewed by an expert panel to establish essential and exceptional attributes of nursing to inform the design of future nursing programmes

**THE CONCLUSIONS FROM STAGE 2**

- Rigorous assessment of clinical skills could not be guaranteed
- The role of student self-assessment and student selected content of assessment was unclear
- The varying degrees of existing knowledge and experience among students negated any effective national standard
- Practices varied widely between centres such that the transferability of achievement was not credible

The comments made in this study by former students and assessors seem to suggest that the efforts of many years to address the theory-practice gap have not been fully successful. The complexities of assessment competence in practice generally are well recognised (Tomlinson & Birchenall 1981 a b, Coates and Chambers 1992, Tomlinson 1999). Nevertheless, if practice is truly acknowledged as being of equal importance to theory (Phillips et al 1993), the task cannot be ignored for ever. (Long and Asbury 2000)

**Key Features of a good assessment process as described by the respondents in this study**

- regular contact with university programme tutors
- university programme tutors being around on study days
- visits of university programme tutors to the units when students were on placement;
- meetings and updates for mentors;
- agreed guidelines about the kind of experience that should be obtained in a specific area;
- an agreed and consistent practice element of the programme which was assessed;
- an assessment document that was clearly specific to paediatric oncology course;
- a degree of flexibility so that students could tailor the experience to suit their specific requirements;
- a greater emphasis on clinical skills development in both the practice experience and the assessment documentation;
- a degree of supernumerary status for students who were on the course but who were staff nurses in that area
- recognition of the work of being an assessor in the staffing levels, with work time being allowed for this kind of activity.

**References**

- Coates V E, Chambers M (1992) Evaluation of tools to assess clinical competence *Nurse Education Today* 12 (2) 122-129.
- Long T, Asbury J (2000) A tripartite approach to assessing practice *Journal of Child Health Care* 4 (1) 35-38.
- Phillips T, Schostak J, Tyler J (2000) *Practice and assessment: an evaluation of the assessment of practice at diploma, degree and post-graduate level in pre- and post-registration nursing and midwifery education*. London: ENB.
- Tomlinson P (1999) Conscious reflection and implicit learning in teacher preparation. Part I: recent light on an old issue. *Oxford Review of Education* 25 (3) 405-424.
- Tomlinson P, Birchenall P (1981) The intelligent use of educational objectives in nursing education: Part I. *Nurse Education Today* 1: 5-10. ( part 11) *Nurse Education Today* 1: 9-12.

**47. M<sup>a</sup> Dolores Guerra Martín, Ignacio Morales Guerrero, Francisco Javier González Díaz, José Márquez Hernández, Jesús Buenadicha Espada, Alberto Arenas Pardo y Vicente Fernández Rodríguez: *El consumo de tabaco en las enfermeras/os del Hospital de la Merced de Osuna***

**Objetivos:**

Conocer las opiniones de los fumadores y no fumadores sobre el hábito tabáquico.  
Conocer el grado de implicación de las enfermeras en la realización de cursos y programas antitabaco.

**Material y método:**

Estudio descriptivo transversal. El instrumento utilizado ha sido un cuestionario sobre el tabaquismo, realizado a enfermeras/os del Hospital de la Merced de Osuna.

El cuestionario ha sido elaborado por el equipo investigador, consta de dos grandes apartados, el primero, general para todos los encuestados y el segundo, solo para los fumadores.

**Resultados:**

- Tamaño de la muestra: 100% de los enfermeros (64,4% mujeres y 35,6% hombres).
- Una minoría fuma en lugares no permitidos y una mayoría dice hacerlo en ¿lugares permitidos? dentro del Hospital.
- Fumadores: 44,4% ( mayor número de hombres fumadores)
- Edad de comienzo: la mayoría ante de los 20 años.
- Entre 15-20 cigarrillos: 57%
- Llevan más de 10 años fumando: 40%
- Realizarían cursos sobre el tabaco: 18%
- Colaboraría en un programa "No fumar en el Centro Sanitario": 20%

**Discusión:**

Pensamos que es bueno que todos los profesionales sanitarios, nos concienciamos de no fumar en los centros sanitarios, para que así éstos sean centros libres de humos y por lo tanto donde se promoció un nivel óptimo de salud entre todos los usuarios, empezando por nosotros mismos como profesionales de salud.

Las enfermeras/os debemos ser las/os encargadas/os de la promoción y educación sanitaria de los usuarios, para así promocionar unos correctos hábitos cotidianos de vida, evitando en la manera de lo posible, las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

**Bibliografía:**

1. Arévalo Alonso J.M., Baquedano Arriazu F.J. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Grupo de Prevención del uso del tabaco. Hospital de "Txagorritxu". Vitoria. Revista Española de Salud Pública v. 71 n. 5 Madrid Sep/ Oct. 1.997.
2. Martínez M.L., Borrás J.M., Méndez E., Peris M., Vidal A. Percepción del riesgo de cáncer y sus causas. Resultados en una muestra de enfermeras y de estudiantes de enfermería. Revista Enfermería Clínica, Lunes 1 de Mayo 2.000. Volumen 10 Número 3 p. 95-105.
3. Martínez, M.L., Borrás, J.M., Méndez, E., Peris, M. y Vidal, A. Percepción del riesgo del cáncer y sus causas. Resultados en una muestra de enfermeras y de estudiantes de enfermería. Revista de Enfermería Clínica. Mayo-Junio 2.000. P. 95-105.
4. Arévalo Alonso, J.M. y Baquedano Arriazu, F.J. Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. Revista Española de Salud Pública, Sept / Oct 1.997 Páginas 451- 462.
5. Camaño Puig R., Benavent Garcés M. Amparo, Cuesta Zambrana A., Sanjuán Nebot, L., Morata Martínez C. Y Martínez Francés A. Tabaquismo en Enfermería. Revista Rol de Enfermería. Dic. 1.990. Páginas 43-45.
6. T. Robledo de Dios I., Sáiz Martínez-Acitores E. Gil López. El tabaco y los profesionales sanitarios.

**51. Ya-Lie Ku, Su-Fen Cheng, Jong-Ni Lin: *Community Health Assessment of Liu-Qiu Village in Tai-Liao Hsiang***

**Abstract**

Community development in Taiwan during 2000 started to extend community integrated management greatly. Community health assessment is an important part of integrated community management. This paper used Lin (2003) model to assess Liu-Qiu village. Windshield survey, key informant interview, participant observation, and questionnaire survey are the methods for collecting community data of Liu-Qiu village. Analysis of community health assessment data, including geographic characteristics, population characteristics, social systems, and community dynamics of Liu-Qiu village, has identified that this village has changed from agriculture into small business; however, the extension of modernization is not complete because people in this village still drink well water. Besides, spare places, polluted ditch, and explored manure pit along with Liu-Qiu road may induce mosquito breeding that may cause Dengue fever. Furthermore, criminals may hide in spare places where village has become chaos. In population characteristics, elder population has been growing up gradually and the left youngsters married with foreign women. The cross-cultural marriage and lack of knowledge about raising children have caused the lower rate of getting immunization. Except for the health of next generation, the elders in this village have chronic illness. Especially the cancer is a taboo for village people to bring into conversation. Health professionals have duties to break traditional taboo that make village people have motivation to talk about cancer, attend cancer screening, prevent risk factors of getting cancer, and change unhealthy life and diet habits. The questionnaire survey has shown that Liu-Qiu villagers like to attend the health courses related to cancer. In solving the problems of Liu-Qiu village, some suggestions are proposed, such as the re-education of death judgment for local clinics by health bureau, re-education of foreign wives how to raise children by health stations, the prevention of violence in the foreign wife's family by social bureau, the management of water by environment bureau, safety management by police station, and the health courses by schools. It is expected to integrate different community resources to make Liu-Qiu village toward the goal of developing better health.

**Key words: assessment, survey, community health status**

**54. Medrano Gurrea, R., A.I. Arriazu Enrique, M. Esquíroz Jáuregui, M.M. Izcue Argandoña, y N. Zaballos: *Evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria en URPA***

**INTRODUCCIÓN:**

El interés por la calidad en salud afecta a todos los implicados: pacientes, gestores y profesionales, y sus objetivos prioritarios son cumplir el compromiso con la ética profesional y lograr el máximo beneficio posible en la salud de los pacientes<sup>1</sup>. Su aplicación en nuestra práctica profesional se traduce en intentar mejorar la atención sanitaria.

Nuestra misión en URPA es prestar cuidados al enfermo durante el postoperatorio inmediato, lo que incluye vigilar y tratar las complicaciones anestésicas y quirúrgicas y tratar el dolor, manteniendo y garantizando la calidad de dichos cuidados.<sup>(2,3,4)</sup>

Para ello, tras evaluar la asistencia sanitaria en URPA<sup>(1,5)</sup> e identificar una oportunidad de mejora en la prestación de cuidados al paciente postoperado de PTR (prótesis total de rodilla), intervenir para garantizar que el estado del paciente esté correctamente registrado inmediatamente antes de ser dado de alta de URPA.

**PACIENTES Y MÉTODO:**

Una vez establecidos los criterios<sup>(2,3,4)</sup> para evaluar la calidad científico-técnica de la atención prestada en URPA, se estudiaron de forma retrospectiva 42 historias de la totalidad de pacientes intervenidos de PTR en el año 2003. Los datos se obtuvieron del registro de URPA, de forma que la ausencia de registro de un criterio se consideró incumplimiento del mismo. Conocimos así la situación de partida, lo que nos permitió enfocar la intervención de mejora en las áreas más deficitarias: registro escrito en la gráfica de enfermería del nivel de dolor, de la escala de Aldrete y del aspecto de los apósitos en el momento inmediatamente anterior al alta de URPA.

La intervención de mejora consistió en modificar el formato del registro de cuidados postoperatorios en la gráfica de nuestra unidad, presentar y explicar a todo el personal el propósito del cambio solicitando su colaboración, implantar el nuevo registro y evaluar los resultados.

La reevaluación de los criterios incumplidos se llevó a cabo en pacientes sometidos a anestesia raquídea e intervenidos de cirugía ortopédica y traumatológica entre el 1 de Julio y el 31 de Agosto de 2004. Se estudiaron 60 historias y se llevó a cabo la misma evaluación del inicio.

Se analizaron los resultados con la prueba de chi cuadrado mediante el programa estadístico SPSS 11.5

**RESULTADOS: (Fig.1)**

Mejoró el registro del nivel de dolor, de la escala de Aldrete y del control de los apósitos. La diferencia no resultó estadísticamente significativa.

No se consiguió mejora ni en el registro de la micción ni en la anotación de la cantidad drenada.

El registro de constantes hemodinámicas (FC, PAS y Saturación O<sub>2</sub>) sigue siendo correcto.

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:**

La mejora obtenida es pequeña pero indicativa de que el cambio es posible.<sup>(6)</sup>

La redacción del criterio micción es incorrecta, probablemente por inconcreta, y debíamos redactarlo de nuevo.

La época del año (vacación estival), y la presencia de personal contratado de nueva incorporación, junto con la provisionalidad de la gráfica modificada, han disminuido el interés por realizar el registro correctamente.

Consideramos que implementar definitivamente la nueva gráfica aumentaría el grado de cumplimiento de la misma.

Para mejorar los resultados obtenidos tras nuestra intervención debemos incidir en la importancia de la correcta cumplimentación de la gráfica a la vez que redactamos de nuevo los criterios mal definidos.

**AUTORES:** Medrano Gurrea,R.<sup>(1)</sup>, Izcue Argandoña M.M.<sup>(1)</sup>, Arriazu Enrique A.I.<sup>(1)</sup>, Esquíroz Jáuregui M.<sup>(1)</sup>, Zaballos Barcala N.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Enfermeras de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor (URPA). Hospital de Navarra

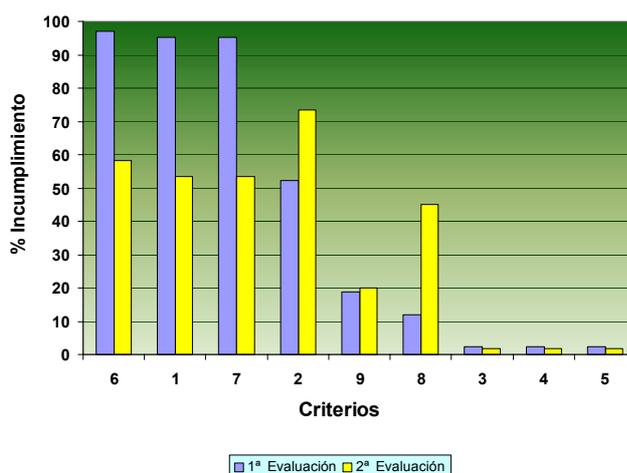
<sup>(2)</sup>Adjunto de Anestesia, Hospital de Navarra

**Tabla 1.Criterios de Calidad**

CRITERIO	EXCEPCIONES	ACLARACIONES
1. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla debería tener registrada en la gráfica de URPA la puntuación de la escala de Aldrete en el momento del alta.	Trastornos motores de extremidades inferiores como paraplejía o hemiplejías. Si hay orden médica escrita aunque la puntuación sea menor.	El registro de la puntuación de Aldrete debe efectuarse en el momento del alta aunque ya se haya registrado anteriormente una puntuación máxima.Esta aclaración se añade despues de comprobar la no fiabilidad del criterio definido
2. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá presentar una micción espontánea para ser dado de alta de la URPA.	Si el paciente es portador de sonda vesical. Enfermedades prostáticas Orden médica escrita sin micción espontánea.	Cualquiera de las excepciones debe cumplir la ausencia de globo vesical.
3. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá tener una presión arterial sistólica no inferior a 100 mmHg, para ser dado de alta de la URPA.	Presión arterial sistólica previa a la inducción anestésica inferior a 100 mmHg.	

4. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá presentar una frecuencia cardíaca no inferior a 50 latidos por minuto en el momento de alta de la URPA.	Frecuencia cardíaca previa a la inducción anestésica inferior a 50 latidos por minuto.	
5. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá presentar al menos una saturación arterial de oxígeno de al menos 90 % con aire ambiente en el momento de alta de la URPA.	Saturación arterial de oxígeno previa a la inducción anestésica con aire ambiente inferior a 90 %.	
6. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá puntuar el dolor igual o inferior a 4 en el momento del alta, según una escala analógica verbal (EVA) de 0 a 10.	Pacientes con tratamientos de dolor crónico.	
7. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla no deberá presentar signos de sangrado en apósitos.	El sangrado ha sido revisado por el médico responsable y hay alta firmada por escrito.	Se considera el sangrado desde el ingreso en la URPA marcando la cantidad en el apósito. Heridas sin suturar o con drenajes abiertos tipo Penrose. Si no está registrado el control del sangrado no cumple el criterio.
8. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla deberá tener controlado y registrado el control de los drenajes.	El sangrado ha sido revisado por el médico responsable y hay alta firmada por escrito.	Si no está registrado el control del sangrado no cumple el criterio.
9. Todo paciente intervenido de prótesis de rodilla portador de un drenaje tipo recuperador de sangre debe tener cumplimentada la hoja de control de dicho recuperador en el momento del alta.	No hay. Es un criterio de obligado cumplimiento	Se considera la hoja debidamente cumplimentada si están anotados los datos que se requieren en <u>todas</u> sus casillas.

Figura 1.- Resultados



Criterios	
1	ALDRETE
2	MICCIÓN
3	PAS
4	FC
5	SAT
6	EVA
7	APÓSITOS
8	DRENAJES
9	RECUPERADOR

## BIBLIOGRAFÍA

1. Saturno Pedro J. Evaluación y mejora de la calidad en atención sanitaria (Curso 2003-2004 a distancia en gestión de la calidad en los servicios de salud). Universidad de Murcia.
2. Umanoff M. El paciente tras la anestesia local y regional. En: Frost EAM, Goldiner PL Cuidados postanestésicos. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994. p. 137-148.
3. Aguilar JL, Ortells J, Sierra JC. ¿Qué debe saber la enfermería sobre anestesia locorregional?. Farmacología y anatomía. En: Puesta al día en anestesia regional y tratamiento del dolor. Barcelona: MRA Editores (J de Andrés) 2002; p. 199-203.
4. Andreu P, Pinillos M. Estandarización de los cuidados de enfermería en preanestesia. Gestión y evaluación de costes sanitarios 2002; 3: 35-48. Disponible en url: [http://www.fundacionsigno.es/club\\_signo/revista/revista\\_34/35-36.pdf](http://www.fundacionsigno.es/club_signo/revista/revista_34/35-36.pdf)
5. Saturno PJ: Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Revista de Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.

## 55. Ilundain Ayala, E., Medrano Gurrea R., Urricelqui Chasco A., Caro Sainz L.: Utilización de las medidas preventivas frente a los riesgos biológicos por el personal de enfermería

### Introducción

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de Noviembre, y el más reciente RD 664/1997, de 12 de Mayo, sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo marcan claros objetivos al promover la seguridad y salud de los trabajadores, y exigen la aplicación de medidas de protección y el desarrollo de actividades de prevención de tales riesgos en el ámbito ocupacional sanitario.

En los centros sanitarios podemos encontrar con riesgos relacionados con las condiciones de seguridad, con el medio ambiente de trabajo y el microclima laboral y con la carga y organización de trabajo. La planificación de las actuaciones preventivas que vayan encaminadas a la eliminación o disminución de los niveles de riesgo debe afrontarse desde una perspectiva integral que se asiente en la formación, la información y la participación de los trabajadores<sup>(1)</sup>. En nuestro medio, el riesgo biológico es el que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos, el personal que presta asistencia directa a los enfermos y el de laboratorio que procesa muestras contaminadas<sup>(2)</sup>. La mayoría de los accidentes biológicos se producen en el colectivo de enfermería<sup>(1,3,4,5,6)</sup>, y las graves e incluso mortales consecuencias de que ellos se derivan nos ofrecen unas alarmantes cifras que hay que reducir (100 accidentes con riesgo biológico en el Hospital de Navarra en el año 2003, de los cuales el 66% corresponden a enfermeras y auxiliares). Ahí radica el interés especial que tenemos en recoger información acerca de la utilización de las medidas preventivas frente a los riesgos biológicos que presuntamente el personal de enfermería ha de conocer y poner en práctica, convirtiéndose esto último en el **OBJETIVO** de nuestro estudio.

### Personas y método

Se estudia la población de 97 enfermeras y auxiliares de los servicios de Urgencias y URPA del Hospital de Navarra, a las cuales se les pasa una encuesta de ítems cerrados en la que tienen que contestar si aplican o no las medidas de prevención de riesgos biológicos<sup>(1)</sup> en su actividad laboral diaria, pudiendo hacer anotaciones al margen que serán útiles para la interpretación de los resultados. Se recogieron 50 encuestas de las 97 entregadas.

No se recogieron datos acerca del sexo ni de la edad porque creemos que la prevención en el trabajo debe ajustarse a todas las personas, independientemente de su sexo, edad o experiencia profesional.

### RESULTADOS (tabla 1)

El 90 % de las personas encuestadas está vacunada contra la hepatitis B.

En la mayoría de los casos (>90 %) usan guantes para manejar fluidos o realizar procedimientos invasivos; eliminan las agujas en contenedores rígidos; usan material de un solo uso y ante un accidente laboral acuden al servicio de prevención para su tratamiento, registro y notificación, o al servicio de urgencias si el primero no está en su horario de funcionamiento.

En cuanto a las normas de higiene personal hay que destacar que sólo el 26% se retiran los anillos y otras joyas a la hora de trabajar, y que el 76 % se lavan las manos antes y después de atender al paciente.

El uso de los elementos de protección de barrera no es muy frecuente: el 50% usan mascarillas; el 20% protección ocular y un 40% usan delantales impermeables cuando se previenen salpicaduras de sangre o fluidos.

En cuanto al manejo de los objetos punzantes o cortantes, el 68 % no los reencapsula y se eliminan en contenedores de bioseguridad ( en un 92%).

El enfermo que precisa aislamiento se lleva a cabo en el 58 % de los casos

### Conclusiones y discusión

Es necesario dar a conocer los resultados de esta encuesta al personal implicado, y a ser posible al resto del personal del centro, ya que seguimos cometiendo graves errores a la hora de trabajar que ponen en peligro nuestra seguridad y la de otros pacientes.

Nos parece importante incidir en el tema de no reencapsular las agujas y de eliminarlas correctamente, ya que con estos elementos se producen la mayoría de los accidentes en nuestra profesión.<sup>(3,4)</sup>

Este punto, así como una correcta aplicación de las normas de higiene son básicos a la hora de efectuar nuestro trabajo, pero todo ello es una parte del adecuado nivel de conocimientos que debemos poseer por el bien del paciente y el nuestro propio.<sup>(7,8)</sup>

En cuanto al uso de sistemas de protección de barrera hay que comprobar que la empresa pone los medios adecuados para que éstos estén disponibles en cualquier momento; y en el tema del aislamiento dependemos de la estructura, ya que en la URPA no se puede llevar a cabo por la disposición arquitectónica.

La ley ampara al trabajador según el Real Decreto 664/1997 para obtener los recursos necesarios para su protección, pero también nos obliga a usar adecuadamente los medios a nuestro alcance, informar y notificar cualquier situación de riesgo y contribuir a mantener unas condiciones de trabajo seguras.

### Bibliografía

1. SATSE (Sindicato de Enfermería). Guía para la prevención de riesgos biológicos. 2000.
2. CRISTÓBAL D, PARRÓN T, CARREÑO F.J. Análisis de los riesgos de exposición biológica en Centros de Salud. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 2003; 24:18-24.
3. TABOADA J.M. Accidentabilidad laboral en el Hospital de Conxo. Enferm Cientif 2001; 232-233:78-84.
4. CANINI S.R., GIR E, HAYASHIDA M, MACHADO A.A. Accidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(2):172-178.
5. SÁNCHEZ M.T., OÑA S. Agujas: factor de riesgo en el hospital. Todo Enferm 1993; 1(0): 17-21.
6. BLASCO S, SALINAS J.I. Evaluación y seguimiento de los accidentes con material biológico en el personal del Hospital Vega Baja (Orihuela). Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana 2000; 73-79.
7. MARTÍN M, TOMAS M.T., LEGAZ M.E., PIÑERO M, NIÑANO I.J., MARTÍNEZ M.I. A propósito de la prevención de riesgos laborales por enfermería de urgencias de un hospital comarcal. Ciber Revista de la Sociedad Española de enfermería de Urgencias y Emergencias 2003; nº17
8. FORTES E. Conocimientos y actitudes de los profesionales de salud del Hospital Carlos Haya frente a la infección por VIH y SIDA. Enferm Cientif 1998; 196-197: 23-32.

TABLA 1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

PROTECCIÓN FRENTE A RIESGOS BIOLÓGICOS	% AFIRMATIVO
Vacunación frente a la hepatitis B	90 %
Protección de cortes, heridas etc.	84%
Lavado de manos pre y post atención a un paciente	76%
Guantes para manejo de sangre, fluidos etc.	96%
Mascarillas si riesgo de salpicaduras a la boca o nariz	50%
Protección ocular si riesgo de salpicaduras a los ojos	20%
Ropa impermeable si se manejan grandes volúmenes de sangre o fluidos corporales	40%
No reencapsular las agujas	68%
Eliminar los objetos cortantes en contenedores específicos	92%
No abandonar estos objetos en cualquier sitio	74%
Comprobar las ropas antes de enviar a lavandería	86%
Considerar todas las muestras potencialmente infectadas (no señalización)	83%
Aislamiento del paciente si precisa	58%
Eliminación adecuada de residuos y fluidos	86%
Utilización de material de un solo uso	98%
Limpieza y aclarado correctos antes de esterilizar	80%
En caso de exposición accidental:	
Arrastre del contaminante	74%
Tratamiento local	88%
Acudir al servicio de prevención	96%
Acudir a urgencias fuera del horario del servicio de prevención	90%
Conocimiento del sistema de notificación y registro de accidentes	53%

**57. J. Abadía Mainer, M. Fernández Núñez, D. González Puértolas, A. Huertas Bados, M. Latasa Origüen, P. Rello Varas, A. Sáez González, M. Solano Usón: Papel de enfermería**

## **en la evolución de la fístula arteriovenosa interna. Revisión de incidencias en primeras punciones**

### **INTRODUCCIÓN**

En un muy corto período de tiempo el personal de enfermería de nuestra unidad de diálisis observó que la evolución de la extremidad portadora de fístula arteriovenosa interna (FAVi) de dos de nuestros pacientes que comenzaban su tratamiento de hemodiálisis periódica (HDP) fue ciertamente mala, dándose el caso de que hubo de colocárseles sendos catéteres percutáneos venosos para poder continuar el mismo. Esta observación nos dio pie a hacernos muchas preguntas en cuanto a la calidad de nuestros cuidados. Así nos decidimos a realizar un estudio descriptivo retrospectivo simple para valorar si lo observado es una evolución muy dada en nuestros pacientes o fue solo la casualidad del momento

### **OBJETIVOS**

Como objetivo principal nos propusimos optimizar las técnicas de bipunción y hemostasia en primeras HD (hemodiálisis) de cara a mejorar el bienestar del paciente. La finalidad del estudio es rastrear la evolución de la FAVi en las primeras semanas de hemodiálisis en nuestros nuevos pacientes. De este modo conseguir una valoración de cómo lo estamos haciendo en la actualidad. Nos planteamos varias cuestiones de investigación: ¿qué porcentaje de pacientes que comienzan HD en nuestra unidad, cuyo acceso es una FAVi, deben "descansar" del tratamiento por complicaciones en la extremidad afecta? ¿a cuántos de ellos es preciso colocarles un catéter percutáneo por ese mismo motivo?

### **MÉTODO**

La población de estudio son todos los pacientes que han comenzado tratamiento de HD periódica en nuestra Servicio de Diálisis durante los años 2000, 2001 y 2002, que han continuado el mismo en nuestra Unidad de crónicos y cuyo acceso fuera FAVi tanto natural como protésica, la cual es normofuncionante en el momento del estudio. Para la recogida de datos se confeccionó una ficha y los mismos fueron extraídos de la historia de enfermería, historia clínica y encuesta al paciente. En cuanto a la recogida electrónica de los datos y la posterior lectura y comparación de los resultados, se utilizó el programa Epi-Info 2002.

### **RESULTADOS**

Se pudo completar la ficha de 44 pacientes. Las FAVis tuvieron más de 45 días de maduración en 37 pacientes (gráfico 2). Por grupos de edades son los mayores de 60 años los más numerosos tanto en valores totales como en número de necesitados de catéter (gráfico 1). En ningún caso se ha encontrado que los datos obtenidos tengan significado estadístico.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos nos tranquilizaron. No parece que las cosas se hagan mal en la Unidad. Los casos de necesidad de catéter detectados del total son un porcentaje bajo. No obstante seguimos muy ilusionados con la idea de protocolizar la manera de proceder ante las nuevas FAVis y sus portadores y poder optimizar esta actividad en nuestra Unidad. A pesar de la no significación estadística, nos resulta llamativo el porcentaje de pacientes que tienen FAVi localizada en cualquiera de sus codos y aparece mal función; claro que a ello se añade la edad y que han fracasado ya otras localizaciones. Demasiados factores. La mayoría de las FAVis son maduras en tiempo, según todos los estudios y recomendaciones revisados, pero no resultan efectivas así que creemos necesaria una vigilancia de esos pacientes a los que se les ha practicado la cirugía pero todavía no entran en el programa de HD periódica. Es altamente probable que olviden la FAVi y hagan poco o nada por tenerla a punto. En nuestro Servicio no existe un seguimiento por parte de enfermería de los pacientes pre-diálisis; opinamos que, en vista de los resultados, tendremos que proponerlo.

## **58. Ana María Dyniewicz, Maria Gaby Rivero de Gutiérrez: *Prácticas educativas em metodología de pesquisa para enfermeras clínicas de un hospital universitario***

### **Introducción.**

La acción investigativa es fundamental para las enfermeras, pues les posibilita adquirir, producir y profundizar sus conocimientos, actualizar y evaluar sus prácticas, crecer profesionalmente por el estímulo a la reflexión sobre nuevas formas de conducir su trabajo y despertar para la necesidad del conocimiento estructurado científicamente. No obstante el reconocimiento de su importancia, estudios muestran que las enfermeras enfrentan dificultades para llevar a cabo proyectos de investigación científica, así como para usar los resultados de investigaciones en la práctica clínica<sup>(1-4)</sup>.

### **Objetivos.**

Estimular la participación de enfermeras clínicas en prácticas educativas en metodología de pesquisa, visando su capacitación para la elaboración y conducción de proyectos de investigación; incentivar la divulgación de los resultados de sus investigaciones y evaluar la experiencia de su participación en esas prácticas.

### **Método.**

El estudio fue realizado en un Hospital Universitario de Brasil, en el período de 2000 a 2002, del cual participaron 86 enfermeras. Para implementar las prácticas educativas fueron utilizadas las bases teóricas del aprendizaje por descubrimiento y tutoría<sup>(5-7)</sup>, además de estrategias de enseñanza humanista<sup>(8)</sup>. El programa constó de dos módulos de cursos sobre metodología de la investigación científica, con 15 horas cada módulo, complementado con orientaciones individuales (entre 12 a 20 horas), con la finalidad de atender necesidades personales de enseñanza y aprendizaje de las alumnas.

### **Resultados.**

De las 86 enfermeras que participaron del programa, 70 (81,4%) presentaron un proyecto de investigación al término del curso, pero solamente 28 de ellas (40,0%) lo implementaron y divulgaron los resultados obtenidos en eventos científicos o en periódico de circulación nacional. Las investigaciones eran constituidas, en su mayoría, por relatos de experiencia o pesquisas descriptivas y exploratorias. Según las enfermeras, el programa les proporcionó la oportunidad de adquirir y aplicar los conocimientos sobre investigación científica, en que pese las dificultades encontradas, principalmente decurrentes de la falta de dominio de la metodología científica, de las condiciones laborales y de la falta de apoyo efectivo por parte de la administración superior de la institución. Estudios muestran que el apoyo institucional y la utilización de estrategias de acompañamiento e incentivo continuos son esenciales para la adquisición de competencias en investigación científica<sup>(9,10)</sup>. Por otra parte, las enfermeras también mencionaron algunos aspectos

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

positivos de esa experiencia, destacando entre ellos: el despertar para la importancia de la investigación como instrumento para modificar la práctica, la oportunidad de divulgar los resultados de sus estudios y la colaboración para la creación de un centro de investigación en enfermería en la institución.

**Conclusión y consideraciones finales.**

Conducir las prácticas educativas en investigación científica con enfermeras clínicas y divulgar los resultados de esa producción, exigieron el afrontamiento de situaciones relacionadas, tanto al contexto institucional donde ellas se realizaron, cuanto al contexto individual de cada una de las participantes del programa. Quedó evidenciada la interdependencia de las acciones que visan la capacitación de las enfermeras para la conducción de investigaciones científicas con los prolongamientos ético, legal, existencial y político en ellas involucradas. Las experiencias en este estudio mostraron también, que extraer de la realidad empírica el objeto de investigación posibilitó, entre otros beneficios, resaltar el valor simbólico de las prácticas educativas, una vez que ellas trascendieron al incentivo para que las enfermeras incorporasen el espíritu de la investigación e iniciasen su inserción en el circuito científico de enfermería. Descubrir, organizar y compartir el resultado de sus estudios con las colegas fue muy significativo para ese grupo de enfermeras.

Tabla 1 – Situación de los proyectos de investigación de enfermeras clínicas de un hospital universitario que participaron de prácticas educativas sobre metodología de pesquisa – Brasil, 2002.

Situación de los proyectos	nº	%
concluidos	42	49%
concluidos e implementados	28	33%
inconclusos	16	19%
<b>total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

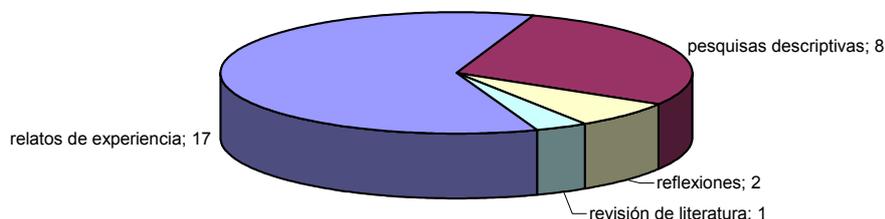


Figura 1 - Producción científica de enfermeras clínicas de un hospital universitario que participaron de prácticas educativas sobre metodología de pesquisa, según los tipos de publicación. Brasil, 2002.

**Bibliografía**

1. Cassiani SHB, Pelá NTR, Stopa MJR, Aguiar E, Cologna MHYT. O processo de desenvolvimento de pesquisas clínicas em hospitais: Relato da experiência de um programa. REBEn 1998; 6(1):285 – 92.
2. Castilho V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento profissional. O mundo da saúde 2000; 24(5):357-60.
3. Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization: an integrative review. Nurs. Clin. North Am. 1995; 30(3):395-407.
4. Carroll DL, Greenwood R, Lynch KE, Sullivan JK, Ready CH, Fitzmaurice JB. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. Clin. Nurse Spec. 1997; 11(5):207-12.
5. Gagné RM. Diversas espécies de aprendizaje y el concepto de descubrimiento. In: Shulmam LS, Keislar ER. Aprendizaje por descubrimiento: evaluación crítica. México: Trillas; 1974.
6. Gagné RM. Como se realiza a aprendizagem. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 1983.
7. Ausubel DP. Algumas limitações psicológicas e educacionais da aprendizagem pela descoberta. In: Nelson LN. O ensino: textos escolhidos. São Paulo (SP): Saraiva; 1980. p. 279-96.
8. Rogers C. O relacionamento interpessoal: o núcleo da orientação. In: Nelson LN. O ensino: textos escolhidos. São Paulo (SP): Saraiva; 1980. p. 317- 31.
9. Byrne MW, Keefe MR. Building research competence in nursing through mentoring. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34(4): 391-6.

10. Youngblut JM, Brooten D. Institutional research responsibilities and need infrastructure. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34(2): 159-64.

**59. Jordi Sanz Castilla, Jose M<sup>a</sup> Barradas Ruiz, M<sup>a</sup> Carmen Martín Florido, Montse Paños Martínez, Eulalia Alavedra Doménech, Montse Ortega Raya: ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CATETERES PERIFERICOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA**  
**INTRODUCCIÓN.**

Creemos que un mayor calibre del catéter no tiene porque aumentar la durabilidad de estos, y por el contrario creemos también que siendo el catéter de menor calibre, el paciente se puede beneficiar positivamente, obteniendo como mínimo los mismos resultados de durabilidad y con la diferencia de que el traumatismo ocasionado será menor y a su vez los intentos de venopunción en un mismo paciente también se verán reducidos durante su ingreso.

Actualmente en nuestro servicio y en varios estudios publicados (1,2) el catéter de elección es el de 20 m/m de Ø. Hay autores que comentan que el tamaño de catéter no se relaciona con la flebitis post-punción (1), en cambio en otros estudios recomiendan realizar las venopunciones con catéteres de menor calibre para evitar tanto las flebitis como los hematomas (2). Por el contrario en un estudio realizado con neonatos los resultados obtenidos recomiendan catéteres de mayor calibre(6).

**OBJETIVOS: PRINCIPAL**

Determinar si el calibre del catéter influye en la durabilidad de las venopunciones.

**SECUNDARIOS.**

- Conocer la correlación de flebitis y extravasaciones para cada tipo de catéter.
- Determinar si existe relación entre la duración de los catéteres y las variables sociodemográficas, especialmente las de edad y sexo.
- Determinar si existe relación entre el estadio de la enfermedad (Child) y la durabilidad de los catéteres.
- Conocer mediante escala numérica, el dolor estimado por los pacientes para cada tipo de catéter.
- Determinar si aumenta el número de intentos de venopunción en función del calibre del catéter.
- Valorar la dificultad de inserción del catéter mediante la escala de González (2)

**METODOLOGIA.**

Ensayo clínico randomizado, prospectivo y abierto. El estudio se realizó en la 8ª planta de la CSPT, donde se encuentra la Unidad de Hepatología. el número de punciones calculadas son de 150. El catéter asignado a cada paciente, fue de forma aleatoria simple. El periodo para la obtención de la muestra a estudiar fue de un año. Realizados criterios de selección: inclusión y exclusión.

Se realizaron reuniones para ponernos de acuerdo en la forma de fijación del catéter, en la revisión bibliográfica encontramos la necesidad de una buena fijación de estos (1, 2, 3, 8).

**RESULTADOS**

**DURABILIDAD.** La media del catéter nº 20 ha sido de 69.4h Vs 84.09h para el catéter nº 22.

**FLEBITIS.** Un 35,1 % en los catéteres del nº 20, por un 18,4 % en los del nº 22. Con P = 0,027.

**EXTRAVASACIONES.** Para el nº 20 ha sido del 21,6%, y del nº 22 se han producido en un 26,3 %, ligeramente superior, pero sin significación estadística, P = 0,501.

**DURABILIDAD Vs. CHILD.** Un 3 % de punciones han sido canalizadas en pacientes con Child C, su media de duración ha sido de 79,87h. Para los estadios A y B, hubo un 19.2% child A con una durabilidad de 62,21h y un 31.5% child B, que su media de duración fue de 81,03 h.

**INTENTOS DE VENOCISIS.** Con 1 intento 70.3% para el nº20 y un 71% para el nº22. Con 2 intentos, un 23% par el nº20 y un 20% para el nº22. Con 3 intentos un 7% para el nº20 y un 9% para el nº22.

**DIFICULTAD DE INSERCIÓN.** Los catéteres del nº 22 no han implicado ningún tipo de dificultad en su inserción en un 67,1 % por un 54,1% en los catéteres del nº 20.

**ESCALA DE DOLOR.** Conforme la escala de dolor va aumentando, la diferencia entre uno y otro catéter se va igualando. La media de dolor en el catéter nº 20 es de 2,73 y en el catéter nº 22 de 2,45.

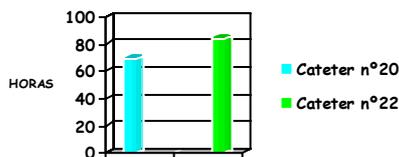
Existen otros resultados de interes. Jsanz@cspt.es

**CONCLUSIONES**

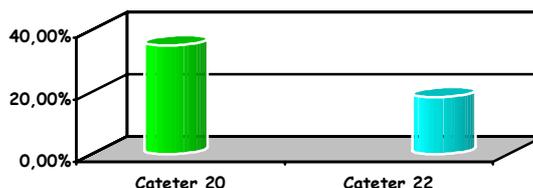
- Los catéteres del nº 22 tienen una mayor tendencia a durar más que los del nº 20 y sobre todo produce un menor número de flebitis con significación estadística.
- No existe relación entre Child, nº de catéter y su durabilidad.
- Las variables sociodemográficas, edad y sexo no interfieren en la durabilidad de las venopunciones.
- El dolor percibido por el paciente, los intentos de venoclisis y la dificultad de inserción de los mismos son factores que ofrecen resultados parecidos para uno y otro catéter.
- Otros factores como son el tipo de conexión utilizado y el ser portador o no de suero terapia y antibiótico terapia, influyen sin llegar a tener una significación estadística, tanto en la duración del catéter como en la aparición de flebitis, independientemente del nº de venopunción utilizado.
- Cuando existe dificultad en la canalización, podremos utilizar con toda tranquilidad un catéter de pequeño calibre (nº 22), pues nos ofrece plenas garantías en comparación con uno mayor (nº 20), si bien no lo podemos elegir como catéter de elección.

**GRAFICAS**

### DURACIÓN EN HORAS



### PORCENTAJE DE FLEBITIS



### BIBLIOGRAFIA.

1. M.P. CORCOLES, T. RUIZ, D. GARCIA: "Flebitis postpunción, estudio en un Área de Cirugía." Revista Rol de enfermería. Septiembre 1996; (217): 13-16.
2. E. M<sup>a</sup>. SAN NICOLAS MAÑOGIL, V. AMAT PUIG: "Identificación de las variables implicadas en la venopunción respecto a la flebitis mecánica." Enfermería Clínica. Núm. 186-187 Septiembre - Octubre 1997.
3. J. M. TABOADA COTÓN, A. MONTES MARTINEZ, M. TARACIDO TRUNK. "Complicaciones de la terapia intravenosa: flebitis, análisis de los factores de riesgo". Enfermería Clínica. Núm. 206-207, Mayo - Junio 1999.
4. KATHY KOKOTUIS, RN, BS, MBA. Vascular Acces Clinical Educator. Resources, Inc.Crown Point, Ind. "Prevención de la flebitis química". Nursing 99. Marzo: 19 - 24.
5. LARA BARON, A.M<sup>a</sup>; VILLELA RODRIGUEZ, ESTHER. "Complicaciones en la instalación y manejo de la venoclisis". Desarrollo Científico Enfermería.1995 ene; 3 (1): 19 - 27.
6. LL. RUMI BELMONTE, M. SELVAS MARTINEZ, J.L. SOLAS GIMENEZ, J. TORRALBAS ORTEGA. "Estudio comparativo de sistemas de venoclisis en Neonatología". Enfermería Clínica. Mayo - Junio 94. Vol.4, Núm.2.(109-117).
7. SAMSON, M.D., CLAIRE, L., WATSON, R.N.: "A question of safety.<The cateter VS the Meedle>". The American Journal of intravenous therapy. April, May, 1997.
8. SILVEIRA RODRIGUEZ A. J., RIAL QUINTANS R., GARCÍA J.M., GARCÍA M.P., REQUEIJO REY F.J., BONOME GARRIDO A.: "Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de prolongación hospitalaria". Enfermería Científica. 1992; 118: 20 - 1.

### 60. Katayon Esmaeili, Shirin Iranfar, Homayon Esmaeili, Maryam Esmaeili, Parvin Abasy: *Determination and Comparison of the Music and Rhythmic Breathing Techniques on pain Severity during IV Cannulation*

Pain during IV Therapy in Children is a worth Experience to improve the negative effect in medical care. We have been evaluated two different methods to determine and compare the effects of music and Rhythmic Breathing Techniques on pain severity during IV cannulation in clients in Thalassemic Centre in Kermanshah in 2003 .

Clinical Trial was carried out on 36 normal clients who were between 6 - 12

Years old, The clients were not on medication. They were conscious, during this test and were able to take care of themselves. A questionnaire was designed to collect data, based their Economic background and medical histories, two standard scales (OCHER and CHEOPS) were used to asses the degree of pain.

Each subject was evaluated for severity of the Pain .In three times interval, the degree of the pain was measured, in normal condition, after hearing Music with Headphone and after Rhythmic breathing Techniques.

Results of these study showed that the degree of the pain in normal condition was reduced significantly ( $p < 0.001$ ), compared to the Music and Rhythmic Breathing Techniques.

In this Research, all of subjects were requested and preferred to use Headphone during blood Transfusion.

These methods are useful to promote quality of life and satisfaction in the clients who need long term medical attentions.

Key words: Pain, Music, Breathing Rhythmic Technique, OCHER, CHEOPS, children,Thalassemia.

### 61. Katayon Esmaeili, Shirin Iranfar, Mojdeh Asarehzadegan, Fatemeh Daraby: *View point of patients about situation of territory and personal space in the hospital*

Territory and personal space in the hospital are most important for admitted patients, considering of this, the study was carried out to determine of view point of patients about situation of territory and personal space in Kermanshah hospitals (in 2004 ). Descriptive study was carried out on 298 patients who were selected by cluster and Randomize sampling. A questionnaire was designed in three parts for data collection.

Mean of age of patients was  $42.9 \pm (18.9)$  years old and they have been admitted for  $7.7 \pm (6.3)$  days . 31.3 % of Patients were uneducated. View point of them were optimal for the nurses

More than the doctors (24.9 % VS 5.4 %). There was a significant difference between

Job ( $p < 0.003$ ), type of disease ( $p < 0.05$ ), and education level ( $p < 0.05$ ) with nurses performance related to Territory and personal space Compared to the physician's performance. Also, there was good correlation between previous admissions of the same patients with doctor's performances ( $P < 0.05$ ).

As whole, in considering of long term contact nurses with patient, subject's satisfaction about Territory and personal space in hospital, were better than doctors.

Key words: view point, patient, territory, personal space, nurse, and doctor.

## **62. P Serrano Gallardo, AM Giménez Maroto y C Fernández Díaz: VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL FORMULARIO PARA LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESMENT SCREENING TOOL)**

### **INTRODUCCIÓN:**

El FHPAST (Funcional Health Pattern Assessment Screening Tool – Formulario para la Valoración de los Patrones Funcionales de Salud (FVPFS)) fue desarrollado por D. Jones and F. Barret en 1996, con la finalidad de que se constituyera como instrumento fiable y válido para indagar los Patrones Funcional de Salud (M. Gordon) y delinear la salud funcional (1). Los Patrones Funcional de Salud de M.Gordon son ampliamente utilizados en España y han sido incluidos en el soporte informático para la Atención Primaria (OMI-AP) (2-5); este nuevo instrumento podría ser de gran utilidad para la enfermera dado que supondría un ahorro de tiempo, a la vez que una garantía para llevar a cabo una valoración enfermera de calidad. En el año 2002 se inició el proceso de validación de dicha herramienta en el entorno español; en el momento actual ya se ha realizado la validación lingüística y semántica, así como la de aspecto y contenido (6). El objetivo del presente trabajo es la determinación de la validez de constructo del FVPFS.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. La validez de constructo se consigue cuando la medición de cierto fenómeno está en concordancia con otra medición sobre el mismo fenómeno; se parte de una conexión conceptual y teórica entre las dos mediciones (7). Para este trabajo se ha partido de la conexión entre los Patrones Funcionales de Salud (explora 11 patrones funcionales de salud) (8) y el cuestionario de salud SF-36 (explora 8 dimensiones del estado de salud) (9); centrándose dicha conexión específicamente en salud percibida relacionada con los patrones: Percepción y Mantenimiento de la Salud, Actividad y Ejercicio, Cognitivo-Perceptual, Autoimagen y Autoconcepto, Rol-Relaciones y Adaptación y Tolerancia al Estrés. Se aplicaron ambos instrumentos en una muestra de 40 sujetos, 20 procedentes de una población adulta que asiste a consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud y 20 estudiante que cursan la Diplomatura en Enfermería. Para el tratamiento de los datos numéricos se está utilizando el paquete SPSS, computándose índices de estadística descriptiva y el coeficiente de correlación de Spearman (se consideró significativamente estadístico valores de  $p \leq 0,05$ ).

### **RESULTADOS:**

Se obtuvieron resultados de ambos tests (FVPFS y SF-36) de 33 sujetos; 16 estudiantes con una media de edad de 20 años (DE:2,07) y 17 usuarios con una media de 50,47 (DE:12,62). La correlación entre el Patrón de Percepción y Mantenimiento de la Salud y una dimensión del SF-36 vinculada a este patrón, fue de 0,63 ( $p=0,001$ ). Para el patrón de Actividad y Ejercicio, la conexión con el SF-36 en su dimensión concreta de "Limitación percibida para la realización de actividades de un día normal", obtuvo una correlación de 0,43 ( $p=0,013$ ). El patrón Cognitivo-Perceptual y la dimensión del SF-36 "actividad dificultada por el dolor" también se alcanzaron una buena correlación (0,65;  $p=0,000$ ). La Autoimagen y el Autoconcepto percibida tuvo una correlación de 0,83 ( $p=0,000$ ) con el aspecto del SF-36 "se sintió feliz en las 4 últimas semanas". El patrón Rol-Relaciones y la dimensión "actividades sociales dificultadas por la salud" del SF-36 mostró una correlación de 0,40 ( $p=0,02$ ). La correlación entre el Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés y el aspecto del SF-36 "estuvo muy nervioso en las 4 últimas semanas" fue de 0,43 ( $p=0,013$ ) (Tabla 1).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

La salud percibida a través del FVPFS tiene una aceptable validez de constructo con relación al SF-36, especialmente para los patrones de Percepción y Mantenimiento de la Salud, Cognitivo-Perceptual y Autoimagen-Autoconcepto. Los Patrones Funcional de Salud de M.Gordon son ampliamente utilizados en España y han sido incluidos en el soporte informático para la Atención Primaria (OMI-AP); los resultados obtenidos hasta el momento actual en el proceso de validación, permiten vislumbrar que el FVPFS podría ser de gran utilidad para la enfermera dado que supondría un ahorro de tiempo, a la vez que una garantía para llevar a cabo una valoración enfermera de calidad.

(Por problemas técnicos no ha podido ser incluida la tabla).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Jones DA, Foster FB. Further development and testing of a functional health pattern assessment screening tool. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference, North American Nursing Diagnosis Association. Glendale, CA; 1999.
- 2.- Flores E, Gordillo MJ, Velasco M. Estrategia de implantación de la metodología de cuidados en la práctica asistencial enfermera. Metas de Enfermería 1998; 1(7):35-37
- 3.- Martín Robledo E, García López F, de la Puerta Calatayud ML, Bermejo Caja CJ, Arribas Cachá A, Ávila Vívar B y cols. Aplicación informática de la metodología enfermera. Metas de Enfermería 2001; IV(40): 48-52.
- 4.- Duarte Clíments G, Pérez Díaz G, Montesinos Afonso N. Diagnósticos de Enfermería en niños/as de 2 a 5 años incluidos/as en el Programa del Niño Sano. Metas de Enfermería 2001; IV(41): 39-44.
- 5.- Morales Montalvá MS, Ramos López MR, Duralde Rodríguez E, Hidalgo G<sup>a</sup>-Consuegra MA, Arribas Cachá A. Informatización de los patrones funcionales de salud para Atención Primaria. Metas de Enfermería 2003; VI (59): 25-30.
- 6.- Serrano Gallardo P, Giménez Maroto AM y Fernández Díaz C. validación del formulario para la valoración de los patrones funcionales de salud (functional health pattern assesment screening tool). Revista de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria 2003; (5).
- 7.- Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- 8.- Gordon D. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3<sup>a</sup> edición. Madrid: Mosby Doyma; 1996.

### **63. Casas Baroy J.C.; Faro Basco, M.; Isern Farrés, O.: Integración de los resultados de investigación en el contexto de un caso clínico simulado**

#### **Introducción.**

El problema de estudio consiste en diseñar una estrategia docente que permita al alumno incorporar el conocimiento científico que da soporte a la práctica asistencial. Aproximar la teoría y la práctica es un reto. Para abordar la situación, se ha planificado una estrategia orientada a incorporar los resultados de la investigación en la práctica clínica, a partir del aprendizaje basado en problemas, en el cual se pretende que los alumnos busquen una respuesta basada en la mejor evidencia científica disponible, para tomar una decisión respecto al cuidado del paciente. Los objetivos son:

- Valorar la actitud del alumno en relación a la incorporación de la evidencia científica para una mejora en la práctica clínica.
- Evaluar el grado de dificultad manifestado por el estudiante en relación al proceso de documentación.
- Evaluar la idoneidad de la argumentación y la decisión del alumno a la pregunta formulada en el caso clínico.

#### **Metodología.**

La población de estudio la constituyen los alumnos de 2º de Enfermería MédicoQuirúrgica Adulto I, 2003-2004 de la Universidad de Vic.

La intervención: en el contexto de un Seminario de Simulación de Casos, se ha introducido una pregunta/problema, a partir de la cual los estudiantes, en grupo, tienen que documentarse con el soporte de una guía orientativa, y responder de forma argumentada la decisión.

La encuesta; para valorar la actitud se ha diseñado un cuestionari tipo Likert. La evaluación del grado de dificultad se ha registrado a través de unas escalas de puntuación.

Para la evaluación de la decisión tomada, se han valorado las síntesis resumen entregadas en los trabajos escritos por los 13 grupos de prácticas.

#### **Resultados.**

El total de alumnos que han realizado la práctica ha sido de 45.

El 95,6% consideran que la pregunta planteada es relevante para la práctica clínica. El 93,3% aseguran que conocer las fuentes documentales servirá para mejorar la asistencia. El 15,9% creen que los artículos de revista es el mejor documento para hallar evidencias. A través de realizar una buena revisión bibliográfica el 86,7% esperan encontrar una respuesta clara a la pregunta. La toma de decisiones en la práctica asistencial es vista como una actividad cotidiana y el 86,7% esperan obtener argumentos sólidos respecto sus decisiones si la documentación consultada es de calidad. No obstante, un 55,6% afirman que para justificar objetivamente sus decisiones no hace falta consultar la bibliografía. En general se considera la crítica como una actitud que lleva a una mejora y que para ello es necesario disponer de argumentos. El 22,7% afirman que un profesional con experiencia llega a la misma conclusión sin realizar una revisión bibliográfica. No obstante el 88,9% manifiestan la necesidad de documentarse independientemente de la experiencia. En relación a la integración de los hallazgos en la práctica clínica, un 46,7% creen que es difícil modificar la forma de hacer las cosas aún existiendo evidencias que lo justifiquen. La independencia profesional en la toma de decisiones puede venir de la mano de una argumentación sólida y un 33,3% están de acuerdo que no disponer de argumentos científicos comporta estar siempre a las órdenes de alguien. Un 77,8% de los alumnos consideran estar más satisfechos al saber incorporar la toma de decisiones basada en evidencias.

Respecto al grado de dificultad en el proceso de documentación, considerando que las puntuaciones van de 1 a 10(máxima dificultad), la dificultad global se ha situado en una media de 44,7 (D.E.=22,4), presentando la mayor dificultad en cómo buscar en las bases de datos de referencias bibliográficas, en identificar las palabras clave y descriptores, y en la obtención de los documentos.

Las argumentaciones expuestas por los grupos en un 76,1% se han valorado buenas o muy buenas y una selección bibliográfica pertinente. El 54,8% de los grupos han expuesto una decisión correcta.

#### **Discusión.**

Se puede considerar que la actitud de los alumnos respecto a, la valoración de la pregunta, el proceso de documentación, los tipos de documentos, la actitud crítica, la toma de decisiones, la experiencia profesional versus evidencia, la autonomía profesional y la posibilidad de introducir los resultados en la práctica, es satisfactoria. Cabe destacar algunos aspectos que merecen reflexión; la percepción de que la experiencia profesional suple las evidencias obtenidas en una buena revisión bibliográfica, se aprecia cierta disociación entre investigación y practica asistencial, la infravaloración del contenido de los artículos originales y de apreciación de la dificultad en cambiar la cotidianeidad de las acciones de enfermería.

Las dificultades apreciadas en el proceso de documentación, en algunos aspectos han superado las expectativas teniendo presente que disponían de una guía, pero se pueden considerar aceptables teniendo en cuenta que no se ha realizado una formación específica en documentación. Respecto la toma de decisiones, un 45,2% de los grupos no existía una decisión clara, debido probablemente a la falta de experiencia previa y concienciación sobre la toma de decisiones.

La estrategia docente diseñada para integrar las evidencias en la toma de decisiones se considera positiva, no obstante, después de analizar los resultados, se deben de modificar algunos aspectos para su mejora; tutorizar para mejorar el proceso de documentación y incidir más en la crítica y reflexión, de manera que los hallazgos de la investigación sean canalizados hacia la práctica 3.

### **64. Arancón Abad, V., Martínez-Sáenz, S.: Acercamiento a la actividad e inquietud investigadora de la enfermería**

#### **Introducción (2,3,4,5,6,10,12)**

Una enfermera que comprenda los fundamentos de cada una de las tareas que realiza y que tenga experiencia puede cuestionar y perfeccionar las metodologías que engloba su profesión, de esta forma la investigación en enfermería permite aumentar la eficiencia en el cuidado de los pacientes y/o en el funcionamiento general del

hospital. En abril de 2000 se inició un programa de acercamiento de la enfermería a la investigación, con el resultado de la formación de un grupo de trabajo sobre investigación en enfermería, de quince personas enfermeras que, de manera voluntaria, se reúne periódicamente con el objeto de profundizar sus conocimientos en el desarrollo de su profesión. Una de las consecuencias casi inmediata es que parte de este grupo, cuatro; actualmente pertenecen al Comité de Investigación del Centro, el cual lo constituyen cuatro médicos, un farmacéutico y cuatro enfermeras. El grupo conoce sus objetivos comunes y donde quiere llegar, pero, respecto al tema que les ocupa quiere conocer la implicación del resto de los profesionales con el fin de saber de que, quien y como está rodeado, por lo que decide realizar una encuesta a enfermeras de todas las Áreas del Hospital que, a la vez les sirve para darse a conocer, les informe en que momento se encuentra la motivación o conocimiento de la labor investigadora de las enfermeras del Centro. Da la coincidencia que la mayoría de dicho grupo pertenece a los servicios centrales, falseando indirectamente la implicación que parece tener esta área en la investigación en enfermería. Como en el transcurso de este periodo se asiste a un curso de Investigación Cualitativa, se decide completar el estudio con los resultados obtenidos en los debates de dos grupos que forman con enfermeras que se han identificado al responder a la encuesta, interesadas en investigación, que mayor número de trabajos hayan realizado y homogenizando los grupos en cuanto a edad y lugar de trabajo. Para que hubiera una recogida literal de la discusión mantenida, se grabó en video los debates con permiso de todas las personas pero sin saber donde estaba la cámara.

#### **Objetivo general**

Conocer el estado actual de la labor investigadora de los profesionales de Enfermería Asistencial del *CH San Millán-San Pedro de La Rioja* de Logroño.

#### **Métodos (7,9,11)**

Se realizó una primera aproximación al conocimiento del estado actual de la investigación en nuestro Centro, mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando como instrumento una encuesta estructurada con ocho preguntas cerradas, validada por las Unidades de Calidad y Formación. Se incluyó en el estudio a todas las enfermeras asistenciales del Centro. Con el fin de profundizar más en significados personales y en la motivación para investigar, se decidió completar con un estudio cualitativo descriptivo de técnica conversacional, constituyendo dos grupos homogéneos de discusión durante una hora, formados por dos enfermeras de médica, dos de quirúrgica y una de urgencias. 1er grupo: personas nacidas de 1956 a 1966, 2do grupo: de 1967 a 1977. Con cada grupo hay un moderador y un observador. Se anima al grupo a hablar entre ellos, la interacción es parte del método, sólo en ocasiones se hace comentarios sobre las diferentes experiencias y puntos de vista. El moderador es el que se encarga de que transcurra la conversación por el camino elegido.

#### **Resultados (7)**

El número de respuestas obtenidas fue de 178, que corresponde al 28% de la población de enfermeras del Centro. 53(30%) pertenecen al área médica, 58(33%) a la quirúrgica y 54(30%) a servicios centrales. 120 (67%) contestaron afirmativamente en su interés por la investigación, 31(18%) han participado como ponentes en congresos, 12(7%) en conferencias y 40(22%) en cursos. 57(33%) han elaborado una comunicación o ponencia y 34(19%) un póster. 26 (15%) han escrito algún artículo de las cuales 22 (84,65%),) lo han publicado. 45(26%) han participado en trabajos de investigación y 4(2%) participan actualmente en algún trabajo o proyecto de investigación. En la técnica conversacional se escucharon los siguientes comentarios: *"interesa la investigación", "se necesita alguien que te guíe", "siempre te motivas al acabar un curso", "te engancha", "la gente joven tiene más ganas y sin cargas de familia", "no leo las revistas de enfermería, no me sirven de gran cosa", "la licenciatura posibilitaría una investigación de calidad"...*

#### **Discusión (8)**

Ante los resultados obtenidos es evidente que a la enfermería le interesa la investigación; pero no conoce los medios posibles para llevarla a cabo. Existen inquietudes e ideas latentes que, o bien no se materializan, o cuando lo hacen, su difusión es muy escasa. Se pone de manifiesto el sobre esfuerzo que supone para la enfermería el trabajo investigador por falta de conocimientos pre-postgrado. Se trabaja sin recapacitar sobre lo que se hace porque no existe un pensamiento crítico (inculcado en la formación universitaria). La práctica clínica no está basada en la utilización del método científico sino en prácticas empíricas y de tradición oral. Por ello la implantación de programas de formación superior, que posibiliten el conocimiento de una metodología científica, y desarrollen una actitud de razonamiento crítico, servirán de guía y apoyo para que la práctica clínica y la disciplina de las enfermeras tengan un fundamento propio. Se considera que la investigación suministra un nuevo conocimiento científico que contribuye a la mejora de la calidad asistencial al paciente.

#### **Bibliografía**

- 1.-Orts Cortés, Isabel Comet Cortés, P Moreno Casbas, M Teresa y Arribas, M Concepción. [Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi](#). *Enferm Clínica*. 2000 ene-feb. 10(1):9-13. Original, artículo.
- 2.-Grupo de Trabajo del Centro Coordinador REUNI para la Investigación de Enfermería. [Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación](#). *Enferm Clínica*. 1997 ene-feb. 7(1):25-30. Revisión, artículo.
- 3.-Estrada Lorenzo, José Manuel Blanco Pérez, Azucena Amezcua, Manuel Moreno Casbas, M Teresa Mariño Gutiérrez, Lourdes y Grupo BDIE. [Investigación sobre enfermería financiada por el FIS, 1990-2000](#). *Index Enferm*. 2000 primavera-verano. Año IX(28-29):93. Comunicación, resumen.
- 4.-Fuentelsaz Gallego, C y Ramalle-Gómara, Enrique. [Promoción de la investigación en enfermería desde el Instituto de Salud Carlos III: Grupo INVESTEN-ISCIII](#). *Enferm Clínica*. 1999 ene-feb. 9(1):29-33. Comentario.
- 5.-Grupo de Fomento y Apoyo a la Investigación Clínica y Formación de Enfermería del Instituto de Salud Carlos III. [Investigación en enfermería. Informe y recomendaciones del Comité Europeo de Salud](#). *Enferm Clínica*. 1997 sep-oct. 7(5):232-239. Revisión, artículo.
- 6.-Pérez, Silvia. [Proyecto institucional: Unidad de Investigación en Enfermería](#). *Temas Enferm Act*. 2000 ago. Año 8(38):27-28. Artículo.
- 7.-Palazuelos Lacaille, Claudine Viniegra Velázquez, Leonardo y Moreno Nava, Mario. [Encuesta de opinión de enfermería sobre la investigación](#). *Desarrollo Científ Enferm*. 1996 jul. 4(7):17-22. Original, artículo.
- 8.-Delgado Hito, P Sola Prado, A Mirabete Rodríguez, I Torrents Ros, R Blasco Afonso, Montserrat Barrero Pedraza, Rosario Catalá Gil, N Mateos Dávila, A y Quinterio Canedo, M. [Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa](#). *Enferm Intensiva*. 2001 jul-sep. 12(3):110-126. Original, artículo.

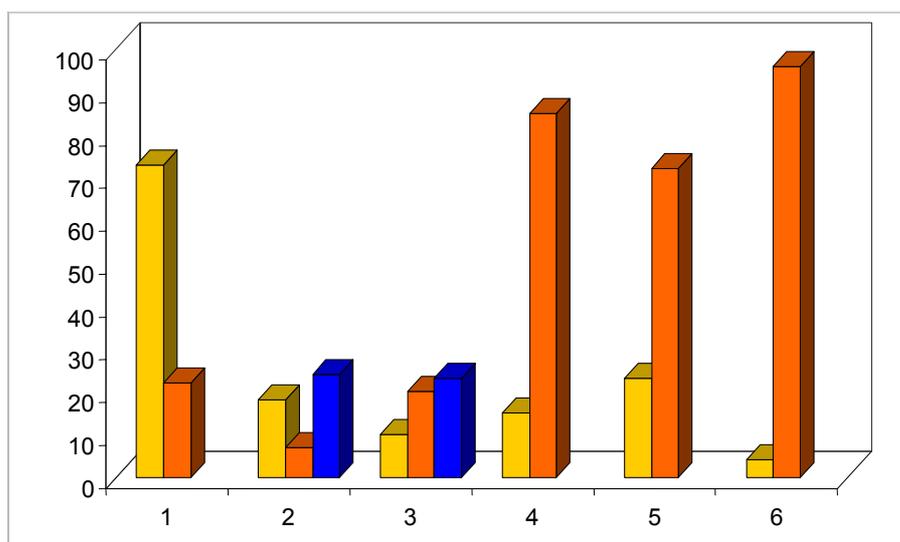
9.-Matus Miranda, Reyna Leyva González, Félix Arturo y Viniegra Velázquez, Leonardo. [Lectura crítica en estudiantes de enfermería: efectos de una estrategia educativa](#). Rev Enferm IMSS. 2002 may-ago. 10(2):67-72. Original, artículo.

10.-Abad Corpa, E Monistrol Ruano, Olga Altarribas, Elena y Paredes Sidrach de Cardona, A. [Lectura crítica de la literatura científica](#). Enferm Clínica. 2003 ene-feb. 13(1):32-40. Revisión, artículo.

11.-De la Cuesta Benjumea, Carmen. [Características de la Investigación Cualitativa](#). <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/carácter.htm>. 2004 may 10

12.-Subirana, M y Delgado, P. [Investigación en el siglo XXI: 'Euroconferencia'](#) Enferm Intensiva. 1999 abr-jun. 10(2):58-63. Comentario.

**“ACERCAMIENTO A LA ACTIVIDAD E INQUIETUD INVESTIGADORA DE LA ENFERMERÍA”**



- |                              |                   |                      |  |             |             |
|------------------------------|-------------------|----------------------|--|-------------|-------------|
| 1 Interés en investigación   | Si (Yellow)       | No (Orange)          | 4 Artículos escritos                         | Si (Yellow) | No (Orange) |
| 2 Participación como ponente | Congreso (Yellow) | Conferencia (Orange) | 5 Participación en trabajos de investigación | Si (Yellow) | No (Orange) |
|                              |                   | Curso (Blue)         |  |             |             |
| 3 Elaboración de             | Ponencia (Yellow) | Póster (Orange)      | 6 Trabajos de investigación en curso         | Si (Yellow) | No (Orange) |
|                              |                   | Comunicación (Blue)  |  |             |             |

**65. Milagros Ramasco Gutiérrez: RELATOS EN TORNO A LA DESVIACIÓN DE COLUMNA**

En las últimas décadas y en los países avanzados, las enfermedades crónico-degenerativas han desplazado en orden de importancia al resto de problemáticas de salud por el impacto que tienen en la población. La escoliosis es la deformidad más frecuente de la columna vertebral, especialmente en las mujeres. Los procedimientos clínicos fundamentales para controlar la evolución de la deformidad, ortopédicos y/o quirúrgicos, son pesados y costosos, de una notable agresividad para el paciente, teniendo un importante impacto a nivel emocional y social.

Los estudios publicados sobre la escoliosis suelen abordar aspectos médicos de la enfermedad siendo muy escasos los estudios dedicados a conocer las repercusiones de la escoliosis idiopática en la vida de los sujetos y que exploren el impacto de la enfermedad a largo plazo sobre la calidad de vida. Partiendo de esta carencia y la práctica inexistencia de un abordaje antropológico social del padecimiento, nos planteamos la realización del presente estudio.

**Objetivo:**

Identificar y caracterizar las experiencias, vivencias y significados que se atribuyen a la escoliosis por parte de los sujetos que la padecen a lo largo de las etapas vitales.

**Metodología:**

Estudio antropológico-social de los discursos de los sujetos que padecen escoliosis idiopática del adolescente, mediante la aproximación a las trayectorias del padecimiento. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad sobre los relatos de vida de los sujetos.

La población objeto de estudio son hombres y mujeres diagnosticados de escoliosis idiopática del adolescente entre los 10 y 16 años y que llegaron a tener 40 grados o más de desviación en algunas de las curvas. Las variables

consideradas en la determinación de la muestra estructural fueron edad, sexo, tipo de tratamiento, lugar de residencia y estrato social.

#### **Resultados:**

- La importancia y centralidad de la enfermedad varía en las diferentes etapas de la vida del sujeto en relación a los roles que ha de desempeñar, sus expectativas y su mundo de relación. Estas experiencias tienen que ver con los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, pero son mediadas por factores sociales, económicos y culturales.
- El análisis del discurso revela tres tipologías respecto a las configuraciones simbólicas del cuerpo que hemos denominado: cuerpo linaje, cuerpo construido y cuerpo ciborg.
- Las diferentes trayectorias del padecimiento se pueden agrupar en torno a tres tipologías relacionadas con el tipo de intervención sobre el cuerpo; tratamiento conservador, ortopédico y/o quirúrgico.

#### **Conclusiones:**

- El estudio revela la importancia de este tipo de aproximaciones ya que los resultados servirán tanto a aquellos que padecen la problemática como a los profesionales sanitarios que la atienden, para conocer con mayor profundidad cuestiones e interrogantes que son recurrentes a lo largo del padecimiento en relación a la convivencia con la enfermedad, los tratamientos y la evolución de la problemática desde en el plano de lo personal, cultural y social.

#### **Bibliografía**

- Berger, P. L.; Luckman, T. (1995). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Ed: Amorrortu.
- Coffey, A. Y Atkinson, P. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.
- Cordova AM, Betz RR, Clements DH, Bosacco SJ.: Historia natural de escoliosis idiopática toracolumbar y lumbar del adolescente hasta la adultez". Hahnemann University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania, USA. J Spinal Disord 1997 Jun; 10(3): 193-6
- Danielsson AJ, Wiklund I, Pehrsson K, Nachemson AL.: Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis: a matched follow-up at least 20 years after treat brace or surgery". Eur Spine J 2001 Aug; 10(4):278-88.
- Danielsson AJ, Nachemson AL. Childbearing, curve progression, and sexual function in women 22 years after treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a case –control study. Spine; 26(13):1449-56, 2001 Jul 1
- Ferrero Méndez A. 1990 "Evaluación personal y familiar al final del tratamiento en el paciente con escoliosis idiopática". Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Hospital Ramón y Cajal.
- Serra París. Crónica de crónicos: de los brotes y de las secuelas en la escoliosis juvenil. Jano 26 Febrero- 3 de Marzo 1988, Vol. XXXIV N° 808.
- Sontag, S. (1985). La Enfermedad y sus Metáforas, Barcelona. Ed: Muchnik.
- Canguilhem, G. (1971). Lo Normal y lo Patológico. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Weinstein, S.L.: Long term follow-up of pediatric orthopaedic conditions. Natural history and outcomes of treatment. J. Bone and Joint Surg., 2000. 82: 980-990.

## **66. Limón, E., Perreault, M.: Las expresiones y las prácticas de cuidados de salud de hombres inmigrantes de origen senegalés que viven en situación irregular en la ciudad de Barcelona.**

### **Objetivo de la investigación**

El objetivo de este estudio es describir y poder comprender mejor las expresiones y las prácticas de cuidados de salud de hombres inmigrantes de origen senegalés que vive de manera irregular en la ciudad de Barcelona. Metodología. Las cuestiones de la investigación son: ¿Cuáles son las expresiones de cuidados de salud de los inmigrantes senegaleses que viven en situación irregular en Barcelona? ¿Cuáles son las prácticas de cuidados de salud favorecidas por estos inmigrantes, antes, durante y después del proceso de inmigración? ¿Cuáles son las dimensiones culturales y sociales que pueden permitir comprender mejor las expresiones y las prácticas de cuidados de estas personas?. Cuadro conceptual: El marco conceptual de este estudio será la aplicación de la teoría de "Diversidad y de Universalidad del Cuidado Cultural" de Leininger (1978)(1). La aplicación de esta teoría es sobre todo válida para situaciones en las cuales los individuos son de culturas diferentes con relación a la población de recepción o cuando un profesional deba trabajar con una población inmigrante de un país de origen diferente al de su propia cultura. El tipo de estudio es etnográfico, es decir, a partir de un análisis cualitativo con entrevistas abiertas donde el inmigrante da a conocer sus expresiones y sus prácticas de cuidados acompañado de actividades de observación. Los conceptos principales que se han estudiado son: inmigración irregular, cultura, expresiones y prácticas de cuidados. Medio y muestra: El estudio se ha realizado en la ciudad de Barcelona, en España. La población está constituida por senegaleses, hombres mayores de 18 años que eran inmigrantes que vivían en situación irregular en el momento de la entrevista. Según las investigaciones previas de Leininger (1991)(2), para realizar una mini-investigación ethnonursing, el número ideal ha sido de cuatro informadores principales, que han sido entrevistados a fondo de manera sistemática y de ocho informadores generales que han permitido tener una visión global de la población en estudio antes de hacer entrevistas.

### **Resultados**

Los temas clave extraídos del análisis han sido cuatro. Tema primero: estas personas se encuentran en situación de discriminación, con peores condiciones laborales, y mayor riesgo de accidentes. Tema segundo: existencia de barreras culturales, con dificultad de reagrupación familiar, expectativas frustradas y dificultad en el retorno. Tema tercero: dificultades en los aspectos legales, arbitrariedad, discriminación y falta de derechos. Tema cuarto: cuando se encuentran enfermos falta de ayudas, no disponen de recursos económicos o materiales ni recursos sociales con los que recuperar un estado óptimo de salud. Discusión: Los posibles beneficios de esta investigación podrían ser los siguientes: Aportar datos que explican algunos comportamientos de salud en los inmigrantes, con el fin de contribuir a comprender mejor el fenómeno de la salud en inmigrantes en situación irregular. Producir nuevos conocimientos con el fin de desarrollar programas de promoción y prevención de la salud en los inmigrantes en situación irregular. Desarrollar servicios de salud específicos a las necesidades de la población inmigrante en situación irregular y disminuir los efectos de la no utilización de los recursos de salud por esta población.

### **Bibliografía**

---

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

1. Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing Concepts, Theory and Practices*. New York: Wiley.
2. Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing*. New York : National League for Nursing Press.

## **67. Delicado Useros V; Alfaro Espín A; Candel Parra E; García Borge C; López Máñez M; Sánchez López R; Soler Sanchis E; Segovia Marín F.: Representaciones sociales de los cuidadores familiares**

### **Objetivo General:**

Identificar las representaciones sociales de los cuidadores familiares según los distintos ámbitos de atención de enfermería.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la información que los profesionales de enfermería tienen sobre los cuidadores informales
- Establecer la imagen de la enfermería sobre los mismos
- Determinar la actitud de los profesionales hacia ellos

### **Métodos:**

Diseño: Investigación cualitativa con grupos de discusión.

Sujetos de estudio: Profesionales de enfermería que trabajan en diferentes ámbitos en Albacete y provincia, exceptuando el ámbito de Atención Primaria. Se realizaron tres grupos de discusión.

Fuentes y análisis de la información: Se grabó el discurso de las diferentes clases de hablantes y tras su transcripción se realiza un análisis inductivo de los contenidos más relevantes.

### **Resultados:**

La información que los profesionales de enfermería tienen de los cuidadores informales proviene fundamentalmente de su experiencia profesional en centros hospitalarios (unidades de hospitalización, oncología o unidad de trastornos alimentarios y unidad de agudos de salud mental), centros de atención a drogodependientes, residencias geriátricas o atención domiciliaria en salud mental.

En las unidades de hospitalización, la información que se tiene de los cuidadores informales se relaciona con las largas estancias hospitalarias en las que a veces se turnan diferentes acompañantes. Las enfermeras consideran al acompañante como un recurso de apoyo que no forma parte de sus objetivos de atención y al que no pueden dedicarse por la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo en las unidades.

En las unidades de atención domiciliaria de salud mental la familia es fundamental y absolutamente necesaria para que la atención se realice con continuidad, haya fluidez en la comunicación de profesionales y familia sobre la situación y el tratamiento de los pacientes, y la responsabilidad a asumir por el cuidador informal es fundamental.

Coinciden en señalar la escasez de recursos socio-sanitarios de atención a la dependencia, en la dificultad de acceso a los existentes y en la insuficiencia de apoyos e incentivos para compensar la dedicación de los cuidadores familiares.

La imagen de cuidador familiar que perciben las enfermeras es la de una mujer, generalmente mayor, sometida a gran sobrecarga de trabajo, que tiene pocos apoyos y que se encuentra sola para realizar esta labor. Destacan diferentes tipos de familias, unas con gran implicación en el cuidado, con gran interés por aprender y muy colaboradoras, que por tanto prestan cuidados de calidad. Otras, menos implicadas donde la tarea del cuidado les supone desajustes en su vida personal y laboral. Por otra parte hay familias que contratan cuidadores y, en este caso, los cuidados se consideran de peor calidad. Señalan también familias ausentes o que desaparecen en casos de pacientes que ingresan en una residencia geriátrica y en algunos casos de enfermos mentales.

Las enfermeras consideran relevante identificar a un único cuidador principal o primario, que sea la persona de referencia que sirva de nexo entre el personal de enfermería y el resto de la familia. La actitud general de los profesionales de enfermería es la predisposición a enseñar a los cuidadores a cuidar al paciente y enseñarles medidas que les protejan de lesiones, sobrecarga emocional, estrés ... etc. También tienen claro que la unidad de cuidado domiciliario es la familia, aunque se plantean la duda de donde se encuentra el límite.

Las relaciones de las enfermeras con la familia varían en función de las características concretas de cada núcleo familiar y del ámbito de trabajo. Mientras que las enfermeras que atienden pacientes en su domicilio consideran elemento clave a la familia, concretamente al cuidador, las que trabajan en el medio hospitalario tienen una visión distinta, algunas los consideran necesarios pero no imprescindibles y a otras les parecen un "estorbo".

## **68. Paula Ferreira, João Duarte, Manuel Rodrigues: Validación de un Instrumento de Evaluación de la Formación en Servicio en Enfermería**

### **OBJETIVO:**

- Analizar la percepción de los Enfermeros sobre la Formación en Servicio en diferentes dimensiones (*satisfacción personal con la eficacia recibida; utilidad de la formación para la práctica de cuidados y papel del Enfermero responsable por la formación*).

### **METODOLOGÍA: Triangulación metodológica**

Triangulación inter métodos, utilizando en un primer estudio, exploratorio, una metodología cualitativa, con una función esencialmente heurística, donde surgirán las variables para el segundo estudio, cuantitativo, descriptivo correlacional.

### **MÉTODOS CUALITATIVOS:**

- Discusión de grupo, que nos permitió envolver un grupo de profesionales en un corto espacio de tiempo, con una interacción positiva entre ellos que llevó a una exploración profunda del tema.

- Entrevistas semiestructuradas, lo que permitió la exploración en profundidad de las respuestas de los participantes. Los sujetos de los estudios en cima referidos representaban las diversas categorías profesionales de Enfermería (Enfermero, Enfermero Graduado, Enfermero Especialista, Enfermero Jefe, Enfermero Supervisor, dos de cada categoría por estudio).

Los dos estudios fueran gravados en sistema audio. Fue elaborado un informe de la discusión de grupo y efectuado su análisis de contenido. Las entrevistas fueran transcritas y fue analizado el contenido de las mismas.

### **MÉTODO CUANTITATIVO:**

- **Cuestionario**, con los indicadores que surgieran del análisis de contenido de la discusión de grupo y de las entrevistas se construyó un cuestionario en escala tipo Likert con 95 proposiciones con cinco alternativas de respuesta: 1 – no estoy de acuerdo absolutamente, 2 – no estoy de acuerdo, 3 – estoy de acuerdo, 4 – estoy bastante de acuerdo, 5 – estoy plenamente de acuerdo, que fue distribuido a todos los profesionales de Enfermería de la Institución.

**Validación del instrumento de evaluación:** para efectuar el estudio psicométrico del instrumento determinamos en una muestra accidental de 83 elementos del estudio, de 15 servicios del Hospital, con las diversas categorías profesionales en Enfermería, con una media de edad de 37, 65 años, sendo 16,87% del sexo masculino y 83,13 del sexo femenino, su fiabilidad y validez. Para evaluar su consistencia interna determinamos el coeficiente de correlación de Pearson, de alfa de Cronbach, de Split-Half y el Test t aplicado a los diversos ítems por categoría profesional. Para determinar su validez interna utilizamos el análisis factorial de los ítems y de los resultados.

#### **Resultados:**

En el estudio de la homogeneidad de los ítems fueron eliminados 4 por presentaren valor correlacional  $<0,2$ . Los valores de alfa Cronbach se encuentran dentro de los considerados normales, en un intervalo de valores con ítem de 0,747-0,749 y sin ítem 0,210-0,742, con valor total sin ítem 0,75 y con ítem 0,977. La determinación de Split-Half nos dio un valor de correlación de las dos mitades alfa Cronbach de 0,716 y un coeficiente de Split-Half de 0,833 que son reveladores de buena consistencia interna. Dividimos las categorías profesionales en dos (Enf., Enf. Gr. y Enf. Esp., Enf. Jefe, Enf. Sup.) y hemos determinado el Test t a los diversos ítems, hemos verificado que 41 ítems presentaban diferencias estadísticas significativas, por eso fueron eliminados, quedando la escala constituida por 50 ítems. Inicialmente conseguimos 12 factores que explicaban 75,41% de la variancia total, después del análisis de los ítems que componían cada factor, se verificó haber grande dispersión de ítems, y se reforzó la rotación Varimax para 6 factores, donde conseguimos los siguientes resultados: variancia total explicada de 60,55%, Eigenvalue superiores a 1 y el factor 1, expresa lo que el equipo espera del Enfermero Responsable por la Formación en Servicio y es constituida por 16 ítems, el factor 2 se refiere a los factores que tienen contribuido para la ineficacia de la Formación en Servicio y es constituida por 8 ítems, el factor 3 indica estrategias de motivación de los Enfermeros para la Formación en Servicio y es constituida por 11 ítems, el factor 4 indica cual es la Formación en Servicio que tiene mas visibilidad en la Práctica del cuidar y es constituida por 9 ítems, el factor 5 expresa el concepto de Formación en Servicio y es constituida por 3 ítems y el factor 6 se refiere al modo como tiene sido entendido el planeamiento de la Formación en Servicio y es constituida por 3 ítems, explican respectivamente 31,56%, 9,10%, 7,24%, 5,44%, 3,82% y 3,37% de la variancia total. Fue igualmente determinado el valor de alfa Cronbach por cada subescala que varió entre 0,6522 y 0,7543. La correlación entre los diversos factores se encuentra entre 0,015 (flaca entre factor 2 y 6 y no significativa) y 0,640, siendo significativa o altamente significativa en los restantes casos. Delante del expuesto podemos concluir que la escala tiene consistencia interna para ser aplicada.

### **69. Ortigosa Sasot, M. L., Cazorla Roca, M., Gil Alonso, D., Gómez Palomar, M. J., Monegal Ferran, M.: Diferencias entre los factores de riesgo en una población con cardiopatía isquémica en el debut/ dos años después**

#### **OBJETIVOS**

Conocer, determinar, y registrar las diferencias de los factores de riesgo y hábitos de vida, modificables y no modificables, entre el primer evento coronario y después de dos años de la enfermedad.

#### **MATERIAL Y METODO**

Proyecto multicéntrico en cuatro centros de la provincia de Barcelona, en el que se estudian 39 pacientes, de los 59 que habian en la muestra anterior, después de dos años del primer episodio de enfermedad coronaria. La mediana de edad de los pacientes era de 56,6 años, el 73% eran hombres y el 27% mujeres

Estudio longitudinal transversal

**Requisitos de inclusión:** menores de 80 años, sin historia previa de cardiopatía isquémica y sin alteraciones sensorio-perceptivas.

Encuesta sobre hábitos de vida: cuestionario de 94 ítems, mediante entrevistador, antes del alta hospitalaria y posteriormente a los dos años.

Cuestionario: preguntas abiertas y cerradas, escala de diferente gradación que debía contestar el paciente, datos personales, parámetros biológicos que completaba la enfermera.

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS v.10.05.

#### **RESULTADOS**

Los factores de riesgo se mantienen en los siguientes porcentajes: tabaco 10%, colesterol 63%, hipertensión arterial 6%, alcohol 51%, el 6% sigue sin realizar ningún ejercicio físico.

Todos los factores de riesgo aparecen porcentualmente mejorados, excepto la dieta que se mantiene con el mismo porcentaje anterior.

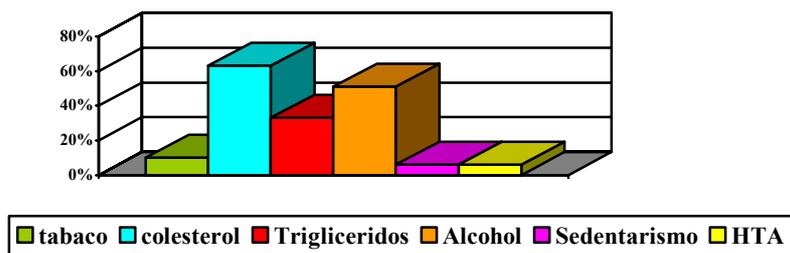
Los pacientes no conocen sus cifras de lípidos.

#### **DISCUSIÓN**

Sí queremos que la modificación de los factores de riesgo sea un elemento fundamental, tendremos que adiestrar a los pacientes en el conocimiento de los mismos.

Por tanto es de vital importancia la educación sanitaria.

#### **Factores de riesgo**



## 70. Seskevicius, A.: *Distance Learning Studies in Lithuania*

### Objectives.

University level studies of nursing were established in Lithuania in 1990 when Lithuania has regained its independence. Therefore, Faculty of Nursing was established at Kaunas University of Medicine. The duration of university level studies is four years. Bachelor degree of nursing is granted.

Until 1990 studies of nursing took place in 6 schools of Medicine. The duration of studies was 2 years. The programmes of studies were stable, appointed from Moscow and it wasn't allowed to change them.

### Methods.

The questionnaire out of 21 questions was made: 17 closed, finished and 4 opened, unfinished questions. Distance learning studies have been organized since 1999. For two years they were pursued referring to LEMON material and for two years referring to "Communication in Nursing Practice" material. The duration of the studies is 12 months. The prepared material was published in the journal "Nursing and Health". Referring to the material questions and tasks were prepared. This journal was sent to nurses home or to work. Then they read the material, answered the questions, performed the tasks and sent them to the Faculty of Nursing for checking. After 10 months final examination face to face is being held.

### Results.

There are 22 000 nurses, the majority of which have finished the studies in soviet times, in Lithuania. Therefore, Faculty of Nursing at Kaunas University of Medicine has decided to establish distance learning studies for the nurses who have finished the studies during soviet times. LEMON material made of 12 parts and prepared by WHO was used for these studies. This material was prepared for Western European nurses with high qualification and a big theoretical and practical experience.

Distance learning studies of LEMON have started in 1999. 5974 nurses started these studies, and 4122 nurses finished them after a year. Mostly nurses from province health care institutions took part in these studies - 20,8 -6,09% and 13,35 - 4,61% from the cities. This difference can be explained by a greater possibility in the cities to upraise one's qualification in postgraduate studies. Also, participation in distance learning studies depended on the activity of nurses' organization. In some hospitals even 20% of all nurses were studying. The studies ended with the final face to face examination. 4% of the nurses failed the final examination.

In 2002 new subject of distance learning was started "Communication in Nursing Practice". During these studies the material on therapeutic and on nontherapeutic communication was prepared with the tasks and questionnaires. The duration of studies was 1 year. The studies also ended with the final face to face examination.

### Conclusion.

#### Benefits:

- The nurses have acquired the knowledge of holistic approach to the patients.
- The new approach to the patient originated.
- The motivation for studying has increased.
- The studies are cheaper than in the centers of qualification upgrade.
- The studies do not require quitting the job.
- The analysis of study material was done in team.

#### Weaknesses:

- Only 10% of all nurses have finished the studies.
- Language of the material was difficult for some nurses.

#### Reference:

1. I. Kalnins, EdD, RN, V.M. Barkauskas, PhD, RN, FAAN, A. Seskevicius PhD. Baccalaureate Nursing Education Development in 2 Baltic Countries : Outcomes 10 Years After Initiation. Nursing Outlook 2001; 49: 142 -7.
2. M. Newnann, K. Ambrose, T. Conner, P. Marris- Vincent, S.Quinn. The Effectiveness of Problem Based Learning as a Method of Continuing Nursing Education. Methods in Nursing Education. 22<sup>nd</sup> - 223<sup>rd</sup> August 2002, Aarhus University Hospital, Skejby, Denmark.
3. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. 2001.
4. Lisbon European Council Meeting 23/24.3.2000: Education.
5. Council Resolution of 13.7.2001 on E- learning.

## **72. Jesús Puente Alcaraz: Sistema de registro y cartera de servicios enfermeros en atención primaria en Castilla y León, ¿un desencuentro muy ineficiente?**

Las carteras de servicios son un instrumento esencial en la gestión de los Centros de Salud tanto desde el punto de vista epidemiológico como de atención a las necesidades de los usuarios de los sistemas públicos de salud primaria. La Cartera de Servicios cumple por lo tanto un doble papel 1. Evaluar la "calidad" asistencial a través del cumplimiento de las Normas Técnicas y 2. Evaluar de la "cantidad" asistencial a través de la verificación de las coberturas alcanzadas en cada servicio"[1].

### **Objetivos perseguidos.**

- Establecer el grado de coherencia del sistema de registros de la actividad enfermera del área de salud de Burgos con la Cartera de servicios pactada con la gerencia de salud de Castilla y León [2] en el centro de salud de Espinosa de Los Monteros en el 2003.

### **Metodología**

Análisis en SPSS correlacionando el sistema de registro existente y exigido por la dirección de enfermería con las normas técnicas planteadas en la cartera de servicios pactada.

### **Discusión**

La primera dificultad encontrada fue la falta de homogeneidad entre ambos registros, el existente basado en cinco variables: Nº de consultas a demanda, programadas, y derivadas, nº de acciones realizadas en domicilio derivadas y programadas; con el sistema de trabajo basado en la Cartera de Servicios. Se elaboró un registro que realizara el recuento de todas las acciones de enfermería que empleara las normas técnicas descritas en la cartera de servicio pactado entre el centro de salud y la gerencia de Burgos. Hubo que realizar modificaciones en la primera prueba piloto que se hizo pues muchas de las acciones de enfermería no quedan reflejadas en las normas técnicas y era conveniente recoger su frecuencia para poner a prueba la Cartera de Servicios no solo como herramienta de calidad en salud comunitaria sino como elemento de control de gestión y eficiencia enfermera.

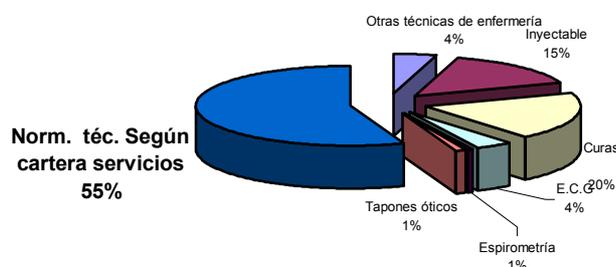
Al utilizar como fuente de datos un cupo de usuarios que utiliza los servicios mediante cita previa y otro que lo realiza sin ella fue posible eliminar el sesgo de consulta rural, consulta urbana. Esto es importante pues el servicio que se ofrece al usuario es el mismo en ambos casos aunque no se utilice nominalmente el término consulta programada en una de ellas.

### **Conclusiones**

- El 45% de la actividad enfermera no se encuentra vinculada con la Cartera de servicios lo que coincide con otros estudios de eficiencia [3]
- No existe correlación suficiente entre el sistema de registro vigente y la Cartera de Servicios por lo que su utilización corresponde tan solo a un elemento del número de consultas tenidas pero no sirve como variable representativa del producto de la atención primaria.
- Por lo tanto con el modelo actual de gestión del sistema de información es prácticamente imposible conocer el aporte de eficiencia y participación de la enfermería en el cumplimiento de la Cartera de Servicios en Castilla y León.
- Un sistema de información basado tan solo en el cumplimiento de las normas técnicas de la Cartera de Servicios sería incompleto porque esta Cartera responde a criterios de calidad técnica epidemiológica y no a criterios gerenciales. Por lo tanto es preciso generar sistemas de registro generadores de información de la actividad enfermera que responda al mismo tiempo a ambas funciones para conocer el peso de la enfermería en la Atención Primaria de Salud que se da por supuesto, pero no se especifica.

	Consulta técnicas enfermería	de de problemas en el anciano	Hipertensión Arterial	Cupo médico
Registro atención enfermería	0,425	0,435	0,36	-0,269

### Registro de actuaciones de enfermería y cartera de servicios



### Valores significativos del Índice de Correlación Rho de Spearman

En esta tabla se muestran las únicas correlaciones significativas encontradas entre el sistema de registro actual y las distintas variables analizadas. Solo dos grupos de normas técnicas de la cartera de servicios son sensibles y guardan relación con el registro (HTA y detección de problemas en el anciano), de las otras dos una de ellas corresponde a la consulta de enfermería convencional (técnicas enfermeras) y la otra encuentra diferencias entre un cupo médico sin consulta programada y otra con ella lo que no significa que no se apliquen las normas técnicas en ambas. Esto muestra la poca sensibilidad del registro hacia la cartera y la pertenencia del mismo al modelo del INSALUD en sus primeras fases, pero totalmente inútil desde la nueva perspectiva gerencial y de control de calidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

- [1] Elbaz Eljarrat, Mercedes (2000). *“La cartera de servicios de atención primaria: garantía de calidad”*. Metas Enfermería. abr. III(24):46-51.
- [2] - Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia regional de salud. (2004) *Cartera de Servicios de Atención Primaria*.  
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). *Cartera de servicios de Atención Primaria Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas*. INSALUD. Serie Atención Primaria. Madrid.
- [3] Pinillos García, Mariola (2003) *“Eficiencia del servicio público de atención sanitaria primaria”* En: Papeles de Economía española. Nº 95. Sector público y eficiencia. Fundación de las cajas de ahorros confederadas para la investigación económica y social. Madrid.

### **73. M. Ramírez ; A. Pedraz; P. Balsalobre: *Puesta en marcha de una revista científica de enfermería en formato electrónico***

#### **Introducción**

La investigación es considerada como uno de los tres pilares básicos de la enfermería, junto con la docencia y la labor asistencial. Por otra parte, el desarrollo e implantación de las nuevas tecnologías dentro de la sociedad obliga a la profesión enfermera a adaptarse a nuevas formas de trabajo y de acceso a la información. Por todo ello la implantación de una revista científica en formato electrónico de libre acceso puede ser de gran utilidad en la divulgación de la producción investigadora enfermera entre un amplio número de usuarios y el progreso de nuestra profesión.

#### **Objetivo:**

Describir los resultados de la puesta en marcha de una revista electrónica de enfermería que tiene como objetivo principal la difusión de la producción científica enfermera que se realiza en nuestro país y en otros países de habla hispana.

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo de los resultados de la puesta en marcha de una revista de investigación en Enfermería, en soporte electrónico, de libre acceso a través de Internet, con una frecuencia mensual (10 números por año) y que incluye las siguientes secciones:

Opinión, con tres canales: Editorial, firma invitada y cartas a la dirección

Originales: Sometidos a un criterio de revisión por pares entre los miembros del Comité Científico de la revista (compuesto por 10 personas con amplia experiencia en investigación)

Producción enfermera, con cuatro canales: Protocolos y guías clínicas, Tesis y tesinas, Proyectos de investigación y Comunicaciones y ponencias a congresos.

Herramientas metodológicas, con dos canales: Formación y consultas a experto.

Noticias de Investigación, con cuatro canales: Revista de prensa, Información bibliográfica, Agenda y Crónica.

#### **Resultados:**

Hasta el día de hoy se han publicado 7 números de la revista incluyendo:

7 Originales, de los cuales 5 son de corte cuantitativo, 1 con metodología cualitativa y 1 revisión sistemática. En relación con la procedencia de los mismos: 5 pertenecen a Atención Especializada, 1 a Atención Primaria y 1 a una Red Temática de Investigación financiada por el FIS.

6 Protocolos, con la siguiente procedencia: 1 de Atención Primaria, 6 de Atención Especializada (incluyendo 2 en el ámbito de la especialidad de Enfermería en Salud Mental).

7 Proyectos de investigación, todos de corte cuantitativo y procedentes de la Unidad Docente de Salud Mental (3), 1 de atención primaria, 1 del área docente (escuela nacional de sanidad) y dos de atención especializada.

6 Comunicaciones a Congresos, 5 de ámbito nacional y 2 de ámbito internacional con las siguientes temáticas: 1 salud mental, 2 docencia, 1 trasplante hemopoyético, 1 Historia de Enfermería, 1 atención primaria.

La media mensual de visitas a la revista desde el 30 de octubre de 2004 hasta el 3 de Junio de 2004 ha sido de 9576 visitas. La procedencia de dichas visitas se compone de la siguiente forma: 94,4% Europa, 1,7% EEUU y Canadá, 2,6% Sudamérica y Centroamérica, 0,1% Asia y 1,3% desconocido.

#### **Discusión:**

El formato electrónico hace accesible el contenido de la revista a un amplio número de usuarios, acceso estrechamente vinculado al desarrollo de nuevas tecnologías dentro de la sociedad.

El hecho de que no se hayan publicado tesis o tesinas hasta el momento, probablemente esté relacionado con la lenta implantación en España del ciclo superior de la profesión enfermera, la difusión en el medio latinoamericano posibilitará el aumento de este tipo de trabajos en un futuro.

Centrar la temática de la revista en la producción científica de enfermería permite la publicación de contenidos heterogéneos y la creación de un foro de discusión para todos los ámbitos de la profesión.

### **74. George, S., McDonnell, M., Dilorio, C., McCarty, F.: *Spirituality, Depression, and Quality of Life in HIV+ Persons***

The significance and importance of spirituality as a health factor is now being embraced by health care professionals. Moreover, spirituality has been found to be an important factor in health and well-being among people with HIV/AIDS. This study identified the relationship between spirituality, depression, and quality of life. However, there is a limited amount of research available about the relationship between spirituality and health. It intends to contribute to the limited existing knowledge on the relationship between spirituality and psychological variable. The findings of this study will provide knowledge necessary for healthcare providers to understand the spirit-mind-body dynamics of an HIV-infected female client and will, thus, facilitate assessment and care of the spiritual needs of these clients and similar clients. Moreover, in accordance with the first goal of Healthy People 2010, to help improve the quality of life of the US population, the findings of this study will enhance the understanding of factors that affect the quality of life of people living with HIV and can, thus, facilitate the development of programs and interventions that improve their quality of life.

Objective: To examine relationships among baseline spiritual well-being (SWB), depression, and quality of life (QOL) in HIV+ persons. Design: Data were analyzed from the "Get Busy Living" (GBL) Project, an ongoing HIV treatment adherence randomized controlled study. Intervention and outcome variable: A nurse counseling, motivational interviewing intervention was done to determine if it enhances medication adherence among HIV+ persons. Population, setting, sample: A convenience sample of 247 HIV+ men and women from an infectious disease clinic in metro-Atlanta was used. Methods: Data were analyzed using SPSS 11.0 statistical package. Descriptive, correlational statistics, and t-tests were calculated to compare means among men and women and to identify significant relationships. Findings: The mean age for the sample was 41.14 (SD 7.63) years. More than half (68%) of the sample was male and 32% were female. The sample was predominantly African-American (87.4%, n=216). A smaller portion of the sample was White (7.7%, n=19), Native American/ American Indian (1.2%, n=3), Hispanic/Latino (1.6%, n=4), or of another racial or ethnic group. Only a small portion of the sample was married (6.9%, n=17) and the remainder of the sample was either divorced (10.9%, n=27), separated (27%, n=11.3), widowed (5.7%, n=14), single and in a committed relationship (13%, n=32). Majority of the sample had never been married (52.2%, 129). The mean depression (cesd) score was 14.43 (SD=10.21). The mean general health-related quality of life score was 55.44 (SD=20.45). The mean SWB score was

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

94.23 (SD=18.05), thus, the mean SWB for the sample was high (SWB ranges from 20-120). Women were found to have higher mean spiritual well-being scores (98.86 SD=15.02) than men (92.05 SD=18.96). Men were found to have higher mean general health-related quality of life scores (55.77, SD=19.87) than women (54.73, SD=21.74). Men were found to have lower (14.01 SD=10.07) mean depression scores than women (15.32 SD= 10.5).

However, univariate ANOVA statistics indicated that there was only a significant difference group difference between men and women in mean spiritual well-being scores ( $p=.005$ ). According to univariate ANOVA statistics, there were no significant group mean differences in depression (CESD score,  $p=.345$ ) between males and females or mean general health related quality of life scores ( $p=.709$ ) between HIV+ males and females. There was an inverse relationship between SWB and depression. As SWB increased, QOL increased, especially emotional well-being and general health components of QOL. A decrease in depression was associated with higher QOL scores. Conclusions: Although HIV+ women report more depression than HIV+ men, there were no significant differences in mean scores. HIV+ women report higher existential and religious SWB than HIV+ men. HIV+ men report a better quality of life than HIV+ women. Implications for nursing practice: Nurses should address the spiritual health of HIV+ persons to promote mental health and QOL.

## **75. MC Vidal Thomàs, C Alorda Terrasa, A Bastias Sarmiento, RM Adrover Barcelo, J Ripoll: Efectividad de una intervención enfermera en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Resultados preliminares**

### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FINANCIADA POR FIS 02/1585 DE 3 AÑOS DE DURACIÓN

**OBJETIVO.** Evaluar la efectividad de una intervención enfermera estandarizada en el cuidado de pacientes afectados de enfermedad cerebrovascular, medida en términos de calidad de vida e incidencia de complicaciones, comparando dicha intervención con la práctica habitual.

**METODO.** Estudio cuasi – experimental, de dos ramas, en paralelo, con asignación aleatoria de centros de salud para determinar el grupo intervención (GI) i el grupo control (GC) Están incluidas 8 centros de salud (CS) (GC) i 9 CS GI.

Los casos son personas que hayan padecido un ictus (CIE 9 MC, códigos 430-434, 436). Se excluyen: recidivas de casos ya incluidos, casos que residan fuera de las Zonas Básicas de Salud incluidas en el estudio, pacientes en situaciones terminales

La captación se realiza en los tres centros públicos hospitalarios de la Isla: Hospital Universitario de Son Dureta, Fundación Hospital Son Llàtzer y Fundación Hospital Manacor.

Recogida de datos: antes de las 48 horas del ingreso hospitalaria, al alta hospitalaria, al llegar al domicilio, a los 3 meses

## **76. Acosta Mosquera M, Nieto Gutiérrez P, Álvarez Leiva MI, Maestre Guzmán MD, Martín García R, Carrasco Vázquez C, Mula Domínguez MJ, Albar Marín MJ.: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA A PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE. RESUMEN PRELIMINAR**

### **Introducción:**

La evidencia empírica pone de manifiesto que los pacientes portadores de un DAI, presentan una serie de condicionamientos que pueden afectar a su **CALIDAD DE VIDA** (necesidad de revisiones periódicas, presencia de episodios de arritmia, y limitaciones para diversas actividades) (1, 2, 3). El afrontamiento de esta medida terapéutica va a depender, entre otros factores, de cómo se hayan ido atendiendo sus necesidades y problemas desde el inicio del proceso asistencial (4). Con el propósito de mejorar la calidad de vida de éste grupo de pacientes, nos planteamos realizar un estudio cuyos objetivos eran:

Conocer la opinión de pacientes y cuidadores principales acerca de la calidad asistencial prestada en la Unidad Coronaria (UC).

Identificar problemas y necesidades durante su estancia hospitalaria.

Identificar problemas y necesidades tras el alta.

### **Metodología:**

#### **Diseño:**

Para conseguir los objetivos del estudio se diseñó un estudio descriptivo, con utilización de técnicas cualitativas.

#### **Muestra:**

La población elegible del estudio eran 14 pacientes portadores de un DAI y sus cuidadores principales, seleccionados mediante un muestreo intencional, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: acceder voluntariamente a participar en el estudio, llevar como máximo un año después de haber sido dado de alta en la Unidad y, no presentar déficit cognitivos.

#### **Recogida de información:**

Comprendió el periodo de Marzo a Junio del 2003 y se realizó a través de entrevistas individuales, dada la dificultad de reunir un número suficiente de pacientes para organizar grupos focales. El guión de las entrevistas incluía las dimensiones de calidad percibida del Modelo Serqual (5). Fueron grabadas con el consentimiento de los participantes.

#### **Análisis de la información:**

Se realizó de acuerdo al método de Giorgi (6).

#### **Resultados:**

De una población elegible de 14 sujetos, la muestra se redujo a 4 (se excluyeron dos por padecer déficit cognitivos y los restantes por presentar en el momento de la recogida de información patologías asociadas). Los participantes eran hombres con una edad media de 69 años y una situación laboral de jubilados (2), invalidez (1) y activo (1). En la tabla 1 se exponen los enunciados de significado agrupados en temas comunes de las entrevistas realizadas tanto a los pacientes como a los cuidadores principales.

**Conclusiones:**

En general, tanto pacientes como cuidadores, hacen una valoración de la calidad asistencial bastante positiva. No obstante, es necesario intervenir en los siguientes aspectos:

1) La información al alta no se proporciona adecuadamente.

Consideramos que se les da demasiada información en este momento, imposible de asimilar en tan corto espacio de tiempo, por lo que se sugiere darla de forma progresiva y proporcionarles oportunidades para que planteen sus dudas.

2) Se detectan problemas en la identificación de los profesionales.

Se evidencia que a pesar de la tarjeta identificativa que llevan los profesionales, esta se visualiza mal y no es suficiente. Habría que hacer más hincapié en la presentación personal y valorar la posibilidad de utilizar otros distintivos que faciliten la discriminación de los diferentes estamentos.

3) Ante los problemas manifestados por los usuarios en relación con la dieta, sería necesario comunicárselo a los facultativos y procurar que se les proporcione una dieta personalizada .

4) Ante las quejas expresadas por los familiares sobre la sala de espera , se debería gestionar urgentemente la forma de mejorar sus condiciones y ubicación.

5) Es necesario profundizar en la calidad de vida de los usuarios, tras el alta, en la posterior recogida de información de éste estudio.

**Bibliografía**

- Gallagher RD; McKinley S, Mangan B, Pelletier D, Squire J, Mitten-Lewis S.(1997) The impact of the implantable cardioverter defibrillator on quality of life. American Journal of Critical care. Jan; 6(1):16-24
- Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, Jinhage BM, Sandstedt B, Edvars A, Fridlund B (2001). Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. Journal of Clinical Nursing ; Jul; 10(4): 563-72
- White E (2000). Patients with implantable cardioverter defibrillator: transition to home. Journal of Cardiovascular Nursing. April; 14(3): 42-52
- Mira JJ (1999). La Calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J. Vitaller J (Eds). La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. IVESP. Generalitat Valenciana. Valencia 1999
- Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml V. (1988). SERQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. J Retail; 64: 12-37
- Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. J Phenomenol Psychol 1997; 28 (2): 235-260

**Tabla 1. Enunciados de Significado de las entrevistas realizadas a usuarios y cuidadores principales**

Enunciados de significado extraídos de las Entrevistas con los Usuarios	
<b>Información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No recuerdan la información al ingreso</li> <li>Manifiestan tener suficiente información de los cuidados durante la hospitalización</li> <li>Se les proporciona mucha información al alta, pero no son capaces de asimilarla.</li> <li>Identifican solo al médico que les atiende</li> </ul>
<b>Trato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad inmediata del personal de enfermería ante sus demandas</li> <li>Se sienten respetados en su intimidad aunque manifiestan su preferencia a que el aseo personal lo realice su familiar.</li> </ul>
<b>Confort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destacan de la habitación su limpieza y comodidad</li> <li>El horario de visitas resulta muy corto y preferirían que coincidiera con las comidas.</li> <li>La comida es calificada de suficiente y de tener una temperatura adecuada, pero señalan como aspecto negativo el que no contenga sal.</li> </ul>
<b>Ajuste a la nueva situación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de citas de las revisiones en la Unidad de Ritmo es evaluado muy positivamente .</li> <li>Desconocen los cambios en los hábitos de vida después del implante, aunque reconocen haber sido informados al alta.</li> </ul>

**Enunciados de significado extraídos de las Entrevistas con los Cuidadores Principales**

<b>Información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena información al ingreso y durante la hospitalización e inadecuada al alta.</li> <li>• Han sido informados de las normas de funcionamiento de la unidad a través de un folleto.</li> </ul>
<b>Confort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de visita corto y horario muy distanciado.</li> <li>• La infraestructura de la sala de espera de familiares es muy deficitaria e incómoda.</li> </ul>
<b>Ajuste a la nueva situación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sienten más seguros y tranquilos tras la implantación del DAI.</li> <li>• No tienen problemas para consultar telefónicamente las dudas cuando están en casa ni para las revisiones periódicas.</li> <li>• Les falta y falla la información sobre las modificaciones en los hábitos de la vida diaria tras la implantación del DAI</li> </ul>

**77. Mara Braga, E: How communication experts express communicative competence**

Communication is important for our growing as human beings; it is part of both our previous experiences and also those daily ones. We are relationship beings and this awareness leads us on a search for higher understanding of concepts, principles and skills to be acquired during the communicative process.

This study is a sequence of our paper<sup>(1)</sup> which restated the importance of a verbal and nonverbal coherence in competence. The studied individuals are experts nursing teachers on communication. To perform this research a guiding question “How do you express your communicative competence?” was used. The results were analyzed according to Bardin’s Content Analysis<sup>(2)</sup>.

The interviewees reported that they express their communicative competence by experiencing it under professional and personal environment, applying the nursing teaching learning. Based on this study we aimed to know how communication experts express their communicative knowledge on the way they teach, on the way they care and on ethics behavior with individuals in the study, even in scientific events, corroborating that communicative skill facilitates the interaction and it opens avenues to professional growth. Listening to the other, it is important provided that the other realizes he is being listened to and has space to express his ideas. It was clear that this listening must take place in an active and interested way and with an understanding attitude. Being attentive to nonverbal communication, it is to be able to go beyond words and perceive in other person’s look, gesture or any other nonverbal communication. Validating messages understanding, to perceive if the message was understood by other, because validating information is very important to nursing care because people are frail and may misunderstand the message. Being able to eliminate communication barriers, to perceive what is interfering or breaking communication. Relations occur among people, therefore, they are exposed to easy or difficult situations, which may alter, block and even impede its communication viability. Communication barriers examples are: a noisy environment, emotions, creeds of the people involved, physical and physiological restrictions, to mention a few<sup>(3)</sup>. Showing effectiveness, it includes being attentive, being together, being sensitive; to have empathy and flexibility. Investing in self-knowledge, to work with our feelings and emotions to get an effective interaction with the other. The outcomes, which emerged from this study, enable us to understand communication as something to be learned, felt and lived, i.e., perceiving emotions and feelings as well as the others in the Nursing care and everyday actions.

To express communication with competence means to realize the world around us, apprehending it and understanding how much our knowledge could help on teaching, on professional practice and also on personal life, which may contribute to self growing and to the growing of people who are influenced by this ability to do better.

**References**

- 1- Rocha, EM. Comportamento comunicativo do docente de enfermagem e sua influência na aprendizagem do educando. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP; 1999.
- 2- Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 1977.
- 3- Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2003.

**78. Shirey, M. R.: Social Support and Stress in the Work Environment: Evidence-based Nursing Management Practice**

**Objectives**

Upon completion of this poster presentation, the participant will be able to:

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen

1. Discuss the state-of-the-science of social support in affecting stress in the work environment.
2. Distinguish between a main, moderating, and mediating effect of social support on stress in the work environment.
3. Synthesize the stress and social support literature to identify opportunities for nursing research, theory, and practice.

#### **Methods**

A review of the literature was conducted to explore the state-of-the science as it relates to the role of social support in stressful work environments. This presentation answers the research question: "What is the role of social support in affecting stress in the work environment?"

A literature search strategy was developed to focus on three search channels: informal, formal, and secondary channels. A computerized database search using established inclusion criteria generated 25 empirical articles that were reviewed and coded using an investigator-developed coding sheet.

#### **Findings**

From the empirical articles reviewed, three major themes inclusive of empowerment, job strain, and motivation were identified as having a link to social support and stress in the work environment. Overall, social support was found to be an important concept with either main, moderating, or mediating effects on stress in the work environment. Gaps in the literature were identified with opportunities for nursing research, theory, and practice explicated.

#### **Conclusions**

Based on the review of the literature, there is evidence to support the main, moderating, and mediating effects of social support on stress in the work environment. Social support from supervisors and/or co-workers is crucial in positively influencing individual affect, coping, and well-being. Similarly, the presence of social support affects burnout, absenteeism, job satisfaction, intent to leave, and organizational commitment. This state-of-the science presentation has implications for nursing leadership practice. It clearly documents the need for nurse leaders to recognize the value and power of social support in the workplace and to develop strategies to incorporate social support into the fabric of the work environment.

### **80. Akram Sanagoo: *Nursing Faculties' Perspectives of Organizational Commitment***

#### **Introduction**

Faculties who are committed to their organization are more likely to derive greater psychological rewards from their work activities, are more prone to use themselves during periods of increased workload, often making a larger efforts in the organization than many of their colleagues<sup>1</sup>. Faculties' commitment is directly related to the quality of the education and indirectly on patient care program. For this reason educational and health care managers need to understand the dynamics of commitment and their role in developing and fostering it. In addition existing studies are about nurses' commitment to the profession (and not faculties and their educational organization). So, commitment is partially an unexplored phenomenon in nursing particularly in Iran. There are several unanswered questions in this area.

#### **Objective**

The purpose of this qualitative study was to discover nursing faculty members' perspective about factors that contributed to their commitment to their employing organization.

#### **Methods**

Semi structured, audio taped interviews were conducted to gather faculty views of their commitment. The setting was a nursing faculty in Tehran, Iran. A purposive sample of 10 faculty members was recruited. Data analysis was done according to content analysis.

#### **Findings**

Participants enumerated five major factors that contribute to their commitment to the organization:

- having a model,
- being appreciated and acknowledgment,
- characteristics of job,
- making meaning,
- and management style.

#### **Conclusion**

Organizations are made of individuals. Organizational commitment occurs only when our executives, address their needs of individual- both personal needs of the job environment and the need for intrinsic job satisfaction- through the work itself and through involvement in the overall goals of the organization. Faculties are the most important role models for nursing students during their educational period since faculty could influence the students' conceptualization of nursing practice. A faculty who isn't committed to the profession's values and beliefs wouldn't be able to influences on nursing students' beliefs and behaviors. Commitment must be nurtured, and developed. The lack of commitment on the part of the administration may have serious implication<sup>2</sup>.

#### **Reference**

- Robinson,D., Simourd,L., Porporino,F. Background to the staff Commitment Research Project. Correctional Service of Canada. 1992. [On-Line].Available:http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r20/r20e\_e.shtml Accessed 5/6/2003

Rinaldi, DM. The Lived Experience of Commitment to Nursing. Ph.D. Dissertation. 1989. University of Columbia.

### **83. Akram Sanagoo, Leila M. Jouybari, Reza Zamani: *Midwives' experiences with women's childbirth pain***

#### **Introduction.**

Unlike the other kinds of pain, the pain which accompanies normal childbirth has nothing to do with illness. The pain may even be welcomed because of its association with the joy of bringing a new life into the world<sup>1</sup>. Childbirth pain is often a necessary and inevitable part of becoming a mother. The quality of the communication between the women and the midwives is a curial element for feeling secure during childbirth. (Jouybari 2002).

#### **Aim.**

The aim of this [exploratory](#) study was to describe midwives' experiences with women's pain during childbirth.

## Methods.

Qualitative study using content analysis was done. Data collected via in-depth tape-recorded interviews in a teaching hospital in North of Iran. Twenty experienced midwives between 6-28 years of midwifery service were interviewed.

## Findings.

Content analysis of the interviews data produced descriptions of three types of midwives' approach to pain relief. They included "emotional support", "giving information", and "establishing trust".

### Emotional support.

The midwives emphasized on good communication with the parturients and presences "if your behavior with *them* is good, they feel safe and secure... If you can stay with them they would feel secure".

### Giving information.

All of the staff strongly emphasized on the necessity of prenatal education about vaginal delivery for the women. Unfortunately, the prenatal cares do not cover any material about pain or physical excises or breathing ones. One of them said "I think the appropriate education during prenatal care about normal birth can decrease the fear of pain during vaginal delivery in up to 80 % of women and this may decrease the rate of cesarean delivery".

### Establishing trust.

The participants stated if their clients know them before entering the delivery rooms, since prenatal care, they would feel less panic and follow the midwife's instructions better with more cooperation. The midwives believe that trustworthy relationship should be made based upon client's acknowledgment of midwives' competency and skills. Generally, our women cannot trust in young midwives. Knowing the midwife was considered as a key-element in parturient-midwife mutual relationship. One of the midwives said that the first encounter with the parturients and their relatives is very vital in making them emotionally comfortable.

The participants were anxious about several barriers to effective pain management. It seems the midwives face burnout. Some of them stated that they are tired of heavy workload so they are not able to be kind with the women and meet their needs. One of them said "if we can do our job good, then patient's cooperation will promote, she can tolerate better... in order to be good with the parturients they (the managers) must consider our needs too".

## Conclusions.

Maternity policy has emphasized the importance of woman centered care particularly during childbirth. This has required radical changes in the organization of maternity care, which has included a shift in roles and responsibilities and a requirement for more flexible working by midwives. Collectively, the evidences imply that women look for respect, trust, warmth, understanding and support and encouragement from the midwives who care for them during childbirth. However, in the current study midwives couldn't offer a holistic care to their clients. Further research is needed to develop a profile of the factors that contribute for a warm and trustable professional. The information gained could be used to teach midwives, for the value of effective communication for sensitive care such as pain relief in labor. According to the midwife's narratives "heavy workload" was the main barrier to provide the best care to the women.

## Acknowledgment.

Appreciation is expressed for the staff who participated in this study.

## References

1. Fagerhaugh, S., & Strauss, A. Politics of Pain management: Staff-Patient Interaction. Menlo Park, CA: Addison-Wesley . 1977
2. Jouybari, L M., Sanagoo, S., Zamani, R. Women's Perception of Birthing Pain and Their Caring Needs. Unpublished research 2002

## 84. M. D. Varela Curto, D. Martínez Rendal, M<sup>a</sup>. L. Sanjurjo Gómez, A. Lamata Martínez; F.J. Blanco García: **RIESGO LABORAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN**

### INTRODUCCIÓN

En el medio sanitario, el personal encargado de preservar y mejorar la salud de los ciudadanos, se encuentra expuesto a una serie de riesgos que pueden alterar su propia salud; riesgos que en el Área Quirúrgica (AQ) se multiplican, pues a los ya habituales en el Hospital es preciso añadir factores ambientales como exposición a radiaciones ionizantes, niveles residuales de anestésicos inhalatorios, sobrecarga psíquica, temperaturas extremas, ruidos, etc... por lo que es de suma importancia aplicar las medidas de protección adecuadas con el fin de minimizar el riesgo de exposición.

### OBJETIVOS

Conocer el grado de información sobre el riesgo laboral en el AQ y la prevención del mismo por parte del personal del AQ del C.H.U. "Juan Canalejo" de A Coruña.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder llevar a cabo el presente trabajo hemos elaborado un cuestionario con 22 preguntas referentes a los diversos factores de riesgo profesional en el AQ y que consta de varios apartados.

En la primera parte obtenemos datos personales (edad, sexo, años de experiencia en AQ y turnicidad).

La segunda parte la dedicamos a los conocimientos de riesgo laboral en el AQ (físicos, químicos, biológicos,...)

En la tercera parte tratamos de conocer las medidas preventivas empleadas para evitar estos riesgos (mandil plomado, protectores oculares, controles médicos periódicos,...) y si existe información suficiente entre la incorporación de nuevas tecnologías y sus respectivos riesgos.

La última parte es un estudio de la incidencia de accidentes laborales en relación con agentes físicos, químicos, biológicos y cargas de trabajo.

La encuesta se realiza de forma anónima e individual a un total de 96 profesionales del AQ.

### RESULTADOS

De los 96 profesionales del AQ, contestaron el cuestionario un 91.67 % siendo el 85.42 % mujeres y el 6.25 % hombres. La media de edad se sitúa entre los 30-49 años.

La turnicidad se reparte en 55.20 % turno rotatorio y 36.46 % turno fijo. La actividad quirúrgica habitual equivale a un 31.25 % cirugía de urgencia, 32.29% cirugía programada, 33.33 % ambas.

La experiencia laboral en el AQ corresponde a un 23.96 % - de 10 años y un 67.71 % + de 10 años.

Tiene conocimiento del riesgo biológico un 91.67 % y emplea medidas preventivas un 68.75 %. De los Rx tiene conocimiento del riesgo un 85.42 % y emplea medidas preventivas un 41.67%. Respecto a los R. Láser, conoce un 43.75% y previene un 40.62%. Gases anestésicos, conoce un 87.50% y previene un 34.37%. Agentes químicos, conoce un 87.50% y previene un 43.75%, un 43.75% acude a controles médicos periódicos y un 16.67% tiene información suficiente de la incorporación de nuevas técnicas y de sus riesgos.

En alguna ocasión han padecido pinchazos un 62.50%, traumatismos musculares un 50%, traumatismos esqueléticos un 16.67%, problemas por temperatura elevada un 63.54%, por ruidos 82.29%, por luz artificial 80.21%, por electricidad 7.29%, por Rx 1.04%, por agentes químicos un 87.50%, gases anestésicos 9.6%, biológicos 7.29%, por carga física 96%, por carga psíquica 100%.

#### **CONCLUSIONES**

A pesar de conocer los riesgos y las medidas preventivas de la mayoría de éstos, hay un alto porcentaje que no las adopta. Prevalce la comodidad a la protección. Existe escasa información ante la incorporación de nueva tecnología que pueda suponer nuevos riesgos.

Es espectacular el grado de sobrecarga psíquica debido a factores íntimamente ligados con el agotamiento emocional. Debemos concienciarnos de que en el tema de los riesgos profesionales, la seguridad en el trabajo depende en gran medida de la protección individual.

### **85. Carneiro Vianna, L. A., Teodoro Bomfim, G. F., Chicone, G.: Autoestima de las mujeres que sufrieron violencias**

#### **Introducción:**

estudios anteriores que se refieren a la salud de la mujer y sus relaciones, permitieron observar la baja autoestima como factor primordial para exclusión, abandono y privación de las mujeres entre las relaciones de salud, sexualidad y proceso de trabajo, trayendo consecuencias negativas para la calidad de vida. Este estudio contribuyó para elevar la autoestima de las mujeres que sufrieron violencia y también para sensibilizar los profesionales de salud como agentes de ésta transformación.

#### **Método:**

La investigación, aprobada por el comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de São Paulo – Unifesp, es un estudio cualitativo, que tiene como objetivo alcanzar las usuarias y profesionales de las instituciones de salud. MINAYO e SOEIRO, ofrecieron subsidios teóricos para las oficinas de autoestima con las participantes, para que entiendan la propia realidad y encuentren respuestas a las nuevas situaciones. Tomando en cuenta la Programación Neuro-Lingüística surgieron experiencias vividas, favoreciendo una nueva lectura y minimizando factores casuales de baja autoestima, a través de la elaboración de nuevos conceptos. Las historias fueron copiadas y analizadas, manteniendo la fidelidad del contenido de cada historia de vida.

#### **Resultados:**

La responsabilidad por este problema de baja autoestima vino de experiencias negativas vividas en el hogar y con personas de nuestro círculo de afecto y admiración, principalmente las que surgieron con la violencia del estupro.

#### **Discusión:**

Las evaluaciones individuales mostraron que las oficinas constituyen un medio de reflexión, tanto para las víctimas de violencia sexual como para los profesionales de salud participantes en el retorno de la vida normal y reconstrucción de la autoestima de las mujeres. Sin embargo, algunas jóvenes se volvieron agentes multiplicadoras de estos grupos de trabajo.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- (1) VIANNA, L.A.C., OLIVEIRA, E.M. A violência começa na gravidez. *Jornal da FEBRASGO*, 1998.
- (2) VIANNA, L.A.C., OLIVEIRA, E.M. 1999. Soledad y abandono: una constante entre las mujeres que abortaron. In: *Genero y salud reproductiva en America Latina* Ed. Cartago, Costa Rica: Eulac-GTZ, 1999, p 368.
- (3) VIANNA, LAC; BOMFIM, GFT; CHICONE, G. Auto estima dos alunos de graduação em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.55, n.5, p. 503-508, set/out. 2002.
- (4) MASLOW, Abraham. *Motivacion y personalidad*. Sagitário. Barcelona, 1970.
- (5) PRATA, P.R., A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1992; 8(2):168-175.
- (6) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças*. Brasília, 2001.
- (7) MELLO JORGE, M.H.P., GAWRYSZEWSKI, V.P. LATORRE, M.R.D.O. Análise dos dados de mortalidade. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31 supl 4: 5-25.
- (8) EICHENBAUM, E.L.& ORBACH, S., *Qué quieren las mujeres?* Ed. Revolucion, Madrid, 1987. 245p.
- (9) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, Brasília, 1999.
- (10) WEAVER, K., MADDALENO, M. Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies. *Rev. Panam. Salud Publica*, 5 (4/5), 1999, p. 338-343.
- (11) MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. UCITEC ABRASCO, São Paulo / Rio de Janeiro, 2000. p269.
- (12) SOEIRO, A C. O instinto de platéia. Ed. Afrontamento. Porto, 1990. p 111.
- (13) SOEIRO, A C. Realidade emocional: ajudando o homem a conquistar a realidade desejada. S.Paulo, Ed. SENAC, 1999.p176.
- (14) O'CONNOR, J., SEYMOUR, J. *Introdução à programação neurolingüística: como entender e influenciar as pessoas*. São Paulo, Summus Editorial, 1995.
- (15) ANDREAS, S., FAULKNER, C. *PNL a nova tecnologia do sucesso*. 6a. Trad. Talita Macedo Rodrigues. R. de Janeiro: Campus, 1995. p344.
- (16) UNIFEM-UNICEF-OPS/OMS. *Fomentando nuestra autoestima - manual para grupos comunales*. Washington, DC. 2ª ed. 1992.
- (17) CLARET, M. *O poder da auto-estima*. S.Paulo, Martin Claret, 1997.
- (18) DUARTE, A *O prazer de ser mulher*. R.Janeiro, Ed. Rosa dos ventos, 2ªed., 1991.

- (19) FREEDMAN, R. Bodylove: learning to like our elks and ourselves. Trad. Magda Lopes. R.Janeiro, Ed. Rosa dos Ventos, 1994.
- (20) MAY, R. Man's search for himself. N.York, Norton & Co., Trad. Weissenberg. Petrópolis, Vozes, 1984.
- (21) POLE, T. Be yourself - the no-nonsense guide to living effectively. Dorset, Plement Books Ltd., 1997.
- (22) SOEIRO, A C. Psicodrama e psicoterapia. São Paulo, Ágora, 1995. p159.
- (23) BOURDIEU, P. O poder simbólico. Coleção memória e sociedade. DIFEL Ed. Bertrand Brasil S. A, São Paulo, 1989. 311p.
- (24) GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1978. 323p.
- (25) LEVINE, P.A., FREDERICK A. O despertar do tigre: curando o trauma. Ed. Summus, São Paulo, 1999.
- (26) <http://www.rhmas.org.br>. Site de apoio à criação de Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente.
- (27) ORPINAS, P. Who is violent?: factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain. Rev. Panam. Salud Publica, 5 (4/5), 1999, p.232-244.

## **89. Roig, A., Ricart, M., Cunillé, M., Cano, G., Salvador, J.: *Intervención de enfermería del registro de defectos congénitos de Barcelona (REDCB)***

### **Antecedentes**

El Registro de Defectos Congénitos de Barcelona (REDCB) comenzó a funcionar en noviembre de 1990 en tres maternidades de la ciudad. Entre esa fecha y diciembre de 1991 fue incorporando todas las maternidades y a partir de enero de 1992 su cobertura puede considerarse poblacional. El REDCB está integrado en la actualidad, entre otros, por los 16 centros materno-infantiles de la ciudad, 5 de los cuales son hospitales públicos terciarios y los 11 restantes clínicas privadas. El REDCB se estructura como un sistema de información sobre los casos con defectos congénitos detectados entre los nacimientos y las interrupciones voluntarias del embarazo de las mujeres residentes en la ciudad de Barcelona. Así mismo recoge información sobre una muestra de madres de niños sin defectos congénitos que nos permite caracterizar nuestra población general de gestantes. Las 3 enfermeras del REDCB somos las encargadas de mantener el sistema de información del registro mediante entrevistas a las madres y revisión de historias hospitalarias (así como codificando toda la información obtenida). Es decir, la parte más ardua de nuestro trabajo se desarrolla en centros "externos". El REDCB dispone de la colaboración de más de 200 profesionales de la Sanidad de la ciudad repartidos en 4 grupos de apoyo: grupo coordinador, consejo asesor, grupo de diagnóstico prenatal y grupo de personal no facultativo. El mantenimiento del contacto entre esas personas y el personal del grupo central es fundamental para el buen funcionamiento del registro. Aunque la comunicación telefónica es frecuente, es difícil reunir a esas personas fuera de su ámbito laboral para establecer contactos personales, muy importantes para incentivar su colaboración que, por otra parte, es completamente desinteresada.

### **Objetivos**

Reforzar la comunicación entre las enfermeras encargadas del mantenimiento del sistema de información del REDCB y el personal de apoyo en las maternidades integradas en el registro para mejorar las vías de acceso a la información, en especial en lo referente a la notificación de los casos, las entrevistas a las madres y la revisión de las historias hospitalarias.

### **Metodología**

Se estructuró una charla tipo y se confeccionó un dossier con información sobre el registro que constaba de 3 apartados principales. El primer apartado contiene una descripción general del REDCB, Su historia, los centros colaboradores y las definiciones de casos y controles. El segundo apartado consiste en una descripción de la información que se recoge y la forma de obtenerla. El tercer apartado incluye unos cuantos resultados y una descripción de las utilidades del registro. Las exposiciones se efectuaron siguiendo este mismo esquema y cada una de nosotras desarrollamos uno de los apartados, buscando siempre una participación lo más activa posible de los asistentes. El mensaje principal es que sin su colaboración no sería posible mantener el sistema, por lo que, de hecho, forman parte integrante del registro. Se contactó con las maternidades para confeccionar un calendario de presentaciones. La intervención se realizó entre el año 2003-04.

### **Resultados**

13 de las 16 maternidades respondieron interesadas a nuestra iniciativa y las 3 restantes declinaron nuestra visita aduciendo imposibilidad de organizar la asistencia a la presentación. Hasta la fecha se han efectuado presentaciones en 9 maternidades. La mediana de asistencia es de 30 personas, la mayoría enfermeras. El nivel de interés por la información ofrecida fue en general elevado. A raíz de nuestra visita se ha incrementado el nivel de conocimiento y aceptación de nuestro trabajo y, en algunos centros, se han incorporado de manera espontánea nuevas personas a los grupos de apoyo del registro.

### **Conclusiones**

La comunicación personal entre el grupo central y los profesionales de las maternidades es muy importante para el buen funcionamiento del sistema de información del REDCB. La empatía lograda con el personal de enfermería de los centros se ha traducido en una mejora de nuestras condiciones de trabajo.

## **91. Llamas Martínez, M. V., Lluich Garvi, V., Melero Palomares, A., Sansó Bauzá, M. M., Tejada García, M. J.: *Integración de la familia en la Unidad Neonatal del Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca***

### **Introducción**

El ingreso de un recién nacido en la Unidad neonatal supone un shock traumático tanto para el bebé como para su familia.

El avance tecnológico que tenemos a nuestra disposición no es suficiente para cubrir las necesidades del neonato.

El neonato requiere del apego de sus padres para un adecuado desarrollo.

Necesitamos la elaboración de un plan para que todos los profesionales del área materno-infantil colaboremos en

fomentar el vínculo afectivo entre padres y recién nacido.

#### **Objetivo**

Elaborar un Programa de Integración de la Familia en el cuidado del neonato ingresado en la Unidad de Neonatos del Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca), para así, poder cubrir las necesidades de vínculo afectivo entre el recién nacido y su familia (padres) durante su ingreso en dicha unidad.

El marco conceptual en el que se desarrollará el programa será el modelo de las 14 necesidades de la persona propuesto por Virginia Henderson. Dicho modelo es el que se desarrolla en todos los servicios de enfermería del Hospital Son Llàtzer.

#### **Material y método**

En la realización del programa se ha utilizado revisión bibliográfica que aporta y justifica la importancia de fomentar el vínculo del recién nacido ingresado en unidades neonatales con su familia.

#### **Resultados y discusiones**

Con la elaboración del Programa de Integración de la Familia en el cuidado del neonato ingresado en la Unidad neonatal del HSL, el personal de enfermería espera satisfacer las necesidades tanto del recién nacido como las de su familia durante su estancia en el servicio de Neonatología del Hospital Son Llàtzer.

Además, pretende promover la reflexión entre los profesionales que estamos trabajando en unidades neonatales sobre las normas existentes en ellas.

#### **Bibliografía**

- Silberstein Goldenberg D: Developmental Care. Cuidados de apoyo al desarrollo prematuro. Rev ROL Enf 2003,26(2):160-164.
- Harrison B: Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. Pediatrics (Ed Esp) 1993,92:56-66.
- Alonso Ortiz T, Mariscal Ramos E: Resultado de una encuesta sobre la atención neonatal. <http://pablitoweb.galeon.com/neofamilia.htm>.
- Pallas Alonso C.R, Gutierrez Argul O: El ambiente en los cuidados intensivos neonatales. Anales españoles de pediatría. 1997,47:618-620.
- Arrabal Teran M.C: Participación de la familia en los cuidados del RN hospitalizado. [Http://pablitoweb.galeon.com/neonato12.htm](http://pablitoweb.galeon.com/neonato12.htm).
- Muniagurria G.: Cuidando al RN y sus padres. <http://wwwpsicologia-online.com/colaboradores/gabriela/cnr.htm>.
- Closa Monasterolo R, Moraleja Beneitez J, Ravés Olive MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papi A. Método Canguro en RN prematuros ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Anales Españoles de Pediatría. 1998; 49: 495-498.
- Hospital Universitario San Carlos: Programa de detección, control y atención a niños de alto riesgo de deficiencias. <http://Paidos.rediris.es/genysi/parde.htm>.
- Macías Nuñez J, Hernández Iñiguez R, Rodríguez Armenta MJ: La enfermera y la estimulación temprana del RN de alto riesgo y prematuros. <http://www.uasnet.mx/enfermera/trab04.html>.
- Moran C.: Comportamiento del apego madre-hijo. <http://www.latinsalud.com/temas/apego.htm>.
- Marrero Montelongo MM, Torres García M, Navarro Rodríguez MC: Reforzar la comunicación mejorando las técnicas de información. Enfermería científica. 1998, mayo-junio 206-207:12-15.
- Álvarez Miro R, Martínez Barellas MR: Cuidados del RN (I) : Preguntas y respuestas que le ayudaran a mejorar la calidad de los cuidados de los RN. Nursing. 1999, 17(supl):1-3.
- Estévez González MD: Fortalecimiento de los lazos afectivos madre-hijo. El Entorno canguro adaptado a los países de nuestro entorno, un complemento idóneo. Enfermería Científica. 2000, marzo-abril, 216-217:31-39.
- Franco Orozco M: Apego materno infantil y calidad de vida. Desarrollo científico de enfermería. 2002, agosto 10(7): 208-211.
- Trejo Zamora MO, Ontiveros Villa R, Rodríguez Valderrama I, García vega M, Benavides González FJ: Implementación de un programa para fomentar el apego en los padres de los RN prematuros: Desarrollo Científico de Enfermería. 1998, Septiembre 6 (8) 237-245.
- Martínez J: El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor. Ed Lldiun .Bs As; 1993.
- Brazelton y Cramer: La relación mas temprana: padre, bebés y el drama del apego inicial. Ed Paidos 993.

## **92. M. Ruzafa Martínez, M. Madrigal de Torres, C. Gómez García, A. Velandrino Nicolás: Factores de estrés y síndrome de burnout en enfermeras españolas que trabajan en Hospitales Ingleses**

Los datos aportados en esta comunicación proceden del Proyecto de Investigación "Estudio de la Satisfacción Laboral y la Calidad de Vida Laboral del personal de enfermería español que trabaja en Hospitales Ingleses", financiado por el Ministerio de Salud Británico (NHS) para el año 2003.

#### **Objetivo(s).**

- 1.- Conocer el nivel de estrés y la prevalencia del síndrome de burnout del personal de enfermería español que trabaja en los hospitales ingleses.
- 2.- Analizar la relación entre los factores estresantes, las dimensiones del burnout y las características sociodemográficas y laborales.

#### **Métodos.**

Estudio transversal analítico. Se han utilizado dos cuestionarios adaptados y validados en español: a) The Nursing Stress Scale (NSS) (1, 2) que consta de 34 preguntas integradas en 7 dimensiones y b) Maslach Bournout Inventory (MBI) (3) que consta de 22 preguntas agrupadas en 3 dimensiones. También se recogen variables socio-demográficas y laborales. Se ha optado por una encuesta censal a toda la población de referencia, compuesta por todo el personal de enfermería español que en el momento de iniciar el estudio trabajaba en hospitales ingleses a través del "UK/Spain Bilateral Agreement" (aproximadamente 360 enfermeras/os). La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado entregado en mano o por correo postal (del 10 de abril a 1 de agosto de 2003). La tasa de respuesta fue del 83,23%. En total se obtuvieron 283 cuestionarios que se utilizaron para el análisis del MBI; para el análisis de la NSS se utilizaron 223 cuestionarios, ya que se excluyeron los enfermeros/as que trabajaban en servicios sin contacto

con pacientes. Se realizó un análisis univariante de las características sociodemográficas, laborales y de las dimensiones de los cuestionarios; para el análisis bivariante se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) tras comprobar normalidad y homocedasticidad. Cuando no se pudo asumir que las varianzas poblacionales eran iguales se utilizó el estadístico de Brown-Forsythe. En caso de igualdad de varianzas se seleccionó como método de comparación *post-hoc* el método de Tukey. En caso de desigualdad de varianzas se utilizó el método de Games-Howell. Cuando no se pudo asumir normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis.

#### Resultados.

La puntuación obtenida en las dimensiones del MBI son: Cansancio Emocional (escala de 0 a 54) se obtuvo una puntuación media: 24,05 (DE: 10,19; IC al 95%: 22,84 – 25,86); Despersonalización (escala de 0 a 30) se obtuvo una puntuación media de 5,61 (DE: 5,24; IC al 95%: 4,99 – 6,24) y Realización Personal (escala de 0 a 48) se obtiene una puntuación media de 38,75 (DE: 7,27; IC al 95%: 37,89 – 39,6). Con respecto a la NSS los factores con una puntuación más alta en una escala de 0 a 3 (de menor a mayor estrés) son: Problemas lingüísticos: 1,71 (DE: 0,93); Preparación insuficiente: 1,47 (DE: 0,66) y Carga laboral: 1,45 (DE: 0,69); y los que obtienen una puntuación más baja son: Falta de apoyo: 0,91 (DE: 0,72) y Conflictos con otras enfermeras: 0,99 (DE: 0,69). La puntuación total de la NSS (escala de 0 a 102) es de 40,92 (DE: 16,05; IC al 95%: 38,80 - 43,04). En el análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas, laborales y las dimensiones de los cuestionarios se observan asociaciones estadísticamente significativas (tabla 1) ( $p < 0,05$ ) entre un mayor nivel de estrés y las dimensiones "Preparación inadecuada", "Incertidumbre respecto al tratamiento" y "Problemas lingüísticos", pero solo en aquellos enfermeros/as con "Tiempo trabajado en UK" menor de un año y "Nivel de inglés" entre muy bajo y bajo. Además también se encuentran mayores niveles de estrés asociado a la dimensión "Falta de apoyo" en las enfermeras con "Nivel de inglés" entre muy bajo y bajo. Por otra parte aquellos que trabajan en la UCI tienen menor nivel de estrés asociado a la dimensión "Carga laboral".

#### Discusión

Las puntuaciones obtenidas en el MBI muestran que no existe una situación de *burnout*, entre esta población de enfermeros/as y que presentan un nivel de estrés laboral medio. El análisis pormenorizado muestra que los factores estresantes más frecuentes son los problemas con el idioma, la preparación insuficiente y la carga laboral. Por otra parte, es de destacar que a medida que aumenta la experiencia laboral en Inglaterra, junto al aumento del nivel del idioma disminuye el estrés en las dimensiones antes mencionadas. En conclusión, sería deseable que los profesionales que piensen trabajar en UK tengan experiencia laboral previa y nivel de inglés medio-alto. Asimismo, las actuaciones prioritarias a implementar en los primeros meses de estancia en estos hospitales serían reforzar el conocimiento del idioma, sobre todo biomédico, y el conocimiento de las características y peculiaridades del sistema de trabajo y promoción de la enfermería en el National Health Service.

Tabla 1. Test ANOVA (con *post hoc* de Tukey y Games-Howell) comparando medias entre variables sociodemográficas, laborales y dimensiones del NSS. (sólo se muestran las diferencias con una  $p < 0,05$ )

Dimensiones NSS	Tiempo trabajado UK	Diferencia medias	Sig.	IC a 95%	
Preparación inadecuada	Menos de 1 año	0,2495*	0,005	0,07773 a 0,42133	
	Más de 1 año				
Incertidumbre respecto tratamiento	Menos de 1 año	0,2055*	0,011	0,04813 a 0,36278	
	Más de 1 año				
Problemas lingüísticos	Menos de 1 año	0,6931*	0,000	0,46560 a 0,92033	
	Más de 1 año				
	<b>Nivel del inglés</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>Sig.</b>	<b>IC a 95%</b>	
Falta de apoyo	Muy bajo-Bajo	Medio	0,3966	0,059	- 0,0028 a 0,7959
		Alto-Muy alto	0,5025*	0,009	0,1106 a 0,9305
Problemas lingüísticos	Muy bajo-Bajo	Medio	0,6914*	0,000	0,3737 a 1,0092
		Alto-Muy alto	1,4574*	0,000	1,1494 a 1,8015
	<b>Servicio en el que trabajan</b>	<b>Diferencia medias</b>	<b>Sig.</b>	<b>IC a 95%</b>	
Sobrecarga laboral	UCI	Cirugía	-0,4318*	0,010	-0,7973 a -0,0664
		Cardiología	-0,2927	0,437	-0,7478 a 0,1624
		Medicina Interna	-0,6994*	0,000	-1,0427 a -0,3561
		Traumatología	-0,4534	0,073	-0,9306 a 0,0238
		Urgencias	-0,6506*	0,016	-1,2243 a -0,0769

\* Niveles significativos  $p < 0,05$ , también con pruebas no paramétricas.

#### Referencias bibliográficas

- (1) Gray-Toft P. Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. J Behav Assess 1981; 3 (1): 11-23.
- (2) Más Pons R. Escribá Agüir V. La versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. Rev Esp Salud Pública 1998; 72 (6): 529-38.
- (3) Maslach C. Manual Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press. Palo alto, 1981.

### **93. McDonald, K., Kirk, M., Hailey, S., Gray, J.: *General Practitioners, Genetics and the New Contract Framework: Any Future?***

#### **Objectives**

Primary care teams increasingly will be involved in providing care that incorporates genetics, carrying out more screening, assessing risk and filtering referrals, as is occurring with familial cancers. How genetic technologies can be integrated effectively into primary care is not clear. Your Contract, Your Future proposes radical changes to the organisation of primary care; genetic services could be contained within this framework, with the support of general practitioners. This project aims to ascertain the views of general practitioners on whether or how such services should be delivered, and to assess their needs in doing so, in order to inform education and service development.

#### **Methods**

Principals (PP) (n=1930) and Non-Principals (NPP) (n=225) across Wales were sent a 2½ -page questionnaire with reminders at 3 week intervals. Participants were asked about the place of genetics within the new framework, their willingness and confidence to engage in such services, and their views on the cancer genetics service model. The response rates are 44% (PP) and 67% (NPP) after three reminders.

#### **Results**

Opinions are divided as to the importance of the new framework for effective integration of genetics. PPs appear less willing to become involved in offering genetics. NPPs are more likely to place genetics as a higher level of service (p<0.001). Both groups rated clear referral guidelines as being of most help.

#### **Conclusions**

General Practitioners appear ambivalent about the place of genetics in primary care in Wales

### **96. M<sup>a</sup> Dolores Guerra Martín; Herminia M<sup>a</sup> Flores Albarrán; Sandra Muñoz Cuesta; Soraya Pruaño Peinado; Ana Isabel Puerto del Canto; Ana Belén Villa Cantero y Vicente Fernández Rodríguez: *El síndrome de Burnout en Atención Primaria***

#### **Introducción:**

El síndrome de Burnout es una situación que experimentan entre otras, el personal sanitario, caracterizada por un agotamiento profesional debido a una implicación excesivamente vinculante con su trabajo, llegando a veces a ser ineficaces los profesionales de salud para el desempeño de su actividad laboral.

Nuestro estudio lo hemos llevado a cabo, en cuatro centros de salud del área de gestión sanitaria de Osuna, entrevistando a los miembros del equipo de atención primaria de cada centro.

#### **Objetivo:**

El principal objetivo del presente trabajo es tratar de conocer el grado de relación que existe entre los diferentes profesionales y su vinculación al trabajo, dependiendo de diversas variables sociodemográficas: Sexo, edad, estado civil, descendencia, jornada laboral, horario, puesto de trabajo.

#### **Material y método:**

Hemos utilizado una encuesta de evaluación de dicho síndrome, la Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión española. Este cuestionario está compuesto por 22 ítems, que poseen una escala gradual que va desde el valor 0 (nunca) hasta el valor 6 (todos los días). El cuestionario valora el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la falta de realización personal (FRP).

#### **Resultados:**

En cuanto a los resultados en general, de posibilidades de padecer el síndrome de Burnout, nos encontramos en nuestro estudio:

- Cansancio emocional (CE): en un 22 % del total de la muestra
- Despersonalización (DP): en un 13 % del total de la muestra
- Falta de realización personal (FRP): en un 12 % del total de la muestra

#### **Discusión:**

Las implicaciones del estudio para la práctica clínica, está en relación con la calidad asistencial ya que si disminuimos el CE, la DP y la FRP en estos centros de Salud estudiados tendrán estos profesionales menos probabilidades de padecer síndrome de burnout lo que redundará en una mejora en la prestación de sus cuidados y a su vez una mejora en la satisfacción de los usuarios

#### **Bibliografía:**

1. Pablo González R, Suberviola González JF "Prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención primaria" *Atención primaria* 1998; 22 (9): 580-584.
2. Garrido González J, Sanz de la torre JC, Herrero Olea A, Gómez Galán R "Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en los profesores de enfermería del centro universitario de Mérida " *Metas de Enfermería* 2002; 42:16-20.
3. Atance Martínez JC "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout den personal sanitario" *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71 (3): 293-303.
4. Artiga Ruiz A "La enfermería ante el síndrome de Burnout " *Enfermería Científica* 2000; 220-221: 11-16.
5. Carmona Monje FJ, Sanz Rodríguez LJ, Marín Morales D "Clima social laboral y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería" *Enfermería Científica* 2002; 244-245: 82-87.
6. De las Cuevas C "El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout" Madrid: Monografía de Laboratorios Servier, 1997.
7. Faura i Vendrell T "Síndrome de Burnout" *Rev Rol de Enfermería* 1998; 116:19 y 53-56.
8. Flórez Lozano JA "Síndrome de estar quemado" *Edikete med*, 1994.
9. Arce Arnaez MC, Martínez Aguayo C, Sánchez Ludeña MC "El clima laboral en los trabajadores de Atención Primaria" *Gac Sanit* 1994; 8:79-84.
10. Foura T, Roigé M, Serra R y cols "Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermos de hospitalización y de atención primaria" En jornadas de salud laboral en el hospital; 1994; septiembre 73-76; Barcelona.
11. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J "Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud" *Atención Primaria* 1994; 14:1135-1140.

12. Álvarez L, Fernández L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): Asociación Española de Neuropsiquiatría 1991; 11: 257-265.
13. Cuevas P, O'Ferrall C, Gavira C, Crespo J "Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros en general" resultados de una investigación. Enfermería Científica 1999; 202: 74-76.
14. Faura T "Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo" Revista Rol de Enfermería 1990.
15. García M, Sobrido N, Raña C, Saleta JL "El Síndrome de Burnout en profesionales" Enfermería Científica 1999; 202: 61-67.
16. González JL. "Factores de estrés y enfermedad" Psiquis 1989; 10: 11-20.
17. González JL. El índice de reactividad al estrés. Madrid: Inteva, 1990.

**97. Gamba, MA; Gotlieb, SLD; Bergamaschi, DP; Oliveira, O; Figueredo, E N de; Vianna, LAC.: Lower extremity amputations in patients with diabetes mellitus: a preventable practice in nursing care? A case-control study. São Paulo, Brazil; 2004**

**Introduction:**

Lower extremity amputation is an increasing problem among individuals with diabetes and an important public health problem.

**Objective:**

The objective was to identify factors associated to lower extremity amputation.

**Methodology:**

This investigation was conducted as a matched case-control study among diabetic persons. Cases were selected in public health programs of the city of São Paulo, Brazil. One hundred seventeen **cases** (with lower extremity amputation associated with diabetes) were compared to 234 **controls** (diabetic persons without an amputation), matched by sex, age, period of time since the onset of the disease. In the study, sociodemographic variables, life habits (smoking and alcohol drinking), clinical aspects and health education in diabetes were included. Univariate analyses and conditional logistic regression method were applied to data. **Results:** The data showed evidence of association for: smoking, last glucose test  $\geq 200$  mg/dl, presence of peripheral somatic neuropathy, observed by absence of sensation to Semmens filament 5.07m $\mu$  and vibratory perception (tuning fork 128 Hz) and presence of peripheral vascular disease. Diabetes treatment and attending nursing appointment for education in diabetes were important factors for prevention of lower extremity amputation in diabetic patients.

Key words: Diabetes mellitus type 2; lower extremity amputations; epidemiology; nursing care.

**98. CAVICCHIOLI, MGS ; OLIVEIRA, O ; GAMBA, MA: THE IMPACT OF THE HEALTH EDUCATIONAL PROCESS IN THE DIABETES CONTROL IN ADOLESCENTS**

The self care in the diabetes is an essential topic to a successful treatment, it has an important relation with the education. This research purposes an evaluation of the results of an educational camp to diabetes campers that occurs every year in Brazil.

**Methodology:**

Quality research, we used a questionnaire with five questions. Forty five questionnaires were answered in the beginning and in the end of the camp.

**Results:**

Most of the campers were female (86,6%), between nine and seventeen years old, 75,6% were in the camp for the first and 65,8% had the diagnoses from one month to six years. The most important data showed that 9% were there for the first time and 53,4% define diabetes as a pathology of the pancreas; after one week, 63,4% answered this question right. In the beginning of the week 6,7% didn't make turns to apply the insulin but by the end 100% use to do it in at least three different places. Other items related to the foot care were also analysed: hydration, nail care, kind of socks and right time to buy the shoes.

**Conclusion:**

Analysing the results, we can see the evolution of the individual knowledge, showing the importance of this kind of strategy as an instrument to the education of the diabetes patients. It's also important to make salient the importance of the remain education.

**99. Cabañero, M. J.: Validez de la búsqueda electrónica en bases de datos nacionales**

**Objetivo**

Analizar la validez de la búsqueda electrónica en bases de datos nacionales para la localización de documentos sobre calidad de vida relacionada con la salud en mayores de 65 años.

**Métodos**

Se realizaron búsquedas electrónica en las bases de datos IME, ISOC, Cuiden y Cuidatge. La estrategia de búsqueda en IME e ISOC se realizó a través de los descriptores y en los casos de Cuiden y Cuidatge a través de texto libre. La estrategia de búsqueda se construyó en base a dos conceptos, el primero incluía todos aquellos términos asociados a la población diana, en este caso mayores de 65 años y el segundo aquellos relacionados con la evaluación de resultados de salud basados en el paciente (dimensiones, instrumentos y propiedades de éstos). Todas las búsquedas fueron realizadas por el mismo investigador y supervisadas por dos expertos en calidad de vida relacionada con la salud.

El criterio de validación de dicha búsqueda consistió en una búsqueda manual llevada a cabo, por dos investigadores entrenados, sobre las 4 revistas españolas que, en la búsqueda electrónica, mostraban más artículos relacionadas con el tema: Atención Primaria, Revista Española de Geriátria y Gerontología, Revista Multidisciplinar de Gerontología (antes de 1998 Revista de Gerontología) y Geriátrika. El periodo considerado fue de Enero de 1997 a Octubre de 2003.

**Resultados**

El número de referencias que se obtuvieron en la búsqueda electrónica fue de 1202 de los que una vez cribados, por tres investigadores, únicamente reunían los criterios de inclusión 104. De estos 104 artículos se han recuperado a texto

completo 98 que han sido sometidos a un nuevo cribaje por un investigador distinto a los anteriores. El número final de artículos incluidos ha sido de 49 (4,07%).

De la búsqueda manual se han obtenido 55 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Al analizar la concordancia entre las dos estrategias de búsqueda sobre las cuatro revistas mencionadas se ha observado que 27 de los 31 artículos de la búsqueda electrónica coincidían con los de la manual, 4 de ellos no lo hacían y la búsqueda manual aportaba un total de 28 artículos más.

Si consideramos como criterio el total de artículos localizados a texto completo por cualquier procedimiento, 59 y comparamos esta cifra con los obtenidos en los dos procedimientos de búsqueda, observamos que la búsqueda manual nos ha permitido obtener 94,8% (55) de los artículos y la electrónica un 53,4% (31).

#### Discusión

La validez de la búsqueda electrónica para localizar los artículos existentes sobre un tema es una cuestión ampliamente discutida en la literatura especializada. Algunos estudios señalan que con la búsqueda electrónica se llegan a obtener solamente el 40% de los documentos existentes. Nuestro estudio centrado en medidas de resultado y utilizando únicamente las bases de datos españolas muestra resultados en esta línea, el clínico y el investigador recurriendo exhaustivamente a las bases de datos electrónicas puede obviar documentos relevantes para planificar su investigación o diseñar cambios en su práctica clínica, de ahí que sea recomendable completar la búsqueda electrónica con una búsqueda manual.

### 100. Bruzos López, E., Malvar Pintos, A., Lado Lema, E., Pousa Ortega, A., Abraira García, L.: *Reacciones adversas asociadas a las vacunas sistemáticas : una revisión*

#### Introducción

Actualmente las vacunas cuentan con un amplio margen de seguridad y efectividad pero, paradójicamente, esto contribuye a disminuir la percepción de la población sobre una serie de enfermedades prevenibles en los niños que hace que se vea con mayor preocupación y recelo que en épocas pasadas, cualquier efecto colateral de las vacunas. Por ello se planteó realizar una revisión de la literatura de los últimos cinco años con el siguiente objetivo: Resumir el estado de conocimiento actual sobre reacciones adversas asociadas a las vacunas sistemáticas (RASV) y su repercusión en la práctica vacunal diaria.

#### Métodos

Se realizó una revisión de las publicaciones en la base de datos Medline, de la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos que es en la actualidad la más importante de las especializadas en medicina. Los criterios de búsqueda han sido: 1 ) año de publicación, seleccionando los artículos entre 1999 y 2003, 2 ) idioma, publicaciones en inglés y español, 3 ) edad, entre 0 y 18 años, en humanos. Palabras clave: vaccine, vaccination, adverse effects, human y la estrategia de búsqueda: (vaccine OR vaccination ) AND adverse effects AND human. La clasificación utilizada para la revisión fue la de la World Health Organization ( WHO).

#### Resultados

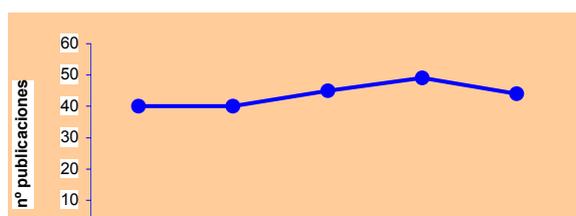
Durante el período 1999-2003, Medline ha indexado 1049 documentos que cumplían la estrategia de búsqueda. De éstos se excluyeron los referentes a reacciones adversas coincidentales, los de causa desconocida y los de vacunas no sistemáticas, quedando 218 para la revisión. Se contabilizaron 264 RASV, 184 de origen local y 80 de origen sistémico. Como reacciones locales más frecuentes, se menciona el dolor en 39 artículos ( 18% de las publicaciones ), la inflamación en 35 ( 16% ) y el enrojecimiento en 22 ( 11% ), menos frecuentes, la induración en 12 ( 5.5% ) y el picor en 7 ( 3.2% ). De las reacciones de carácter sistémico, la fiebre aparece en 45 artículos ( 21% de las publicaciones ), el dolor de cabeza en 10 ( 4.58% ), las trombocitopenias transitorias en 5 ( 2.9% ) y la hipotonía en 4 ( 1.8% ). La anafilaxia aparece en 2 ( 0.91% ). De las vacunas asociadas a las reacciones adversas destacan, la triple bacteriana entera y la acelular mencionadas, entre ambas, en 64 artículos ( 29.35% de las publicaciones ), la trivirica en 57 ( 26% ), y la de la Hepatitis B en 38 ( 17% ). En cuanto a la causalidad, la inducida por las características del preparado vacunal aparece en 185 artículos ( 85% de las publicaciones ), la hipersensibilidad del paciente se justifica en 25 ( 11% ) y las debidas a errores técnicos en la práctica vacunal en 8 (4% ).

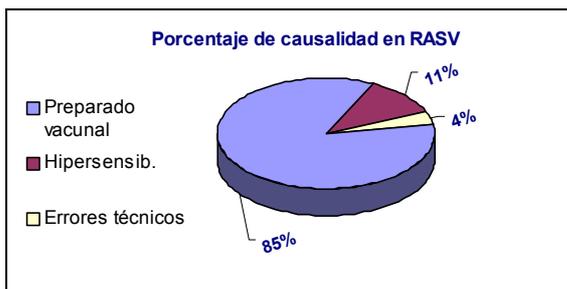
#### Discusión

Los resultados obtenidos a través de las publicaciones muestran que el interés en la investigación sobre las reacciones adversas se mantiene a lo largo del tiempo y que éstas en su mayoría son benignas, de escasa trascendencia clínica y claramente inferiores a las que puede ocasionar la propia enfermedad. Existen pocos casos excepcionalmente graves documentados, por lo que la aceptación de las vacunas por parte de la población, va a depender de una adecuada información, que debería estar basada en la mejor evidencia disponible. Utilizando esta herramienta en la práctica asistencial, los profesionales de la enfermería estaremos en condiciones de transformar las necesidades de información en preguntas que puedan ser contestadas de la manera más eficiente posible y de aplicar las mejores decisiones en la práctica clínica, para lograr la mayor aceptación y no generar desconfianza o escepticismo.

#### Bibliografía

1. Comité asesor de vacunas ( 1998-2001 ) AEP. Manual de vacunas en Pediatría. Ed. 2001.
2. Jiménez R, Corretger JM. Efectos secundarios de las vacunas. En : Salleras LI, editor. Vacunaciones preventivas, principios y aplicaciones. Barcelona: Masson, 1998; p. 523-30.
3. World Health Organization: Vaccine suppl and quality: Surveillance of adverse events following immunization. Wkly Epidemiol Rec 71 ( 32 ): 237-244, 1996.
4. WHO. Global Programme on vaccines and immunization pages on safety of vaccines. <http://www.who.int/vaccines-diseases/safety/>
5. Mortimer EA Jr, Ball I.K, et al: Stevens-Johnson syndrome after vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 20: 818-819, 2001.
6. OMS ( 2000 ), informe del Segundo Comité de Dirección sobre seguridad en inmunizaciones. Ginebra: OMS.
7. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, Vol 13, No 3 ( July ), 2002: pp 205-214
8. Dal-Ré R. Las vacunas combinadas de administración parenteral en el calendario de vacunaciones sistemáticas. *Med Clin ( Barc )* 2000; 114: 264-270. [Medline]





### 101. M Hashimoto, Y Saeki: *The effects of bed baths on stratum corneum hydration, skin lipid, skin surface pH and ATP bioluminescence*

#### Objectives:

Bed baths are a necessary and important nursing procedure for patients who are unable to take a bath to keep themselves clean. However, a bed bath using hot water which could cause friction on the skin by using a towel may result in some skin damage especially in elderly people. This study was designed to investigate the effects of bed baths on the skin condition and cleanliness of skin, compared to tub baths which are the most popular in Japan.

#### Methods:

The subjects were 23 elderly people aged 65 or older that were divided into two groups: the bed bath group and the tub bath group. The bed bath group consisted of 9 male and 6 female subjects. As for the tub bath group, 3 male and 5 female subjects were studied. All subjects volunteered to participate in the research and signed consent forms were obtained. Stratum corneum hydration, skin lipid and skin surface pH were measured to evaluate the condition of the skin, and ATP bioluminescence (ATP) was used to compare the cleanliness of the skin. The parts of the skin surface measured were neck, axilla, upper back, the volar side of the antibrachium and the front side of the lower leg. The preceding parameters were measured just before and after bed or tub bath at regular intervals for 48 hours in both groups. A two-way layout ANOVA was used to examine the pattern of change in each parameter between the bed and tub bath groups.

#### Findings:

The following results were obtained: 1) For stratum corneum hydration, each group showed a different pattern of change in many body parts. In the bed bath group, the amount of stratum corneum hydration decreased right after the bed bath, although, afterwards it returned to the pre-bath level. On the other hand, the amount in the tub bath group increased immediately after the tub bath, but afterwards decreased and became lower than that in the bed bath group in many parts of the skin; 2) Although the change in skin lipid was similar in both groups, the tub bath group tended to exhibit a larger drop than that in the bed bath group; 3) A similar change in pH was observed in both groups, although the pH in the tub bath tended to increase more than that in the bed bath group; 4) For the ATP levels, both groups showed a very similar pattern in the change, although the bed bath group showed a greater reduction of ATP levels compared with the tub bath group. This result suggests that the number of bacilli must decrease by administering a bed bath which scrubs the skin surface, in contrast to sluicing out the bacilli with soap in the tub bath.

#### Conclusions:

These results suggest that bed baths in elderly people do not damage the skin any more than tub baths which reduce the water holding capacity and there is little difference in cleanliness between bed baths and tub baths. Therefore, bed baths provide efficacious hygienic care for elderly people.

### 102. Leila M. Jouybari, Fatima Oskoui, Fazlollah Ahmadi: *Comfort a missing concept: hospitalized patients' experiences and relatives' perspective*

#### Introduction

Comforting patients is an integral part of nursing care and a valued outcome of nursing actions. However, there is no evidence to suggest how comfort is enacted in our clinical areas. This article is part of a larger study aimed to explore patients' experiences and perceptions of comfort and discomfort.

#### Methods

A qualitative approach using grounded theory was adopted; data collected by semi-structured interviews and participants' observation, from a purposive sample of 31 medical-surgical patients, and also ten relatives who were subjected to questions and constant comparative analysis. This study was conducted in five large teaching and semi-private hospitals associated with the Universities in Iran.

#### Findings

Date analysis uncovered a number of themes. Patients felt comfort when assured of their recovery process and when individualized care was provided, patients focused and related to need, offered in a humanistic manner, through the presence of a comforting relationship by staff who demonstrated involvement, commitment and concern. "Availability, monitoring, kindness, attention to the needs and providing physical comfort" are the sub-themes that describe a good nurse from the participants' point of view.

Experiencing discomfort was so persistent in data that it formed a main category. Study informants experienced a variety of discomforts particularly due to lack of artistic aspects of nursing care, impersonal medical staffs' encounters, routine care, lack of concern and sensitivity or unavailability and hospital fees. Organizational barriers and economical forces were the remarkable discomforts experienced by the patients. Being tired and frustrated were the most common

feelings among patients' relatives. When there was no solution, participants tried to endure or ignore the little discomforts. Seeking help from others, relatives or other patients, was the participants' main strategy to deal with discomforts.

#### **Discussion**

The findings of this study may help nurses to know the patients and their needs better and also to find what comfort means for them, consequently nurses can plan, imply and evaluate nursing interventions most appropriately.

The finding indicated the gap between the ideals of and the realities of our practice. Giving care by patients' attendants is something more than good cooperation. It could be huge physical and emotional pressure on them and may cause low quality of care. Personnel are fully accountable for their work, while relatives are not officially accountable to hospital administrators for the tasks they perform. Such hospital settings can leave negative effects on folk perceptions of nursing profession. Staff approach was key factor in patients' experiences of comfort. Providing comfort requires holistic approach in nursing and medical care. The reality is that the situation is unlikely to change unless fundamental reforms occur in health care organizations.

#### **Acknowledgments**

The authors want particularly to thank the people, who participated in this study, shared their experiences and donated their times. This research project was supported financially by Iran University of medical sciences, school of nursing and midwifery.

### **103. Narriman Silva de Oliveira Boery, R., Botura Leite de Barros, A. L., de Fátima Lucena, A.: *Defining characteristics of the nursing diagnosis "excess fluid volume": usage, significance and skills to set them***

#### **Introduction and Objective**

This study concerning the characteristics defining of the diagnosis of nursing "Excess Fluid Volume", in cardiopaties bearers was based by Taxonomy I, proposed by North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. The objective was to analyze the use and the importance attributed to the characteristics defining, as well as the abilities of the nurses when using procedures propedeutics, for the establishment of the diagnosis of nursing "Excess Fluid Volume".

#### **Method**

I Study exploratory, of correlation, developed in a government Institution of the City of São Paulo - Brazil, specialized in Cardiology. The information were collected, through an applied questionnaire to 61 nurses, that establish the diagnosis of nursing Excess Fluid Volume in her clinical practice. The data were processed through Multivariate Statistical Analysis.

#### **Results**

In the clinical evaluation of the characteristics defining, of the nursing diagnosis studied, the procedure pointed propedeutic as more necessary is the inspection (32,43%), following by the gauging (29.73%), and of the it auscultation (16,22), although with great percentile difference. The palpation and the percussion are necessary, each one of them, in 13,51% and 8,11% of the cases, respectively. In the analysis of the nurses' abilities, the procedure of it auscultation possesses the largest use frequency with (80,8%), following by the inspection and palpation (73,1% each a) and, finally, of the percussion as the fewer used (37,5%). as for the degree of difficulty in the use of the procedures fundamental propedeutics, the inspection possesses the smallest degree of difficulty (70,9%), following by the palpation (55,4%), it auscultation (41,8%) and percussion (31,5%). In a hierarchical scale, related to the importance attributed to the characteristics studied defining, we found thirteen characteristics above the average (3,83).

#### **Conclusion**

As much the high use as the high importance attributed to the characteristics defining happen in those that demand some type of biomedical evaluation. In the studied sample, the nurses possess abilities propedeutic, they use and they recognize the importance of the characteristics defining of NANDA, which are used in a habitual way.

**Key-Words:** Nursing diagnosis/classification; Diagnostic Techniques and Procedures/Nursing

---

**LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004**

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)