



## ***IX Encuentro de Investigación en Enfermería***

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

---

**Del 23 al 26 de Noviembre de 2005**

**Madrid**

**Con la colaboración de:**

***csai***  
Fundación para la  
Cooperación y Salud  
Internacional CarlosIII

**LIBRO DE PONENCIAS**

**Colaboran**



ISBN: 84-689-4947-7

Edita: Instituto de Salud Carlos III - Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2005.

## Textos de las Conferencias y Ponencias .....7

Mesa Redonda 1 (Bilingüe): Métodos en investigación / PBE y utilización de la investigación.....	8
Muñoz Soler, V.: Estudio bibliométrico multidisciplinar en el entorno de las ciencias de la salud .....	8
Tomás-Sábado, J.: Validez factorial de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester en una muestra de estudiantes y profesionales de enfermería .....	11
Héon, M.: Nursing Interventions Facilitating the Transition to Parenthood: A Critical Literature Review .....	14
Mesa Redonda 2 (Inglés): Mothers' and children's Care.....	15
Tahere, S.: The effects of skin Contact of Mother on Vital Sign and behavioral state of premature neonates .....	15
Reis Santos, M.: Identification of difficulties at the beginning of the breastfeeding.....	18
Fortin, S.: Early Prevention Program Of Shaken Baby Syndrome (EPPSBS) .....	21
Mesa Redonda 3 (Español): Docencia en Enfermería .....	23
Fornés Vives, J.: Características de personalidad y su variación durante la formación en enfermería .....	23
Aradilla Herrero, A.: Afrontamiento Emocional ante la Muerte en Enfermería. Resultados de una intervención pedagógica .....	26
Subirana, M.: Evaluación de un curso piloto a distancia de enfermería basada en la evidencia .....	29
Bardallo Porras, M. D.: Aprendiendo a cooperar. La organización cooperativa del aula.....	32
Pina Roche, F.: Diseño educativo dirigido a estudiantes de enfermería, según las necesidades de las mujeres durante su climaterio .....	35
Mesa Redonda 4 (Bilingüe): Cuidados de salud en niños .....	38
Dupuis, F.: Families with adolescents living with cystic fibrosis: The transition to adulthood.....	38
Dadgaran, I.: The study of knowledge , attitude and practice of third high school students on addiction .....	40
Fossum, B.: Overweight among children – new system for national follow-up in Sweden.....	43
Mesa Redonda 5 (Inglés): Health promotion / Community Health .....	45
Fatemeh, A.: The Effect of Education on Knowledge and Health Behavior of Lahijan Farmers About Prevention and Transmission of Leptospirosis .....	45
Evans, C.: Using mixed methods to develop community nursing practice in caring for older people in care home settings .....	48
Casey, D.: Generalist nurses' health promoting practice in the acute setting.....	50
Leite da Silva, A.: Building spaces in health promotion for Brazilian immigrant women in Australia.....	52
Mesa Redonda 6 (Español): Práctica clínica en enfermería .....	55
Guerra Cuesta, I.: Un camino hacia la autoevaluación de las prácticas clínicas .....	55
Rodríguez Cala, A.: Competencias de Enfermería. Propuesta de un plan de evaluación .....	58
Sánchez Castro, S.: ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? .....	61
Péculo Carrasco, J. A.: Uso de sueros previamente purgados en asistencias urgentes de unidades móviles extrahospitalarias .....	64
Corrales Moreno, E.: Plan estándar de cuidados para pacientes en estado vegetativo persistente en una unidad de larga estancia .....	66
Solá Miravete, E.: Necesidad de descanso y sueño: ¿cómo duermen nuestros pacientes?.....	69
Mesa Redonda 7 (Bilingüe): Cuidados en enfermos críticos.....	72
Rodríguez Bouza, M.: Seguridad percibida en pacientes trasladados en ambulancia tras demandar asistencia sanitaria urgente .....	72
Iniesta Sánchez, J.: Ventilación no invasiva. Análisis de las complicaciones.....	74
Peiró Andrés, A.: Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en mujeres .....	77
D'Aoust, L. X.: Characteristics of patients at risk of repeated visits to a Cardiologic Emergency Department.....	80
Barbosa, D.: Letality of endocarditis among hemodialysis patients with a central venous catheter.....	82
Aita, M.: Effect of a Sensory Minimization Intervention on the Physiological Stability and Pain Response of Preterm Neonates .....	85
Mesa Redonda 8 (Inglés): Profession / Nursing Management.....	86
Astley, C.: Audiovisual Information Delivery Does Not Improve The Quality Of Informed Consent In Coronary Angiography .....	86
Tahere, S.: The effects of education on calculate medication dosage skills in nursing students .....	87
Biron, A.: Exploring the meaning and use of the concept of patient outcomes in nursing through concept analysis .....	89
Keeney, S.: An exploration of nursing and midwifery innovative roles.....	90
Schweikardt, C. and Kreutzer, S.: Dilemmas of German nursing in the light of structural conditions and prevailing nursing concepts in the 19th and 20th century .....	93

Mesa Redonda 9 (Español): Cuidados a las situaciones crónicas.....	95
Rojas Uceda, M.C.: Papel de enfermería en la adherencia terapéutica: seguimiento de pacientes con tratamiento antipsicótico de acción prolongada.....	95
Abreu Sánchez, A.: Criterios de resultado e intervenciones enfermeras a pacientes postinfarto de miocardio menores de 65 años.....	98
Rabadán Carrasco, M.P.: Entrenamiento de tolerancia a la actividad en personas con patrón respiratorio obstructivo .....	101
Hernández Cano, M. L.: Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria: Cumplimiento según la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica .....	104
Bayón Cabeza, M.: Conveniencia del uso de los vendajes multicapa en úlceras venosas crónicas. Estudio de costes .....	107
Lobo, E.: Detección temprana de pacientes neumológicos "complejos".....	110
Mesa Redonda 10 (Bilingüe): VIH / SIDA y otras enfermedades infecciosas .....	113
Dadgaran, I.: Prevalence and Risk factors of Hepatitis C virus among Haemodialysis Patients .....	113
Mesa Redonda 11 (Inglés): Research Methods / EBP and use of research .....	116
Aita, M.: Nursing Interventions on Cancer Clients: A Critical Literature Review .....	116
Alves Apóstolo, J. L.: Construction and Validation of a Patients Hospitalised in Services of Psychiatry Comfort Assessment Scale (ECIP) .....	117
Mesa Redonda 12 (Español): Profesión / Gestión en Enfermería.....	120
Garrido, A.: La Supervisión Clínica y la Calidad de Vida de los Enfermeros.....	120
Coghen Viguera, I.: Matronas: ¿Cómo nos ven los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área-2 de Madrid?.....	123
Estévez Guerra, G. J.: Factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en profesionales del campo de la geriatría.....	126
Calvo Mayordomo, M. J.: Desarrollo del rol enfermero en atención primaria Área 1 Madrid.....	129
Rabadán Anta, M.T.: Estudio de conocimientos sobre legislación aplicable al personal funcionario de un hospital general universitario .....	132
MESA REDONDA (Sesión plenaria): Inmigración y Salud .....	135
Punto de vista de la población inmigrante sobre los cuidados que recibe. Vladimir Paspuel. Vicepresidente de la Asociación Rumiñahui. ....	135
Mesa Redonda 13 (Bilingüe): Salud e inmigración .....	141
Rodríguez Cala, A.: Mediadoras interculturales una realidad en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Evaluación de un programa piloto.....	141
Santos, V.: Validation and Crosscultural Adaptation of the "Bowel Function in the Community" Tool.....	144
Miguel Gil, B.: Vacunaciones en población pediátrica inmigrante recién llegada .....	145
Leite da Silva, A.: Barriers to access Australian Health Care Services by Brazilian immigrant women.....	148
Mesa Redonda 14 (Inglés): Quality of life .....	151
Hosseinzadeh, Maryam.: Quality Of Life In GI Cancer Patients .....	151
Plaszewska-Żywko, L.: Quality of life in women following mastectomy .....	154
Melo, E.: Quality of life in patients undergoing coronary revascularization .....	157
Shih, F. J.: Comparison of the Impacts on Health Profile and Patients' Health Related Quality of Life Between Pre-Fix and PHS Hernia Repair Surgery .....	160
Mesa Redonda 15 (Español): Métodos en investigación / PBE y utilización de la investigación .....	163
Barderas Manchado, A.: Localizando la evidencia científica en cuidados de enfermería a domicilio.....	163
Oltra Rodríguez, E.: Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias (II) .....	166
Sansó Martínez, N.: Investigación en enfermería en el Servei de Salut de les Illes Balears .....	169
Corchón Arretxe, S.: ¿Qué opinan las supervisoras de unidades de hospitalización acerca de la investigación en enfermería, los factores influyentes, y el rol que ellas tienen en su desarrollo? .....	172
Mesa Redonda 16 (Bilingüe): Cuidados en enfermería materno-infantil .....	175
León Larios, F.: Factores que influyen en la satisfacción de la mujer con la consulta de embarazo en atención primaria.....	175
Diez Fernández, T.: Consumo de alcohol en gestantes, su repercusión en la somatometría y rasgos faciales del recién nacido .....	177
Mesa Redonda 17 (Inglés): Nursing education / Nursing clinical practice.....	180
Lima-Basto, M.: Practice knowledge used by nurses working in health centres.....	180
Farrelly, M.: An evaluation of the role of the Advanced Nurse Practitioner in Ireland .....	183
Ku, Y. L.: The Differences of Self-Care between NANDA system and Rose Garden Unit for Chronic Psychiatric Patients.....	184

Hyde, A.: Making nursing visible: challenges in revealing psychosocial aspects of care in nursing documentation.....	185
Mesa Redonda 18 (Español): Cuidadores principales de personas mayores .....	186
Casas Baroy, J.C.: Evaluación de los talleres educativos “envejecimiento saludable” .....	186
Escobar, M. A.: Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores .....	189
Alameda Cuesta, A.: Sexualidad, familia y relaciones afectivas. Aproximación a través de la historia de vida de una mujer mayor.....	192
Mesa Redonda 19 (Bilingüe): Docencia en enfermería.....	195
Durán Escribano, M.: Estudio de las variables que determinan el contexto de los valores del cuidado identificados por los estudiantes de enfermería .....	195
Naharro Álvarez, A.: Calidad de la enseñanza de postgrado en enfermería: master de enfermería de urgencias, emergencias y catástrofes, Universidad de Sevilla .....	198
Mesa Redonda 20 (Inglés): Chronic care.....	201
Novais, E.: The life strengths eclipse – narratives of women with breast cancer.....	201
Ku, Y. L.: Health Care Professionals’ Perceptions of Spiritual Care for Cancer Patients.....	204
Morris, R.: An Investigation into the Core Elements of Irish Mental Health Nursing Care Using Consensus Methodology.....	205
Bolourchifard, F.: Comparing the effects of the non-adherent hydro cellular and the dried gauze dressings on diabetic foot ulcer .....	206
Nir, Z.: A Structured Nursing Intervention Directed at Achieving Independence and Decreasing Medication Errors for Aged Stroke Patients.....	208
Mesa Redonda 21 (Español): Cuidados de salud en niños y adolescentes.....	211
Quintanar Rioja, A.: Influencia de la edad en el grado de control metabólico en niños con diabetes tipo 1. ....	211
González Carrión, P.: Valoración de necesidades de atención en el domicilio de los niños con cáncer .....	213
González Gil, T.: Recursos culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	216
González Torrente, S.: Evaluación de la eficacia en la implantación de la consulta joven en un instituto de enseñanza secundaria de les Illes Balears.....	219
Mesa Redonda 22 (Bilingüe): Dilemas y conflictos éticos .....	222
Prieto Gil de San Vicente, L.: Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. Resultados finales .....	222
Avalos Martínez, F.: Vivencias, Concepciones y Significados de la Enfermedad y Muerte. Estudio de casos sobre Enfermos Terminales y Cuidadores en el Hospital S. Juan de Dios de Granada.....	225
Tomás-Sábado, J.: Perspectiva intercultural de las actitudes ante la muerte. Una comparación entre estudiantes de enfermería árabes y españolas .....	228
Chiarella, M.: A review and analysis of policy in end-of-life care .....	231
Mesa Redonda 23 (Español): Promoción y educación para la salud / Salud comunitaria .....	232
Plana Nieto, M.: Hábitos de salud de los profesionales de los centros sanitarios del Àmbit Barcelonès Nord i Maresme, del Institut Català de la Salut .....	232
Hernández Pascual, M.: Cobertura de la vacuna antigripal e incidencia de la Gripe en población diabética del Área 8 de Madrid. ....	235
Ricart, I.: Intervención vacunal contra las hepatitis A y B en saunas de hombres homosexuales de Barcelona.....	238
Monistrol Ruano, O.: Evaluación de un programa de educación para la salud en materia de infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) para internos en centros penitenciarios de la provincia de Barcelona .....	240
Mesa Redonda 24 (Bilingüe): Práctica clínica en Enfermería .....	243
Ali Abedi, H.: The influence of attending in hospital as caregivers for their elder relative – on their health and family situations- a phenomenological study .....	243
Murphy, K.: Nurses perceptions of quality care for older people living in long-term care .....	244
Oliver Valls, M.T.: Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión .....	245
Mesa Redonda 25 (Español): Cuidadores principales .....	248
Péculo Carrasco, J. A.: Perfil del cuidador principal en las demandas asistenciales urgentes de pacientes dependientes.....	248
Rodríguez, E.: Necesidades percibidas por el cuidador informal .....	250
Ancizu Irure, E.: Los Hombres como cuidadores informales de personas discapacitadas.....	253

**Textos de los Pósteres Científicos.....256**

1	Escarpa Araque, F.: Efectividad de un programa educativo sobre riesgos biológicos en paritorio .....	257
2	Díez Díez, B.: Estudio de los alumnos sobre las practicas clínicas de Enfermería Medico Quirúrgica .....	258
3	Robledo Martín, J.: La red de mujeres cuidadoras a lo largo del siglo XX .....	260
4	Chabrera Sanz, C.: Búsqueda Bibliográfica: Cuidados de Enfermería a pacientes quemados .....	261
5	Iszlaji, R.: Medidas de protección al cuidar de portadores de tuberculosis pulmonar – conocimiento de los estudiantes en enfermería .....	263
6	Gala León, F. J.: Dimensiones que estructuran la actitudes del P. de Enfermería hacia la Clonación, obtenidas a través de la validación de un instrumento.....	265
7	Herrera-Espiñeira, C.: Relación del perfil sociodemográfico de los pacientes con la satisfacción por el medio hospitalario.....	267
8	Iniesta Sánchez, J.: Ventilación no invasiva en la insuficiencia respiratoria aguda de pacientes oncohematologicos .....	269
9	Barrera Uriarte, M. L.: Validación de la intervención "regulación de la temperatura" (NIC) del proyecto NIPE .....	271
10	Cortina Trias, C.: Detección de déficits visuales en niños/as escolarizados de 4-5 años en colegios públicos de Barcelona.....	273
11	Roca Carrillo, D.: Los profesionales de Salud Comunitaria en la promoción de una alimentación saludable: El menú escolar.....	274
12	Rodríguez Borrego, M. A.: La Metodología Colaborativa En Las Aulas de Enfermería .....	275
13	Alonso Villar, P.: Acuerdos y discrepancias en aspectos organizativos y formales del trabajo en salud mental del área deVigo .....	277
14	Casellas, M.: La exposición de la mucosa del colon a diclofenaco favorece la alteración de la barrera mucosa por bacterias no patógenas.....	279
15	González, M.: Formación post-grado y preocupación por enfermar.....	280
16	Company, R.: Informatización de la Valoración de Enfermería según V. Henderson en la Historia Clínica Electrónica de APS de la CCAA de Balears .....	282
17	León Larios, F.: Acción tutorial en enfermería pediátrica social: opinión de los alumnos .....	283
18	Cidoncha Moreno, M. A.: El supervisor: figura clave en la calidad de los registros.....	284
19	Ponsell Vicens, E.: Análisis de la formación en enfermería maternoinfantil impartida mediante la aplicación de las nuevas tecnologías de la información.....	285
20	García Guerrero, A.: Enfermedades de transmisión sexual ¿qué conocen los adolescentes?.....	287
21	Barco Tavares, B.: Madres adolescentes y sus hijos en una ciudad de la provincia de San Pablo, Brasil.....	288
22	Corton, F.: Guía de la manipulación y cuidados en la administración de quimioterapia .....	289
23	Puchades, A.: Validación teórica de la intervención "manejo de la quimioterapia" 2240 NIC .....	291
24	Albar Marín, M. J.: Empowerment, características organizacionales y Síndrome de Burnout en Enfermería Hospitalaria .....	293
25	Rich Ruiz, M.: Efectividad de una vía clínica para el proceso resección transuretral (RTU) en próstata y vejiga.....	295
26	Rodrigues Maciel, M.: Acompañante del adulto en el CTI según la opinión de los pacientes.....	297
27	Guerrero Martín, J.: Detección de necesidades sentidas y prioridades en materia de EpS entre profesionales de Enfermería de un Área de Salud.....	298
28	Ribeiro, M. A. S.: El desafío de la elaboración, aplicación y evaluación de un curso a distancia sobre tratamiento de heridas.....	300
29	Pérez Ruiz, I. M.: Apoyo formal e informal en las personas dependientes (PD) .....	302
30	Izquierdo Mora, M.: Vivencia de los usuarios de su experiencia con los centros de salud .....	304
31	Guerra Cuesta, I.: Utilidad de dos escalas de Calidad de Vida, en la evaluación de la intervención de enfermería en pacientes con EPOC .....	306
32	Barco Tavares, B.: Factores maternos que llevan al destete temprano en Brasil .....	307
33	Granados Martín: Características de la endoscopia digestiva alta y su vivencia por los pacientes atendidos en el Hospital de Fuenlabrada .....	309
34	Lupiani Giménez, M.: La Escala C: Un instrumento psicométrico elaborado para evaluar las actitudes de los Prof. de Enfermería (P. E.)hacia la clonación humana.....	311
35	Sánchez Martínez, V.: Salud bucodental de los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría: resultado de una valoración enfermera.....	313
36	López Jurado, C. F.: Utilización de tres fuentes de información para el análisis de la situación de cáncer en dos áreas de salud de Extremadura .....	315
37	Gallart, M.: ADN fecal y calprotectina como indicadores de lesión intestinal en los pacientes sometidos a radioterapia.....	317
64	Ehasalu, A.: Nurses professional maturity and personal characteristics .....	318
65	Ali Naji, S.: The Family Contribution in Care of the Elderly People.....	320
66	Ernits, Y.: Taking care of patients social needs in nursing in Estonia (The Baltic-Finland NuRsE-Project 2000) .....	322
67	Guardado Cruz, A.: Chronotype, Physical Activity and Immunity .....	324
68	Esmaeili, K.: View points of nursing personnel on the need for continued education.....	326
69	Aoki, Y.: Exploring the Issues in Reflective Practice in Nursing Education.....	328
71	Mizutani, M.: Comfortable wheelchair transportation techniques for patients who have undergone abdominal surgery via wheelchair movement analysis .....	330
72	Chen, D.: Development of Nursing Intervention Program to Reduce Stress of the women undergoing infertility treatment .....	331
73	Gudmundsdóttir, R. M.: Translation and Pre-test of the Beck Hopelessness Scale.....	333
74	Shahbazi, L.: The survey of depression in infertile couples referred to yazd research & clinical center for infertility .....	335
75	Secoli, S. R.: Drug interactions: analysis of analgesic administration scheduling by nurses.....	337
76	Virtanen, H.: Connection between empowering knowledge and symptoms and emotions of ambulatory surgery patients .....	339
77	Lahana, E.: Health inequalities in Greece – factors leading to unequal distribution of health and illness in every society .....	340
78	Salles, F. T.: Cost-effectiveness analysis of two types of dressings used on peripheral catheters .....	341
79	Pescuma Capeletti Padula, M.: Classification of intestinal elimination self-care deficits according to a scores scale for nursing actions.....	342
80	Kotrotsiou, E.: The Gypsy's healthcare behaviour considering their methods of health maintenance and promotion .....	344
81	Matsushita, Y.: Effectiveness and Impact of the Education Related to Health Care Wastes for Nursing Students.....	345
82	Roupa , Z.: The burnout syndrome at health professionals of oncology units .....	346
83	Krommydas G.: Left-handedness and viral hepatitis .....	348
84	Krommydas G.: Non-right-handedness and asthma prognosis .....	350
85	Yoldashkhan, M.: A comparison of intravenous lidocaine effect and saline normal on hemodynamic variation in extubation event.....	352
86	Héon, M.: The Effects of Hindmilk on the Short-Term Growth of Premature Infants .....	354
88	Oliveira, A. S.: The use of topic iodine and/or compounds in acute and chronic wounds: a systematic review of the literature .....	355
89	Esmaeili, K.: A study on patient satisfaction .....	356

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

\* Este libro de ponencias recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido ni de su formato, ortografía o gramática.

\* This book contains entirely and exactly the texts sent by the authors. The Organisation is not responsible for opinions expressed, nor for the content or grammar.

**AUTOR/ES:**

V. Muñoz Soler; M.J. Flores López; M.J. Cabañero Martínez; M. Richart Martínez

**TÍTULO:**

ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO MULTIDISCIPLINAR EN EL ENTORNO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Actualmente cualquier ámbito de actividad humana ve sometido tanto su modo de proceder como su producto a controles más o menos estrictos de calidad y en este aspecto la ciencia no constituye ninguna excepción. En el ámbito que nos atañe, la bibliometría proporciona un conjunto de herramientas mediante las que se puede abordar la evaluación de la investigación desde un punto de vista formal. Es por ello que, a pesar de las reiteradas críticas que suscita la incorrecta conceptualización de algunos indicadores bibliométricos como cuantificadores absolutos de la calidad de las publicaciones, no debe desestimarse el valor de la información que proporcionan cuando su interpretación se realiza teniendo en cuenta el marco contextual, que no es otro que aquel asociado a la procedencia de los datos originales.[1,2]

Alrededor de la enfermería, particularmente si se considera la disciplina a nivel nacional, resulta interesante y orientativo la elaboración de estudios bibliométricos capaces de aproximar una imagen del incipiente desarrollo de la misma dentro del campo de la investigación, puesto que al encontrarse todavía en proceso de consolidación, los cambios se suceden a mayor velocidad y conviene conocer qué aspectos se están asumiendo de forma correcta y cuáles presentan carencias de necesaria corrección. Por otra parte y también debido a la corta trayectoria de la enfermería española en el ámbito de la investigación, aunque existen múltiples indicadores bibliométricos aplicables al estudio de la producción científica de una disciplina, un sencillo estudio de tipificación de citas que incluya su número total, tipo de documento referenciado, teniendo en cuenta que la información más reciente se encuentra en los artículos científicos, así como el idioma de publicación, siendo hasta la fecha el de mayor difusión el inglés, es suficiente para conocer el perfil de documentación en un periodo concreto. Al respecto resulta revelador el hecho de que hasta el momento, si bien puede constatarse en diversos estudios una tendencia hacia la mejora de los niveles de documentación,[3-5] todavía se viene objetivando una diferencia con respecto a otras disciplinas afines dentro de nuestro ámbito, como son la medicina, de carácter más experimental y la psicología, más social[6] así como con respecto al estándar en el campo de la enfermería representado por las publicaciones con factor de impacto internacional (FI), cuyos niveles de documentación son equiparables a los de cualquier otra disciplina a pesar de que incluso en el ámbito anglosajón la tradición académica enfermera es menor que en aquellas.[7]

Es por ello que se aborda el presente estudio con el objetivo principal de comparar las publicaciones nacionales de enfermería tanto frente a dos referentes estándar anglosajones como respecto al constituido por sus disciplinas afines del ámbito nacional, como modo de evidenciar potenciales deficiencias cuanti-cualitativas en los niveles de documentación científica, antaño constatadas, y que todavía podrían permanecer sin subsanar.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el que se han analizado las referencias bibliográficas de todos los artículos originales de 6 revistas españolas de temática generalista pertenecientes a tres disciplinas del ámbito de la salud durante el período 2000-2002 y de dos revistas de enfermería del ámbito anglosajón para los años 2000 y 2001.

Las revistas objeto de análisis pertenecientes al ámbito español han sido elegidas en función de su mayor FI nacional[8] (Enfermería Clínica, y Rol de Enfermería) e internacional (Psicothema (FI 1.1) y Medicina Clínica (FI 0.85)) así como por su antigüedad (Enfermería Científica) y difusión entre los profesionales (Metas de Enfermería). La publicación Nursing Research (FI 1.129) se ha incluido fundamentalmente por ser la primera revista de enfermería con FI internacional, mientras que como



exponente de las publicaciones europeas de esta disciplina se elige, por su relevancia y mayor FI (0.998) el Journal of Advanced Nursing. Añadidamente, ambas son dos buenos estándares de comparación al recoger las dos líneas principales que guían el desarrollo de la enfermería internacional, es decir, tanto la visión más científico técnica de la relación de cuidado, como su opuesta más humanista. El número de artículos analizados para cada una de las revistas, eliminados los casos extremos, ha sido de 115 para Enfermería Científica (ECF), 69 en el caso de Enfermería Clínica (ECL), 84 de la revista Medicina Clínica (MC), 57 de Metas de Enfermería (ME), 151 procedentes de la revista Psicothema (PSI), 77 han sido recuperados de Rol de Enfermería (ROL), 72 en el caso de Nursing Research (NR) y finalmente 171 del Journal of Advanced Nursing (JAN).

Las variables estudiadas han sido el número de referencias totales, clasificándolas en función del tipo de documento al que hacían alusión como: artículos, actas de congreso, libros y compilaciones que a efectos de análisis estadístico se fusionan bajo la etiqueta de manuales, al igual que leyes, informes, artículos de prensa, documentos de Internet y una original categoría miscelánea en la que se recoge aquella literatura gris de difícil recuperación, que se unen bajo el epígrafe de "otros"; tipo de estudio: cuantitativo, cualitativo o mixto; e idioma: castellano, inglés u otros.

La recolección de los datos ha sido realizada por cuatro observadores (índice Kappa, por parejas, de 0.87 y 0.91)

Finalmente, el análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS en su versión 11.5.

## RESULTADOS

El análisis comparativo de la cantidad de referencias y la distribución de su tipología, se ha realizado tanto entre las publicaciones con FI como entre las publicaciones nacionales de enfermería y sus respectivos estándares nacionales e internacional. Para ello se ha recurrido al análisis no paramétrico a través de la prueba de Kruskal-Wallis (K-W) puesto que los datos de la muestra no cumplen con los requisitos de normalidad ni homocedasticidad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas para todas las variables consideradas. Posteriormente, se realiza la prueba U de Mann-Whitney para perfilar el patrón de diferencias, previa agrupación de las publicaciones nacionales por disciplinas. Entre las correlaciones más destacadas encontramos que no existen diferencias en el caso de la revista JAN y PSI en cuanto al uso de manuales ( $p=0.155$ ) como tampoco para NR frente a MC con respecto al número de citas de artículos ( $p=0.803$ ) o frente al JAN en relación al total de referencias ( $p=0.976$ ) de forma paralela a como ocurre entre las publicaciones de psicología y medicina para esta variable ( $p=0.418$ ) que, los resultados de la prueba K-W, sitúan por encima de su valor en enfermería. La eliminación de posibles errores de acumulación fruto de la comparación bivariada mediante la prueba de Bonferroni ( $\alpha=0.005$ ), lleva a descartar diferencias significativas entre el NR y JAN en cuanto al número de artículos citados ( $p=0.014$ ) y con respecto a PSI en relación al número de manuales ( $p=0.011$ ).

El análisis del consumo de literatura atendiendo al idioma se realiza para las publicaciones en lengua castellana previa agrupación de los datos por disciplinas indicando, tras aplicar las pruebas de K-W y la U de Mann-Whitney, la existencia en todos los casos de diferencias significativas. La corrección de Bonferroni ( $\alpha=0.016$ ) desvela que no existen diferencias con respecto a la citación de literatura en inglés por parte de medicina y psicología ( $p=0.028$ ). Concretamente la prueba de K-W nos muestra que, entre las publicaciones españolas agrupadas por disciplinas, la de medicina es la que más cita en inglés, encontrándose enfermería justo en el extremo opuesto. Mientras que, por el contrario, en el número de referencias en castellano, enfermería es la disciplina que más uso hace de esta lengua frente a medicina que es la que menos lo usa.

## DISCUSIÓN

Desde hace más de una década se viene observando un incremento de la producción científica en enfermería acompañada de una mejora en el nivel de documentación que, sin embargo, todavía no resulta equiparable al que se puede encontrar en otras disciplinas afines como medicina y psicología. Paralelamente puede observarse también una disonancia entre el perfil que siguen las revisiones bibliográficas de las publicaciones de enfermería en nuestro ámbito con respecto a las pautas encontradas en la publicación de enfermería con mayor FI.

Ambas consideraciones deberían ser tenidas en cuenta por los investigadores nacionales en enfermería, pues inciden en la todavía insuficiente atención prestada al proceso de revisión de la literatura, cuya mejora eliminaría las repeticiones innecesarias de estudios redundando en una optimización de los esfuerzos en pro de obtener resultados relevantes y en la línea de los tópicos punteros en cada momento que, a su vez, al ser incorporados a la práctica clínica, se traducirán en una mejora de la misma, científicamente fundamentada y contrastada.

Por otra parte, la pertinencia de los resultados de las investigaciones se vincula directamente con el nivel de consumo de publicaciones en inglés, lengua de divulgación científica por excelencia, siendo esta el área que mayor atención debería recibir por parte de los grupos investigadores de nuestro ámbito que, conscientes de pertenecer a un país fundamentalmente consumidor y no productor de conocimiento, deben incurrir en su mejora y evitar las consecuencias derivadas del aislamiento científico.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Traynor, M.; Rafferty, A.M. Bibliometrics and a culture of measurement. [editorial] J Adv Nurs. 2001 Oct, 36 (2): 167-168.
- 2.- López Piñero, J.M.; Terrada, M.L. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (I) Usos y abusos de la bibliometría. Med Clin (Barc). 1992; 98: 64-68.
- 3.- Pardo, C.; Reolid, M.; Delicado, M.V.; Mallebrera, E.; García Meseguer, M.J. Nursing research in Spain: bibliometrics of references of research papers in the decade 1985-1994. J Adv Nurs. 2001; 35 (6): 933-943.
- 4.- Richart, M.; Cabrero, J. Análisis de las bases bibliográficas utilizadas en la investigación en enfermería española. Una comparación con Medicina y Psicología. Enfermería Clínica, 1(5): 139-142.
- 5.- Icart, M.T.; Gràcia, S.; Pulpón, A.M.; Fuentelsaz, C.; López, S.; Pedreny, R. Introducción y análisis estadístico en los originales publicados en dos revistas de enfermería y en dos de medicina (1995-1996). Enfermería Clínica, 9 (2): 55-60.
- 6.-López Piñero, J.M.; Terrada, M.L. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (II) La comunicación científica en las distintas áreas de las ciencias médicas. Med Clin (Barc). 1992; 98: 101-106.
- 7.- McKenna, H.; Cutcliffe, J. Nursing Doctoral Education in the United Kingdom and Ireland. Online Journal of Issues in Nursing. May 31, 2001[consultado 02/02/05] 5 (2): [about 10 p] Manuscript 9. Available from: [http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12\\_9.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_9.htm).
- 8.- Gálvez, A.; Hueso, C.; Núñez, A.M.; Amezcua, M. Impacto 2002 de las revistas Españolas de Enfermería y su evolución en los últimos diez años. Index Enferm (Gran) 2002. 42: 73-77.

**AUTOR/ES:**

Joaquín Tomás-Sábado  
Amor Aradilla Herrero  
Isabel Félez Galve

**TÍTULO:**

Validez factorial de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes y profesionales de enfermería

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (Collett-Lester Fear of Death Scale = CLFDS) es uno de los instrumentos clásicos en la evaluación de las actitudes ante la muerte, que presenta la particularidad de distinguir entre la muerte y el proceso de morir, por un lado, y entre uno mismo y los otros, por otro, estructurándose en cuatro escalas diferentes: Miedo a la muerte propia, Miedo a la muerte de otros, Miedo al propio proceso de morir y Miedo al proceso de morir de otros. Como justificación teórica, Collett y Lester proponen que el miedo y la ansiedad ante la muerte son conceptos multidimensionales que puede tener diferentes causas, de manera que una persona puede reaccionar de forma distinta ante la idea de la muerte como estado o ante el proceso de morir. Asimismo, la reacción puede ser distinta cuando se trata de uno mismo que cuando se trata de otras personas.

En su primera versión (1), La CLFDS de 36 ítems con un número diferente de ítems para cada subescala. Posteriormente, Lester (2) propone una versión revisada en la cual todas las subescalas tienen el mismo número de ítems (ocho) y donde se simplifica el sistema de puntuación. No obstante, aunque las propiedades psicométricas de la escala pueden considerarse aceptables, los numerosos estudios empíricos llevados a cabo con la CLFDS no apoyan, en general, la capacidad de la escala para distinguir entre estos cuatro factores.

La última versión de la escala publicada (3) contiene siete ítems para cada subescala y ha conseguido aumentar considerablemente la coherencia de la estructura factorial, apareciendo claramente diferenciadas las subescalas de miedo a la propia muerte y miedo al propio proceso de morir, aunque los ítems relacionados con el miedo a la muerte y el proceso de morir de otros presentan una agrupación poco definida.

El objetivo de este trabajo ha sido comprobar la validez factorial de la forma española de la CLFDS en una muestra de estudiantes y profesionales de enfermería, de manera que pueda justificarse su uso en la identificación y evaluación de los aspectos relacionados con la muerte dentro del ámbito de enfermería.

**MÉTODO**

•Sujetos. Participaron en el estudio un total de 281 sujetos, 109 profesionales de enfermería, con una edad media de 36,42 (DT = 8,3) años; y 172 estudiantes de enfermería, con una media de 23,1 (DT = 5,02) años.

•Instrumento. Los sujetos respondieron la versión española de la CLFDS en la forma revisada de Lester y Abdel-Khalek (3). A partir de la forma original inglesa y contando con el permiso del Dr. David Lester, los ítems fueron traducidos al español por dos expertos bilingües que trabajaron separadamente en la traducción de la escala. Una vez traducida, dos psicólogos revisaron las traducciones que fueron comparadas hasta llegar a una versión definitiva. Esta versión preliminar española fue traducida de nuevo al inglés y comparada con la versión original, encontrándose un alto grado de similitud.

•Procedimiento. Todos los sujetos respondieron a la escala voluntariamente como parte de un cuestionario que contenía otros instrumentos. La administración se hizo de forma colectiva en el caso de los estudiantes y de forma individual para los profesionales. En ambos casos se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Para la tabulación y análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

## RESULTADOS

Previa comprobación de la adecuación de los datos, mediante la prueba de Kaiser-Meyr-Olkin (KMO = 0.892) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0.01$ ), las respuestas a los 28 ítems de la CLFDS se sometieron al análisis de componentes principales con rotación ortogonal Varimax, forzando el análisis a cuatro factores que, conjuntamente, explicaban el 51,9% de la varianza total. El primer factor, que explica el 31,3% de la varianza, presenta cargas factoriales significativas de siete ítems, todos ellos de la subescala de Miedo al propio proceso de morir. El segundo factor explica el 8,4% de la varianza, con cargas significativas de nueve ítems, los siete de la subescala de Miedo al proceso de morir de otros y dos de Miedo a la muerte de otros. El tercer factor, que explica el 6,7% de la varianza, contiene cargas de los siete ítems de la subescala de Miedo a la propia muerte. El cuarto factor, con un 5,5% de varianza explicada, está constituido por cinco ítems, todos ellos de la subescala de Miedo a la muerte de otros.

## DISCUSIÓN

La matriz factorial obtenida proporciona considerable apoyo a la validez factorial de la CLFDS. De hecho, la distribución de las cargas factoriales a los cuatro factores hipotéticos planteados en la construcción original de la escala, alcanza un porcentaje de coincidencia del 93%. Destaca especialmente la precisa distribución de las cargas factoriales correspondientes a los ítems relacionados con la propia muerte y el propio proceso de morir. Estos resultados son particularmente relevantes, puesto que en los estudios anteriores realizados con la versión original inglesa (4-7) o con la versión árabe (8), la distribución factorial no se correspondía en ningún caso con el presupuesto de los cuatro factores. No obstante, dado que en la mayoría de estos estudios se han utilizado muestras de estudiantes de psicología o población general, puede plantearse la hipótesis de que la CLFDS es un instrumento especialmente adecuado para identificar y diferenciar los diferentes aspectos del miedo a la muerte y al proceso de morir en el ámbito sanitario, donde el contacto de los profesionales con la muerte y las cuestiones relacionados con ella forma parte de su trabajo diario (9), sugiriendo su utilidad en la identificación de los miedos más relevantes y en la evaluación del cambio subsiguiente a actividades docentes y formativas.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Collett IJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *J Psychol* 1969;72:179-181.
2. Lester D. The Collett-Lester Fear of Death Scale. In: Neimeyer RA, editor. *Death anxiety handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 45-60.
3. Lester D, Abdel-Khalek AM. The Collet-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Stud* 2003;27:81-85.
4. Lester D, Castromayor I. The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *J Soc Psychol* 1993;133:113-114.
5. Livneh H. Brief note of the structure of the Collett-Lester fear of death scale. *Psychol Rep* 1985;56:136-138.
6. Loo R, Shea L. Structure of the Collett-Lester Fear of Death and Dying Scale. *Death Stud* 1996;20:577-586.
7. Mooney DC, O'Gorman JG. Construct validity of the revised Collett-Lester Fear of Death and Dying Scale. *Omega J Death Dying* 2001;43:157-173.
8. Abdel-Khalek AM. The Arabic scale of death anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Stud* 2004;28:435-457.
9. Sharma S, Monsen RB, Gary B. Comparison of attitudes toward death and dying among nursing majors and other college students. *Omega J Death Dying* 1996-1997;34:219-232.

**AUTHOR/S:**

Marjolaine Héon, RN, Ph.D. (cand.) (1), Marilyn Aita, RN, Ph.D. (cand.) (2), C. Céleste Johnston, RN, D.Ed. (2), Céline Goulet, RN, Ph.D. (1), & Nancy Feeley, RN, Ph.D. (2)  
(1) Faculty of Nursing, University of Montreal; (2) School of Nursing, McGill University, Canada

**TITLE:**

Nursing Interventions Facilitating the Transition to Parenthood: A Critical Literature Review

**TEXT:**

The transition to parenthood is one of the most significant couple developmental events and represents a key stage in the life cycle of a family. However, this transition is also identified as a stressful event for the new mother and father and may influence parenting skills, couple relationships, parent-infant interactions as well as parents and infant health outcomes. It is therefore essential for perinatal nurses to effectively intervene with new parents in the objective of facilitating this transition and promoting positive health outcomes.

**Objective.** To perform a literature review on experimental studies evaluating nursing interventions implemented with new parents and to offer a critical analysis of these nursing interventions as for their nature, their research method, their variables measured, and their effectiveness. This review was conducted by a Canadian nursing research group: the Groupe de Recherche Interuniversitaire en Soins Infirmiers de Montréal (GRISIM), in a goal of developing, implementing, and evaluating innovative nursing interventions for different types of population.

**Method.** Databases such as Medline, CINAHL, Cochrane Database Systematic Review, and Cochrane Controlled Trials Register were searched from 1995 to 2005 with the following key words: parenthood, motherhood or fatherhood/parents, mothers or fathers combined with postpartum, nursing interventions, experimental studies, clinical trials, interventions, and randomized controlled trials. Manual searches from the reference lists were also performed from reviewed articles. Experimental studies were included if a nurse or a multidisciplinary team including a nurse performed the intervention.

**Findings.** A sparse amount of nursing interventions facilitating the developmental transition for parents was found throughout this literature review. The nursing interventions are mainly implemented with a specific population, for instance teenagers becoming mothers, and when a health crisis accompanies the transition to parenthood, such as postpartum depression, preterm delivery, perinatal death, etc. These interventions, which had commonly a psychoeducational component, were spread over the antenatal and postnatal periods and were mostly designed only for mothers. The main research outcomes of these interventions were multiple and diversified and were similar across the specific populations and the health crisis transition. The effectiveness of these interventions was mainly evaluated with randomized control trials. The majority of reviewed interventions was found to be effective showing at least one significant result.

**Conclusions and Clinical Implications.** In the light of this critical analysis, GRISIM recommends that nursing interventions should be developed, implemented, and evaluated to facilitate the transition to parenthood and consequently, to provide strong evidence guiding the clinical practice with new parents. Nursing interventions specifically designed for fathers should be promoted as well as those offered to both parents. Interventions that were found to be effective should be implemented in the clinical field as they suggest an evidence-based nursing practice that positively influences parenting skills, couple relationships, parent-infant interactions, and parents and infant health outcomes.

**AUTHOR/S:**

TAHERE,SALIMI - LEILI,SHAHBAZI - ZIA,ESLAMI - SORAYA,JALALPOUR -  
 FARAHNAZ,FARNIA - MOHAMMADHASSAN,DEHGHANPOUR

**TITLE:**

the effects of skin contact of mother on vital signs and behavioural state of premature neonates

**TEXT:****INTRODUCTION**

The need for touch continues throughout our lives whether we are old or young , touch is essential to our sense of well-being .

The effects of touch have also been examined , including influence on neurobehavioral organization of infants , the patient evaluation of the nurse-patient relationship , and health related responses such as increased attention , self-esteem , emotional distress , anxiety and physiologic outcomes .

Touch is one of the most salient forms of input for all infants . More recently the effects of parental tactile stimulation on healthy development of infants and children have received attention .

Communication between mother and neonate is very important and one of the methods of nonverbal communications is skin to skin contact of mother and neonate .

Although touch may be an important mediator of the development of attachment between parents and infants , nurses often discourage parents from touching their preterm infants because of the infants compromised health status and the hypoxia which can result from excessive handling

**.MATERIAL AND METHODS****\* objectives:**

- 1 – To evaluate the effects of skin contact of mother on vital sign of premature neonates
- 2 – To evaluate the effects of skin contact of mother on behavioral state of premature neonates

**\*Type of study :**

Clinical Trial\*Sampling procedures :

The subjects for this study were 50 preterm neonates (25 cases & 25 controls )who were between 32 -36 weeks of gestational age , and their mothers .The neonates were patients in bahman and shahid sadoughi hospitals .

**\*Data collection :**

Data was collected via a questionnaire about demographic information and an observational check list included pulse rate , respiratory rate , axially temperature and behavioral state . Mothers were explained

About tactile stimulation for their preterm neonates . The data was collected 10 minutes before and after skin contact between mothers and premature neonates in case group skin contact was done between mothers and neonates in five minutes . This procedure had been done for control group without any explain for mothers .

**\*Data analysis :**

The data were analyzed using SPSS .

**FINDING**

Items	Case	Control	
	Pvalue		
Mean of weight	2481	2404	.5
Sex	Girls 50%	Girls 50%	1
Age of mothers(years)	25.64	25.64	
	26.84		.42
Type of delivery	Vaginal 46.4%	Vaginal 53.6%	
	.57		
Gestational ages (weeks)	34.64	34.72	
		.83	

Table 1 : Mean and Standard Deviation of Heart rate in Case and Control Groups		
Heart rate(in minute)	mean	S.D
Before skin contact in case group	124.11	
Pvalue		
12.48		
After skin contact in case group	119.24	
Pvalue		
12.93		.00
Before skin contact in control group	120.24	17.82
After skin contact in control group	123.16	
Pvalue		.02
15.35		
Before skin contact in case group	119.24	
Pvalue		
12.93		
After skin contact in control group	123.16	
Pvalue		.01
15.35		
Table 2 : Mean and Standard Deviation of Respiratory rate in Case and Control Groups		
Respiratory rate(in minute)	mean	S.D
Before skin contact in case group	38.66	7.46
After skin contact in case group	35.91	6.89
Pvalue		.00
Before skin contact in control group	42.76	7.76
After skin contact in control group	44.12	8.74
Pvalue		.16
Before skin contact in case group	35.91	6.89
After skin contact in control group	44.12	8.74
Pvalue		.01
Table 3 : Mean and Standard Deviation of Axially temperature in Case and Control Groups		
Axially temperature (°C)	mean	S.D
Before skin contact in case group	36.43	.29
After skin contact in case group	36.5.31	.02
Before skin contact in control group	36.39	.45
After skin contact in control group	36.31	.40
Pvalue		.25
Before skin contact in case group	36.5.31	
After skin contact in control group	36.31	.40
Pvalue		.01
Table 4 : Mean and Standard Deviation of Behavioral status in Case and Control Groups		
Behavioral status (0-5)	mean	S.D
Before skin contact in case group	2.51.83	
After skin contact in case group	3.52.79	.00
Before skin contact in control group	2.16.69	
After skin contact in control group	2.32.9	.4
Before skin contact in case group	3.52.79	
After skin contact in control group	2.32.9	.00



Discussion & Recommendation: Results of this study showed no significant difference between the weight, gestational age, sex, type of delivery and mother's age in case and control group.

The results demonstrated that use of skin contact decreased pulse rate ( $P = 0.00$ ) and respiratory rate ( $P = 0.00$ ), increased in axillary temperature ( $P = 0.02$ ) and had a positive effect on the behavioral state ( $P = 0.00$ ) from arouse to deep sleep.

According to results of this study, we suggest that skin contact between premature neonates with 32 – 36 weeks of gestational age and mothers is used in nursing care.

**REFERENCES:**

- 1- Chapra, k.n. "Kangaroo mother program". Pediatrics. 1994, No 4, PP:804-810.
- 2 - Chwo, M.J. et al. "A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants." Nursing Research. 2002, VOL 10, NO 2. PP:129 -142.
- 3 - Engler, A.J.etal. "Kangaroo care: nation survey of practice, knowledge barriers and perceptions". Maternal child nursing. 2002, VOL 27, NO 3. PP:146 -153.
- 4 - Feldman, R. et al. "Skin to skin contact (kangaroo care) accelerated autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants." Developmental medicine and child neurology. 2002, VOL 38, NO 2. PP:194 -207.
- 5 - Feldman, R. et al. "Skin to skin contact (kangaroo care) promotes self – regulatory in premature infants." Developmental psychology. 2003, VOL 5, NO 4. PP:274 – 282.
- 6 - Fisher, c.b. et al. "Cardio respiratory stability of premature boys & girls during kangaroo care." Early human dev. 1998, VOL 52, NO 2. PP:145 – 153.
- 7 - Johnston, c.c. et al. "Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates." Archives of pediatrics & adolescent. 2003, VOL 157, NO 2. PP:1084 – 1088.
- 8 - Kristen, G.F. et al. "Kangaroo mother care in the nursing." Pediatric clinical north American. 2001, VOL 48, NO 2. PP:443 - 452.
- 9 - Ludington, s. m. "Energy conservation during skin to skin contact between premature infants & their mothers." Heart & lung. 1990, VOL 19, NO 5. PP:483 – 485.
- 10 – Munson, K.A. et al. "A survey of skin care practices for premature low birth weight infants." Neonatal net. 1999, VOL 18, NO 3. PP:25 - 31.
- 11 – Weiss, S.J. "Psychological and behavioral effects of tactile stimulation of infants with congenital heart disease." Research in nursing & health. 1992, VOL 15, NO 2. PP:93 - 101.

**BIBLIOGRAPHY:**

BSc in general nursing

MSc in education of child & family health nursing

Ph.D in nursing education administration

faculty member in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

associate dean of research in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

chair of research committee of nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of editorial board in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of educational development center in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

**AUTOR/ES:**

Reis Santos M\*, Prata AP\*, Silva Sardo D\*, Enes Pinheiro A\*\*;  
Escola Superior de Enfermagem S. João\*; Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian\*\*

**TÍTULO:**

Identification of difficulties at the beginning of the breastfeeding  
- 1º Prémio investigação NUK Enfermeiro Obstetra, 2005

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Breastfeeding (BF) is the best way to ensure the healthy grow-up of newborns (NB). It is at the same time a relevant part of the reproductive process, with important implications in relation to mothers' healthcare aspects. (WHO, 2004).

BF is nowadays recognised as a "right" of every children. Promoting access to BF is a priority worldwide, even in the more advanced countries.

UNICEF (United Nations Children International Emergency Fund) and WHO (World Health Organisation) have been working all over the world to make BF the only nourishment given to children up to the age of six months, and also accompanying other appropriate types of food, up to the age of two years or more.

The main objective underlying the promotion of BF is to ensure its success and assumes that the target groups know about its advantages. The concept of success in this area varies from one culture to another and includes the fade-out period.

Success of BF is influenced by multiple factors, some of which are modifiable, and as such may be acted upon, provided that their identification is done early enough.

Among those factors identified in recently published studies, which influence the success of BF, it is worth to bring into evidence social-demographic issues (age of the mother, social-economic-cultural extract, race, marital status, parity and professional activity of the mother), the attendance of prenatal classes, BF history of the mother, success with previous sons/daughters, mother's attitudes towards breast-feeding, occurrences related to hospital practice during childbirth, the stay of the mother at the hospital immediately following childbirth, the quality of the interaction between mother and her baby, the support provided to the mother during and after childbirth, the precocity of the first BF action, the habit of breast-feeding in group with other mothers, the precocity in introducing other supplementary types of food, the feeding behaviour of the child and its interpretation by the mother. The development of actions supporting BF, within hospitals and other institutions related to childbirth and recently born babies, is recognised as an important factor that is able to modify the breastfeeding profile of a population.

Among other support actions that have been recommended, UNICEF and WHO propose the observation of the BF activity as a way of identifying mother and recently NB that need additional support. This factor brings an additional importance to this work, since its main objective consists of promoting breast-feeding and improving the quality of the service provided by nurses in this area.

Aim of the study:

To identify the difficulties at the beginning of the BF; to identify the group of mothers/NB with special necessities of assistance for a successful beginning of BF; to identify the nursing practices on the BF promotion.

Study type:

Descriptive and exploratory study, in the domain of the social sciences.

Data collect:

A questionnaire was used to identify the difficulties in the early stages of BF. Direct observation was also carried out, using an observation grid from UNICEF. The questionnaire was filled in at two specific moments during hospitalisation, first while at the childbirth ward and later while at the puerperium. It contains open, mixed and closed questions, with data related to the characterisation of the sample involved, such as demographic aspects, pregnancy history, medical observations before childbirth, characterisation of childbirth, puerperium and NB, and also questions related to the mothers' experience during the BF period and to what she learnt about this matter.

The observation grid was filled in between 18 and 30 hours after childbirth.

Each item of the observation grid might include more than one behaviour, provided that it had effectively been observed. Maternal and recently born babies' behaviours might therefore be appropriately registered at the start of the BF period, and classified as favourable to BF, or indicative of difficulties. In the latter case, it might refer to the position of the body (mother and / or NB) during BF, to the attitudes of the pair mother-baby during BF, to sucking efficiency, to the establishment of affective links between mother and baby and to the anatomical characteristics of the breast.

The nurses that participated in this study had access to a manual describing how to fill the forms that were used in the questionnaire.

The mothers that filled in this questionnaire were informed about its underlying objectives and about the confidentiality of the data. Filling in the questionnaire was voluntary and all forms were anonymous.

Main variables:

Favourable behaviours – Defined as a set of attitudes capable of promoting, supporting and facilitating the start of breast-feeding. The specification of favourable behaviours includes five watch variables subdivided into three, four, five, six or seven factors.

Behaviours indicating difficulties – A set of attitudes and behaviours that prevent the effective implementation of breast-feeding. The specification of unfavourable behaviours includes five watch variables subdivided into four, five, six or seven factors.

Sample:

Random sample of 174 women in puerperal state/NB admitted in three Services of Obstetrics. Collection of data carried out between December 2004 and January 2005.

The sample comprises all puerperal women / NB that were interned in the Obstetrics Service of three hospitals in the north of Portugal, during December 2004 and January 2005. All participants had previously decided to breast-feed their babies and accepted to participate in this study. The random sample method was selected for this work.

Results:

No difficulties during the early phase of BF may be one of the factors indicating the prevalence of BF, according to D' Almeida (1998), although it is well known that various other factors will have an influence upon the duration and effectiveness of BF (Issler, 1987).

Considering that the notation of a sufficient or bad score, in the items under observation, is significant of behaviours indicating difficulties, and therefore justifying of intervention of the midwife, when we proceeded to the statistics analysis, the sufficient and bad scores were grouped together in one category to which we have called behaviours indicating difficulties. We verified that only the age of the woman, the marital state, the literary qualifications, the preceding experience of BF, the delivery type, and the teaching on BF in the Prenatal Supervision had significant association ( $p < 0,05$ ) with the behaviours indicating difficulties. In regard of the evaluation of the favourable behaviours and behaviours indicating difficulties of the mother and the NB in the observed suction, we verified that in the 5 items in analysis they obtained a good score, because more than 50% of the sample obtained a score between 0 and 1 behaviours indicating difficulties. These results reveal a uniform beginning of the regular BF. The affectivity and anatomy were the items in which these women presented behaviours that are more favourable.

It was on the items position, response and suction where was located the more significant scores of behaviours indicating difficulties in the beginning of the suction.

From the 174 pairs mother/baby that were accompanied, 33,3% evidenced behaviours that indicated difficulties related to body position (the mothers showing rigid shoulders leaning over the NB, and using rest support only for the head or shoulder). These factors may cause problems in terms of holding the baby, swallowing, nipple trauma and breast engorgement, and eventually lead to ineffective BF. The reaction of the baby was the reason in 22,6% of the cases, most frequently related to baby behaviour (20,1% of the babies are disquiet or cry, 19% do not hold the areola, 17,2% do not look for the breast). Sucking problems were the reason in 22% of the cases, where it was observed that the most frequent factors consisted in not seeing the baby's tongue and in the fact that the baby sucked rapidly and noisily. The relation between body position and what the mother had learned before childbirth was also identified as an important factor. In this case, those mothers that had gone through this practice had more difficulties than the others.

Discussion: We have the notion that a lot remained to study and that we have studied one more small part of this thematic, so big and so multifaceted. The results obtained in the study force us to reflect and to question us on the promotion of the BF that is taking place in our health institutions.

Concerning the difficulties at the beginning of the BF, the work reveals that a significant number of women presented problems, namely, at the level of the position and response. We verified, also, that practices, which do not facilitate the promotion of the BF, continue to be performed, such as the very precocious usage of the baby pacifier and the introduction of artificial milk. It seems pertinent to recommend a reinforcement of the teaching to the pregnant woman, parturient and woman in puerperal state, relating to these aspects.

For a higher effectiveness of the promotion of the BF, the Midwife, or in his/her absence, the nurses that support women during pregnancy, delivery and in the puerperal state must be trained to counsel and promote the BF, through the accomplishment of the "Aid and Promotion of the Maternal Breastfeeding Course" recommended by the UNICEF and the WHO, because all these professionals have the higher responsibility in the motivation, promotion, assistance and guidance of the women for the BF.

At the level of the health institutions, recommendations of the BFHI (Baby-Friendly Hospital Initiative) on the practices that facilitate the BF must be implemented, in a way that we succeed to attain at least one of the aims of the WHO, which recommends the exclusivity on the BF until the six months.

Teaching the public is one of the most important aspects of nursing practice. As such, it is important to provide the appropriate support to health institutions with this respect, namely in what concerns the ratio nurse/pregnant/parturient /puerperal woman, so that this teaching practice becomes sustainable and effective.

In this study, we verify, also, that the women who had education are those who had more problems in BF. Although we are conscious that this result can be and was influenced by variables that we did not isolate, it places us pertinent questions: is the teaching that we are carrying out in accordance with the necessities of the population? Are we using the adequate strategies? Are we all using the same language, or are we confusing the women, when we use different languages?

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of Human Milk - work group on breastfeeding. 1997 Dec. 11; V. 100

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1991

Branco MJ, Nunes B. Uma observação sobre o aleitamento materno – relatório. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge; 2003

Carvalhais MABL., Corrêa CRH. Identificação das dificuldades no início do aleitamento materno mediante a aplicação de protocolo. J. Pediatria. 2003; 79(1): 13-20.

Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 2002

Cordeiro M, Carvalho MC. Alimentação da criança saudável. Lisboa: DGCS; 1990

D'Almeida MLA. O sucesso do aleitamento materno. Contributo de uma intervenção clínica. Revista da FML. 1998 Setembro/Outubro: 315-325.

Freed GL, Fraley JK, Schanler R. Accuracy of expectant mothers' prediction of fathers' attitudes regarding breastfeeding. The Journal of Family Practice. 1993; 37(2): 148-152.

Leitão BLA. Aleitamento Materno: interação com a situação laboral. Porto; 2001. Mestrado [Dissertação em Saúde Pública] - Faculdade de Medicina do Porto / ICBAS.

Levy L, Bértolo H. Manual do aleitamento materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/CNIHAB; 2003

Organização Mundial Saúde. Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: WHO; 1989

Organização Mundial Saúde. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud Y Desarrollo del Niño. Genebra: WHO; 1998

Perez-Escamilla R. Breastfeeding patterns in mine Latin American and Caribbean countries. Bulletin of PAHO. 1993; 27(1): 32-42

Pollit E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview. American Journal of Public Health, 1994; 84(1): 89-97

Whaley L, Wong D. Enfermagem Pediátrica. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995

**AUTHOR/S:**

S. Fortin, C. Goulet, S. Roiux.

sylvie.fortin6@sympatico.ca, 1-514-345-4931 poste: 3596.

Hôpital Sainte-Justine, Mother & Child University Hospital center, University of Montreal.

**TITLE:**

EARLY PREVENTION PROGRAM OF SHAKEN BABY SYNDROME (EPPSBS) .

**TEXT:**

The shaken baby syndrome (SBS), one of the child abuse culprits, has an estimated morbidity rate of 50% and a mortality rate of 15 to 38% in children less than one year of age. While the exact Canadian incidence is unknown, Trocme (2001) estimated more than 1770 cases in the last five years. There is no SBS prevention program in Quebec. Ste-Justine's Hospital, the provincial leader in child health and child abuse, has decided to tackle this problem. The major idea underlining the program is to target the emotions and sensations experienced by caregivers by raising their level of awareness. The caregivers' anger and frustration can lead to a loss of control and then, resulting in the baby being shook and sustaining serious lifelong injuries. The research team chooses the stress theory to support the SBS prevention program. The intervention is focused on the development and reinforcement of the parents' coping strategies with respect to their new role rather than on the history of the parents (at risk or not). With this conception in mind, a logic model was created revealing the theoretical and operational dimensions of the program (EPPSBS). The educational intervention is given by the nursing staff of the postpartum units who received a specific training. Some tools were developed for the staff and the parents. The staff introduces to both parents, new information regarding the crying baby, the control of the anger and the danger and consequences of the shaken baby syndrome. To do so, new instruments to deal with this issue were developed, such as the «anger thermometer» and the information cards.

**OBJECTIVES:** For the nurses: 1-to verify the adequacy of the training program, 2- to demonstrate the feasibility of the intervention. For the parents 1-to evaluate the parents' receptivity of the intervention and 2-to evaluate their understanding of the information received. Ultimately the result of this study is precious to modify the PPSBS in keeping with the information collected.

**METHOD:** The pilot study took place after approbation of the Scientific and Ethic committee. Every nurse who received the training was invited to participate to the study. They were paid for the one hour focus group. The 30 first parents (10 fathers minimum) who accepted a phone interview were recruited. The nursing data were gathered through 1-Questionnaire following the training session (5 minutes) and 2-focus group (one hour) conducted at the hospital. For the parents, a telephone follow-up (20 minutes) was made between 2 to 9 weeks after leaving the hospital with their newborn. The parents' responses were recorded verbatim.

**FINDINGS:** The experience is conclusive for both, the nurses and the parents. The data from interviews was synthesized into meaningful themes. The results from the nursing questionnaire confirm those from the focus group. The nurses found this program essential for their professional mission with the parents. The educative intervention awakens the attention of the parents and the content of the program seemed more interesting for them than other information that they receive after the child-birth. The testimony from the parents is also very positive. All the parents affirm the importance to give this information to the general population and that the intervention encourages their thinking about coping strategies in case of feeling anger toward their crying baby. They concluded that the intervention promotes an effective message about SBS prevention and that all parents should receive this information.

**CONCLUSION:** The program is to be implemented in to Montreal hospitals and an evaluative research will be done in the next few months. The program demonstrates that each nurse has the power to make a difference regarding this public health issue. The program and the study are financed by CHU Sainte-Justine's Health Promotion Committee, the Georges Hogg Family Foundation, the Government of Québec, Health and Social Services Department, and the Government of Canada, Justice Department, prevention of crime.

**BIBLIOGRAPHY:**

- American Academy of Pediatric. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries – Technical report, Pediatrics. 2001;108(1): 206-10.
- Barlow, K. M., & Minns, R. A. «Annual incidence of shaken impact syndrome in young children», The Lancet. 2000; 356(4): 1571-72.
- Case, M. E., Graham, M. A., Handy, T. C., Jentzen, J. M., & Monteleone, J. A. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2001; 22(2): 112-122.
- Dias, M. S., Smith, K., deGuerry, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. Preventing abusive head trauma among infant and young children: a hospital-based, parent education program. Pediatrics. 2005; 115(4): 440-47.
- Fortin, S. & Goulet, C., Lampron, A. [The shaken baby syndrome].Le SBS. Revue Perspective infirmière du Québec. 2005;3(1):29-36.
- Gutierrez, F. L., Clements, P.T., & Averill, J. Shaken baby syndrome: assessment, intervention & prevention. Journal psychosocial Nurse Mental Health Services. 2004; 42(12): 22-29.
- Hennes, H., Kini, N., & Palusci, V. P. The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of shaken baby syndrome. Journal of aggression, Maltreatment and Trauma. 2005; 5(1): 19-40..
- Jenny, C., Hymel, K. P., & Ritzen, H. T. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. JAMA, 281 (7), 621-626.
- King, J., Mackay, M., Coyle, D., & Sirnick, A. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. CMAJ. 2003; 168(2): 155-159.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company: New York; 1984.
- Preventing Shaken Baby Syndrome. Shower, J. In S. Lazoritz & V. J. Palusci, editors. The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary Approach. Binghamton, NY:The Haworth Press. 2001; 349-65.
- Thomas, S. Assessing and intervening with anger disorders. Nursing clinics of North America. 1998; 33(1):121-133.

**AUTOR/ES:**

J. Fornés Vives\*, C. Sureda García\*\*, J. Reinés Femenia\*  
\*Universitat de les Illes Balears; \*\*UCR "Son Gibert" (GESMA)

**TÍTULO:**

Características de personalidad y su variación durante la formación en enfermería

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción**

En el contexto de la personalidad podemos encontrarnos con varias teorías y modelos. En una obra reciente de Berdichevsky y González (1) hallamos algunas de las teorías actuales más representativas analizadas con sutiles detalles. Estos autores, entienden la personalidad como un sistema estructurado, estable y dinámico a la vez, que refleja "el modo de ser de una persona", es decir, su manera de sentir, de aprehender el mundo y relacionarse con los demás. La aceptación de esta perspectiva dinámica de la personalidad dicen, admite posibilidades de cambio en el transcurso de la vida, el cual vendrá condicionado por líneas rectoras en las que influyen tanto factores internos, especialmente cognitivos, como factores externos a la persona.

Se sabe que algunas características de personalidad en las que existe un claro predominio cognitivo-emocional se relacionan con vulnerabilidad psicológica hacia relaciones interpersonales estresantes. Concretamente, dentro del contexto del estrés laboral ocasionado por relaciones interpersonales irrespetuosas con predominio de acoso, algunos autores (2,3,4) han encontrado que la ansiedad y la inestabilidad emocional son dos características que suelen estar presentes en muchas de las víctimas, unas veces como factores predisponentes al acoso (5) y otras como consecuencia del mismo (6,7). Sin embargo, ambos coinciden en que dichas características alteran la salud y el bienestar de las víctimas a la vez que deterioran sus relaciones con los demás.

Si realmente la personalidad influye en la manera de comportarse con los demás, y esto puede tener consecuencias sobre el estado emocional y la salud de ambos participantes, en profesiones donde las relaciones interpersonales son una característica fundamental del rol profesional, como en el caso de enfermería, sería deseable un perfil de personalidad con características que facilitaran tales relaciones. Entre dichas características destacarían de forma especial la empatía, la afabilidad, la estabilidad emocional, la responsabilidad, y la autoestima (8).

Entre las competencias específicas destacadas en el informe de la ANECA (9) para el proyecto de la titulación de Enfermería según los objetivos que marca el Espacio Europeo de Educación Superior (Proceso de Bolonia) para el año 2010, destacan las correspondientes a relaciones interpersonales y de comunicación, competencias esenciales para establecer relaciones interpersonales empáticas y terapéuticas con los usuarios. Como se ha dicho, actitudes afables y estabilidad emocional se consideran recursos esenciales en este proceso, no obstante, ambos rasgos se presentan de forma muy diversa entre los profesionales, y su consecución, en el sentido expuesto anteriormente, depende tanto de la formación como de la propia personalidad. Conocer la presencia (o ausencia) de estos rasgos en futuros profesionales de enfermería, constituiría una evidencia científica para adecuar los contenidos formativos del nuevo currículum dirigidos a la consecución de las competencias profesionales esperadas en materia de comunicación. Con este propósito se planteó un estudio longitudinal de seguimiento.

Los datos que se presentan a continuación son parte de este estudio y responden a los siguientes objetivos: 1) Conocer rasgos básicos de personalidad de los estudiantes que inician la carrera de enfermería y su idoneidad para el desarrollo de competencias asociadas a las relaciones interpersonales terapéuticas. 2) Averiguar posibles variaciones de estos rasgos a lo largo de su formación profesional.

**Método**

**Sujetos.** La muestra objeto de estudio está constituida por alumnado de la Escuela de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears durante los años 1999-2002. Al inicio del estudio, participaron 82 estudiantes de primer curso (64 mujeres (79%) y 16 hombres (21%), su edad media era de 20,2 años. Al final del estudio (tercer curso), persistieron 51 de los 82 estudiantes iniciales (45 mujeres

y 6 hombres), los cuales constituyen la muestra definitiva. Dado el carácter longitudinal del estudio, se excluyeron tanto aquellos/as alumnos/as que abandonaron sus estudios antes de su finalización como los/as que se incorporaron en cursos posteriores.

\_ Instrumento. Para medir las variables de personalidad se utilizó el Cuestionario "Big Five" (BFQ) diseñado por Caprara, Barbaranelli y Borgogni (10) que incluye los rasgos considerados esenciales en las relaciones interpersonales terapéuticas, es decir, la afabilidad y la estabilidad emocional. Este cuestionario consta de 132 ítems que presentan una serie de descripciones sobre las que la persona debe informar en una escala de 5 puntos (completamente verdadero para mí; bastante verdadero para mí; ni verdadero ni falso para mí; bastante falso para mí; completamente falso para mí) y evalúa 5 dimensiones de personalidad (Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental) y 10 subdimensiones. Además, presenta una escala de Distorsión.

\_ Análisis estadístico. Para conocer la diferencia media en los valores de estas variables al incorporarse a los estudios (inicio de primer curso) y al finalizar la carrera de enfermería (final de tercer curso), se calcularon medidas de tendencia central y se realizó la prueba estadística t para pruebas pareadas. Los resultados obtenidos se cotejaron con los del grupo normativo (similitud en edad y características profesionales) del cuestionario.

### Resultados

Los resultados obtenidos respecto a las puntuaciones medias en las dimensiones de personalidad estudiadas en los alumnos de enfermería (mEnf) al iniciar y al finalizar la carrera, comparadas con las del grupo normativo del cuestionario (mN), son las siguientes:

\_ Energía. Al iniciar la carrera se obtienen puntuaciones algo inferiores en enfermería, mostrándose dichos estudiantes ligeramente más dinámicos y menos dominantes, aunque sin significación estadística, que los de su grupo de referencia. Estos resultados se igualan al finalizar la carrera.

\_ Afabilidad. Al iniciar la carrera aparecen ya puntuaciones mucho más elevadas en enfermería tanto en la dimensión Afabilidad= (mEnf=86.12, dt=10.44 frente a mN=82.39, dt=9.21) como en las subdimensiones Cooperación (mEnf=45.06, dt=5.19 frente a mN=43.17, dt=5.14) y Cordialidad (mEnf=41.25, dt=6.33 frente a mN=39.22, dt=5.56). Estas puntuaciones sufren además un aumento moderado durante su formación profesional, encontrándose diferencias significativas en Afabilidad ( $p < 0.05$ ).

\_ Tesón. Igual que en la dimensión anterior, la media de los alumnos de enfermería es notablemente superior que la del grupo normativo (mEnf=84.43, dt=10.13 frente a mN=80.11, dt=10.40), apareciendo los alumnos de enfermería como más escrupulosos y perseverantes en sus actos que muchos de sus iguales. Estas puntuaciones persisten sin modificaciones significativas al finalizar la carrera.

\_ Estabilidad emocional. Es la dimensión donde se observan mayores diferencias con significación estadística. Al iniciar la carrera, las puntuaciones de enfermería son inferiores a las de su grupo de referencia tanto en la dimensión Estabilidad Emocional= (mEnf=64.35, dt=12.36 frente a mN=66.72, dt=13.18) como en la subdimensión referida al Control de las emociones (mEnf=31.41, dt=7.09 frente a mN=34.03, dt=7.40). Estas puntuaciones sugieren la existencia de menor estabilidad emocional en enfermería. De los datos obtenidos en las subdimensiones se deduce que los estudiantes de enfermería presentan una capacidad similar a su grupo de referencia para controlar los impulsos, sin embargo, parecen menos hábiles para controlar las emociones. Estos datos hacen suponer que aparentemente los estudiantes de enfermería puedan mostrarse como profesionales competentes para las relaciones interpersonales empáticas, pero existe el riesgo de presentar cierta vulnerabilidad para su propia salud mental al tener dificultad para controlar las emociones. Sorprendentemente, al finalizar la carrera nos encontramos con una mejora significativa ( $p < 0.01$ ) de estas características de personalidad, que supera las puntuaciones del grupo normativo en control de impulsos y lo iguala en el control de las emociones.

\_ Apertura mental. Al inicio de la carrera se obtienen resultados similares entre enfermería y grupo normativo, mejorando en todos los casos al finalizar los estudios, especialmente la apertura mental ( $p < 0.01$ ) y el interés hacia la cultura ( $p < 0.05$ ).

### Discusión.

Los datos obtenidos en la muestra estudiada responden a un perfil de persona que al iniciar la carrera de enfermería es moderadamente dinámica, activa y abierta a nuevas experiencias,



mostrando una mayor predisposición a actitudes cordiales que la población de referencia, además, se trata de una persona reflexiva, escrupulosa y perseverante en sus actos. Algunas de estas características, como la cordialidad y la cooperación, incluso mejoran en los años de formación. Estas características son rasgos deseables en los futuros profesionales de enfermería y confirmarían la capacitación de competencias específicas de comunicación.

No ocurre lo mismo con otras características deseables, como la estabilidad emocional. En el caso de las personas participantes en el estudio se observó que a pesar de mejorar significativamente dicha estabilidad en el transcurso de su formación, el control de las emociones se mantiene en un nivel medio cuando finalizan la carrera, lo cual podría hacerlas vulnerables en situaciones críticas o estresantes y presentar dificultades de autocontrol. Este hecho podría acarrear serias consecuencias para la salud de los propios profesionales y mermar sus competencias comunicativas.

Además de realizar otros estudios confirmatorios sobre el tema, al ser enfermería una profesión en la que la exposición al flujo e intercambio emocional es uno de los aspectos primordiales para dispensar los cuidados, y que además, este intercambio predispone a posibles desajustes psicológicos si no existe una sólida personalidad, creemos que para prevenirlos sería conveniente reforzar aspectos del currículum profesional encaminados al desarrollo de una autoestima saludable y el desempeño de habilidades para el autocontrol emocional. Esta formación favorecería la salud de los propios profesionales y de manera contingente, la del usuario.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Berdichevsky F, González G. Personalidad. Estilos y trastornos. Buenos Aires: Akadia, 2005.
2. Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and its relationship to work and environment quality. An exploratory study. *European Journal and Organizational Psychologist*, 1994; 4: 381-401.
3. O'Moore A, Seigne E, McGuire L, Smith M. Victims of bullying at work in Ireland. *Irish Journal of Psychology*, 1998; 19: 345-357.
4. Coyne I, Seigne E, Randall P. Predicting workplace victim status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2000; 9(3): 335-349.
5. Mikkelsen EG, Einarsen S. Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2002; 11 (1): 87-111.
6. Groeblichhoff D, Becker MA. Case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5: 277-294.
7. Leymann, H. *La persécution au travail*. París: Seuil, 1996.
8. Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier, 2003.
9. ANECA. Proyecto de la Titulación de Enfermería. Disponible en [http://www.aneca.es/docs\\_trabajo/doc\\_trabajo.html](http://www.aneca.es/docs_trabajo/doc_trabajo.html). Consultado el 30 de Febrero de 2005
10. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario "Big Five". Madrid: TEA Ediciones S.A. Adaptación española de 1995.

**AUTOR/ES:**

Amor Aradilla Herrero, Joaquín Tomás-Sábado, Isabel Félez Galve;

**TÍTULO:**

Afrontamiento Emocional ante la Muerte en Enfermería. Resultados de una intervención pedagógica.

**TEXTO DEL TRABAJO:****1. Introducción y objetivos.**

El ejercicio de la profesión de enfermería comporta un contacto directo y continuado con las personas, con la enfermedad y con la muerte que pueden derivar en altos niveles de estrés y ansiedad y disminuir la calidad de los cuidados. El afrontamiento de las situaciones de agonía y de muerte por parte de las enfermeras plantea la necesidad de una preparación específica ya que las evidencias muestran que los conflictos emocionales no resueltos dificultan las relaciones con los pacientes, con sus familiares y con los miembros del equipo asistencial y pueden resultar perjudiciales para los mismos enfermeros desde el punto de vista personal y profesional (1,2). Cuidar a enfermos que se enfrentan a una muerte próxima necesita de una formación, no sólo a nivel cognitivo y procedimental, sino muy especialmente a nivel actitudinal y emocional (3). El objetivo de este estudio ha sido establecer las relaciones existentes entre el Miedo a la Muerte, la Inteligencia Emocional y la Competencia Percibida antes y después de cursar la asignatura de Cuidados Paliativos y verificar de forma empírica si la intervención pedagógica emocional influía en mayor o menor medida en el afrontamiento de las situaciones relacionadas con la muerte. La intervención pedagógica se centraba en una metodología experiencial que los expertos confirman como la estrategia más apropiada para trabajar en el campo de las emociones (4,5).

**2. Método****•Sujetos.**

Participaron en el estudio un total de 38 estudiantes de enfermería, 32 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 22,39 (DT= 2,75) y un rango de 20 a 28 años

**•Instrumentos**

Los sujetos respondieron los siguientes instrumentos:

a) La Escala de Inteligencia Emocional (Trait Meta-Mood Scale: TMMS-24) del grupo de investigación de Salovey y Mayer en su versión española (6). La TMMS-24 comprende tres dimensiones de la Inteligencia Emocional: percepción, comprensión y regulación emocional. Cada dimensión se corresponde con 8 ítems de la escala que contiene en total 24 ítems de formato tipo Likert.

b) La escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS) que consta de cuatro subescalas: Miedo a la muerte propia, miedo a la muerte de otros, miedo al propio proceso de morir y miedo al proceso de morir de otros. Cada escala consta, en la última versión publicada (7), de 7 ítems con respuesta múltiple acuerdo/desacuerdo.

c) La escala de Competencia Percibida de Wallston (8) en la versión castellana de Fernández Castro et al.(9). Es una escala de 8 ítems, cuatro positivos y cuatro negativos, con formato de respuesta tipo Likert.

**•Procedimiento.**

Los participantes cumplieron de forma individual y voluntaria el cuestionario con los instrumentos anteriormente descritos antes y después de la intervención educativa. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

### 3. Resultados.

Los principales resultados muestran en primer lugar un aumento en los tres componentes de la Inteligencia Emocional posteriormente a la intervención educativa y de forma significativa en la regulación emocional ( $t=-4,699$ ;  $p< 0.01$ ). Asimismo, se evidencia un aumento significativo en la competencia percibida ( $t=-3582$ ;  $p< 0.01$ ). Finalmente se observa un aumento en dos de los componentes de la escala de Miedo a la Muerte, concretamente los referidos al Miedo a la propia Muerte, que además es significativo ( $t=-2,237$ ;  $p<0.01$ ), y al propio proceso de morir; mientras que los niveles de los componentes que hacen referencia al miedo a la muerte de los otros y miedo al proceso de morir de otros disminuyen posteriormente a la asistencia al curso.

### 4. Discusión

Los resultados positivos conseguidos en éste y anteriores programas de educación emocional para la muerte, en la asignatura de cuidados paliativos, evidencian la necesidad de seguir avanzando en esta línea de formación. La muerte sigue siendo un tema tabú entre los profesionales de enfermería y es necesaria una pedagogía de la muerte desde una perspectiva emocional, abordando la percepción, comprensión y regulación de las emociones que surgen en los procesos de pérdida. Diversos estudios evidencian que las intervenciones educativas sobre la muerte aumentan, a corto plazo, los niveles de ansiedad y miedo a la muerte, como podemos observar también en los resultados del presente estudio, pero que a medio o largo plazo estos niveles van disminuyendo hasta llegar a puntuaciones inferiores que las presentadas antes de las mismas intervenciones (10). Desde los años 60 los docentes en enfermería han estado investigando sobre los mejores métodos para preparar a los futuros profesionales para la muerte, Mok, Lee y Wong han utilizado El aprendizaje basado en problemas (PBL) con resultados positivos (11) Los docentes hemos de elaborar estrategias pedagógicas de afrontamiento eficaz ante los conflictos emocionales que surgen ante la muerte y contribuir a desarrollar habilidades que faciliten ese trabajo complejo y continuado con el sufrimiento. La educación emocional es una innovación educativa que se justifica por las necesidades formativas de nuestros profesionales pero la evaluación de los programas destinados a desarrollar la competencia emocional, considerada como una competencia básica para la vida, y por tanto, necesaria no sólo desde el punto de vista profesional, es un aspecto clave para pasar de la intervención a la investigación (12).

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Brisley P, Wood LM. The impact of education and experience on death anxiety in new graduates. *Contemporary Nurse* 2004;17:102-108.
2. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *J Nurses Staff Dev* 2005;21:24-25.
3. Aradilla A, Tomás-Sábado J, Limonero J, Guix L. Relación entre inteligencia emocional, alexitimia y ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa* 2003;10:105.
4. Vargo ME, Batsel WM. The reduction of death anxiety: a comparison of didactic, experiential and non-conscious treatments. *British Journal of Medical Psychology* 1984;57:333-337.
5. Tomás-Sábado J, Aradilla A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería. Eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Científica* 2001;234:65-72.
6. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports* 2004,94:751-755.
7. Lester D, Abdel-Khalek Am. The Collet-Lester Fear of death Scale: A correction. *Death Stud* 2003;27:81-85.
8. Wallston KA. hocuspocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research* 1992;16:183-199.
9. Fernández-Castro J, Alvarez M, Blasco T, Doval E, Sanz A. Validación de la escala de competencia personal de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés;4:31-41.
10. Durlak JA, Reisenberg LA. The impact of death education. *Death Studies* 1991;15:39-58.
11. Mok E, Lee WM, Wong FKY. The issue of death and dying: Employing problem-based learning as a pedagogical strategy for nursing education. *Nurse Educ Today* 2002;22:319-29.
12. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *revista de investigación educativa* 2003;21.7-43.

**AUTOR/ES:**

M Subirana, R Soto, J Pardo, O Ezquerro, M Navarra

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE UN CURSO PILOTO A DISTANCIA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

La práctica basada en la evidencia (PBE), constituye un acercamiento para mejorar el impacto de la práctica clínica. Su concepción se inicia en la década de los noventa dentro de la profesión médica y posteriormente es incorporada por otras profesiones sanitarias, de entre las que destaca enfermería. La enfermería basada en la evidencia (EBE), es el proceso por el cual las enfermeras tomamos decisiones clínicas usando la mejor evidencia disponible de la investigación, nuestra experiencia clínica y las preferencias de los pacientes. Las fases que integran la EBE, permiten identificar un problema de la práctica asistencial y plantear una respuesta a partir del análisis de la evidencia disponible (1-3). Está demostrado que la calidad de los cuidados depende del conocimiento, de las habilidades y del juicio de las enfermeras y que por lo tanto, la aplicación de la EBE contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados dispensados (4-6).

Cuando se analiza la relación que existe entre la calidad de los cuidados que reciben los pacientes y la educación de los profesionales que los atienden, se pone de manifiesto que la educación es un factor clave para la calidad de los cuidados (7-9). La formación continuada ha sido criticada por ser puntual, aislada del cuidado del paciente y del equipo de salud, y por tener una estructura rígida de forma que lo mismo sirve para todos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que si bien las intervenciones educativas no son la solución para todos los problemas de calidad de los cuidados, ofrecen herramientas y metodologías que de forma indirecta, pueden repercutir en la calidad de la atención. Es importante destacar que siempre que los métodos que se empleen sean los apropiados, la formación continuada puede influir en el comportamiento y la calidad de los cuidados. Por lo tanto, es imprescindible que cuando se lleven a cabo intervenciones de formación continuada, estas sean eficaces (10). Los cursos de formación a través de Internet son atractivos por razones prácticas y teóricas. Comparados con los cursos tradicionales, pueden ofrecer mayor flexibilidad, acceso a alumnos geográficamente dispersados, costos y tiempos reducidos y una mayor adaptabilidad a los recursos educativos individuales de cada alumno (11).

La necesidad de que la práctica enfermera esté basada en la mejor evidencia científica disponible motivó al Servicio de Epidemiología y Salud Pública - Centro Cochrane Iberoamericano, y al área de Formación Continuada del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a crear un grupo de trabajo para confeccionar un curso electrónico, piloto y a distancia de EBE. El objetivo de este estudio es evaluar el desarrollo y la repercusión del curso a distancia de EBE.

**MÉTODO:**

El curso, pensado y diseñado para profesionales de Enfermería con pocos conocimientos sobre la EBE, se ofertó de manera gratuita dentro del plan de formación continuada del Hospital desde el año 2003. El contenido del curso se estructura en dos partes: A) herramientas de la EBE y B) aplicaciones prácticas, integradas por diez módulos, seis para la primera fase y cuatro para la segunda. Esta estructura se planteó para dar respuesta a una formación básica (parte A) y a una formación avanzada (partes A y B). En función de sus necesidades, el alumno puede escoger una de las dos opciones. Cada módulo se divide en tres apartados: 1). Escenario: en este apartado se introduce el concepto correspondiente en forma de una posible situación real que plantee un problema a resolver; 2). Contenido: se presentan en forma de conceptos y ejercicios y 3). Evaluación: integra las pruebas que sirven para valorar el nivel de comprensión, con información adicional de repaso. La evaluación es continua a lo largo del curso, a través de ejercicios y test autocorrectivos para cada uno de los módulos. Además, al final de cada una de las partes (A y B), se lleva a cabo un examen.

El examen final de la parte A consiste en una lectura crítica de un artículo, el examen final de la parte B, consiste en la elaboración de un CAT (Critically Appraised Topic). Como soporte al curso, se llevaron a cabo tutorías electrónicas semanales y una tutoría presencial.

Para evaluar el desarrollo y la repercusión de curso se realizó un seguimiento individual de cada alumno en el que se valoraron los siguientes aspectos: 1). Participación y seguimiento; 2). Incidencias durante la realización del curso; 3). Resultados de los exámenes. También se ha considerado la información obtenida de la tutoría presencial y de conversaciones informales que han reportado datos sobre 4). Motivos de abandono y 5). Satisfacción del alumno.

#### RESULTADOS:

1). Participación y seguimiento: Se inscribieron al curso 52 personas (8 hombres y 48 mujeres) con una media de edad de 46 ± 7. Completaron la primera fase 22 personas y de ellas, 7 finalizaron la segunda. En este momento 5 alumnos están en activo.

2). Incidencias durante la realización del curso: Se registraron 12 incidencias técnicas, 3 de ellas fueron debidas a problemas con el servidor, 8 fueron consecuencia del escaso conocimiento informático por parte de los alumnos y 1 producida por la existencia de un link no operativo. Se produjeron 4 incidencias docentes, es decir por motivos ajenos a los alumnos y relacionados con la disponibilidad de la segunda fase del curso, 4 alumnos permanecieron durante 4 meses y después de finalizar la primera fase sin acceso a la segunda.

3). Resultados de los exámenes: El resultado promedio y la desviación estándar de los 22 exámenes de la primera fase fue de 6,7 ± 1,6. Los temas que se analizaron en los CATs fueron:

¿Cuál es la periodicidad de cambio de apósitos óptima, cual es el mejor tipo de apósito y cual es la forma de actuación más adecuada para conseguir minimizar la inocencia de flebitis secundaria mantenimiento de venoclisis por una vía venosa periférica?

¿En pacientes con tratamiento de larga evolución de anticolesterolemicos con seguimiento ambulatorio e incluido en el programa de crónicos sería posible bajar las cifras de colesterol si se añadieran a la dieta baja en grasas productos del mercado marca KAIKU destinados a bajar las cifras de colesterol?

¿En pacientes coronarios en atención primaria, la atención de enfermería frente a la atención médicas, resulta efectiva en términos de prevención de complicaciones?

¿En los pacientes diabéticos que presentan una úlcera plantar de largo tiempo de evolución, el tratamiento con "total contact casting" resultará más efectivo para la cicatrización de la úlcera?

¿En los pacientes alcohólicos es más efectiva la terapia de grupo que la terapia individual en términos de evitar las recaídas?

En el año 2004 se llevó a cabo una tutoría presencial a la que asistieron 13 personas. Se respondieron un total de 18 consultas electrónicas. Como motivos principales de abandono y aspectos relacionados con la satisfacción del alumno destacamos:

4). Motivos de abandono: falta de hábito en formación a distancia, encontrarse sólo/a, insuficiente conocimiento informático, falta de tiempo, dificultad con el idioma en las búsquedas bibliográficas, circuito inadecuado de resolución de problemas y demora en las respuestas por parte de los tutores.

5). Satisfacción del alumno: Entre los participantes que han finalizado el curso, destacan la satisfacción con los conocimientos y las habilidades adquiridas.

#### DISCUSIÓN:

Los procesos de formación a distancia requieren de cambio de mentalidad. El entorno de trabajo autónomo de un curso a distancia, choca frontalmente con los hábitos de estudio y las expectativas de los métodos presenciales, situación que en parte puede explicar los resultados obtenidos.

El análisis de los resultados permite agrupar los problemas identificados en dos grupos y establecer propuestas de mejora. El primero grupo de problemas, esta relacionado con las características de las participantes y el segundo grupo esta relacionado con el diseño del curso, sobre estos factores podemos intervenir. Con relación a las características, no disponemos de mucha información basal de las enfermeras que han participado en el curso. Sería interesante en un futuro, registrar la edad, los años de experiencia, el hecho de que previamente se haya producido contacto con la investigación, conocer cual es la motivación para la realización del curso y cual es el nivel de conocimiento de ingles de la informática y establecer si existe relación entre estas variables y los resultados del curso. Se pone de manifiesto que el desconocimiento del inglés es una limitación importante para la incorporación de evidencias.

Con relación al diseño del curso, una de las causas relacionadas con la dificultad en el seguimiento parece ser la falta de feed-back que han manifestado las enfermeras inscritas, por lo que debería reforzarse la dedicación a este servicio y crear grupos presenciales para aprovechar las sinergias y resolver dudas para facilitar el seguimiento del curso. En los próximos curso se va asignar a cada alumno un tutor personal y se va a llevar a cabo una evaluación del curso en sí mismo a su finalización.

La aplicabilidad del curso en la práctica diaria se refleja en los temas de los CATs presentados por las enfermeras, ya que todos están relacionados con el área asistencial en la que prestan sus cuidados. Otra propuesta de mejora es la creación de una BD con los CATs realizados a la que tengan acceso todos los participantes en el curso. Este estudio permite concluir que el curso capacita a las profesionales de enfermería en la aplicación práctica de la EBE lo que probablemente repercute positivamente en el cuidado que prestan a sus pacientes. Se está trabajando para que puedan acceder al curso enfermeras ajenas al hospital.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-2.
2. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998 1: 38-39.
3. Simpson B. Evidence-based nursing practice: the state of the art. *Can Nurse*. 1996; 92(10): 22-5.
4. Kitson A. Using evidence to demonstrate the value of nursing. *Nurs Stand*. 1997;11(28): 34-9.
5. Morán L. Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2001; 9(1-4): 24-30.
6. Bellack JP. Teaching for learning and improvement. *J Nurs Educ*. 2005;44(7):295-6.
7. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
8. Institute of Medicine. Committee on Data Standards for Patient Safety. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
9. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA*. 2002;288:1057-1060.
10. Fordis M, King JE, Ballantyne CM, Jones PH, Schneider KH, Spann SJ, Greenberg SB, Greisinger AJ. Comparison of the instructional efficacy of Internet-based CME with live interactive CME workshops: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(9):1043-51.
11. Horton WK. *Designing Web-based Training: How to Teach Anyone Anything Anywhere Anytime*. New York, NY: Wiley; 2000.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Dolores Bardallo Porras

**TÍTULO:**

Aprendiendo a cooperar. La organización cooperativa del aula

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción**

Las investigaciones en el ámbito del aprendizaje han mostrado que la organización cooperativa del aula favorece la interacción y la cooperación entre los alumnos y alumnas para establecer objetivos conjuntos y tomar decisiones sobre las mejores estrategias para alcanzarlos (1, 2, 3, 4, 5). Aunque no es la panacea ni está exento de dificultades, transformar el aprendizaje en una empresa común, tal y como recomienda la nueva cultura educativa, suele ser más eficaz porque promueve la generación de conflictos cognitivos entre los y las estudiantes siendo ésta, una de las condiciones básicas en el aprendizaje constructivo, al tiempo que fomenta el apoyo mutuo y la ayuda de unos a otros para avanzar (2,6,7). Pozo (4) sostiene que la organización social del aprendizaje, basada en la cooperación y el intercambio es una manera de generar motivación ya que, aprender no es sólo una práctica cultural, sino también una forma de vivir en sociedad. Al cooperar, se produce una interacción promocionante en la que las acciones de uno contribuyen al logro de todos y cada uno de los miembros participantes (8,9,10). El modelo de sociedad del conocimiento en la que nos encontramos inmersos propone una serie de competencias básicas, entre las que destaca la capacidad de Cooperar para alcanzar las metas propuestas (8). Como es bien sabido, la mayor parte de la actividad enfermera se desarrolla en un entorno de grupo interdependiente, en trabajo de equipo multidisciplinar. Las enfermeras y los enfermeros interactúan con los usuarios, sus familias, sus colegas y con el abanico de profesionales, cada vez más diverso, que se van incorporando a la atención de la salud. La revisión bibliográfica centrada en la enseñanza-aprendizaje del proceso de atención de enfermería, pone de manifiesto que para trabajar de forma organizada, sistemática, científica y centrada en el usuario, se necesitan una serie de habilidades intelectuales, cognitivas e interpersonales que ayuden a pensar y a realizar juicios clínicos. Algunos autores recomiendan que estas habilidades sean desarrolladas desde la formación básica (11,12). La propia continuidad del proceso de atención de enfermería y con ella, la calidad de los cuidados que se proporcionan, dependen en gran medida, de que la práctica profesional se impregne de esta cultura cooperativa. Es necesario, por tanto, que las enfermeras y enfermeros estén capacitados para cooperar, asumiendo sus responsabilidades dentro del equipo sanitario. Pero, ¿cómo se aprende esta competencia?. Y, por tanto, ¿cómo se ha de enseñar?. Como dijo Aristóteles, y como sabemos bien las enfermeras y enfermeros, "las cosas que debemos aprender para poder hacerlas, las aprendemos, haciéndolas" (5). Según esta máxima, la práctica sucesiva de esta competencia permitirá al/ la estudiante de enfermería a adquirir la habilidad requerida. A juicio de Pozo, "hay que diseñar las situaciones de aprendizaje teniendo en mente cómo, dónde y cuándo debe recuperar el/la aprendiz lo que ha aprendido, ya que la recuperación será más fácil cuanto más se parezcan ambas situaciones" (4 : 112). Otros autores (13,14), proponen metodologías alternativas para formar a los futuros profesionales en el pensamiento crítico y la resolución de problemas, destacando el grupo cooperativo como medio para aproximarles a una situación lo más cercana posible al escenario real donde habrán de desarrollar su actividad profesional. El objetivo, pues, de esta comunicación es el dar a conocer la experiencia de enseñanza-aprendizaje cooperativo desarrollada con alumnos y alumnas de enfermería de 2º curso, en la asignatura de Metodología del cuidado, durante el curso 2003-04.

Objetivos del estudio: 1. Describir la experiencia de enseñanza-aprendizaje de la competencia de cooperación, a partir de la organización cooperativa del aula. 2. Conocer la percepción de aprendizaje que tienen los alumnos y alumnas participantes con la metodología educativa empleada.

Métodos. El estudio se ha llevado a cabo en la asignatura de Metodología del Cuidado, impartida a alumnos y alumnas de 2º curso, durante un periodo de 6 semanas, con un promedio de 5 horas



semanales. Participan en el estudio 5 alumnas y 1 alumno, con edades comprendidas entre 20 y 28 años, exceptuando una alumna con 54 años. Proceden de Galicia, Baleares, Canarias, Brasil, Perú y Catalunya. Se ha utilizado la modalidad cooperativa grupo PUZZLE.

Diseño: Estudio colectivo de casos (15)

Criterios de inclusión: Estar matriculado en la asignatura de Metodología del Cuidado - Participación voluntaria - Asistencia regular a clase - Aceptación de las reglas metodológicas (interdependencia del grupo, compromiso individual y grupal, responsabilidad para alcanzar los objetivos del grupo y participación activa en las tareas grupales).

Marco teórico: Teoría sociocultural del aprendizaje de Vigotsky (16) y el aprendizaje cooperativo desde la perspectiva de Johnson & Johnson (5)

Instrumentos: Parrilla de observación del profesor, adaptada de Johnson & Johnson (5); cuestionario para la evaluación de las sesiones de enseñanza-aprendizaje (elaboración propia); cuestionario de evaluación grupal, adaptada de Johnson & Johnson (5), entrevista individual, semiestructurada y prueba objetiva parcial y final de la asignatura.

Análisis de la información: Se ha utilizado la técnica de Análisis de contenido de Bardin (17), que consiste en descifrar el contenido de los datos descriptivo-narrativos a fin de identificar los principales temas y patrones que surgen de los mismos, en relación a los objetivos del estudio. Se empleó el programa informático Atlas-ti.

Criterios de rigor científico:

Credibilidad. Se realizó triangulación metodológica, descripción densa del contexto, explicación de los criterios de elección de los y las informantes y del método de análisis de la información (18,19).

Transferibilidad. Descripción densa del contexto para facilitar la adecuada identificación contextual (18,19).

Dependencia. La estabilidad de la información es difícil de mantener dado el dinamismo del fenómeno que se estudia. Pero se realizó una auditoría con tres expertos para evaluar la coherencia del proceso metodológico desarrollado (18,19).

Confirmabilidad. El estudio original recoge el posicionamiento de la investigadora como instrumento de la investigación. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas literalmente y devueltas a los participantes. El análisis de los datos, se contrastó con dos expertos, uno en metodología cualitativa y otro, en investigación educativa (18,19).

Limitaciones: - Tiempo limitado para la recogida de información - Doble rol de la responsable del estudio, como investigadora y profesora - Fidelización de los participantes - Carga académica. Los alumnos y alumnas participantes están inmersos en otras materias y metodologías educativas más tradicionales. - La multiculturalidad, que obligó a la permanente negociación de significados.

Resultados\*. 1. Entrevista. Se establecieron las siguientes categorías: Concepto de Cooperación, percepción de mejora individual y grupal en la capacidad para colaborar, adecuación de la metodología docente y percepción global de aprendizaje. Como categoría emergente surgió la percepción del rol de la profesora.

Concepto de Cooperación: Para los alumnos y alumnas participantes, la cooperación implica compromiso y responsabilidad, así como aprovechamiento de recursos en beneficio del paciente. Sin cooperación, entienden que no es posible realizar un cuidado de calidad: "Comprometerse, echarse una mano los unos a los otros.....Es muy importante porque se aprovecha los conocimientos de todos...."

Percepción de mejora individual y grupal en la capacidad de cooperar. Todos/as expresan dificultades para trabajar en grupo, que hubieran sido menores, con más tiempo de relación. Ha influido negativamente el factor tiempo. A pesar de ello, los participantes reconocen que han mejorado su capacidad de cooperación: "En mi grupo se ha visto mucho interés por aportar ideas....Ha habido poco tiempo para ver una gran evolución.... Falta más compromiso....."

Adecuación de la metodología. Resaltan los participantes la importancia del compromiso, el tiempo y la extensión de la experiencia a otras asignaturas, como formas de optimizar el método docente. El aprendizaje autónomo que genera, incrementa su motivación, así como la responsabilidad hacia el aprendizaje de los demás miembros del grupo.

Percepción de aprendizaje. Dicen haber conseguido las metas propuestas y obtienen nota de excelente (4 alumnas) y aprobado (un alumno y una alumna) en el examen final. Manifiestan haber aprendido a ser más tolerantes, solidarios y respetuosos con la perspectiva de los demás: "Creo que la experiencia me hará más tolerante.. Me ha generado preocupación por aportar al grupo....Me

ha sido útil para mejorar mi capacidad de empatía..". La encuesta de evaluación de las sesiones, muestra una percepción media de aprendizaje de 4 sobre 5.

Percepción de rol de la profesora. Las alumnas y alumno participantes, identificaron diferentes papeles desempeñados por la profesora: Dinamizadora: " La profesora ha organizado las actividades y ha animado la participación de todos....."; Clarificadora: " La profesora ha aclarado las preguntas que hemos hecho.....Ha orientado cuando nos perdíamos..."; Transmisora: "aunque en pocas ocasiones, la profesora ha explicado algunos conceptos que ....."; Facilitadora: " Nos ha ayudado a ser más independiente...Ha dejado que el grupo resuelva sus problemas....Creo que nos ha dejado demasiado solos...".

2. Observación participante. Progresivamente, los participantes han trabajado con un grado de disciplina importante, respetando las normas del grupo cooperativo y asumiendo los roles asignados, excepto un alumno y una alumna que no llegaron a integrarse en el proceso.

Discusión. Es aconsejable que se capacite a los alumnos y alumnas de enfermería para que puedan participar activamente en entornos multidisciplinares. Los y las participantes en este estudio han referido las características, las ventajas y las limitaciones que la literatura recoge en relación con el trabajo cooperativo. En el ámbito docente, la Cooperación ayuda a la atención a la diversidad. No todos los alumnos y alumnas son competentes en las mismas áreas. Pero incluso la literatura especializada (8,10) referencia una mejora del aprendizaje en aquellos/as que son más aventajados/as cuando hacen de tutores (peer tutoring) de alumnos y alumnas que necesitan un apoyo adicional. Coincidiendo con la literatura(5), los y las participantes manifiestan que el tiempo de exposición a la metodología cooperativa, la motivación y el compromiso individual y grupal son factores que influyen en el éxito de la experiencia de aprendizaje. La ausencia de formación previa en trabajo de grupo, incide negativamente en la cohesión grupal. La información obtenida a partir de los diferentes instrumentos y la bibliografía revisada, convergen en la idea de que el Aprendizaje Cooperativo es una opción metodológica adecuada para el currículum de enfermería, que contribuye a desarrollar las habilidades sociales propias de la disciplina y a optimiza el aprendizaje.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Brown, A. L. & Palincsar, A.S. Guided, cooperative learning and individual knowledge acquisition. En L. Resnick (Ed.), Knowing, learning and instruction. Hillsdale, N.J.:Erlbaum; 1989.
2. Coll, C. y Colomina, R. Interacción entre alumnos y aprendizaje escolar. En C. Coll; J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), Psicología de la Educación II. Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza Editorial; 1990
3. Fernández Berrocal, P. y Melero, M.A. (Eds.) La interacción social en contextos educativos. Madrid: Siglo XXI; 1995.
4. Pozo, I. Aprendices y maestros. La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial; 2002
5. Jonhson, D.; Jonhson R.; Holubec, E. El aprendizaje cooperativo en el aula. Barcelona: Paidós; 1999
6. Lacasa, P. Aprender en la escuela, aprender en la calle. Madrid: Visor; 1994
8. Monereo, C. y Durán D. Entramados. Métodos de trabajo cooperativo y colaborativo. Barcelona: Edebé; 2002.
- . Monereo, C. y Pozo, J.I. el reto de la nueva cultura educativa. Cuad Pedagog (Barc) 2001; 298: 50-55.
9. Salaberría, I. Aprendizaje cooperativo. Pamplona: Fondo de publicaciones del gobierno de Navarra; 1999
10. Durán, D. Coperar para triunfar. Cuadernos de Pedagogía. 2001. 298:73-75
11. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso.4ªedic.Barcelona: Springer; 1.999.
12. Iyer P, Taptich BJ y Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. México D.F: McGraw-Hill/Interamericana; 1995.
13. Greaves F. The Nurs Currículo: Theory and practice. London: Chapmer &Hall; 1987.
14. Kuennen J. Community Program Planning: A clinical outcome. J Nurs Educ 1995; 34(8): 387-399
15. Sandín, M.P. Investigación cualitativa en educación. Madrid: McGraw Hill; 2003
16. Vigotski L.S. Psicología pedagógica. Ciudad de Buenos Aires: Aique; 2001
17. Bardin, L. Análisis de contenido. 3ª ed. Madrid: Akal; 2002
18. Taylor, S.J. & Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 2002

**AUTHOR/S:**

FLORENTINA PINA ROCHE

**TITLE:**

DISEÑO EDUCATIVO DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE ENFERMERIA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES DURANTE SU CLIMATERIO.

**TEXT:**

La edad adulta en las mujeres representa una etapa en su ciclo vital, en la mitad de la vida, caracterizándose por una serie de acontecimientos, siendo el climaterio uno de ellos, en donde la incidencia de alteraciones físicas, psicológicas y desajustes sociales puede ser elevada (FIGO, 1980) definió 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 el cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora, 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 aproximadamente hacia los 65, edad que marca el comienzo de la senectud.

La educación como estrategia formativa es marco de referencia para propiciar estilos de vida saludables y como pasarela para la autorrealización de la mujer con su entorno social, lo que va a contribuir a mejorar sus condiciones de vida. En el ámbito de la atención primaria y con la participación comunitaria, interactúan diversos agentes que tal como la enfermería contribuyen de forma activa en educar a las mujeres, dado que su objetivo principal es cuidar y educar a la población es cuidarla.

Los objetivos generales del estudio tratan de responder a las necesidades educativas de las mujeres durante el climaterio y capacitar a los estudiantes de enfermería a prestar cuidados a las mujeres y que puedan transmitir la vivencia de la menopausia de una forma natural y positiva.

Se escogió una muestra de 555 mujeres de edades entre los 45 a 65 años, administrándole un cuestionario que fue validado previamente, del que extraemos la variable Información en el presente estudio. Se realiza un análisis descriptivo y cálculos de asociación, completados con análisis de residuos.

En relación a los resultados en los datos de identificación se han recogido, la edad el grupo mas numeroso es de 45-50 años representa el 51,4%. Respecto al lugar de residencia, la mayoría vive en zona urbana 73,7%.

Los resultados del estado civil nos indican que corresponde a pareja estable, el 76%, La descendencia, varía desde un hijo hasta once hijos de máximo. El nivel de Estudios en su mayoría es de primarios (28,4%) y el nivel de bachiller y/o formación profesional 30,1% mujeres, destacando que un 14,9% han cursado estudios primarios sin terminar. En relación a la actividad laboral una gran parte de la muestra tiene una actividad remunerada 61,6% y el 34,2% de mujeres son exclusivamente amas de casa. La frecuencia de los Periodos menstruales en las mujeres del estudio está diversificada, destacando que casi la mitad el 44,6%, se les ha diagnosticado la menopausia.

Las respuestas relativas a la variable Información que poseen sobre el climaterio son las siguientes: Sobre la sintomatología: Mucha 13,1%, Bastante 35,2%, Poca 35,4% y Ninguna 16,3%. Sobre la dieta adecuada: Mucha 13,3%, Bastante 34,6%, Poca 29,9% y Ninguna 22,2%. Sobre el ejercicio físico: Mucha 13,3%, bastante 34,6%, Poca 29,9% y ninguna 22,2%. Sobre los riesgos de salud: Mucha 15,1% Bastante 33,2%, Poca 29% y Ninguna 20,3%. En relación a la esfera psicosocial los resultados son similares y presentados con motivo del anterior encuentro. Encontramos relación significativa ( $p \leq 0.008$ ) entre el consumo de lácteos y la información recibida acerca de la dieta, de la misma forma la práctica del ejercicio físico y su instrucción, así como todo lo relacionado con la esfera psicosocial y sus conocimientos ( $p \leq 0.000$ ).

Las carencias formativas en las mujeres en esta etapa de la vida son evidentes, por lo que encontramos necesario intervenciones educativas. Por otra parte, los estudiantes de enfermería en un futuro inmediato serán los profesionales cualificados que atenderán las demandas del autocuidado para la promoción y mantenimiento de la salud durante los acontecimientos

relacionados con el ciclo vital de las mujeres durante su climaterio, por lo que se diseña una propuesta educativa con la finalidad de cubrir las necesidades identificadas por las mujeres en los resultados y formar a los profesionales para que adquieran las competencias específicas necesarias en los cuidados de la salud de este colectivo de mujeres.

La Universidad, como la mayoría de los países de la Unión Europea, se encuentra inmersa en un proceso de transición para adaptar los estudios de enfermería al Espacio Europeo de Enseñanza Superior, de acuerdo con la Declaración de Bolonia, esto supone unos nuevos retos para la educación en enfermería, y especialmente destacamos entre ellos el rol de los profesores, que deberán ser considerados como dinamizadores del aprendizaje y no solamente como transmisores del conocimiento.

El modelo pedagógico que tiene como eje la práctica educativa que se va a exponer se orienta hacia un aprendizaje que se adquiere haciendo, a través de la experiencia de los alumnos. Será un modelo de desarrollo y construcción, de progreso, pues el estudiante construye su propio proceso de conocimiento desde una base conceptual que se reorganiza, donde el profesor es guía y orientador.

En la actualidad, las enseñanzas relacionadas con la mujer en la titulación de enfermería, en la Universidad de Murcia, se imparten en la materia troncal de Enfermería Materno Infantil I, y la optativa Salud Integral de la Mujer, complementaria de la anterior, ofreciéndose en tercer y primer curso de enfermería respectivamente.

La unidad didáctica que se va a describir corresponde a las diferentes etapas del ciclo vital de las mujeres, es la siguiente:

“El Climaterio: cambios físicos, psíquicos y sociales. Estilos de vida. Riesgos de salud asociados. Promoción para el autocuidado. Conducta a seguir por los profesionales de enfermería. Medidas farmacológicas”.

Los elementos de aprendizaje son:

1- Los Objetivos: Prestar cuidados de enfermería a la mujer durante la etapa del climaterio para mejorar su calidad de vida. Capacitar a los futuros profesionales para que transmitan la vivencia de la menopausia de forma natural y positiva. Promover el interés de los estudiantes en esta temática facilitando la motivación, para proseguir el autoaprendizaje a lo largo de su vida profesional. Aplicar los avances tecnológicos, tanto en su propio campo como en el de la comunicación e información.

2- Los Contenidos estarán relacionados con los objetivos propuestos, los cuales serán flexibles en función de las condiciones concretas del grupo de estudiantes, decidiremos los estrictamente necesarios y los que tienen carácter complementario, teniendo en cuenta criterios como representatividad, capacidad de generalización fuera del entorno del aula, adecuación al nivel de los alumnos y aproximación a los problemas.

3- La Lección Magistral desde una perspectiva dirigida al alumno, se pretende no centrarnos en la clase expositiva tradicional, para ello utilizaremos técnicas que favorezcan la interacción y la bidireccionalidad entre profesor-alumno y alumno-alumno, asignándole un papel de protagonista activo. Algunos ejemplos de las intervenciones, realizadas por el profesor-tutor podrían incluir las siguientes cuestiones:

¿Podríamos hacer una reflexión sobre lo visto en la última sesión? Hoy vamos a describir las características del climaterio, que se enlazarán con siguientes sesiones de actividades en grupo y trabajo complementario en red. ¿Quién nos puede indicar alguno de los trastornos asociados al climaterio? Se desarrollan los contenidos y posteriormente alguna actividad como refuerzo. Por último, ¿Quién quiere hacer una síntesis desde el principio? ¿Cuáles son los puntos importantes a retener en nuestra discusión?

Igualmente, en relación al trabajo con grupos pequeños, el profesor-tutor guiará el proceso, evitará que se derive el tema, recuerda los objetivos previos, controla el tiempo, fomenta los conocimientos previos, se distingue los puntos importantes de las discusiones, interrelaciona las distintas hipótesis formuladas y destaca las conclusiones aportadas, así como aquellas medidas propuestas de mejora y cambio.

4- Los Casos Prácticos. Consisten en la presentación de situaciones problema concretos que los alumnos deben analizar y discutir. Permite el cumplimiento de objetivos cognitivos de comprensión y de aplicación, así como objetivos afectivos, de respuesta y de receptividad, pues obliga a los estudiantes a considerar la situación en términos concretos y se consigue de ellos una mayor implicación personal. Para su resolución los alumnos elaborarán un Plan de cuidados de Enfermería a la mujer en la etapa del

climaterio, cuya estructura está basada en el marco teórico de Dorothea Orem.

5- Las Simulaciones Prácticas. Principalmente abordaremos el desarrollo de procedimientos clínicos tal como la revisión ginecológica. Su proceso concede especialmente el cumplimiento de objetivos psicomotrices, aunque están implicados tanto los afectivos como cognitivos, se lleva a cabo con simuladores que hagan lo mas real posible la técnica a explicar. consta de: Examen mamario, tacto vaginal, citología y colposcopia.

6- Las Prácticas Clínicas. Las actividades realizadas en el ámbito clínico, van a estar integradas, tanto en la materia de Enfermería Materno Infantil I, como en Enfermería Comunitaria III, donde el estudiante tiene la oportunidad de pertenecer, como miembro, del equipo de salud y realizar actividades profesionales tuteladas en el programa de atención a la mujer climatérica, en los centros de Atención Primaria. Entre las tareas principales se encuentran las siguientes:

Cumplimentación de registros del programa, anamnesis, petición de pruebas complementarias. Ayudar en las exploraciones que se precisen. Identificación de problemas, como factores de riesgo, conflictos familiares, situación biopsicosocial, etc.

Aplicar el plan de cuidados, que incluirá información y consejos sobre estilos de vida y derivaciones a otros profesionales, si así procediera, y educación para la salud individual y/o grupal. Informar sobre el tratamiento farmacológico y/o medidas naturales necesarias para su cuidado. Intervención sobre los trastornos de adaptación al ciclo vital. Incorporación a la actuación médico-legal y coordinación con los servicios sociales en los casos de violencia doméstica.

7-La Tutoría. Esta actividad es uno de los recursos más interesantes utilizados en la docencia, pues permite, personalizar el aprendizaje

Los encuentros establecidos para la tutoría se realizan de forma presencial en horario prefijado, o bien a través del correo electrónico. Durante esta actividad se orienta al alumno sobre material de consulta, bibliografía, artículos de revistas o cualquier otra tarea que consideremos necesario como apoyo a su aprendizaje y nos ayuda a intensificar la interacción entre profesor-alumno.

8- La Enseñanza on-line. La ofrecemos como actividad complementaria al aprendizaje, desarrollando un rol docente diferente al que habitualmente ocupábamos, entendiendo que se caracteriza por: Ser

#### **BIBLIOGRAPHY:**

Alfaro-Lefevre, R.. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ªed. Barcelona: Masson. 2003.

Allen, D.. La evaluación del aprendizaje de los estudiantes: una herramienta para el desarrollo profesional de los docentes. Barcelona: Paidós Ibérica. 2000.

Asociación Española para el estudio de la menopausia Libro Blanco de la menopausia. Madrid: EMISA. 2000.

Asociación Española para el estudio de la menopausia.. IV Congreso Nacional de la Asociación Española para el estudio de la Menopausia. Santander: S.E.G.O, D.L. 1996.

Comisión Europea. Declaración de Bolonia sobre el Espacio Europeo de la Enseñanza Superior. Declaración conjunta de los ministros europeos de educación. Bolonia: Comisión Europea. 1999.

Costa, M; López, E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide. 2000.

Doménech Betoret, F. Proceso de enseñanza aprendizaje universitario. Castellón: Publicacions de la Universitat Jaume I. 1999.

Gerencia de Atención Primaria. Programa de la mujer en el Climaterio. Murcia: Unidad Docente de la Gerencia. 1998.

Luis Rodrigo, M<sup>AT</sup>. Diagnósticos de enfermería: un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Doyma. 1995.

OMS. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Serie de Informes Técnicos, nº866. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. .1996.

Ortega, P y Minguez, R. Los valores en la educación. Barcelona: Ariel. 2001.

Pastor, E. Mujer y calidad de vida. Resultados de un programa de atención integral a la mujer climatérica de la Comunidad Valenciana. Encuentro "Programas de Atención Integral a las Mujeres Climatéricas". Escuela de verano de salud pública. 1999.

Riopelle, L; Grondin, L y Phaneuf, M. Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España. 1993.

Sánchez Martínez, M, Sáez Carrera, J y Svensson, L. Sociología de las profesiones: pasado, presente y futuro. Murcia: DM. 2003.

Stephen, J. Modelo de Orem. A

**AUTHOR/S:**

Dupuis France, Duhamel Fabie & Gendron Sylvie

**TITLE:**

Families with adolescents living with cystic fibrosis: The transition to adulthood.

**TEXT:**

The number of adolescents surviving diseases once considered life-threatening in the pediatric setting is constantly on the rise (Blum, 1995). At the forefront of advances, cystic fibrosis stands out as an exemplar case of what has been attained through advances in pediatric medical research. In fact, in Canada, the median survival age for those diagnosed with cystic fibrosis has increased from 4 years in 1960 to 35.9 years in 2001 (Canadian Cystic Fibrosis Foundation, 2003). This means there are significantly more families with adolescents living with this condition who must make the transition from the pediatric care setting to the adult care setting. Those families will be confronted with multiple emotional, social and clinical challenges during this stage (Boyle, Farukhi & Nosky, 2001; Westwood, Henley & Willcox, 1999). The purpose of this talk is to present preliminary data from a study which is exploring the transition process of families living with an adolescent suffering from cystic fibrosis and moving from a pediatric to an adult care setting. To better understand this transition process, a qualitative multiple case study was carried out (Stake, 1995). Several methods (semi-structured individual and group interviews, participant observation) were used to collect data from 15 families and members of a multidisciplinary team in a cystic fibrosis hospital-based clinic. To date, our preliminary analyses indicate (a) the different perceptions of the adolescents and their parents regarding parent's role during the beginnings of the process and (b) the need for more information on the process. Moreover, the preliminary results have triggered the following questions: Do the actual nursing practices respond to the needs of these families? How can nurses assist families confronted to the development of autonomy in their ill adolescent? Considering the paucity of information available on this subject, the results will help us to: (a) identify family needs during the process (b) provide a systematized knowledge base pertaining to the transition process, through a combination of theoretical, practical as well as experiential knowing, that can lead to recommendations for practice in a particular clinical setting, (c) contribute to the development of the concept of transition and (d) guide further research in this field.

**BIBLIOGRAPHY:**

Blum RW. Transition to adult health care: Setting the stage. *Journal of Adolescent Health* 1995; 17-35.

Boyle MP, Farukhi Z, Nosky, ML. Strategies for improving transition to adult cystic fibrosis care, based on patient and parent views. *Pediatric Pulmonology*. 2001; 32: 428-36.

Canadian Cystic Fibrosis Fondation [homepage on the Internet]. Toronto; [cited 2003 Sept 20]. Cystic Fibrosis: About Cystic Fibrosis [la fibrose kystique: au sujet de la fibrose kystique. French] Available from: <http://www.cysticfibrosis.ca/page.asp?id=115>.

Stake RE. *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage; 1995.

Westwood A, Henley LD, Willcox, P. Transition from paediatric to adult care for persons with cystic fibrosis: patient and parent perspectives. *Journal of Paediatrics and Child Health Care*. 1999; 35 (5): 442-45.

**AUTHOR/S:**

Ideh,Dadgaran(MSc) ; Neda,Mehrdad(MSc)(PhD student) ; Fatemeh,Asadi(MSc)

**TITLE:**

The Study of Knowledge , Attitude and Practice of Third High School Students on Addiction

**TEXT:**

Introduction: Addiction is a physical and emotional dependency to the specific substance. Addiction has become one of the most important public health problems in recent years(1). The strategic geographic situation of Iran and its long borders with the countries of the Golden Crescent ( Afghanistan and Pakistan ) which produce a substantial proportion of the world's heroin have confronted Iran with the problems of drug trafficking and concomitant drug addiction within The country (2,3). According to previous research finding the number of under 20 years old addicts in Iran is increasing(4).The other study showed that 6% of adolescents under 15 years , and 7% between 15- 16 years and 17% between 17- 18 years used opioid substances at the first time(5). Of concern to the public health professionals and social scientists is the spread of this epidemic among adolescents. This is The period of life for exploration and experimentation – The means by which “adolescents learn who they are and what they want to do with their lives” and trying out new things and making first – time choices(6-8).These make adolescents vulnerable to experiment drugs .Drug abuse and addiction in young people has dire consequences such as unnatural death in the from of homicide or suicide, premature morbidity from STD,needle – born infection and noxious agents,accidental injuries and crime(5,9).Rapid spread of tobacco smoking among teenagers, specially males, is another aspect of the problem(10).This is alarming, because tobacco is considered to be a « gateway drug» ,the use of which may lead to marijuana and other drug abuse and high risk behaviors in the long term (10-13).Promotion of the knowledge, attitude and behavior of adolescents about addiction and drug abuse is necessary. Previous study reported that high school students have inadequate knowledge on using drugs and their attitudes become more liberal as age increases(14).Some studies revealed that attitudes toward drug use also consistently predicted drug use(15).

As there was insufficient data on knowledge, attitude and practice of adolescents in Iran, we conducted this study in Lahijan / Iran. The aim of this research was determine knowledge, attitude and practice of third high school students on addiction, to help develop a preventive health education program .

Methods:This descriptive (Cross- Sectional) study involving 300 third high school students (age15-18 years) (150 boys.150 girls) from 28 urban high schools in Lahijan, Iran from Jan 2004 to March 2004. They were selected by randomize cluster sampling. A self- administered semi-structured questionnaire was used for collecting data. This questionnaire divided into four parts and collected information on the students personal and socioeconomic data, knowledge on the nature of addiction and substance abuse, attitude and behaviors about addiction and substance abuse. The students were briefed about the purpose and methods of the survey as well as the contents of the self-administered questionnaire. The participants were assured of the confidentiality of the information provided and also its irrelevance to their academic evaluation. All statistical analysis was performed by using SPSS for windows ver.12.0.To analysis knowledge of students the total score under 50 percentile considered as poor knowledge, the total score between 50-75 percentile considered as moderate knowledge and the total score above 75 percentile considered as good knowledge on addiction. The questions.were answered using the options “ yes” , “No” and “I don't know”. A total score for knowledge was obtained by adding the points given for each answer. For each correct answer 2 points, I don't know 1 point, and any incorrect answer zero point were assigned. To analyses attitude we used a five –points Likert-type scale(1-certainly yes, 5=certainly no). The total score above the mean considered as positive attitude on addiction and the total score equal or below of the mean considered as negative attitude on addiction. For assessing practice of the students a total score was obtained by adding the points given for each answer.



For each correct answer 1 point and any incorrect answer zero point were assigned; Then a total score above the mean considered as good practice on addiction and the total score equal or below of the mean considered as bad practice on addiction and substance abuse.

Results: A total of 300 third high school students in 28 urban high schools in Lahijan, Iran, were enrolled in this study. They were aged 15-18 years (mean 16.7 years). Majority of their parents education were diploma. In the most of them (51.7%) fathers job was business and their mother's job (60.7%) was housekeeper. The main source of information was television (46.7%); while only 13.3% of the students mentioned parents as the main source of information about addiction. Majority of participant (63.3%) spent their leisure with their friends and only (20%) of them spent their leisure with their family. The majority of participant (93%) didn't use tobacco. Only (7%) of the student used tobacco; And they mentioned the initial age of smoking was 14 years (52.4%), and in the majority of them, their friends encouraged them to smoke. Most of the students (99%) didn't substance abuse or addiction. In the majority of them (39.7%) religious believes were at high level. The findings showed that most of the participant (48%) had poor knowledge on addiction, 35% of them had moderate and 17% of them had good knowledge on addiction and drug abuse. Based on sex, the results showed that the majority of girls (50.7%) had poor knowledge on addiction. The results showed nonsignificant relationship between sex and knowledge. The findings showed most of the students (50.3%) had positive attitude on addiction. Based on sex about 50% of the boys and the girls had positive attitude on addiction. The findings also showed no significant relationship between sex and attitude. In the majority of the students, the practice on addiction and drug abuse was good (60.7%); And the most of the girls (63.3%) had good practice on addiction. We found no significant relationship between sex and practice on addiction. There were significant relationship between knowledge, attitude and practice of the students on addiction and substance abuse. ( $X^2=39.91$ ,  $df=2$ ,  $P=0.0001$ ). The results also showed significant relationship between tv as source of information and knowledge on addiction ( $T=2.068$ ,  $df=298$ ,  $P=0.039$ ). We found no significant relationship between parents' education, parents' job, other source of information (teacher, parents, books, ...) smoking, religious believes and knowledge of participant on addiction. The result showed no significant relationship between source of information, parents' job, parents' education, smoking, religious believes and attitude of the students on addiction. Based on ANOVA test, the results showed significant relationship between religious believes and practice of participants on addiction ( $F=3.47$ ,  $df=2$ ,  $P=32\%$ ). We found no significant relationship between parents' education, parents' job, Source of information, smoking and practice of students on addiction and drug abuse.

Discussion: Drug abuse among adolescents is an emergic public health and social problem in Iran. Through majority of the adolescents come out of this period relatively unharmed, some of them fall prey to the curse of drug abuse and addiction that disadvantage them for the rest of their lives. (10) However if preventive health education and behavior modification programs are to be effective, an under-standing of current prevailing behaviors, and subjective norm is required (16). This will help set enlightened life-style patterns in them because 'teenagers are ready to change if they perceive that the reasons to change outweigh the reasons not to change' (17).

To help design a culturally acceptable preventive health and behavior modification campaign on substance abuse / addiction for the adolescents, this study explored the level of knowledge, attitude and practice of third high school student in 28 urban high schools in Lahijan, Iran. In general, the study revealed a variable lack of knowledge about addiction/substance abuse. Previous studies also found similar results (10,14,18), while in other study the students had good knowledge on addiction (19). Attempts to fill-in this knowledge gap in a balanced way (e.g, what information to give? How much to give without raising craving for experimentation) remain a challenge for program designers. Our recommendation is to include the subject of addiction/substance abuse, their effects on body, their dangers and prevention of their use in the official school curriculum from elementary school and during all subsequent school years. Our study showed in the most of participants, television was the most source of information. Television as a media is associated with most accurate knowledge. (20,21,10). Media both shape and reflect social values about smoking; The media provide new information about smoking directly to audiences, the media act as a source of observational learning by providing model which teenagers may seek to emulate (22). We also found parents and teachers had the least role on promoting students information; While parents and school teachers are important determinants of adolescent knowledge, attitude and practice related to

substance abuse /addiction and demand program designers to emphasis preventive health education and behavior modification interventions to parents and teachers. The results showed male students demonstrated a higher level of knowledge in comparison with female students. In other study found similar result (18). It seems that boys feel freer than girls to talk about matters relating to addiction and substance abuse. In this study, most of the students had positive attitude toward addiction ; It seemed the negative image of the drug addict in the society is well established in the mind of participants. This finding is agree with other studies(1,19). We found that approximately half of the girls and boys had positive attitude toward addiction while in other study most of the boys had positive attitude toward addiction. (1)We also found most of the participants had good practice on addiction. Other study showed similar result(10). However, there are reasons for concern too. The existence of tobacco smoking among the study participants at an early age is a matter of concern. In other studies the starting ages of smoking were 13.3 years, 9.7 years and 12-15 years(19,23).The school aging adolescents pass a large part of their day in schools. Given the importance of tobacco as a gate way drug for substance abuse, the preventive campaign should aim at tobacco- free school with active cooperation from the teachers.(10) For this awareness- building campaign among the teachers is also needed. Also the role of family members and family environment in the case of tobacco smoking is important. Any preventive health compaign on substance abuse/addiction should take note of these and offer alternative ways of satisfying adolescents needs and use their leisure productively, especially within the family environment;While in this study, we found that most of the participants spent their leisure with their friends.This is a threatened factor that must be noticed.In conclusion, it can be said that peer network, school – based smoking prevention programs and family environment are important determinants of adolescent knowledge and behavior related to substance abuse/addiction and demand attention of program designers for preventive health education and behavior modification intervention. Balanced fulfilling the adolescents knowledge gap, keeping family in the focus tobacco-free schools initiative,innovative use of mass media and mainstreaming the problem in textbooks, participatory involvement of adolescents as peer educator, etc... may be some effective components of such an intervention(10).

#### **BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Cirakoglu,Okan Cem;Isin Guler.Perception of drug addiction among Turkish university students:causes,cures, and attitudes. Addictive behaviors.Vol:30(1).Jan 2005.PP 1-8
- 2.Center for Disease Control, Office of the Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education of the I.R. Iran.HIV/AIDS in Iran(Cumulative Statistics).Tehran 2003.In Persian
- 3.American Iranian Council: Drug Use and HIV/AIDS in Iran [<http://www.american-iranian.org/beta/publications.php?PressRelease=1&PressReleaseID=56>]
4. <http://www.hamshahry.Com>
- 5.Samiee,Mersedeh;et al.Social status of Iranian adolescents.Rehabilitation.Vol:10.Autumn 2002.pp:56-62.In Persian
- 6.Westermeyer J. The role of cultural and social factors in the cause of addictive disorders. Psychiatric Clinics of North America 1999;22(2):253-73.
7. Htoon PT, Myint YY, Thwe M. Risk behaviours, attitudes and subjective norms among ninth standard students in Hlaing Township. Regional Health Forum 1999;3(1):1-10.
- 8.Royo-Bordonada,M.A., Cid-Ruzafa, J., Martin-Moreno, J.M. and Guallar, E.,Drug and alcohol use in Spain: Consumption habits, attitudes and opinions. Public Health 111, 1997.pp. 227–284.
- 9.Newcomb MD, Bentler PM. Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
10. Ahmed, syed Masud;et al.” Substance And Drug Abuse: Knowledge, Attitude and perception of schoolgoing Adolescents in Bangladesh” . Regional Health Forum. Vol: 6.No.:2.2002 PP:59-71
- 11.Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. Addiction 1999;94(6):913-21.
- 12.Coffey C, Lynskey R, Wolfe R, Patton GC. Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. Addiction 2000; 95(11):1779-90.
- 13.Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. High-risk behaviours associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. Journal of Adolescent Health

**AUTHOR/S:**

Bjöörn Fossum, Anton Lager, Sven Bremberg

**TITLE:**

Overweight among children - new system for national follow-up in Sweden

**TEXT:**

**Background and Objectives:** Overweight is an important public health issue. Evaluations of future preventive interventions demand a national follow-up system. This is lacking for children. The school health care services routinely measure children's length and weight.

The aim of the study was to initiate a national follow-up system of children's overweight and obesity based on these data.

**Method:** The prevalence of overweight and obesity were assessed by calculation of body mass index (BMI) adjusted for age and sex by the method was developed by Cole et al (2000). The study targeted 10 year old children. If the school health care records are computerized the data can easily be compiled. Four municipalities with computerized school health care records provided data: Västerås, Umeå, Karlstad and Ystad. Information about the mothers' level of education was added through the children's social security numbers.

**Findings:** BMI data from 3165 children with an average age of 10 years and 2 months were collected. The mothers' level of education was somewhat higher in two of the municipalities, Karlstad and Umeå, than in the country as a whole. Overweight and obesity occurred to approximately the same extent in all four municipalities. The proportion of children with obesity in the whole sample was 18,7 percent and the proportion of children with obesity 4,9 percent.

**Conclusion:** The results of the study show that it is feasible to base a national follow-up system of overweight and obesity among children on length and weight data from the school health care services. Since overweight and obesity are more common in families with short education, one could expect that the prevalence of overweight and obesity would be lower in Karlstad and Umeå compared with the other two municipalities, but this was not the case. This indicates that the importance of the noted differences in level of education is limited and that the four studied municipalities can give a picture that is representative for Sweden as a whole.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj* 2000;320(7244):1240-3.
2. Lobstein T, Frelut M-L. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews* 2003;4:195-200.
3. Angbratt M, Eriksson E, Funcke S, Nilsson U, Säterskog C, Söderlind M. Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i Östergötland. Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum; 2003 Linköping Juni 2003. 2003:2.
4. Petersen S, Brulin C, Bergstrom E. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umea, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatr* 2003;92(7):848-53.
5. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS - en studie i sydvästra Storstockholm. Rapport. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut; 2004.
6. Grenestam C, Andersson C. Övervikt hos barn födda 1991, i årskurs fyra, inom Norrköpings kommun och Finsångs tätort - Kvantitativ studie. Linköping: Hälsouniversitetet, Linköpings universitet; 2002 Höstterminen 2002.
7. Berg I, Simonsson B, Brantefor B, Ringqvist I. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a county in Sweden. *Acta Paediatr* 2001;90(6):671-6.
8. CTN. Övervikt och fetma hos 9-10-åringar i olika typområden i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Centrum för tillämpad näringslära; 2003.
9. Rasmussen F, Johansson M, Hansen HO. Trends in overweight and obesity among 18-year-old males in Sweden between 1971 and 1995. *Acta Paediatr* 1999;88(4):431-7.

**AUTHOR/S:**

Fatemeh,Asadi; Ideh,Dadgaran;Neda,Mehrdad;Maryam,Hoseinzadeh;  
Guilan University Of Medical Science; Guilan University Of Medical Science;Tehran University Of  
Medical Science; Guilan University Of Medical Science.

**TITLE:**

The Effect of Education on Knowledge and Health Behavior of Lahijan  
Farmers About Prevention and Transmission of Leptospirosis

**TEXT:**

Background:Leptospirosis is one of the diseases which transfer to human from several wild and domestic animals. Leptospirosis is a disease caused by pathogenic spirochetes of the genus *Leptospira*. (1, 2, 3, 4)Leptospirosis often appears in hot and humid regions, alkali grounds with a lot of superficial water in hot seasons of year (5,6). The final host of leptospirosis is human. Outbreaks of leptospirosis are usually caused by exposure to water contaminated with the urine of infected animals. Many different kinds of animals carry the bacterium; they may become sick but sometimes have no symptoms. *Leptospira* organisms have been found in cattle, pigs, horses, dogs, rodents, and wild animals. Humans become infected through contact with water, food, or soil containing urine from these infected animals. This may happen by swallowing contaminated food or water or through skin contact, especially with mucosal surfaces, such as the eyes or nose, or with broken skin. Human-to-human transmission is extremely rare. (4, 7, 8)A research in Italy shows that in 103 patients who were considered with habitation, job, contact with animals and amusement, 98 persons (95.1%) were at risk by professional and amusement contact with animals in rustic regions (7) and from 1682 to 1990 about 215 cases of human leptospirosis was reported in Cuba that the most incidence of disease was between male villagers and farmers. In 1963, 208 cases were reported in Puerto Rico and in 1973, 150 cases were reported in Vietnam (9). But a research in 1993 in Fars/Iran, reported 19 patients with hepatic and renal symptomatic and 7 patients with positive anti-*Leptospira* antibody titer (10). In Guilan concerning its special regional and geographical conditions in 1996 about 25 equivocal cases were reported (with 3 deaths), in 1997, 100 cases were reported (with 5 deaths) and in 1998, 192 cases were reported. By consideration of 25 cases, 5 infected cases and 20 equivocal cases were diagnosed. 92% were male and 76% were farmer with mean age of 42(11). Generally an extended area of Guilan state including Lahidjan, Langroud, Astaneh, Roudsar and etc. in which about 47 cases in 1377, 67 cases in 1378 and 60 cases in 1379 were diagnoses infected. 13 cases in 1380 were positive. 47 cases in 1381 were diagnosed 50% negative in IgG test and were testing in IgM serum consideration and were hospitalized in Lahidjan hospitals. Considering outbreak in above-mentioned years and positive human cases in state's health centers it was revealed that the disease is seasonal and appears in the beginning of farm season and the most of clients are farmer.(12) Although nowadays developed countries have a great control on zoonotic disease and appropriate considerable budget to research in this field, developing countries have to try more because of their more health and economic vulnerability. The researcher wants to consider important role of education on raise of knowledge and health behavior in order to prevention of bacterial disease like leptospirosis. Hope to gain useful results and conclusions. Methods: In this per-experimental study, 240 of Lahidjan farmers were chosen by cluster-sampling method. It is an analytical case-control study. Similar testes were done in definite interregnums before and after education. Data collection instrument was a questionnaire with 46 questions including 16 demographic questions, 16 knowledge quality questions and 14 health behavior questions. In order to valuating for knowledge quality questions, assigning "2" for correct answers, "1" for "I don't know" answers and "0" for wrong answers. Based on overall mean point, fewer than 16 points classified "low knowledge", between 16 and 24 "mean knowledge" and more than 25 points classified "good knowledge". For health behavior questions, assigning "2" for correct answers and "0" for wrong answers. Fewer than 14 points classified "unfavorable behavior" and more than 15 points classified "favorable behavior". In order to definite instrument's scientific reliability, test-retest was done on 20 randomly-selected farmers from 3 different villages of Lahidjan. They educated by educational pamphlet and after 6 weeks post-test was done with parity confirmed questions.

Here is the course of completing the questionnaire: First questionnaires were given to considered cases. After collecting and analyzing questionnaires, considered cases educated by face to face lecture and answering their questions and finally they were given educational pamphlet. After 6-8 weeks the first questionnaires with similar codes were returned to research units for analyzing. Statistical analyzes were done by "SPSS 10" under Microsoft Windows XP. The statistical used tests are: Descriptive, paired t-test, independent t-test, non parametric, one way ANOVA and wilcoxon. P value less than 0.05 was considered significant relationship between education and health behavior. Results: A total of farmers under going health maintenance from 22 rustic health centers within Lahidjan, Guilan, Iran were enrolled in this study. The results revealed that there was a significant difference in farmers' knowledge before and after education according to paired t-test ( $p=0.0001$ ). Also according to the same test there is a significant difference in health behavior of farmers before and after education ( $p=0.0001$ ). The results revealed that the mean of knowledge before and after education had a significant difference in farmers who had infection record according to ANOVA test ( $df=2$   $f=3.849$   $p=0.02$ ). Findings revealed that the difference of the mean of health behavior before and after education had a significant relationship with information sources according to ANOVA test ( $df=6$   $f=2.918$   $p=0.01$ ). The results revealed that existence of rodents in farmers' living places had a significant relationship with difference of the mean of health behavior before and after education according to ANOVA test ( $df=2$   $f=3.75$   $p=0.02$ ). Also the results revealed that there was a significant relationship between the existence of urine issues in stables and difference of the mean of the health behavior before and after education according to independent t-test ( $t= -1.9$   $df=162$   $p=0.02$ ). The findings in this study revealed that there was a significant relationship between using plumbed water and difference of the mean of the health behavior before and after education according to ANOVA test ( $f=5$   $df=2.62$   $p=0.04$ ). There was no significant relationship between age, sex, educational degree, personal and familial record of infection, contact with animals, existence of W.C. near farm, farmers' living places and difference of the mean of the health behavior before and after education. Also there was no significant relationship between age, sex, educational degree, familial infection record, contact with animals, water sources and difference of the mean of the knowledge before and after education. Discussion: The results showed that the mean of knowledge and health behavior had a significant difference before and after education. Similar researches confirm this conclusion (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). It was shown that raise in knowledge will result in health behavior raise. For continuing changes in behavior, promotion of knowledge is necessary; to achieving good behaviors, we must know learning's psychology of community. One of the most important strategies for promoting community health is emphasis on the health education; Thus in designing the preventive program, the designers must notice to this matter (17). The results showed that personal record of leptospirosis infection had a significant relationship with difference of the mean of knowledge before and after education. So it can be understood that none of health programs can be successful without education, otherwise it will be responsible to time and labor wastage. Education can have a positive effect on community's knowledge and the main responsibility of nursing group is to inform people about disease and its dangers. Thus farmers' education especially in health centers is necessary and complement to health services which have to be served by authorities more than over. The results showed that difference of the mean of health behavior before and after education had a significant relationship with information sources. Similar research confirmed this conclusion (20). However, correct use of educational instruments and mass media can have a positive effect on community's health behavior and welfare and motivate them to cooperate in their health affairs. Thus, authorities have to educate farmers in culture season by mass media like television, radio, locale newspapers and etc. because just mass media can institute correct thoughts simultaneity in a community (21). And in order to raise community's knowledge, mass media have to be completely conscious of its responsibilities. Also mass media needs more knowledge to have an even pace in generating public discussions. It is necessary to produce programs in an attractive and absorbing way to be effective on farmers' knowledge and health behavior. The results revealed that difference of the mean of health behavior before and after education had a significant relationship with farmers' effort to exterminate rodents in their living places. Similar researches confirm this conclusion. In order to prevent the infection having control on rodents is necessary (22). The results showed that difference of the mean of health behavior before and after education

had a significant relationship with the existence of urine issues in stables. Similar researches confirm this conclusion (23).thus building issue for animals' urine in stables, building sumps and sterilizing them can reduce infection effectively.The results revealed that difference of the mean of health behavior before and after education had a significant relationship with water sources. Similar researches confirm this conclusion (24). Thus improving quality of drinking water and refinement of spring water can raise farmers' health level.Results of this research can be guidance for nurses, health authorities and especially environment sanitation authorities. The research showed that for continuous improvement of health behavior education is necessary. So nurses have to be informed about learning's psychology of community and provide an important strategy for developing farmers' health by amplifying health education. Education can have a positive effect on community's knowledge, so the main responsibility of nursing group is to inform people about disease and its dangers. Thus farmers' education especially in health centers and mosques is necessary and complement to health services which have to be served by authorities. In the other hand using mass media in culture season can have an effective role in informing farmers about health behaviors and motivate them to cooperate in their health affairs.The results also revealed nonexistence of sanitary toilets near farms, inaccessibility to sanitary water for farmers. Existence of rodents in farmers' living places was revealed in this study. Farmers had individually tried to destroy rodents but their efforts were not completely successful. Thus coordination of health organizations and Islamic Rustic Councils is recommended in order to destroy rodents in a public move and building sanitary toilets near farms in order to consideration of health rules and to environment cleanup. Also it is effective to encourage farmers to boil or chlorinate their drinking water. As the infection of Leptospirosis was high in the farmers, it is recommended to health care providers to prepare hard gloves and feet covers for farmers to reduce the risk of infection.Acknowledgment:Special thanks for scientific co-operations of Dr Charkhtab, Jahangir, infection disease specialist, Dr Pournorouz, responsible of health centers, Mr. Mohebbi, responsible of the center of prevention of diseases,Mrs. Deldadeh, Fatemeh , expert of diseases prevention and Dr Mirzajani, Ebrahim, Vice - Chancellor for research of Guilan University of medical science.Moreover, special thanks to other workmates those help us in this research.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

- (1): Ralan .s. seenivasan n. possible hospital transmission of leptospotospiral infection. T-commun-dis 1998 mar 30:57-6.
- (2): Matthew R Jezior, MD, Fellow.emedicine Leptospirosis.,
- (3): Michael S. Rand, DVM, ACLAM ZOONOTIC DISEASES ZOON
- (4): *Russell C. Johnson*.Medmicro Chapter 35 *Russell C. Johnson*.
- (5): Resaiee, Delkhosh. Statistical report of leptospirosis in guilan from 1995. In: one day conference of leptospirosis.1999:1
- (6): available from [http://www.cuhk.edu.hk/med/hep/crisis\\_management/tsunami/e\\_tsunami.htm](http://www.cuhk.edu.hk/med/hep/crisis_management/tsunami/e_tsunami.htm)
- (7): Mansourghanaiee.diagnosis and treatment of leptospirosis.In: one day conference of leptospirosis.1999:19.
- (8): Leptospirosis General Information from CDC Division Of Bacterial and Mycotic Diseases.
- (9): Ferguson IR .leptospirosis surveillance 1990-1992. Communicable disease report.1992-3: 47-8
- (10): Sigari.report of confirmed and doubtful hospitalized cases of leptospirosis in Pour Sina and Razi hospitals.
- (11): Asadpour. Serology consideration of leptospirosis in animals of Shaft/Guilan and Fooman/Guilan.
- (12):Pourhabibi,Pourhabibi.Consideration of laboratorial findigs of leptospirosis infectet clients in Razi hospital of rasht/Guilan.
- (13): Ghafranipour.General sanitation for nurses. Boshra publicans.community nursing health.
- (14): Azadeh, Arastoo nezhad,and others.Effect of food education on health adapters' health knowledge, 1380' tir .medicine of the south.autumn special vol.
- (15): Zandieh. Effect of education pregnant mothers in order to prevention of romatismic fever.
- (16): razzaghi, shojaiee zadeh.Effect of education on knowledge, consideration of Shiraz's experimental dentists' activity about AIDS 2001. medicine of the east.(2), autumn 1999.
- (17): Soheil Arshadi. Effective factors on family health. Lorestan University of Medical Science and Treatment Services.
- (18):Saki.Effect of video education on knowledge for prevention of AIDS.In: General conference of family health.Khorram abad.2001 Nov.
- (19): Tones,Tilnord,Roysnon.health education, utility and effects. Boshra publicans.Ghorbanpour.1992:209.
- (20): Mosaffa khomami.consideration of rasht teachers' education center's female students' information about prevention of AIDS in order to suggest design of iran's 1994's health program.
- (21):Nakajima, Hiroshi.world's health is changing.WHO magazine.1992;(1): 2.
- (22): Halim seresht, Delbise.Chehr publicans.Ground rules of environment sanitation.
- (23): Silvio A.Vasconcellos; João C.F. Oliveira; Zenáide M. Morais; Pietro S. Baruselli; Renato Amaral; Sônia R. Pinheiro; Fernando Ferreira; José S. Ferreira-Neto; Arno Schönberg; Rudy A. Hartskeerl ISOLATION OF *LEPTOSPIRA SANTAROSAI*, SEROVAR GUARICURA FROM BUFFALOES (*BUBALUS BUBALIS*) IN VALE DO RIBEIRA, SÃO PAULO, BRAZIL.Braz. J. Microbiol. 2001 Oct. /Dec.32(4)
- (24): Calabro MS MPH,Bright RN MPH,Kouzekanani PhD.Long-term Effectiveness of Infection Control Training among Fourth-year Medical Students

**AUTOR/ES:**

Catherine Evans, Professor Claire Goodman, Professor Sally Redfern

**TÍTULO:**

Using mixed methods to develop community nursing practice in caring for older people in care home settings.

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introduction**

The paper focus upon older people in residential care homes and the development of primary care services to promote health and well-being. In the UK, residential care homes provide personal and social care only; older people in these settings are reliant upon primary health care services to meet their health care needs. They experience high rates of unplanned hospital admission, are increasingly older, frailer and more vulnerable in terms of their physical dependency, cognitive decline and social isolation. Community nurses and general practitioners are the main providers of primary health care. Community nurses spend an average 6 hours per week in care home settings, yet their work is often hidden, poorly acknowledged and little research work has been undertaken to inform this prominent area of practice. The aims study to inform this little understood area of nursing practice by identifying, developing and evaluating a proactive approach to promote the health and well-being of older people in care home settings. A proactive approach of case management has been identified. Case management is a cyclical approach involving assessment, planning, and monitoring led by a key worker to improve the organisation and co-ordination of services for people with severe, complex health problems.

**Method**

The study uses a three-phase design with each phase informing the next. The paper will report on the findings from phases I and II, and the degree of congruence between the two phases. Phase I, used a quantitative approach of secondary analysis of national survey data (Health Survey for England 2000) to identify the health needs of older people (n=1,186) in care homes. The health difficulties identified indicated a possible benefit of using case management techniques to care for older people in care homes. Phase II used a qualitative approach interviewing older people (n=20) in care homes, care home managers (n=15) and community nurses (n=10) to explore the degree of resonance of the secondary data analysis with their own experiences, and the applicability of developing case management techniques in care home settings.

**Findings**

Findings relate to the central themes of the empirical secondary analysis and subjective qualitative interviews. These include:

The degree of congruence between empirical and subjective evidence on the health needs of older people in care homes. Agreement is apparent on prominence of health conditions and difficulties and the existence of varying dependency groups.

Older people's views on successful aging to adapt to the health challenges and losses experienced in advanced age, notably the ability to find pleasure from the care home environment:

Identification of older residents likely to benefit from case management considered in the secondary analysis to be highly dependent older people, but in the qualitative interviews medium dependency older people experiencing a transition in their health status:

The facilitators and barriers to developing community nurses' use of case management techniques in care home settings, including perceptions from care home managers and community nurses.

**Conclusions**

Older people in care homes greatest need for enhanced health care support using case management techniques is during times of transition in their health status, notably when physical dependency has increased and underlying causation is uncertain. Community nurses already use many aspects of case management to support highly dependent older people with severe and complex condition, notably those who are dying. It is important for practice to acknowledge and build on the work currently being undertaken by community nurses to maintain older people's independence and well-being.



**BIBLIOGRAFÍA:**

Catherine is a research fellow in primary care funded through a Department of Health Primary Care Researcher Development Award. She is based at the Primary Care Nursing Research Unit, a joint collaboration between King's College London and University College London. Her research interests include: primary health care for older people; the development of nursing and health visiting roles in primary care and public health; and joint working across health and social care, notably within residential care homes. Her current doctoral study is investigating the feasibility of developing district nursing practice to provide proactive care to older people in residential care homes. Catherine is a primary care nurse and health visitor. She has a degree in Community Nursing and a Masters in Gerontology, both completed at King's College London.

**AUTHOR/S:**

Dympna Casey

**TITLE:**

Generalist nurses' health promoting practice in the acute setting

**TEXT:**

**Objectives:** To examine the reality of generalist hospital-based nurses' health promoting nursing practice in an acute care setting, particularly identifying the factors, which facilitated or hindered nurses in their health promotion role. No other Irish nursing research has examined this issue in the context of practice. Ethical approval from the hospital ethics committee was obtained.

**Methods:** A single qualitative embedded case study, employing data source and methodological triangulation, were used to collect the data. A total of three sources of evidence were examined, documentation, non-participant observations, and interviews. Firstly non participant observation of eight randomly selected nurse patient interactions in an acute setting were completed. This was followed by semi structured in-depth one to one interviews with each observed nurse and semi structured in-depth one to one interviews with one randomly selected patient that the observed nurse cared for during the observation period. A content analysis of local, regional, and national health related or nursing documents published during the time of the study was also undertaken to examine the extent to which a general commitment to health promotion existed which might have had an impact on the study. The qualitative data analysis techniques used was based on the work of Miles and Huberman (1994).

**Findings:** This presentation will focus on the data generated from the nurse interviews and the non-participant observations of generalist nurses' health promoting work in the acute setting. Overall the findings suggested that health promoting nursing practice was not a reality in the day-to-day work of generalist nurses in acute care. The main barriers included lack of training and skills, lack of time and the organisation of care. Facilitators included building a rapport with patients, more training and skills, more resources and management support. It was found that care was organised around tasks and completing the routine. These findings were supported by the work of other authors including Latter 1994, Smith et al. 1995; Treacy et al. 1996; Twinn and Diana 1997, Furber, 2000).

**Conclusions/implications for practice:** The insights obtained provide a clearer picture regarding health promoting nursing practice in the acute setting, which may usefully inform nursing practice and education. Management issues and the organisation of care were key factors, which impacted on nurses' ability to promote health. The provision of skills training in 'change management', which would assist managers to make the changes in practice, would be beneficial. Doctors and nurses must develop a better understanding of their respective roles, and respective contributions to patient care. This might best be achieved through the development of shared learning. Nurses must explore ways of managing and using their time more effectively to build therapeutic relationships and optimise patient recovery. Alternative methods of allocating patient care, which would promote continuity and the development of therapeutic relationships, are recommended. The medical model was found to govern practice, the focus of care should move away from illness, to a health orientation, which also promotes patient independence and autonomy. The nurse education institutions must ensure that due attention is given to linking health promotion theory to practice and to provide opportunities for students to integrate their health promoting knowledge and skills in the clinical area. Most nurses in this study had trained when health promotion was not on the curriculum, therefore more continuous health promotion education and training programmes for nurses is recommended. Nurses must also recognise that health promotion incorporates a way of working with patients to promote health; that it is a broad concept that does not exclusively focus on the individual or lifestyle factors.

Nurses need also to recognise that all patients, including the acutely ill, are entitled to health promotion; that generalist hospital-based nurses working in acute settings can still be involved in health promotion.

**BIBLIOGRAPHY:**

Furber, CM. (2000) An exploration of midwives attitudes to health promotion. *Midwifery*. 16, 314-322.

Latter, S. (1994) Health education and health promotion: perceptions and practice of nurse in acute care settings. Unpublished PhD thesis. London University.

Miles, M & Huberman, M. (1994) *Qualitative data analysis: an expanded source book*. (2nd Ed.) London New Delhi: Sage.

Smith, P. Masterson, A. & Lask, S. (1995) Health and the curriculum an illuminative evaluation-part 2: findings and recommendations. *Nurse Education Today*. 15, 317-322.

Treacy, M. Collins, R. Casey, D. & Cooney, A. (1996) Nurses' Attitudes toward Health Promotion in relation to Coronary Heart Disease. Department of Nursing Studies, UCD.

Twinn, S. & Diana, L. (1997) The practice of health education in acute care settings in Hong Kong: and exploratory study of the contribution of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 25(1), 178-185.

**AUTHOR/S:**

Alcione Leite da Silva  
Secção Autónoma Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal

**TITLE:**

BUILDING SPACES IN HEALTH PROMOTION FOR BRAZILIAN IMMIGRANT WOMEN IN AUSTRALIA

**TEXT:**

This study is a result of my postdoctoral study, carried out with a group of Brazilian immigrant women living in and around Melbourne, capital city of Victoria, Australia. The objectives of this study were to understand the context and cause/s of Brazilian immigrant women's health problems; build spaces for the promotion of their health; create a personal and political space to reflect upon their lives, the causes and solutions to their problems; and to stimulate collective action and social change.

The conceptual framework of this study was built at the intersection of health promotion (1), and empowerment (2), having gender (3), culture (4), and cultural difference (5) as key elements.

Participatory action research (PAR) was the method of choice in this study. PAR was based on two processes: "development of critical awareness by both the researcher and the participants, and improvement of the lives of those involved in the research process" (6: 29). I also drew information from a participatory action research process approach (7). The PAR design was developed through a cyclical process composed of the following stages: reconnaissance or preliminary investigation, problem formulation, plan for action, take action and collect data on action; analyse data and evaluation, and replan (7).

The qualitative data was generated from participant observation (8), in-depth interviews, and group reflections (7). In-dept interviews were developed with 33 Brazilian women through a collaborative dialogue in which the participants were encouraged to reflect about their lives and identify their own needs or issues. Eighteen women participated in 13 group reflections, with approximately nine participants in each group. Group reflections were based on democratic dialogue and collaborative participation. Data was tape recorded with the participant's consent and the material transcripts were returned to the participants for validation. Formal report of each group reflection, including plans, actions, and evaluations, were developed and sent to all participants by mail or e-mail and approved in the next meeting. Researcher's field notes were taken during the whole research process.

The data analysis was conducted using a computer program for the analysis of qualitative data - QSR Nvivo (9). The trustworthiness and credibility of this study were supported through: triangulation by different methods of data collection; validation of all data collected from interviews and group reflections, the contents of analysis and a written research report given to participants. Ethical issues and protocols were assured in this study.

Participants (33) of this study ranged in age from 24 to 57 (the average age was 44). They had been in Australia for from 3 to 33 years (the average was 15 years). The great majority (n=28) of the participants came to Australia following their husbands or partners, as compared to only five who decided to migrate on their own. Among them, 20 had no children and 13 had one or two children. At the time of the study, 31 women were married or living with their partner, and just two reported being divorced. Almost all (n=28) had children. They came from big- to middled sized families and belonged to a middle-class group in Brazil. At the time of migration, all of them possessed some form of education or occupational skill (15 had complete university degrees, 4 had incomplete university degrees, and 14 had vocational training). Almost all of them (n=25) were employed in Brazil before their departure. For most of them, the reason to immigrate was to search for a better livelihood.

From the in-depth interviews and group reflections three major problems were formulated by the participants: living on the margin of Australian society and of the Brazilian community; confronting powerlessness to cope with health problems (cancer, depression, hypertension, hay fever, asthma, panic attack and being overweight); and facing barriers in accessing health care.

Living on the margin of Australian society was related to the lack of English language skills, different cultural background, discrimination and intolerance against immigrants, and the non recognition of overseas qualifications by the Australian work force. Living on the margin of the Brazilian Community was linked to the existence of the small community of Brazilians; conflicts and disagreement among them; distinct backgrounds (educational and economic levels, place of origin and type of personality, among others); gossip; and lack of time for socialization due to overload of demands, in and outside the home. Confronting powerlessness to cope with health problems was mainly related to the loss of extended family and a supportive community. Facing barriers in accessing health care emerged from the social isolation; the lack of language skills; the lack of information about the health care system and about one's entitlement to health care; cultural differences between medical practices in Brazil and Australia; and the lack of economic conditions to afford private health insurance.

These problems were supported by the literature review. In this study, these problems have shown to be greater due to the asymmetric gender relation, deeply rooted in their country of origin, but which also determines the migration process to the country of destination. In that regard, the women have faced four spheres of oppression: as women, workers and foreigners in the new country (10,11), and also as users of the health care services.

Based on the three inter-related major problems identified and the cycle of action-reflection carried out through group reflection, the participants arrived at the conclusion that the solution for their problems had to do with organising women and families of the Brazilian community into some kind of formal structure. One possibility was the creation of a women's association that could support Brazilian women and their families, residents in Australia, as well as those newly arrived in the country.

To the reflection process on the problems we added discussion about the specifics regarding creating a women's association. Several task groups were created, so as to: discuss the project, search for material in libraries and on the internet, and to visit existing associations of other ethnic groups.

The actions affected more people than just the participants. During the process, some male members of the Brazilian community requested to participate in the project. Their main question was: "Why carry out an all-women research if we too have our healthcare needs and problems"? "Why create an all-women association and not an association for the Brazilian community as a whole"? Other women, who had not participated in the study so far, also wanted to join the group. Such claims and demands were brought to the group for discussion and decision-making. After a long and thorough discussion we decided that the association should be geared toward the whole community. However, the group decided to continue with the process initiated and to open the process for discussion with the broader community at a later stage. That decision created a great deal of conflict among males and females in the community, with several discussions in small groups and emails exchanged among them, arguing against and in favour of including other members of the community in the reflection groups. In spite of those conflicts the group stuck to the decisions made.

We then decided to work towards conducting a survey with the Brazilian community about their expectations, needs and suggestions for the formation of the association. A questionnaire with open questions was constructed, distributed and analysed by the group.

The actions also included seminars related to migration, health, collective actions and social change, and the main health problems faced by Brazilian women. These seminars were open to the Portuguese speaking community and conducted in Portuguese. They were broadly publicised and counted with the participation of the Brazilian and Portuguese-speaking communities in Melbourne. The seminars sparked a new discussion in the group regarding the inclusion of the Portuguese-speaking community in the project of the association, which was then approved by the group. Thus, the project, which was originally aimed at women, ended up being extended to the Brazilian and Portuguese-speaking community as a whole. We regarded this as an important political decision made during the research process.

As the group reflexions continued, the project of the association, named Brazilian Association for Development and Integration in Australia (ABRISA), was developed and approved. Later on, through the work of small task group, the group developed and approved the association's statute. The ABRISA's project and statute were publicly announced to the Brazilian and Portuguese-speaking communities for further discussion and approval.

Community Members of the Brazilian-Portuguese community came together to improve the statute and another sub-project focusing on men's health needs was included. A general assembly was

held, where ABRISA's project and statute was discussed and approved. Media coverage during this stage of the study was a significant factor in bringing members of the Brazilian and Portuguese-speaking communities together.

The women's own evaluation of their participation in the research showed that the process helped them to gain control of their lives and confidence in their capacity to look for solutions to change their situation. The opportunity for women to work as a group searching for a goal created a strong group bond and seemed to fulfill some of their needs. During the process we celebrated the opportunity to be together and we built and nurtured our relationships, creating an environment of trust and intimacy. Collective articulation among the participants was the beginning of health promotion (12). The participants understood that the articulation among themselves, through the creation of ABRISA, might be a possible pathway for them to develop a sense of community, to increase participation in the decision-making process and in community actions (13). ABRISA has been visualised as a political and social instance oriented to three strategic areas: information, education and health. By means of sub-projects, implemented through a similar process followed in this study, it would seek space for reflection upon community problems aiming at transformation actions.

In this study, political and social articulation of the Brazilian women was seen as key strategy for social change activities. "Without the support of a group, many people will be unable to participate in more formalised (political, policy) venues of social change; they will remain historically marginalised and uninvolved" (14).

Empowerment as a political process consists of different and diversified strategies. In this study, women realised that their empowerment needs to be built in the gender relations, and among members of the Brazilian community. This study created an opportunity to trigger off this process through stimulating a sense of community, increasing participation in decision-making and community actions and increasing empathy (13). However, the community is heterogeneous and complex, and considerable time and expertise are necessary to develop community cohesion on issues requiring community participation and action (15).

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. World Health Organization. A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot* 1986; 1(1): 73-6.
2. Lather PA. *Getting smart: Feminist research and pedagogy within the postmodern*. London: Routledge; 1991.
3. Scott J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1990; 16(2): 5-22.
4. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro (Brazil): Graal; 1989.
5. Bhabha HK. *O local da cultura*. Belo Horizonte (Brazil): UFMG; 2001.
6. Maguire P. *Doing participatory research: A feminist approach*. Amherst, Massachusetts: Centre for International Education; 1987.
7. Street A. *Nursing replay: Researching nursing culture together*. Melbourne (Australia): Churchill Livingstone; 1995.
8. Spradley J. *Participant observation*. New York: Harcourt Brace Janovich; 1980.
9. Richards L. *Using Nvivo in qualitative research*. Melbourne (Australia): QSR International Pty; 2000.
10. Agnew V. *Resisting discrimination: Women from Asia, Africa, and the Caribbean and women's movement in Canada*. Toronto: University of Toronto; 1996.
11. Agnew V. *In search of a safe place: abused women and culturally sensitive services*. Toronto: University of Toronto; 1998.
12. Labonte R. Commentary: Community empowerment: Reflections on the Australian situation. *Community Health Studies* 1989; 13(3): 347-9.
13. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Health Promot* 1992; 6(3): 197-205.
14. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections of professional practice. *Health Educ Q* 1994; 21(2): 253-68.
15. Lindsey E, Shields L, Stajduhar K. Creating effective nursing partnerships: Relating community development to participatory action research. *J Adv Nurs* 1999; 29(5): 1238-45.

**AUTOR/ES:**

Isabel Guerra Cuesta, Agustín Mayo Iscar, Beatriz Diez Diez, Sonia Pérez Vidal, Tamara Poza Narganes  
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Valladolid

**TÍTULO:**

Un camino hacia la autoevaluación de las prácticas clínicas

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

La integración del sistema universitario español en el Europeo de Educación Superior (EEES) antes de 2010 supone la introducción de una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias. Por ello y dentro de las iniciativas institucionales la Universidad de Valladolid ha creado en diciembre del 2003 un área para la Convergencia Europea, vinculado al Vicerrectorado de Ordenación Académica, que tiene como objetivos principales el impulso y la coordinación de las actividades tendentes a promover la adaptación de la institución y sus miembros al Espacio Europeo de Educación Superior.

Estos cambios no solo afectan a los planes de estudios sino a todos los órdenes de la vida académica los profesores debemos reflexionar y analizar con detenimiento los contenidos de las materias, metodología docente, y el rol del profesor y el alumno que en este nuevo escenario precisa de cambios profundos para poder adoptar un nuevo paradigma docente centrado en el aprendizaje del estudiante y la utilización de métodos didácticos más dinámicos. (1)

“Modificar un programa o unas técnicas de enseñanza sin cambiar el sistema de evaluación tiene todas las probabilidades de no conducir a nada. Cambiar el sistema de evaluación sin modificar el programa de enseñanza ha tenido una mayor repercusión sobre la naturaleza y la calidad del aprendizaje, que si se hubiera modificado el programa sin tocar los exámenes”. G.E.MILLER. (2)

La evaluación de la enseñanza debe comenzar por una definición clara de los objetivos educativos. No se puede medir una cosa si no se ha definido previamente lo que se desea medir.

La evaluación no debe limitarse a jugar un papel sancionador, y convertirse únicamente en una serie de obstáculos muy frecuentes que los estudiantes tienen que vencer con lo que se transforma, de hecho en su única fuente de inquietud. En estas circunstancias la enseñanza recibida asume un papel totalmente secundario.

Este tipo de reflexiones nos ha llevado a realizar este trabajo que pretende que el alumno se implique en su aprendizaje y en su evaluación con lo cual podemos conseguir que el estudiante conozca y asuma en que áreas tiene mayor dificultad para desarrollar adecuadamente las capacidades.

La necesidad de realizar una evaluación de la forma más objetiva posible ha conducido a la utilización de nuevas herramientas entre las que destaca el portafolios (3) (4). Creemos que el portafolios es una herramienta de análisis y un reflejo genuino de un proceso de aprendizaje(5) que nos permite la autoevaluación de la formación práctica por los profesores asociados en Ciencias de la Salud de una forma objetiva y adaptable a las necesidades educativas del alumno.

## Objetivos

- Estudiar las posibilidades de implantación de nuevos sistemas de evaluación más acordes con los cambios del Espacio Europeo de Educación Superior.
- Conocer la concordancia entre la evaluación del profesor y la autoevaluación del alumno, junto con las áreas en las cuales el alumno tiene mayor dificultad para desarrollar adecuadamente las capacidades.

## Métodos

La herramienta utilizada para medir las características de interés fue una hoja de evaluación de las prácticas clínicas con 20 preguntas divididas en cinco áreas: "la comunicación y la educación sanitaria", "el Proceso de Atención de Enfermería", "el estudio clínico y tratamientos", "el liderazgo y la administración" y "la actitud profesional". Cada pregunta del cuestionario ofrece cuatro posibles respuestas que van desde "la capacidad esta deficientemente desarrollada" a "la capacidad está muy bien desarrollada". Añadimos también un apartado de observaciones para recoger los comentarios aportados por los profesores asociados clínicos y los estudiantes, del cual se realizó un análisis del contenido. La hoja de evaluación ha sido implantada en el curso 2004/2005 por primera vez y ha sido cumplimentado por los 21 profesores asociados vinculados a las prácticas clínicas de Enfermería Medico Quirúrgica y los alumnos que cursaban 2º curso de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Valladolid y que eran tutorizados por los mismos en sus prácticas clínicas de Enfermería Medico Quirúrgica. CMétodos

La herramienta utilizada para medir las características de interés fue una hoja de evaluación de las prácticas clínicas con 20 preguntas divididas en cinco áreas: "la comunicación y la educación sanitaria", "el Proceso de Atención de Enfermería", "el estudio clínico y tratamientos", "el liderazgo y la administración" y "la actitud profesional". Cada pregunta del cuestionario ofrece cuatro posibles respuestas que van desde "la capacidad esta deficientemente desarrollada" a "la capacidad está muy bien desarrollada". Añadimos también un apartado de observaciones para recoger los comentarios aportados por los profesores asociados clínicos y los estudiantes, del cual se realizó un análisis del contenido. La hoja de evaluación ha sido implantada en el curso 2004/2005 por primera vez y ha sido cumplimentado por los 21 profesores asociados vinculados a las prácticas clínicas de Enfermería Medico Quirúrgica y los alumnos que cursaban 2º curso de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Valladolid y que eran tutorizados por los mismos en sus prácticas clínicas de Enfermería Medico Quirúrgica. Con estos datos comparamos la evaluación ofrecida por los profesores y la autoevaluación de los alumnos.

## Resultados

Analizando las evaluaciones de los profesores encontramos alta correlación entre las calificaciones ofrecidas en todas las áreas, que superaron, en media, la nota correspondiente a "la capacidad está bien desarrollada".

En el área de comunicación y educación sanitaria se refleja una coincidencia entre las notas ofrecidas por profesores y alumnos en un 52% de las ocasiones, observándose que en el aspecto de cooperación y comunicación con el equipo multidisciplinar un 44% de los profesores califica un punto por encima sobre la autoevaluación de los alumnos.

En el Proceso de Atención de Enfermería observamos un 43.4% de coincidencias en las calificaciones, observándose que en el aspecto de seguimiento de las necesidades, problemas e intervenciones de enfermería y registro de los cuidados un 45% de los profesores califica un 1 punto por encima sobre la autoevaluación del alumno.

En estudios clínicos y tratamientos la coincidencia entre profesores y alumnos fue del 48.3%.

En el área del liderazgo y administración encontramos una coincidencia entre ambos colectivos del 49%, observándose que el 61% de los alumnos se puntúan entre 1 y 3 puntos mas, en relación con las normas de seguridad en cuidados de salud y en riesgos laborales.

En el apartado de aptitud profesional la coincidencia fue del 55.4%. El 35% de los profesores puntúa con 1 punto más el aspecto de responsabilidad, priorización y perspicacia sobre la autoevaluación de los alumnos. En la comprensión de su propio ámbito de responsabilidad y limites el 30% de los profesores puntúan con 1 punto o más la autoevaluación del alumno.



#### Discusión

La evaluación de los profesores en puntuación es superior a la del alumno. De ello parece desprenderse que el alumno es más crítico respecto al desarrollo de sus capacidades que el profesor, y que es capaz de analizar y reflexionar sobre sus éxitos y dificultades. Pensamos que la autoevaluación ayuda a que el alumno se implique más en la tarea de mejora participando en los cambios que se deben realizar para alcanzar los objetivos de aprendizaje propuestos.

En el apartado de observaciones, el 30 % de los profesores asociados refleja las dificultades de la utilización del Proceso de Atención de Enfermería como metodología de trabajo, dificultades que ya fueron analizadas en otros trabajos anteriores (6) (1) y que se materializaban en una contradicción entre lo aprendido en la formación teórico-práctica en la escuela y lo realizado en las prácticas clínicas. Por parte de los alumnos, en el apartado de observaciones se menciona la falta de profesores asociados, que produce que la evaluación se lleve a cabo de forma indirecta a través de los supervisores y los enfermeros de la planta. Esto provoca, a su juicio, una evaluación menos objetiva.

De acuerdo con estos resultados podríamos establecer un sistema de evaluación combinada, basado en la información aportada por el profesor asociado y la autoevaluación del alumno. El portafolios permite implantar este tipo de sistema de evaluación.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Libro Blanco proyecto Título de grado de Enfermería. Agencia Nacional de evaluación de la Calidad y Acreditación. 2005. 110
- (2) Guía Pedagógica para el Personal de la Salud. Organización Mundial de la Salud; Instituto de Ciencias de la Educación Universidad de Valladolid 1999 .203-204.
- (3) Marta bulwik- La evaluación de los aprendizajes y el portafolios. Rev. Chil. Educ. Cient.1(2) 2003 12-13. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- (4) Gairin Joaquín, Armengol Carmen: Estrategias de formación para el cambio organizacional CISSPRAXIS: Barcelona 2003.
- (5) Shulman, L-Portafolios del docente: Una actividad, teórica. en N. Lyons, N. (Comp). 1999.
- (6) Guerra Cuesta I. , Mateo Herrero L. Mayo Iscar A. Análisis de las prácticas clínicas en la Titulación de Enfermería: un camino hacia la calidad. Libro de ponencias. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería 2004 –158.
- (7) Ferrer MA, Rojo C. Ruiz MC, Fernandez AM, Guerrero M, Cruz J. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de U. de Enfermería de Soria .Metas 2002;44: 18-22.

**AUTOR/ES:**

A. Rodríguez Cala; P. Allende Monclús; A. Pons Rodríguez; M.J San Martín Badají; L. Pujol Masip; C. Fonayet Grau; M. Mesalles Morreres

**TÍTULO:**

Competencias de enfermería. Propuesta de un sistema de evaluación

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción**

El ejercicio de la profesión exige a las enfermeras cada vez más una competencia que sólo puede demostrar por medio del saber, saber hacer y hacer, por lo que los hospitales deben incorporar sistemas de evaluación para garantizar la competencia de los profesionales y así asegurar la calidad asistencial.

La competencia se ha definido como "un conjunto de habilidades actitudes y conocimientos que tiene el profesional para la toma de decisiones y saber actuar en el nivel adecuado en cada caso y en cada situación. La evaluación del profesional que forma parte de la plantilla del hospital público catalán se realiza mediante concurso oposición. Una vez adquirida la plaza en propiedad no existe ninguna legislación que normalice sistemas de evaluación para valorar el desempeño del profesional en su puesto de trabajo. Ante este vacío cada hospital ha ido creando sistemas de evaluación según sus necesidades para conocer la competencia de sus profesionales. A todo esto podemos añadir la falta de operatividad y eficacia de estos hospitales ante valoraciones negativas. Esta realidad justifica la importancia de que el hospital disponga de un sistema de evaluación formalizado que nos provea de información sobre: la competencia, las aptitudes, los rasgos de personalidad y las cualidades sociales de nuestros profesionales.

El propósito de nuestra investigación ha sido proponer un sistema de evaluación de la competencia de enfermería teniendo en cuenta la opinión de directivos, enfermería y usuarios. En nuestro trabajo describimos los métodos utilizados para obtener información, contrastamos los datos y exponemos un análisis crítico que nos ha permitido reflexionar y avanzar en el planteamiento de proponer un plan de evaluación. Hemos considerado importante la participación de los implicados para garantizar la aceptación del mismo

**Objetivos de la investigación**

Proponer un plan de evaluación de la competencia de enfermería

**Objetivos específicos:**

- Conocer la opinión de tres grupos de informantes sobre los sistemas de evaluación
- Analizar las valoraciones de cada uno de los grupos, comparando las tres fuentes de información.
- Conocer las valoraciones más relevantes que dan nuestros informantes para cada criterio de evaluación del perfil de enfermería.
- Relacionar las valoraciones obtenidas de las tres fuentes de información.

**Diseño del estudio**

El método utilizado en la investigación ha sido un estudio transversal-descriptivo, basado en una investigación cualitativa. La recogida de datos para el estudio tuvo lugar en el periodo comprendido entre noviembre del 2003 hasta marzo del 2004.

El procedimiento utilizado para la obtención de los datos ha sido mediante la elaboración de un cuestionario. Los sujetos a estudio han sido 3 grupos a nuestro entender representativos y fundamentales de la población del hospital: directivos de enfermería, enfermeras, auxiliares y usuarios. El número de informantes ha sido: de una población de Directivos de 26 contestaron el cuestionario 21. De una población de Enfermería de 551 contestaron el cuestionario 154 y de una población de Usuarios de 84 contestaron el cuestionario 84. Como podemos observar del total de cuestionarios repartidos (661) nos devolvieron contestados correctamente un total de 259, que representa un 39,1% de la población. Los informantes usuarios se eligieron al azar ( con unos criterios prediseñados a tener en cuenta) pensando que las personas encuestadas serían representativas de nuestra realidad La población total productora de nuestros datos ha sido por tanto de 259 individuos. Para cada grupo de informantes se elaboró un cuestionario buscando especificidades.

El cuestionario definitivo incluía una carta de presentación y se elaboró a partir de una prueba piloto. Contestaron el pilotaje un total de 5 usuarios y 5 enfermeras, los cuales permitieron subsanar pequeñas deficiencias que se observaron. La cumplimentación del cuestionario fue anónima, individual y voluntaria.

El cuestionario contiene 16 preguntas cerradas con distintas opciones de respuesta y 1 pregunta abierta. Las preguntas se agrupan en 3 categorías, según se refieren a características demográficas, características de los sistemas de evaluación y características de los 16 criterios de la competencia de enfermería que nuestros informantes han valorado en una escala cuantitativa (tipo Liket) del 1 al 5. Teniendo en cuenta que el 1 no es importante y el 5 es muy importante. Los cuestionarios de enfermería fueron entregados personalmente a los directivos y ellos se encargaron de distribuirlos y recogerlos. Los de los usuarios se distribuyeron mediante entrevista personal.

Los servicios que han participado en la recogida de datos de los informantes han sido todas las unidades de hospitalización, servicios centrales, quirófano, urgencias, cuidados intensivos y consultas externas.

criterios de inclusión (supervisores, adjuntas y directora de enfermería; A.T.S y diplomados de enfermería y auxiliares( fijas, interinas y eventuales), usuarios ingresados como mínimo 48 horas i usuarios de consultas externas

criterios de exclusión (Matronas, Fisioterapeutas, Técnicos, usuarios con patología grave, usuarios ingresados en cuidados intensivos i usuarios de neonatología

Variables analizadas( Perfil demográfico, Sistemas de evaluación i Criterios de valoración de la competencia de enfermería.

El tratamiento estadístico de los datos se ha efectuado con el programa informático SPSS.

Resultados del estudio

Perfil demográfico

Para el grupo de Directivos, la edad media es de 44,1, el sexo es predominantemente femenino y el 81 % de la muestra son supervisores frente al 19% que son adjuntas.

Para el grupo de Enfermería la edad media es de 39,3, tienen una media de antigüedad en la empresa de 13,4 años. Son mayoritariamente de sexo femenino. El 64,3% son enfermeras, mientras que el 35,1% son auxiliares y el 69,5% tienen plaza en propiedad.

Para el grupo de Usuarios, la edad media es de 47,9, también en este grupo predomina el sexo femenino 53,6 %. Tienen diferentes oficios, los cuales no hemos podido agrupar por la gran variedad que presentan. La situación laboral activa corresponde al 58,3% mientras que el 28,6% son pensionistas.

Sistemas de evaluación

En cuanto a la pregunta sistema de evaluación /nueva contratación. El 47,6% de Directivos se inclinan por sistema propio, el 71,4% de Usuarios por el sistema actual y el 55,3% de Enfermería por concurso oposición. Sobre quien debería participar en la evaluación del personal a contratar nuestros informantes coinciden en que debería hacerlo un comité de evaluación. Referente a la pregunta si ha de haber evaluación continuada, mayoritariamente contestan que sí, y que debería hacerse anual o bianual. Ante la pregunta quién debería hacer la evaluación continuada. El 42,9% de Directivos considera que la dirección de enfermería, mientras que Enfermería se decanta porque lo haga un comité de evaluación. En relación a la pregunta cuándo evaluar en la contratación. Nuestros informantes coinciden mayoritariamente en que sea al inicio y al finalizar el contrato. En caso de que la evaluación sea negativa en personal fijo nuestros informantes opinan que debería hacerse formación, cambio de servicio, advertencias. Si la evaluación es negativa en personal contratado el 50% de Directivos y el 43,2% de Usuarios no volverían a contratar frente al 55,4% de Enfermería que se inclinan por contratar más formación.

Criterios de las características de la competencia de enfermería

Analizaremos las valoraciones que dan nuestros informantes a cada uno de los ítems, partiendo del valor máximo(5 muy importante). Responsabilidad la puntúan con un 5 todos los usuarios el 95,2% de Directivos y el 92,7% de enfermería. Organización. El 95,2% de usu, el 70% de Dir. y el 69,8% de Enfer. le dan la puntuación máxima. Resolución de problemas. El 94% Usu, el 61,9% de Dir y el 57,2 de Enfer lo consideran muy importante. Podemos destacar que un 10,3% de Enfer y un 4,8% de Dir le dan una valoración normal. Disciplina. El 78,6% de los Usu, el 66,7% de Dir y el 50,3% de Enfer lo puntúan con 5. Nos ha sorprendido que el 2,7% de Enfer no lo considera importante, un 1,3 % lo considera poco importante. Habilidad pedagógica. El 95,2% de los usu, el 34,2% de enfer y el 23,8% de Dir. lo puntúan con 5.

Podemos destacar que el 47,6% de Dir. y el 26% de Enfer lo consideran normal. Puntualidad. El 71,4% de los Dir., el 46,4% de Usu y el 62,4% de Enfer lo consideran muy importante. Podemos destacar que un 14,1 de Enfermería lo considera normal. Conocimientos. El 100% de los Usu, el 81% de Dir. y el 63,1% de Enfer. lo consideran muy importante. Calidad del trabajo. El 100% de Usu, el 81% de Dir y el 75,9% de Enfer lo consideran muy importante. Destacaremos que el 4,8% de Directivos y el 3,4 de Enfermería lo consideran normal. Ética profesional. El 97,6% de los Usu, el 76,2% de Dir. y el 84% de Enfer lo consideran muy importante. Trato con pacientes y familiares. Las puntuaciones de los tres informantes son muy similares. Interés e inquietud institución. EL 63,1% de Usu, un 38,1 de Dir y un 32% de Enfer lo consideran muy importante. Podemos destacar que el 4,8% de Dir y el 6,1% de Enfe lo consideran poco importante. Iniciativa, en este ítem encontramos puntuaciones muy similares en los tres informantes. Imagen personal. El 53,6% de Usu, el 42,9% de Dir y el 39,2% de Enfer lo consideran muy importante. Podemos destacar que el 4,8 % Directivos y un 4,7% de Enfermería le dan poca importancia Capacidad de autocontrol. El 94% de los Usu, el 59,7 de Enfer y el 57,1 de Dir lo consideran muy importante. Relación con el equipo. El 67,3% de Enfer, el 61,9% de Dir y el 54,8% Usu lo puntúan con 5. Trabajo en equipo. El 85,7% de Dir, el 79,8% de Usu y un 78% de Enfer lo consideran muy importante.

#### Conclusiones

Nuestros informantes se inclinan por: un sistema de evaluación de contratación por concurso baremo, evaluación anual o bianual y que lo realice un comité de evaluación. En personal eventual prefieren que la evaluación sea al inicio y al acabar el contrato. Los criterios que han valorado como más importante han sido: responsabilidad, conocimientos calidad del trabajo, ética profesional y trato con los pacientes y los criterios con menos valoración:puntualidad, imagen personal, interés por la institución y habilidad pedagógica.La experiencia de llevar a cabo este trabajo en nuestro hospital nos ha dado la oportunidad de conocer las opiniones de nuestros usuarios y profesionales. El contraste de pareceres y el análisis de las diferentes perspectivas y opiniones ha sido eficaz y efectivo para profundizar en el conocimiento de la realidad y para aumentar la credibilidad o validez interna de la evaluación, así como garantizar la aceptabilidad o conformabilidad de un plan formal de evaluación.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Bazinet, A. La evaluación del rendimiento: métodos para la evaluación de los mandos intermedios en la empresa. Barcelona: Herder, 1984
- 2.Boletín Oficial del Estado (1973) Orden de 26 de abril de 1973, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Madrid: BB. OO. E. N.ºs. 103 y 103, de 28 y 30 del mismo mes.
- 3.Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Barcelona Proyecto de funciones de enfermería. Barcelona, 1988
- 4.Comissió d'infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d' Especialitats en Ciències de la Salut (1997) Competències de la professió d'infermeria. Barcelona: Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya.
- 5.Consell Català d' especialitats en Ciències de la Salut. Las competències professionals en ciències de la salut. Barcelona: IES, 1994
- 6.De Fábregues-Boixar Josep M<sup>a</sup>. Cultura de Empresa Selección Personal Revista Todo Hospital.1993; Diciembre.(nº102): 33-35
- 7.Eseverri Chaverri .C. Enfermería Hospitalaria. Planificación, Dirección y Control Barcelona: Médica y Técnica, 1981
- 8.Fourgous Jean-Michel.Lambert P. Evaluar a las Personas. Madrid: Deusto 1993
- 9.Fourgous, J. M./ Lambert H. P.) Evaluar a las personas: inteligencia y personalidad, eficacia, clima social y motivación. Bilbao : Deusto,1993
- 10.Gutiérrez Luis T. Luque M. J. Del Hierro T. Reflexiones críticas para la mejora profesional. Revista Enfermería Clínica 1995; Septiembre.- Octubre, Vol 5 ( nº 5): 5-6
- 11.Harper & Linch . Análisis y descripción de puestos: evaluación del rendimiento. Madrid: Harper & Linch, 1992
- 12.Harper & Linch. El inventario de personal y la evaluación del personal humano. Madrid: Harper & Linch, 1992
- 13.HayGroup.Las competencias: Clave para una gestión Integrada de los Recursos Humanos. Bilbao Deusto, 1996
- 14.Levy-Leboyer.C Evaluación del Personal: los métodos a elegir.Madrid: Díaz de Santos, 1992

**AUTOR/ES:**

D. de la Fuente Aparicio; A. B. Salamanca Castro; S. Sánchez Castro; Hospital 12 de Octubre; Hospital 12 de Octubre; Hospital 12 de Octubre.

**TÍTULO:**

¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCION**

La violencia contra las mujeres es, en la actualidad, un tema de preocupación social. Los medios de comunicación han comenzado a recoger como noticia los asesinatos de mujeres a manos de sus novios, parejas o ex parejas. Se dice, incluso, que los malos tratos están de moda, y muchas personas se preguntan si está aumentando la violencia contra las mujeres, pero la violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de la historia, aunque esta violencia estaba normatizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta.

La representación mental que solemos tener del concepto de malos tratos, casi siempre corresponde a una violencia física de gran intensidad, que tiene efectos graves en la salud, o que puede incluso producir la muerte.

Sin embargo, el maltrato que sufren la mayoría de las mujeres no es físico.

Un Grupo especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia y salud define la violencia como “el empleo intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad, que produce o muy probablemente puede producir lesiones, muerte, daños psicológicos, malformaciones o privaciones”.

La sociedad siente la necesidad de dar respuesta al problema, plasmándose en cambios en los ámbitos jurídico, político, social y sanitario.

De ahí el por qué de nuestra pregunta de investigación: “¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?”, ya que, por todo lo explicado anteriormente, pensamos que es importante saber cómo los profesionales de enfermería actúan en el ejercicio de su profesión ante los casos de violencia doméstica, y sobre todo, conocer la opinión de éstos sobre su propio trabajo y si piensan que hay aspectos que se deberían modificar o mejorar. Por ello, para dar respuesta a nuestra pregunta, decidimos llevar a cabo un abordaje cualitativo, dado que el objetivo de la investigación cualitativa es comprender y aprender la realidad bajo el punto de vista de los participantes.

**OBJETIVOS****Objetivo principal:**

Conocer si las enfermeras se encuentran capacitadas para detectar malos tratos en Atención Primaria.

**Objetivos específicos:**

Conocer la actitud ante la víctima de malos tratos, centrándonos en su capacidad para empatizar con ella.

Determinar el sentir de las enfermeras de Atención Primaria sobre su formación en violencia de género.

Aproximarnos a la opinión sobre la capacidad de abordar los malos tratos en las consultas de Enfermería relacionado con la planificación de la consulta.

Analizar si la Enfermería está sensibilizada con este tema.

Describir la opinión de las enfermeras sobre el funcionamiento del grupo multidisciplinar en Atención Primaria, así como los diferentes recursos existentes.

Determinar el grado de conocimiento de las enfermeras sobre los recursos sociales existentes, así

como de los programas y protocolos sobre violencia de género.

## MATERIAL Y METODOS

Para la realización de nuestro estudio elegimos la metodología cualitativa, a través de la realización de una entrevista focal en un grupo de ocho enfermeras pertenecientes a un centro de salud del Área X de Salud de la Comunidad de Madrid.

La recogida de datos se efectuó a través de una entrevista focal en grupo y posteriormente, un cuestionario con preguntas abiertas.

## RESULTADOS

### 1. "Con las antenas puestas"

Al realizar el trabajo de campo obtenemos que la opinión de las enfermeras de nuestro estudio es que se detectan los malos tratos en los casos de personas de 40 a 50 años que acuden reiteradamente a la consulta por causas inespecíficas o por estar incluidas en otros programas de salud.

"Una persona que está deprimida y te dice -que no sé por qué, porque yo soy feliz- y eso de la palabra feliz te hace estar con las antenas puestas, no se puede estar con depresión y decir: -no lo se, porque a mí me va muy bien en la vida-, y yo digo: ya se está cocinando algo".

### 2. "Que vengan solas"

Tras estas opiniones, las enfermeras manifiestan el propósito de concretar consultas sucesivas por algún otro motivo para favorecer la verbalización del problema.

"Si tienes alguna sospecha normalmente intentas que vengan solas. Le preguntas algo general porque directamente sobre maltrato no puedes preguntar. Por ejemplo, qué tal va la cura... o algo así".

### 3. "El cura del pueblo"

Según comentan, hay que establecer una relación de confianza para que la posible víctima de malos tratos le cuente su problema.

"Cuando tienen más trato contigo, confianza, eres como el cura del pueblo, te lo cuentan, no conoces a la gente de su entorno, la aconsejas más o menos los pasos que puede seguir, las opciones para actuar, pero no eres su vecina que se lo cotillea a la otra".

### 4. "El matrimonio es para toda la vida"

Aun así, ellas refieren que abordar el tema es complicado, porque o bien la mujer no se da cuenta de que está siendo maltratada, o bien lo trata de ocultar debido a cuestiones sociales, culturales y religiosas muy arraigadas en nuestra sociedad.

"Depende de la mentalidad porque en algunas familias decían: -¿Que le habría hecho al pobre marido?- y ella se siente culpable y dice: -¡Qué mala soy!- y eso todavía pasa y muchas veces dice la familia: -La ha pegado, pues se lo merecería-".

### 5. "Con esta mujer hay que hacer algo"

Una vez confirmado el caso, lo reflejan en la Historia Clínica y remiten a la víctima al Asistente Social, siendo éste el profesional del equipo interdisciplinar por el que se sienten más respaldados. "Tú le dices a la trabajadora social: -con esta mujer hay que hacer algo, porque o la mata el marido o se suicida ella-".

### 6. "Menos hablar y más solucionar"

En cuanto a la forma de abordar la situación, las enfermeras de nuestro estudio escuchan a las víctimas de malos tratos, las orientan y las instan a denunciar, pero aseguran que la situación es difícil y los recursos asistenciales son escasos.

"El marido viene borracho le pega palizas y se lo cuenta a una amiga y ella se quiere tirar a las vías del tren porque ella no puede aguantar y económicamente depende de él, y tiene miedo de perder su vida familiar, su casa, su todo. Necesita una solución y la sociedad no le da ninguna solución. A ver qué ayuda le das aparte de psicológica y comprensión".

### 7. ¡La rabia que sientes!

Todo esto, les despierta una sensación generalizada de impotencia, así como sentimientos que describen de la siguiente forma:

"En una ocasión tuvimos que atender al agresor y le dejabas caer algunas cosillas, pero tienes que actuar como si no pasara nada, pero no poder decirle nada... ¡La rabia que sientes!, porque dan una imagen que no parece".

8. "Se está avanzando cada vez más"

Aunque reconocen que se está avanzando.

"Se está avanzando cada vez más. Ahora hay un prototipo de detector que avisa a la policía".

9. "Hay que educar en el respeto"

En cuanto a la prevención, las enfermeras de nuestro estudio piensan que se debe empezar por la educación en el respeto, que debe comenzar en las familias y en los colegios.

"Hay que actuar en prevención en este tema, está claro por dónde hay que empezar: en las escuelas y en las familias".

## DISCUSIÓN

Tras finalizar nuestro estudio obtenemos que las enfermeras se encuentran capacitadas para detectar malos tratos en los casos de mujeres que acuden reiteradamente a la consulta, debido a que se establece con ellas una relación de mayor confianza e intimidad, ya que en los casos de personas que acuden puntualmente a la consulta, al no haber esa relación de confianza, no es posible abordar el tema. Las enfermeras de nuestro estudio reclaman una mayor formación y un esfuerzo para mejorar y aumentar los recursos disponibles, y una mayor coordinación del equipo interdisciplinar. Igualmente, como hacen referencia en los cuestionarios, valoran positivamente los protocolos existentes, aunque indican que hay que mejorar la puesta en práctica de los mismos.

Nuestras propuestas para mejorar la capacidad de detección de malos tratos son:

Formular una pregunta de cribado a todas mujeres que acuden a consulta de Enfermería, preguntando por ejemplo, sobre el estrés, con la pregunta: "¿Cómo van las cosas en casa?".

Por otro lado, estamos de acuerdo con el aumento que está experimentando la formación postgrado, aunque pensamos que se debería potenciar la formación en esta materia a los futuros diplomados en Enfermería, para mejorar el abordaje del tema.

Además, como enfermeros/as, debemos escuchar y apoyar a la víctima, sin juzgar sus decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA:

De las Heras Gómez, J.; San Ruiz, C. Violencia doméstica en Atención Primaria. 27(6):440,2001

Vázquez Hachaco, G.; Ponce Domínguez, J. Ponce Domínguez, M.C. La enfermera ante la mujer víctima de maltrato doméstico. Index Enferm 2002; Año XI. (36-37):29-32.

Denise F, Polit; Bernadette P, Hungler. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Sexta Edición. Mexico: Mc.Graw-Hill Interamericana; 2000.

Nazarrasa Alvear, L.; Díaz Rodríguez, R.D. Salud y calidad de vida. Metas 2001; 41(6):332.

Frupolli Gómez, G.; Bueno Gutierrez, M.; Brando Asensio, J. Los/as profesionales de enfermería ante la violencia doméstica: Una responsabilidad ética y profesional. Enferm Global 2003; 3(4-20):30-34.

Berlinger, J. Respuestas a sus preguntas acerca de la violencia doméstica: ¿por qué no le deja usted ahora mismo? Nursing 1998; 16(8):15-19.

Berlinger, J. Violencia doméstica: cómo puede marcar la diferencia. Nursing 2002; 20(3):8-12.

Muñoz Ruiz, M.E.; García López, M.L.; Madrid Marcos, J.; Molina Mala, J.; Reyes Yepes, J.M. Los malos tratos en la mujer asignatura suspendida en Enfermería. Enferm Científ 2000; 224-225:14-17.

Francisca Venegas, M.P. Una aproximación a la violencia de género en América Latina. Index Enferm 2000; Año IX (30):9.

Escudero Sánchez, M. Violencia de género en Andalucía. Index Enferm 2000; Año IX (30):9-11.

Gonzalez Candelas, R. Malos tratos en la mujer protocolos sanitarios. VMFiC nº 11; 12-19.

Muñoz G.L.; Gallegos G. Ciclo de la violencia vivenciado por la mujer maltratada. Cienc. Enferm 1996; 2(1):19-25.

Salvador Pedraza, M.J. Malos tratos a mujeres: radiografía de la violencia doméstica. Paréntesis; 19:21.

Rocamora Bonilla, A. ¿Existe la violencia doméstica de baja intensidad?. Humanizar; 56: 26-28

Martinez Riera, J.R. Interacción entre el abuso del alcohol y la violencia doméstica. Las enfermeras pieza clave. Cul Cuid 2002; Año VI (11):66-79.

Aguar Fernández, M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index Enferm 2000; Año IX (30): 7-8

**AUTOR/ES:**

JA Péculo Carrasco, J Gómez Escorza, MM Casal Sánchez, JL Avecilla Sánchez, M Rodríguez Bouza, HJ Rodríguez Ruiz, JP Jiménez Cordero

**TÍTULO:**

USO DE SUEROS PREVIAMENTE PURGADOS EN ASISTENCIAS URGENTES DE UNIDADES MÓVILES EXTRAHOSPITALARIAS

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El uso de sueros previamente purgados en asistencia a pacientes críticos es una realidad que se sustenta en muy poca evidencia científica. Por este motivo, en 2000-2001 se inició en nuestra empresa una investigación que, bajo el título "Características físico-químicas y de esterilidad de sueros purgados en unidades móviles de equipos de emergencia", pretendía conocer si estos sueros mantenían las mismas características físicas, químicas y de esterilidad que los recién purgados. El proyecto fue aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS nº 00/0165) y el Plan Andaluz de Investigación (PAI nº 102/99), y sus resultados publicados en la revista Resuscitation en Agosto de 2004. No obstante, llevar a la práctica los resultados obtenidos por medio de la investigación requiere una serie de estrategias de implementación. Una de ellas es la que presentamos ahora, consistente en hacer partícipes a los profesionales de la operativa que se utilizará en la empresa para poder utilizar los sueros previamente purgados.

**Objetivo.** Conocer las características de uso que han tenido los sueros previamente purgados en unidades móviles de equipos de emergencia, en asistencias reales. Conocer cuáles son los tipos de demanda asistencial que más se benefician del uso de sueros purgados.

**Metodología.** Estudio descriptivo, de corte transversal. Fueron unidades de estudio todos los sueros previamente purgados que utilizaron por los enfermeros del Servicio Provincial 061 de Cádiz, durante los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005. Participaron la totalidad de enfermeros de los equipos de emergencias de las bases de Cádiz, Jerez, Sanlúcar y La Linea. Se diseñó una hoja de recogida de datos en la que se anotó, dentro de la UVI-móvil, la fecha y hora de purgado, el enfermero que purgaba, así como la fecha y hora de uso, el enfermero que lo usó y el número de historia clínica. La recogida de datos se realizó de la siguiente manera: todos los equipos de emergencia comenzaron purgando dos sueros salinos, conforme a las normas que se establecieron en la investigación anterior. Uno se dejaba en el maletón asistencial, y el otro en el portasueros del interior de la UVI-móvil. El tiempo máximo que se estableció para la caducidad del suero fue de 48 horas. Pasado este tiempo sin ser utilizado se desechaba, quedándose uno nuevo disponible durante otras 48 horas. Cuando tuvieron que ser utilizados en asistencias urgentes se anotaba el número de historia clínica del paciente con el que se utilizaba, y de nuevo se dejaba otro suero disponible las siguientes 48 horas. Se realizó estadística descriptiva con media, mediana y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Se utilizaron test estadísticos no paramétricos para variables cualitativas (Chi cuadrado) y cuantitativas (U de Mann-Whitney). El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v13.0. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Desde el 15 de diciembre de 2004 hasta el 4 de febrero de 2005 se registraron, entre las 4 bases de estudio, un total de 304 sueros. De ellos se utilizaron con pacientes 243 (79,93%), mientras que los 61 restantes caducaron a las 48 horas sin haber sido utilizados (20,07%). De los sueros utilizados, 181 (74,48%) se encontraban en el maletón asistencial, y 62 (25,52%) en la barra de la UVI-móvil. De los sueros que caducaron, 14 lo hicieron en el maletón asistencial, frente a los 47 (77,05%) que lo hicieron en la barra ( $p < 0,001$ ). El tiempo medio que permaneció el suero purgado hasta que se utilizó en una asistencia fue de 16,94 horas (DE 13,77, mediana 13,41 horas) para los sueros que se ubicaban en el maletón, y de 21,72 horas (DE 15,21, mediana 20,58 horas) para los que se ubicaban en la barra de la UVI-móvil ( $p < 0,05$ ). De los sueros utilizados en asistencias urgentes, tan solo 8 (3,3%) se excedieron de las 48 horas fijadas, siendo 59 horas el tiempo máximo en el que se utilizó un suero purgado.



Las asistencias en las que se utilizaron estos sueros correspondieron principalmente a accidentes de tráfico (35,7%), pacientes inconscientes (22,4%), cardiopatías isquémicas (15,6%) y disneas (7,8%).

Discusión. El uso de sueros previamente purgados en nuestras UVI-móvil requería una visión general acerca de su uso y posibles necesidades. El suero que permaneció en el maletón asistencial fue el que más veces se utilizó, el que menos veces caducó y el que menos tiempo se llevó preparado antes de las asistencias. Parece razonable esta circunstancia puesto que la mayoría de las asistencias urgentes de nuestro servicio se realizan in situ, en el lugar del suceso, frente a aquellas asistencias que se realizan dentro de la UVI-móvil. La existencia de sueros utilizados más allá del tiempo previamente fijado, reafirma el haber definido como tiempo máximo las 48 horas, cuando la evidencia hablaba de hasta 72 horas. Las patologías en las que existe riesgo vital, que son las que más asistimos habitualmente, son las que más se han beneficiado del uso de sueros purgados.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Péculo Carrasco JA, Cosano Prieto I, Gómez Escorza J, AVECILLA Sánchez JL, Casal Sánchez MM, Rodríguez Bouza M. Physico-chemical stability and sterility of previously prepared saline infusion solutions for use in out-of-hospital emergencies. *Resuscitation*, 2004; 62: 199-207

**AUTOR/ES:**

Elena Corrales Moreno. Jefe de Unidad de Comas Vegetativos, Hospital Virgen de la Poveda (Madrid)

**TÍTULO:**

PLAN ESTÁNDAR DE CUIDADOS PARA PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA\*

**TEXTO DEL TRABAJO:**

\*Este trabajo se ha presentado, de forma más amplia, para la obtención del Bachelor in Nursing. Hogeschool Zeeland University.

**INTRODUCCIÓN.** El estado vegetativo persistente (EVP) es una patología que se encuadra dentro de las alteraciones del nivel de conciencia subagudas o crónicas (1). Este término se utilizó por primera vez en 1972 por Jennett y Plum (2). En 1994 la Multisociety Task Force on PVS (3) lo define como una situación de vigilia, con preservación de funciones hipotalámicas y de tronco cerebral, manteniendo las funciones automáticas: respiración, evacuación y digestión. Como principales signos neuroconductuales los ojos del paciente se abren espontáneamente o después de la estimulación, pero el paciente no es capaz de cumplir ninguna orden (4). El cuerpo, cíclicamente, se despierta y se duerme, pero no expresa evidencia metabólica cerebral o de comportamiento que indique una función cognitiva. Esta condición de pérdida total cognitiva puede desarrollarse también de forma lenta como resultado final de patologías progresivas, como por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer (5). En resumen, la situación de estado vegetativo, según Fortuny (6), se definiría como: "Paciente vigil, sin respuesta a estímulos externos, ni capacidad expresiva, ni evidencia de atención ni intención, con automatismos presentes". No hay una estimación precisa de la frecuencia de personas que se encuentran en estado vegetativo persistente a escala mundial. Es un problema grave, puesto que esta situación puede alargarse durante años, lo que supone un proceso emocionalmente doloroso para las familias así como costoso para el sistema de salud. La Enfermería como profesión encargada del cuidado integral de la persona, familia y comunidad, tiene en los pacientes en estado vegetativo persistente, un campo de atención muy amplio. Es un proceso de gran impacto emocional, donde debe existir un consenso continuado con la familia (7). Unos buenos cuidados de enfermería, en general, reducen las complicaciones, aumentan la calidad de vida de los pacientes y el confort y bienestar de la familia (8). Cuando los pacientes con dicha patología están estables y no se prevé una resolución a corto plazo, se derivan, en general, a centros hospitalarios con unidades de larga estancia (ULE). Los cuidados de enfermería en estas unidades se orientan hacia el mantenimiento de la funcionalidad de la persona en todos sus aspectos, en la prevención de complicaciones para proporcionar seguridad y garantizar la dignidad de la persona. Determinar las características comunes de los pacientes en EVP que ingresan en una ULE posibilita la realización de un plan estándar de cuidados al ingreso.

**METODOLOGÍA.** **Ámbito y periodo de estudio:** el estudio se ha realizado en la Unidad de Larga Estancia de Comas Vegetativos del Hospital Virgen de la Poveda perteneciente al Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD, Área VIII), Comunidad de Madrid (España), y recoge datos correspondientes al periodo comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2003. Se ha pedido autorización, mediante carta escrita, a la Dirección de Enfermería del Hospital para llevar a cabo el estudio. **Diseño:** se ha realizado un estudio observacional de corte transversal. **Población de estudio.** **Criterios de selección:** pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico EVP de más de un mes de evolución, que ingresan en la unidad durante el periodo de estudio. **Tamaño muestral y tipo de muestreo:** se ha realizado un muestreo de oportunidad en las fechas ya citadas. De todos los ingresados en este periodo se han recogido un total de 36 historias de enfermería. **Recogida de datos:** las variables se han recogido, de manera retrospectiva, mediante la revisión de las historias de enfermería, y la extracción de datos correspondientes a la valoración del paciente al ingreso. Como instrumento de recogida de datos se ha diseñado una hoja de trabajo siguiendo la estructura de las 14 necesidades del modelo de V. Henderson (9). En esta hoja hay dos partes diferenciadas, la primera correspondería a los datos de filiación, antecedentes personales, hábitos tóxicos, alergias, diagnóstico médico, constantes vitales, fecha y causa del EVP.

La segunda parte corresponde a cada una de las necesidades, de este modo encuadramos la hoja de registro para la recogida de datos dentro de un modelo teórico de enfermería universalmente conocido. Plan de análisis: se ha realizado mediante programa estadístico SPSS versión 9.0, obteniéndose de las variables cuantitativas media y desviación estándar y de las variables cualitativas frecuencias. En éstas se han considerado relevantes las que han superado el 50 %.

Tras el estudio de las variables se ha obtenido la situación clínica al ingreso de los pacientes en EVP en una ULE. La situación clínica es el punto de partida para la elaboración de un plan estándar de cuidados donde se ha realizado una Valoración de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson (9), se han seleccionado los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (10), los Criterios de Resultados (CRE/NOC) (11) y las Intervenciones Enfermeras (CIE/NIC) (12).

RESULTADOS. De las 36 historias únicamente 26 cumplían los criterios inclusión. La situación clínica que se ha obtenido se caracteriza por una media de edad de 63,23 años, EVP causado por encefalopatía postanóxica, media de 262,54 días de evolución. Temperatura media de 37,6 °C, aumento de secreciones respiratorias, imposibilidad de expectoración y necesidad de aspiración. A destacar que en la muestra sólo el 62,5 % no están traqueostomizados, los que lo están ingresan con cánula, a tener en cuenta de cara a la individualización del plan de cuidados. Portan sonda nasogástrica con nutrición enteral, sufren sequedad de boca. Son incontinentes dobles, están encamados, presentan úlceras por presión. Precisan cambios posturales y colchón antiescaras. De la situación clínica se ha construido el plan de cuidados:

1. RESPIRACIÓN: Respiran normalmente, no precisan aporte de oxígeno extra. Secreciones respiratorias aumentadas, no expectoración. Diagnóstico NANDA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Factores relacionados/factores de riesgo: Disfunción neuromuscular, retención de las secreciones. NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410). NIC: Aspiración de las vías aéreas (3160), cambio de posición (0840), fisioterapia respiratoria (3230). monitorización de los signos vitales (6680). 2. ALIMENTACIÓN: Dependientes portadores de sonda nasogástrica para la alimentación enteral, con sequedad de boca. Diagnóstico: Riesgo de aspiración. F. relacionados/f. de riesgo: Alimentación por sonda. NOC: Control de la aspiración (1918). NIC: Precauciones para evitar la aspiración (3200), aspiración de las vías aéreas (3160), cambio de posición (0840), alimentación enteral por sonda (1056), monitorización de los signos vitales (6680). Diagnóstico: Deterioro de la mucosa oral. F. relacionados/f. de riesgo: Falta o reducción de la salivación, respiración bucal. NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101), salud bucal (1100). NIC: Mantenimiento de la salud bucal (1710), protección contra las infecciones (6550), cuidados de la sonda gastrointestinal (1874). Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación. F. relacionados/f. de riesgo: Deterioro neuromuscular, deterioro cognitivo. NOC: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008). NIC: Alimentación enteral por sonda (1056), mantenimiento de la salud bucal (1710), monitorización nutricional (1160). 3. ELIMINACIÓN: Incontinentes dobles. Diagnóstico: Incontinencia fecal. F. relacionados/f de riesgo: Inmovilidad, pérdida del control del esfínter rectal, deterioro de la cognición. NOC: Eliminación intestinal (0501), integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101). NIC: Cuidados de la incontinencia intestinal (0410), manejo intestinal (0430), cuidados perineales (1750), vigilancia de la piel (3590). Diagnóstico: Incontinencia urinaria total. F. relacionados/f de riesgo: Disfunción neurológica. NOC: Eliminación urinaria (0503). NIC: Manejo de la eliminación urinaria (0590), cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento. F. relacionados/f. de riesgo: Deterioro neurológico, inmovilidad. NOC: Eliminación intestinal (0501). NIC: Manejo del estreñimiento/impactación (0450), manejo de la nutrición (1100), manejo de líquidos (4120), manejo intestinal (0430). 4. MOVILIZACIÓN: Dependientes, encamados. Diagnóstico: Riesgo de síndrome de desuso. F. relacionados/f. de riesgo: Alteración del nivel de conciencia, parálisis. NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204). NIC: manejo de energía (0180), cambio de posición (0840), manejo de líquidos (4120), manejo intestinal (0430), masaje simple (1480), monitorización de líquidos (4130), precauciones en el embolismo (4110), prevención de las úlceras por presión (3540), terapia de ejercicios: movilidad articular (0224), vigilancia de la piel (3590), prevención de caídas (6490), manejo ambiental (6480), vigilancia (6650), cuidados de la sonda gastrointestinal (1874). 5. SUEÑO-DESCANSO: Datos no registrados. 6. VESTIDO: Dependientes. Diagnóstico: Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento. F. relacionados/f. de riesgo: Deterioro neuromuscular y cognitivo. NOC: Cuidados personales: vestir (0302), cuidados personales: peinado (0304). NIC: Vestir (1630), cuidados del cabello (1670).

7. TEMPERATURA: Media de la temperatura de 37,6 °C. NIC: Monitorización de los signos vitales (6680). 8. HIGIENE/PIEL: Dependientes, alto riesgo de aparición de úlceras por presión, presentan úlceras por presión de grado IV. Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño/higiene. F. relacionados/f. de riesgo: Deterioro neuromuscular cognitivo. NOC: Cuidados personales: baño (0301), cuidados personales: higiene (0305). NIC: Baño (1610), cuidados de las uñas (1680), cuidados de los oídos (1640), cuidados de los pies (1660), cuidados perineales (1750), prevención de caídas (6490), mantenimiento de la salud bucal (1710). Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea. F. relacionados/f. de riesgo: Inmovilización física. NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101). NIC: Cuidados de las úlceras por presión (3520), manejo de las presiones (3500), vigilancia de la piel (3590), cambio de posición (0840), cuidados del paciente encamado (0740), estimulación cutánea (1340), protección contra las infecciones (6550), masaje simple (1480), cuidados de los ojos (1650). 9. SEGURIDAD: Diagnóstico: riesgo de caídas; riesgo de infección. F. relacionados/f. de riesgo: deterioro de la movilidad física, deterioro cognitivo, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental (presencia de la UPP). NOC: Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909), curación de la herida por segunda intención (1103). NIC: Prevención de caídas (6490), manejo ambiental: seguridad (6486), control de las infecciones (6540), protección contra las infecciones (6550). 10. COMUNICACIÓN, 11. RELIGIÓN, 12. AUTOESTIMA, 13. OCIO, 14. APRENDIZAJE: Datos no registrados.

CONCLUSIONES. Los datos recogidos en la Historia de Enfermería permiten evaluar la situación clínica al ingreso para elaborar un plan estándar de cuidados en pacientes en EVP en ULE. Un plan estándar de cuidados concreta las situaciones de cuidados de un grupo de pacientes con las mismas características. Todo plan estándar de cuidados debe adaptarse a la individualidad de cada paciente y un buen cuidado enfermero debe contemplar la disponibilidad de la enfermera para aclarar dudas y dar soporte a la familia. Los cuidados de enfermería en pacientes en EVP deben dirigirse tanto al mantenimiento de las necesidades básicas, como a evitar complicaciones. En lo referente a la familia intervenciones de apoyo emocional y de educación sanitaria. La enfermera debe registrar toda la información generada por la persona objeto de sus cuidados.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Urbano-Márquez A. Coma y otros trastornos de la conciencia. En: Farreras Rozman, editores. Medicina Interna. Madrid: Mosby-Doyma; 1995. p. 1362-1366.
2. Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. Lancet 1972; i: 734-7.
3. Medical aspects of the persistent vegetative state. The Multi-Society Task Force on PVS. Nev Engl J Med 1994; 330:1499-1508.
4. American Congress of Rehabilitation Medicine. Recommendations for use or uniform nomenclature pertinent to patients with severe alterations in consciousness. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76: 205-209.
5. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el estado vegetativo persistente. En: 41ª Asamblea Médica Mundial; Hong Kong, septiembre 1989. [citado 4 ene 2004]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammhongkong4.html>
6. Fortuny B. Estado vegetativo y estado de mínima relación: valoración y tratamiento rehabilitador. Rehabilitación (Madri) 2002; 36(6):327-332.
7. Cantarell G. Estados vegetativos persistentes. [citado 4 Ene 2004]. Disponible en: [http://www.secpal.com/revista/resumen\\_ponencias/resumen\\_ponencias\\_41.htm](http://www.secpal.com/revista/resumen_ponencias/resumen_ponencias_41.htm)
8. Aguarón García MJ, Ricomà Muntané R, Ferrater Cubells M, Acebedo Urdiales S. Intervención enfermera en la persona en coma y su familia. Rev Rol Enf 2000; 23 (10): 688-694.
9. Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: CIE; 1971.
10. Sparks Ralph S, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Lavin MA, editores. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.
11. Johnson M, Mass M, Moorhead S, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2º ed.. Madrid: Harcourt-Mosby; 2001.
12. McCloskey JC, Bulechek GM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3º ed.. Madrid: Harcourt-Mosby; 2001.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Elena Solá Miravete, Teresa Escoda Pellisa, Nuria García Villarroya, Caridad López Arce, Elena Martín Martín, Milagros Martínez Nicolás.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CINTA, TORTOSA.

**TÍTULO:**

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: ¿Cómo duermen nuestros pacientes?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** El sueño es una necesidad básica y parte esencial de nuestras vidas. Dos corrientes teóricas se centran en el estudio de las funciones del descanso y el sueño: la teoría circadiana que explica las funciones del sueño como parte de los biorritmos corporales; y la teoría de la recuperación que da más importancia y se centra en las funciones reparadoras del dormir. Las dos teorías se complementan. Durante el sueño se producen muchos cambios, restableciendo y restaurando los procesos corporales que se han deteriorado durante el día.

El sueño se puede ver alterado por diversos factores: internos y externos. Estos factores coinciden con las dos fuentes de dificultad que pueden afectar el desarrollo normal del sueño del paciente ingresado: la propia enfermedad y la fuente que depende del entorno hospitalario. Varios estudios parecen confirmar que el patrón de descanso y sueño está alterado durante el ingreso hospitalario. Pueden ser muchos los factores implicados en la alteración del sueño del paciente, éstos se pueden dividir en los dos grandes grupos de factores mencionados.

El marco conceptual de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, en el que centramos el trabajo por ser el de referencia en nuestro centro dice, sobre la necesidad de reposo y sueño, que el poder descansar y dormir en las mejores condiciones es indispensable para conseguir un buen rendimiento del organismo. Por tanto el profesional de enfermería ha de ser capaz de identificar y minimizar los factores causantes de la alteración del sueño para que los pacientes no modifiquen, o modifiquen al mínimo, su patrón de sueño habitual y facilitarles el descanso nocturno.

**OBJETIVOS:** En el presente estudio queremos averiguar si se confirma la hipótesis de alteración del patrón de sueño durante el ingreso en nuestro hospital. Los objetivos específicos son: conocer como duermen los pacientes ingresados, identificar las causas que dificultan el descanso y sueño, describir los factores externos e internos que alteran el sueño, informar a los profesionales de la salud de esta situación y así poder mejorar las condiciones del descanso y sueño.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Para analizar minuciosamente como influyen cada una de las variables en la dificultad de sueño de nuestros pacientes se ha elaborado un cuestionario que registra como influye cada factor en el sueño del cliente. La primera parte recoge los datos personales, en la segunda parte se diferencian los datos de las características del sueño en casa y en el hospital. Los factores/ variables que contemplados en el estudio y que pueden influir el descanso y el sueño en el entorno hospitalario son: entorno físico (luces, ruidos, conversaciones, clima: temperatura), comodidad (posición, confort en la cama), cuidados de enfermería (actividades, aplicación de tratamientos), problema de salud (malestar físico o psíquico). A manera de entrevista se registra la opinión del propio usuario respecto a si le molestan para dormir los factores mencionados. Hecha la prueba piloto a veinte pacientes, hemos comprobado que responde a los objetivos del estudio. Durante marzo/ abril, estudiamos a 249 pacientes ingresados en el hospital que cumplían los siguientes criterios de selección: realizar la entrevista a partir de la tercera noche de ingreso, tener las capacidades intelectuales conservadas y excluir del estudio a los pacientes de las unidades de Materno-Infantil y Medicina Intensiva (por sus peculiaridades en diagnósticos o edad). El diseño del estudio responde a un estudio descriptivo y transversal. El procedimiento y tratamiento estadístico de los datos (SPSS entorno Windows) ha sido un análisis descriptivo de todas las variables medidas, de las frecuencias y porcentajes, y un análisis comparativo mediante  $\chi^2$  con un grado de significación  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** El número de encuestas realizadas ha sido de doscientas cuarenta y nueve. La distribución por servicios ha sido equilibrada, siendo cinco los servicios estudiados (Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Especialidades 1, Especialidades 2). La media de edad es de 69 años y la desviación típica de 15 años. La frecuencia según el motivo de ingreso: 150 pacientes estaban ingresados por patología

quirúrgico. Se confirma la hipótesis principal del estudio: hay más dificultades para dormir en el hospital (45%: 111 pacientes) que en casa (35%: 87 pacientes). Esta diferencia es significativa, por lo tanto podemos afirmar que hay relación entre las variables de dificultad para dormir en casa y en el hospital ( $\chi^2=23.73$ ,  $p=0.000$ ).

Un dato más relevante nos muestra que de estas 111 personas que tienen dificultad por dormir en el hospital, 54 personas (49%) en casa no la tenían. La calidad del sueño también está alterada o disminuida: sólo 33 pacientes dicen no despertarse durante la noche y son 216 pacientes (87%) los que se despiertan por algunos de los motivos o factores tratados en la entrevista. De estos 216 pacientes que se despiertan, a 85 les cuesta mucho volver a dormirse y 131 se duermen enseguida. Del contraste de datos entre la variable dificultad para dormir en el hospital y el motivo de ingreso no hay diferencias estadísticamente significativas, tampoco entre la edad y la dificultad para dormir en el hospital. Sí las hay entre la dificultad para dormir en el hospital y el servicio al que pertenece el paciente, estando relacionadas estas dos variables en el estudio. Los servicios en los que hay más dificultad para dormir según la opinión del paciente son: Medicina Interna, Traumatología y Cirugía General.

La descripción hallada de los factores que más influyen en la alteración del descanso es como sigue: malestar físico (53%, 131 pacientes), malestar psicológico (43%, 106 pacientes), exceso de frío/ calor en la habitación (35%, 87 pacientes), incomodidad por la postura (36%, 90 pacientes), molestias por el hecho de llevar sueros, catéter u otros dispositivos del tratamiento (31%, 78 pacientes). Hemos analizado la opinión de los 54 pacientes que tienen dificultades para dormir en el hospital (y no la tienen en casa) y la opinión de las 216 personas que se despiertan durante la noche en el hospital por considerarla muy importante. Los resultados son muy interesantes ya que se repiten los mismos factores hallados en la muestra completa como los responsables de la dificultad para dormir pero los porcentaje de molestias son más elevados. Los datos indican que son siempre los mismos factores los que influyen en la alteración del descanso y sueño durante la hospitalización.

Presentamos, también, los resultados de los factores que influyen en la necesidad pero agrupados en los diferentes apartados a los que pertenecen. El apartado entorno que viene definido por nueve variables, tiene un 62% de porcentaje de opinión como variables que influyen en la dificultad; el apartado de confort/ comodidad con tres factores que lo definen tiene un porcentaje de 54%; el grupo tratamiento y cuidados de enfermería con tres variables que lo definen, un 37% de usuarios dicen que está implicado en la dificultad de descanso y sueño; y el último apartado de factores derivados del problema de salud (tanto físicos como psicológicos) con un 64% sigue siendo el apartado que más influye en la dificultad para dormir. La implicación, de mayor a menor, de los diferentes apartados estudiados y la dificultad para dormir sería: enfermedad, entorno, comodidad y cuidados de enfermería.

**DISCUSIÓN:** Se confirma junto con los otros estudios revisados que en el ambiente hospitalario hay más dificultades para dormir que en casa. El hecho de estar en casa o ingresado en el hospital está relacionado con dormir más, menos o peor. Además durante el ingreso el sueño es menos reparador al ser de menor calidad. Siguiendo la bibliografía revisada y estudiada y los datos hallados, los factores que alteran el descanso y el sueño en el ambiente hospitalario provienen de dos fuentes: internos (derivados de la enfermedad) y externos (entorno y otros). Nos hemos comprometido a describir detalladamente estos últimos (externos) y ofrecer una descripción más extensa de los factores que influyen en el sueño.

Se deduce de los resultados que la mayoría de pacientes valoran los mismos factores como relacionados o causantes de la dificultad de descanso. De los factores externos que influyen, son las variables del grupo entorno las consideradas por la muestra como más importantes. Siguen el grupo de confort-comodidad y por último el grupo de variables del tratamiento- cuidados de enfermería como menos influyente según opinión del usuario.

Las aplicaciones del presente análisis son múltiples, tanto dentro de nuestra institución como para dar a conocer los resultados a la comunidad científica. El hecho de presentar la influencia de cada factor de manera detallada ayudará en la corrección de la dificultad de dormir como indicador de medidas facilitadoras del descanso. Puede orientar en algunas pautas de mejora (tanto individualmente al profesional, como colectivamente a la institución). Se ha de tener presente que cualquier actuación y solución del problema sobre los factores que influyen, ayudará a mejorar el porcentaje de pacientes que duermen bien. El mejorar dicho factor molesto

supone ganar un porcentaje de personas que mejorarán su descanso con las positivas consecuencias que conlleva el dormir bien para el proceso salud-enfermedad.

Cada institución en general y cada profesional en particular puede abordar, según criterios de importancia u objetivos a conseguir, la corrección de algunos o todos los factores implicados en la alteración del sueño y así aumentar la calidad del sueño y del proceso hospitalario. Sin olvidar que durante el ingreso hospitalario persisten y conviven las dos fuentes de dificultad para el descanso y sueño.

Sería una nueva línea de investigación el analizar si aumenta la calidad del sueño hospitalario una vez se han aplicado las mejoras pertinentes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Siegel JM. ¿Por qué dormimos?. Investigación y Ciencia; enero, 2004:70-75.
2. Pinel PJ. Biopsicología: Sueño, sueños y ritmos circadianos. 4ª Ed. Madrid: Prentice Hall, 2003: 359-395.
3. Raich RM, De la Calzada MD. El sueño y sus trastornos. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y salud; 2000.
4. Coloma CR. Dormir bien. Terrasa: Biblioteca de Psicología y Psiquiatría. Salud y bienestar; 2000.
5. Abad Masanet F, Arroyo López C. Prevención y Control no farmacológico del insomnio intrahospitalario. Enfermería Clinc; 1994; 4 p. 3-9.
6. Abad Masanet F, Arroyo López C. Insomnio en pacientes hospitalizados (carta). Barcelona: Med. Clinc; 1992.
7. Llopis A. Alteraciones del sueño producidas por el ruido ambiental. Gaceta Sanitaria, 1989; 3 (12) p. 421-426.
8. Riopelle L, Grondin I, Phanent M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana de España. Mc. Graw- Hill 1ªEd. 1993.
9. Luis MT, Fernandez C, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª edición. Barcelona: Ed. Masson, 2000.
10. Luís Rodrigo M T. Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación. Barcelona: Doyma, 1995.
11. Cortés J, Travel MC. El descanso de nuestros pacientes. ¿Se puede descansar en el hospital?. Rev. Enfermería Global, núm. 1. Nov. 2002: p.1-6.
12. Navarro JM, Haro S, Orgiler P, Vela C. ¿Se respeta el sueño de los pacientes?. Rev ROL Enf. 2001; 24 (7-8): p. 555-558.
13. Ferreira s, López de Audicana I, Aguirre E. Estudio de los hábitos de sueño en personas mayores de 60 años institucionalizadas y no institucionalizadas. GeroKomos 2001; 12 (3): p.95-101.
14. Rojas P, Campos M, González A, Pina F, Santesteban M, Muñoz G. Necesidad de descanso y sueño en el paciente hospitalizado. Enfermería clínica 1992; 2 (6): p.207-211.
15. Novo Casal C, López Belda F, López Rodríguez M J, Rumbo Prieto J M, López Belas Z, García Dominguez E, et al. Alteración del patrón del reposo/sueño en ancianos hospitalizados

**AUTOR/ES:**

JA Péculo Carrasco, M Rodríguez Bouza, JP Jiménez Cordero, HJ Rodríguez Ruiz, MA Mendoza Corro, J Gómez Escorza, JL Avecilla Sánchez

**TÍTULO:**

SEGURIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES TRASLADADOS EN AMBULANCIA TRAS DEMANDAR ASISTENCIA SANITARIA URGENTE

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En las urgencias y emergencias extrahospitalarias los escenarios de trabajo son muy variables. Atendemos al usuario en su entorno sociofamiliar, bien conocido por él. Somos intrusos en ese entorno, y “separamos” al paciente de su familia, amigos... además de movilizarlo en varias ocasiones. Por ello consideramos que cualquier paciente trasladado en ambulancia es susceptible de “Riesgo de caída” y “Riesgo de síndrome del estrés de traslado”. Si nos centramos en la percepción de seguridad hay múltiples circunstancias que pueden sentirse como una amenaza: propio proceso patológico; entorno hostil, tecnología, personas extrañas...; desconocimiento del proceso y procedimientos; movilizaciones; invasión de la intimidad. Nos preguntamos cuál será la percepción de seguridad de estos pacientes, y, si la sistematización de unos cuidados podría mejorar esta percepción.

**Objetivos.** Determinar la percepción de seguridad de los pacientes trasladados. Compararla en función del uso sistematizado de las intervenciones. Compararla en función de la presencia o no de profesionales sanitarios. Determinar qué elementos producen sensación de seguridad e inseguridad.

**Metodología.** En una 1ª fase se reunió un Grupo de expertos que consensuó, en base a la bibliografía y la experiencia, unas intervenciones adaptadas a nuestro medio (que serían adoptadas, de forma sistematizada, por un grupo de enfermeros). Las intervenciones que se consensuaron fueron: Potenciación de la seguridad, Presencia, Prevención de caídas y Disminución de la ansiedad. En una 2ª fase este grupo consensuó una herramienta que permitiera medir la seguridad percibida por el paciente en tres momentos bien definidos: durante la asistencia, durante el traslado y durante la transferencia a otro nivel asistencial (si es que existiera). 3ª fase: Puesta en práctica de las intervenciones, y medida de la percepción de seguridad.

Para esta última fase se diseñó un estudio observacional analítico, de corte transversal. Fueron sujetos de estudio los pacientes trasladados en ambulancia, tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de 061, en la provincia de Cádiz. Se definieron como criterios de exclusión el ser menor de 18 años y/o presencia de alteración de la consciencia. Se calculó una muestra de 431 pacientes (nivel de confianza 95%, potencia 80%, probabilidad esperada 50%, error 4%, 50% de pérdidas). Se realizó un muestreo aleatorio simple del total de pacientes trasladados. La recogida de datos se realizó mediante cuestionario telefónico, días después de la asistencia, con escala Likert, de 1 a 5, donde el valor 1 equivalía a “Sentirse totalmente inseguro” y el valor 5 a “Sentirse totalmente seguro”. Para el análisis consideramos “sentirse seguro” los valores 4 y 5; y “no sentirse seguro” los valores 1 a 3. Se incluyó además una pregunta abierta para que el usuario pudiera expresar libremente qué le hizo sentirse más seguro y/o más inseguro.

**Resultados.** Se realizaron 92 encuestas, que supusieron el 22.5% de los 408 pacientes seleccionados (38.0% no disponíamos de teléfono de contacto, 19.6% no hubo respuesta telefónica, 10.0% estaban aún ingresados, 4.7% habían fallecido, y 5.1% no tenía capacidad para responder). Tenían una edad media de 58 años (DE 19.2 años), 56.5% eran mujeres. El 43.5% fue asistido y trasladado por equipo de emergencia (médico, enfermera y técnico en emergencias); el 45.6% fue asistido por equipo de emergencias, y trasladado por ambulancia convencional (sólo conductor de ambulancia); y el 10.8% fue trasladado por ambulancia, sin asistencia previa. La seguridad percibida durante la asistencia, el traslado y la transferencia del paciente, es diferente en función de que se haya aplicado la intervención o no, pero no estadísticamente significativa. La probabilidad de sentirse seguro durante el traslado, y durante la transferencia fue, respectivamente, 4.8 veces mayor (IC95% 1.9 – 11.9) y 12.7 veces mayor (IC95% 2.7 – 58.5) cuando el traslado lo hacía un equipo de emergencias que cuando era por ambulancia convencional.



De las características que generaron seguridad en los pacientes destacan las siguientes: “me tranquilizaron”, “me hablaban”, “humanidad”, “amabilidad”, “me llamaban por mi nombre”, “me informaron”, “me explicaron lo que hacían”, “profesionalidad”, “rapidez”, “medios técnicos”, “seguridad que demuestran”, “me ofrecen confianza”, “me pusieron correas”, “no iba sola” y “siempre estaba a mi lado”.

Por otro lado, las circunstancias que generaron mayor inseguridad fueron: “iba sola”, “no estaba amarrado”, “no tenía ninguna profesionalidad” y “sensación de caída”

Discusión. La tasa de No Respuesta superó lo esperado, y se repartió igual en los grupos de estudio. En un amplio porcentaje se debió a errores en la recogida de los datos de filiación, cuestión que será necesaria mejorar. El cuestionario, aunque aún no validado, refleja una buena concordancia con las vivencias expresadas. No encontramos diferencia en la percepción de seguridad cuando se utiliza las intervenciones propuestas. Se debe a que la muestra preliminar es pequeña, y que hay enfermeras que ya hacen las intervenciones sin conocer el estudio. Encontramos diferencias en seguridad percibida durante el traslado y la transferencia, si hay un equipo de emergencias o no. No obstante, el amplio intervalo de confianza, confirma la necesidad de continuar recogiendo datos y aumentar la muestra.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Torres Pérez L. Cuidados informales y paciente crítico. *Tempus Vitalis*, 2001; 1: 4-13.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002*. Madrid: Harcourt, 2002.

Johnson M, Bulechek GM, McCloskey J, Mas M, Moorhead S. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Madrid: Harcourt, 2002.

**AUTHOR/S:**

Iniesta Sánchez, J; Romero Pareja, MD; Herrero Romera, T; Sevilla Vallés , MA; Flores Baeza, MJ ; Sánchez verdejo, A; Ignoto Sanz, MA.

**TITLE:**

VENTILACION NO INVASIVA. ANALISIS DE LAS COMPLICACIONES

**TEXT:**

Introducción.- La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) produce una alteración en el intercambio gaseoso caracterizada por una disminución de la PaO<sub>2</sub> y, a veces, elevación de la PaCO<sub>2</sub>. El tratamiento va dirigido a la etiología del proceso y la administración de oxígeno. En casos graves, es necesaria la intubación endotraqueal. La ventilación mecánica presenta múltiples complicaciones, algunas potencialmente letales. La ventilación no invasiva se define como la administración de ventilación a un paciente mediante una mascarilla u otro dispositivo no introducido en la vía respiratoria del paciente. Aunque no exenta de riesgo, la VNI presenta complicaciones, en general, menos graves que la invasiva.

Objetivo: Analizar la frecuencia de las complicaciones derivadas de la VNI, y los factores de riesgo implicados en su aparición.

Material y métodos.

Son estudiados de forma prospectiva los pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos de carácter polivalente, que presentaban diagnóstico de IRA y precisan VMNI.

El marco temporal quedó comprendido entre el 1 de junio de 1996 y el 31 de agosto del 2004.

Los criterios de inclusión fueron:

- Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto.
- Contracción de la musculatura accesoria.
- Relación Pa O<sub>2</sub>/ Fi O<sub>2</sub> < 300.
- Disnea importante.

Como contraindicaciones al uso de la VMNI se establecieron: obstrucción de la vía aérea superior, sangrado digestivo activo y parada cardio- respiratoria.

Durante los primeros cuatro años del estudio se intentaba minimizar las fugas del sistema ventilatorio, mediante la fijación máxima posible, a través del arnés del dispositivo.

Se estableció la retirada de la VMNI, cuando la frecuencia respiratoria alcanzaba valores inferiores a 20 respiraciones por minuto, cuando la saturación de O<sub>2</sub> superaba el 90% con una Fi O<sub>2</sub> < 0.5 y había una ausencia de signos de fatiga muscular.

El éxito de la técnica se define como evitación de la intubación endotraqueal y que el paciente permanezca vivo la menos 24 horas tras ser dado de alta a planta.

Las fuentes de datos empleadas fueron la historia clínica y documentación del paciente, elaborándose para la recogida de datos un registro específico en el que se incluían variables sociodemográficas, diagnósticos, índice de gravedad, parámetros hemodinámicas y ventilatorios, entre otros.

El procesamiento estadístico se llevo a cabo mediante el paquete SPSS 12.0. Las variables cuantitativas se expresan como medias  $\pm$  desviación standard, y las cualitativas mediante porcentajes. La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la Ji<sup>2</sup>, mientras que entre cuantitativas y cualitativas a través de comparación de medias. Las variables que en el análisis univariante muestran un nivel de significación p<0.05 fueron introducidas en un modelo multivariante mediante regresión logística.

Resultados.

Durante el periodo de estudio ingresaron en nuestra unidad un total de 1609 pacientes con diagnóstico de IRA, que fueron tratados con VMNI. Siendo la edad media de estos de 69 $\pm$ 14 años, de los cuales un 58.7% eran varones, y el nivel medio del SAPS II obtenido fue de 44 $\pm$ 13.

Se utilizaron ventiladores específicos no invasivos, y el modo ventilatorio fue BIPAP en un 96.8% de los casos.

El éxito de la VMNI fue del 71.3%, con una mortalidad en UCI del 20.9% y hospitalaria del 29.7%. Las complicaciones aparecieron en 552 pacientes, 34.3%. Las más frecuentes fueron las de menor gravedad, lesión nasofrontal en el 30.8%, irritación ocular 16%, y distensión abdominal en el 4.2%. Las más graves fueron menos frecuentes, y entre ellas encontramos: sobreinfección con un 1.9%, vómitos 0.7%, broncoaspiración 0.2%, obstrucción de la vía aérea por secreciones 0.2%, neumotórax 0.6%.

La claustrofobia a la mascarilla se observó en un 6.6% de los pacientes, precisando sedación o analgesia casi la mitad de los mismos, presentándose solo en un 1.4% una intolerancia total a la mascarilla.

Los pacientes sin complicaciones presentaron una tasa de éxito de VMNI del 76.6% versus al 61.2% de los pacientes con complicaciones con  $p < 0.001$ .

En el análisis multivariante, las variables asociadas a complicaciones fueron los días de VMNI con Odds Ratio 1.302, IC 95%: 1.110, 1.526 con  $p < 0.001$ ; la duración de la VMNI en horas, Odds Ratio 1.079, IC 95%: 1.066, 1.092 con  $p < 0.001$ ; y la administración de VMNI durante los primeros 4 años, Odds Ratio 2.589, IC 95%: 1.860, 3.600 con  $p < 0.001$ .

Discusión.

La aparición de intolerancia a la mascarilla conlleva el fracaso de la técnica o cuando menos disminuye los beneficios que el paciente podría obtener en mejores condiciones, es aquí donde el personal de enfermería entra en juego con una aportación inestimable, ya que su cercanía al paciente le sirve para establecer un vínculo con este, mediante el cuál puede valorar el sistema de sujeción idóneo y la presión adecuada del arnés, así como planificar los periodos de descanso del dispositivo.

Para conseguir la mayor eficiencia de la técnica es fundamental la implicación del profesional de enfermería, mediante la realización de cuidados encaminados a favorecer el confort tales como: almohadillados, protección de puntos de apoyo, planificación de periodos de descanso si son tolerados, hidratación y cuidados de mucosas., lo que contribuye a incrementar la tolerancia a los dispositivos de VMNI, y disminuir la ansiedad asociada al tratamiento ventilatorio. Por otro lado, el conocimiento por parte de personal de enfermería, de los diferentes dispositivos y distintas modalidades ventilatorias es básico para garantizar una satisfactoria tolerancia de la técnica.

Con la finalidad de obtener el mayor rendimiento de la terapia respiratoria se hace prioritario conseguir una adecuada sincronización entre el respirador y el paciente, constituyendo por ello un pilar básico la educación sanitaria llevada a cabo por enfermería.

Conclusiones.

Las complicaciones derivadas de la aplicación de VNI en pacientes con IRA son frecuentes aunque en general poco importantes.

Más de un tercio de pacientes van a presentar al menos 1 complicación, siendo la lesión cutánea nasofrontal y la irritación ocular las más frecuentes.

La permisividad de una fugas tolerables por el paciente y ventilador, así como el retirar la VNI lo antes posible, cuando la situación clínica lo permita, podrían disminuir los riesgos para el paciente. Enfermería juega un importante papel en el éxito de la técnica, favoreciendo la tolerancia de los dispositivos faciales y disminuyendo la incidencia de complicaciones.

**BIBLIOGRAPHY:**

- 1 – Brochard L, Mancebo J, Wyzocki M, Lofaso F, Conti G, Rauss A, Simonnea G, Benito S, Gasparetto A, Lemaire F, Isabey D, Harf A. Noninvasive Ventilation for Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 1995; 333: 817-22.
- 2 – Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Early use of noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general wards: a multicenter randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 1931-5.
- 3 – Lightowler JV, Wedzicha JÁ, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 185-189.
- 4 - British Thoracic Society Standards of Care Committee. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax* 2002; 57: 192-211
- 5 – Antonelli M, Conti G, Rocco M, Bufi M, De Blasi RA, Vivino G, Gasparetto A and Meduri U. A comparison of noninvasive positive pressure ventilation and conventional mechanical ventilation in patients with acute respiratory failure. *N Engl J Med* 1998; 339: 429-35.
- 6 – Hess D. The Evidence for Noninvasive Positive-Pressure Ventilation in the Care of Patients in Acute Respiratory Failure: A Systematic Review of the literature. *Respir Care* 2004; 49: 810-829.
- 7 – Carlucci A, Richard JC, Wisocky M, Lepage E, Brochard L. SRLF Collaborative Group on Mechanical Ventilation. Noninvasive versus conventional mechanical ventilation: an epidemiologic survey. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 874-880.
- 8 – Metha S, Hill SN. State of the art. Noninvasive ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 540-77.
- 9 – International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine: Non-Invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. *Intensive Care Med* 2001; 27: 166 – 78.

**AUTHOR/S:**

Peiró Andrés M<sup>A</sup> \*; Sierra Talamantes C<sup>\*\*</sup>; Zamorano Lluesma M<sup>\*\*</sup>; Muñoz Izquierdo A<sup>\*\*\*</sup>

**TITLE:**

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA DEMORA PREHOSPITALARIA EN EL IAM EN LAS MUJERES

**TEXT:**

Introducción.-

Desde que se reconoció el papel crucial de la fisiopatología del infarto agudo de miocardio (IAM), se ha demostrado en numerosos estudios (GISSI I, ISIS-2, GUSTO1) que la reperfusión precoz de la arteria ocluida conlleva una disminución en el tamaño del infarto, una mejor función ventricular y una reducción de la morbimortalidad (1). Algunos autores han admitido que la aplicación del trombolítico reviste la misma urgencia que el tratamiento de la parada cardíaca (2)

En cuanto a las mujeres, diversos estudios advierten el riesgo de mortalidad precoz, y peor pronóstico en las mujeres, así como que se lleven a cabo menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres: los datos del National Registry of Myocardial Infarction 2 de EE.UU. advirtieron que el riesgo de mortalidad precoz en las mujeres jóvenes era mayor respecto a los hombres, disminuyendo progresivamente con la edad; aconsejando considerar a las mujeres jóvenes con IAM grupo de alto riesgo (3). Dándose la circunstancia de que en las mujeres hospitalizadas con cardiopatía isquémica es frecuente que se lleven a cabo menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres (4); este déficit en intervencionismo respecto a los hombres sucede a pesar de la superior gravedad evolutiva de la enfermedad coronaria en las mujeres (5).

El componente del retraso debido al paciente es responsable, según Weaver, de más del 65% del tiempo total desde el inicio de los síntomas a la iniciación de los tratamientos de reperfusión. Variables que se han asociado con el retraso son: la edad avanzada, el sexo femenino, el inicio de la clínica en la madrugada, la percepción de falta de severidad de la sintomatología o el desconocimiento por parte del paciente de su riesgo de sufrir cardiopatía isquémica (6).

En España, la incidencia del infarto agudo de miocardio (IAM) en las mujeres es inferior a la de los varones en todos los grupos de edad (7); y se manifiesta en la mujer con unos años de retraso respecto al hombre, el menor número de pacientes del sexo femenino en las UCIC se ha interpretado más como un efecto de discriminación por edad que por sexo (8). La consideración de estos estudios como indicativos de una menor frecuencia del IAM en la mujer, ha contribuido a la discriminación sufrida por las mujeres, en los programas de prevención primaria y secundaria (9).

En la Comunidad Valenciana el Registro PRIMVAC (Registro del Infarto Agudo de Miocardio en Valencia, Alicante y Castellón), ha recogido una muestra de 10.213 pacientes (2.408 mujeres, el 23,8%) que ingresaron en las UCIC de 17 hospitales de la Comunidad con el diagnóstico de IAM durante un periodo de cinco años (1995-1999) y ha permitido estudiar las diferencias en las características basales y evolutivas así como de tratamiento y procedimientos diagnósticos y terapéuticos entre mujeres y hombres. En el PRIMVAC, respecto a la administración de tratamiento trombolítico, el retraso total fue superior en el subgrupo de mujeres (mediana: 210 min) con relación a los hombres (mediana: 180 min). No hubo diferencias significativas en el tiempo puerta aguja entre ambos sexos. Las diferencias no se deben atribuir, por lo tanto, al sistema sanitario sino a la demora prehospitalaria (10). Las mujeres, los mayores de 74 años y los diabéticos han sido los subgrupos de pacientes en los que se ha observado mayores retrasos en acudir a los hospitales participantes. La mediana del retraso prehospitalario fue de 150 minutos en las mujeres, 140 en los mayores de 74 años, 137 en los pacientes diabéticos y 120 minutos en los varones (10).

Las conclusiones del estudio PRIMVAC, nos llevó a estudiar si también en nuestro hospital la demora podía atribuirse al paciente (demora prehospitalaria) nuestros resultados en una muestra de 38 hombres y 29 mujeres, al 13% de hombres y al 24 % de mujeres no se les aplicó trombolítico por demora superior a 360'. En los hombres la media de demora fue: 61' demora prehospitalaria, 32' transporte y 30' puerta- aguja. En las mujeres, la media de demora fue: 86' demora prehospitalaria, 37' transporte y 40' puerta- aguja. (11)

La confirmación de esta evidencia suscita nuestro interés por conocer la esencia, naturaleza y los motivos de este comportamiento; cuales son las razones por las que la mujer retrasa más la demanda de asistencia sanitaria. El objetivo de este estudio fue 1º Análisis de los fenómenos y las razones de la demora en la demanda de asistencia en las mujeres.

2º Conocer la percepción de la gravedad de las mujeres; pues pensábamos que ésta podría estar relacionada con la demora.

#### METODOLOGÍA.-

Mediante una entrevista y el relato biográfico, nuestro objetivo fue conocer las razones de la demora empleando un método descriptivo dentro del análisis cualitativo. Previamente informábamos cuál era el objetivo de nuestro trabajo; así como que con su testimonio podrían ayudar a que otras mujeres fueran bien asistidas, contribuyendo también a que los profesionales de la salud conociéramos mejor "las enfermedades del corazón en las mujeres"; pedíamos su consentimiento para participar asegurándoles la confidencialidad de su identidad y de los datos que pudieran identificarlas.

La fuente de información fue una entrevista semi-estructurada, con preguntas cerradas y abiertas; siendo cerradas las preguntas sobre la percepción o no de la gravedad de los síntomas, y abiertas las preguntas relativas a las razones por las que se demoraron en la petición de la asistencia sanitaria; el entrevistador adoptó el rol de observador participante; la recogida de datos durante la entrevista se realizó mediante grabación-trascripción de la misma; de cada entrevista se evaluó la validez y fiabilidad de las narraciones, en algún caso se confirmó la fiabilidad de la narración con el testimonio de sus familiares. El número total de entrevistas fue de 34, y se consideraron válidas para el estudio 31, por constatarse incongruencias en tres de ellas.

El escenario del estudio (unidad de observación) fue la Unidad Coronaria dentro de las primeras 24 horas del ingreso, si el estado de la paciente lo permitía. El análisis de los datos se realizó con categorizaciones posteriores a la recogida de los datos.

#### RESULTADOS.-

En cuanto a la percepción de la gravedad el 40 % afirma no percibir la gravedad, el 60 % la percibe; no apreciándose relación con el tiempo de demora.

De la categorización de las causas destacan tres categorías principales manifestadas por las mujeres 1º Evitar causar problemas a la familia 2º Acabar de realizar las tareas domesticas. 3º La confusión o dificultades en el diagnóstico por parte del profesional sanitario que le atendió.

1º Evitar causar problemas a la familia: fue una de las razones que correspondió a las mujeres de más edad "no acudí al médico porque estoy harta de estar enferma y no quería molestar"; " no quise asustarles, cada uno tiene su trabajo y espere a que mi marido llegara a casa"; otra mujer también supeditó las necesidades de su hija, a la que acompañó a una consulta médica, a sus propias necesidades, a pesar de encontrarse en el hospital: "me encontraba con mi hija en la consulta, pero me callé, mi hija me precisaba..."

2º Acabar de realizar las tareas domésticas: aportó también interesantes comentarios "sentí dolor y me deje caer en una silla, pensé que eran nervios y cuando pude seguí haciendo la comida", otra testimonio de una mujer anciana que vivía sola con su marido nos dice: "me dio después de cenar, pero no quería dejar a mi marido solo, como me levanté varias veces, puse la lavadora para dejar la casa en orden...por la mañana llamé a mi hijo"

3º Dificultades o error en los diagnósticos: esta causa de demora prehospitalaria pudo ser debida tanto a la propia mujer o su familia que no reconoce la gravedad del episodio, ("pensé que eran nervios") como en otros casos a los profesionales de salud, si esta demora se debe a la confusión de diagnóstico; quizás el testimonio más duro fue el de una mujer de mediana edad que ingresó en la UC por IAM, tras acudir en cinco ocasiones a puertas de urgencias y ser diagnosticada de una mastitis remitiéndola a su domicilio; esa confusión de diagnóstico implicó después al médico de cabecera que confió en el diagnóstico hospitalario. Esta mujer relató que más tarde tuvo un intenso

andando quince minutos, no me hizo ninguna exploración, leyó los informes que le llevé y me dijo que si quería me fuera al hospital por mi cuenta....llamé a mi familia y cogí un taxi...”

Otros testimonios reflejan que la demora se debió a dos causas; evitar causar molestias a la familia y a las dificultades de diagnóstico: “me calle hasta que cerraron el bar, después me mandaron al consultorio me dieron un pinchazo y me mandaron a casa, pero mi hijo no lo vio claro y me ha traído al hospital...” “ me dio el dolor por la noche y no llamé a mi hija...en el ambulatorio me dijeron que eran aires, al día siguiente volví y me mandaron al hospital...”

#### CONCLUSIONES.-

No se evidencia relación directa entre la percepción de la gravedad y la demora prehospitalaria. La causa de la demora es atribuible en ocasiones a la propia mujer que antepone no alterar la situación familiar a sus propias necesidades, y en ocasiones a las dificultades o confusión en el diagnóstico.

Se hace necesario seguir profundizando en el estudio de las diferencias entre sexos, estudiar las razones por las que en las mujeres se llevan a cabo menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como es preciso avanzar en la realización de campañas de educación sanitaria específicas para las mujeres y aunque en los últimos años se observa mayor atención a la mujer en las campañas sanitarias, todavía se hace fundamental seguir insistiendo tanto en la sociedad como entre los profesionales de la salud: “el infarto de miocardio también es cosa de mujeres.”

#### BIBLIOGRAPHY:

1. Braunwald E. Myocardial reperfusion limitation of infarct size, reduction of left ventricular dysfunction and improved survival: should the paradigm be expanded ? *Circulation*. 1989; 79: 441-444.
2. Rawles MJ, Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy; five-year results of the Grampian region early anistreplase trial (GREAT). *Am J Coll Cardiol*. 1997; 30: 1181-6)
3. Vaccarino ... Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *N Eng J Med*. 1999; 341: 217-25
4. Ayanian JZ and Epstein AM. Differences in the Use of Procedures between Women and Men Hospitalized for Coronary Heart Disease *N Engl J Med*. 1991; 325: 221-5
5. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM et al. For the Survival and ventricular Enlargement Investigators. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med*. 1991;325:226.
6. Weaver WD. Time to thrombolytic treatment: Factors affecting delay and their influence on outcome. *J Am Coll Cardiol*. 1995; 25 (Suppl: 3S-9S).
7. Marrugat J, Elosua R y Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55: 337-46
8. Ceniceros I, Gómez L, Rueda Y, Cabades A, Cebrián J, Palencia M et al. Muerte tardía súbita intrahospitalaria en el infarto agudo de miocardio ¿Ha variado su incidencia? *Med Intensiva*. 1996; 20 (Suppl 1): 9.
9. Bush TL. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann N Y Acad Sci*. 1990; 592:263-71; discussion 334-45. Review.
10. Echánove I, Cabadés A, Pérez G. El IAM en las Mujeres. Registro PRIMVAC. INSVACOR 2002. Valencia.
11. Peiró Andrés MA, Sierra Talamantes C, Muñoz Izquierdo A, Zamorano Lluesma M. La demora en la aplicación del tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio. Estudio por sexos. *Enferm Cardiol*. 2005; Año XII: (34):25-28.

**AUTHOR/S:**

Sylvie Cossette, PhD, Sonia Heppell, MSc., Alain Vadeboncoeur, MD., Danielle Perreault, BSc., Nancy Frasure-Smith, PhD, Margaret Purden, PhD. Patrick St-Pierre, étud BSc., Louis-Xavier D'Aoust, étud BSc

**TITLE:**

CHARACTERISTICS OF PATIENTS AT RISK OF REPEATED VISITS TO A CARDIOLOGIC EMERGENCY DEPARTMENT

**TEXT:**

1. Objectives: Patients with cardiac diseases are at high risk of repeated visits to the emergency department because of clinical (complexity of these diseases, co-morbidities, poly-medication) and socio-demographic (old age) factors (1-4). Moreover, the concept of - readiness for discharge- implies that, in addition to clinical stability, the patient and his family must understand the disease and its treatment (5). Our clinical experience suggests that this understanding needs to include the control of the health problem by the patient and a family member/care-giver, the assiduity with the recommended treatment and the possibility to benefit from an out-patient follow-up. However, it is not clear which of these factors are the more important in predicting emergency return . We are currently developing a nursing model of discharge planning at the emergency department at the Montreal Heart Institute (MHI) based on an extensive literature review (5;6) and our clinical and research experience. In addition, we carried out a study to identify the characteristics of patients with high risk of returning to the emergency department in order to develop the model based on clinical evidences. This presentation illustrates the results of this study funded by the Groupe de recherche interuniversitaire de Montréal (GRISIM) and by the Groupe de recherche interuniversitaire sur les urgences (GIRU).

2. Methods: This case-control study includes a chart review to identify the characteristics of the 1155 patients who returned between April 1, 2003 and March 31, 2004 to the Emergency Department (Emergency Department Revisit : EDR) after a first visit and those of the 9069 patients without EDR. A random sample of 300 charts was selected: 150 from each group. Data were collected in the charts on several socio-demographic and clinical variables (e.g. age, gender, co-morbidities). Patients were grouped into four categories: those without any EDR during the year (low users), those with only < 1 month EDR (short-term users), those without < 1 month EDR but with > 1 month EDR (long-term users), and those with both < 1 month and > 1 month EDR (high-users). Associations of selected independent variables with the four EDR groups were carried out using cross-tabulations and ANOVAs. Post-hoc tests were performed to identify between which groups the differences belong.

3. Findings: Results show that the high-user group was older in comparison to the low-user group ( $p = .014$ ) whereas no differences were found with the long-term and short-term user group. Patients in the high-user group had a mean of 3,11 comorbidities; this value is significantly higher than the low-user (mean of 1.69) and the short-term user groups (mean of 2.01). Particular health problems such as arrhythmia and chest pain (typical or atypical) did characterize the high-user group.

4. Conclusions: This study will help to design the intervention model by taking into account the characteristics of the clientele. The model will be evaluated in a future step.



**BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Vadeboncoeur A, Kennedy W, Borudages T, Vaillant L, Perreault D, Poirier D et al. Risk factor predicting return to the Emergency Department by patients using the Emergency Department of the Montreal Heart Institute. Poster presentation at the 2nd Mediterranean Emergency Medicine Congress 2003; Barcelona (American Association of Emergency Physicians and European Society for Emergency Medicine).
- (2) McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Acad Emerg Medicine* 2003; 10(12):1362-1370.
- (3) McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Medicine* 2000; 7(3):249-259.
- (4) Fethke C, Smith IM, Johnson N. Risk factors affecting readmission of the elderly into the health care system. *Med Care* 1986; 24(5):429-437.
- (5) Ashton CM, Wray NP. A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. *Soc Sci & Medicine* 1996; 43(11):1533-1541.
- (6) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2004; 2.

**AUTHOR/S:**

Cibele Grothe, MSc; Angelica Belasco, PhD; Ana Bettencourt, PhD; Lucila Vianna, PhD; Dulce Barbosa, PhD.

Institution: Department of Nursing, Federal University of São Paulo, Brazil.

**TITLE:**

LETALITY OF ENDOCARDITIS AMONG HEMODIALYSIS PATIENTS WITH A CENTRAL VENOUS CATHETER

**TEXT:**

**Introduction:** Advances in medical technology have paradoxically increased the incidence of new forms of endocarditis. Nosocomial endocarditis is generally induced by invasive procedures or intravascular devices and is responsible for around 10% of endocarditis cases (1,2,3).

**Objectives:** To evaluate the prevalence of endocarditis among hemodialysis patients with a central venous catheter (CVC), identify the microorganisms isolated from the bloodstream and evaluate these patients clinical progression.

**Methodology:** This was a prospective study of a cohort, performed within the Nephrology Service of Unifesp, in 2003. All patients undergoing hemodialysis treatment who were utilizing a CVC and had bacteremia were included in study. Confirmation of the diagnosis of endocarditis was obtained via blood culturing and transthoracic and transesophageal echocardiography (4). The patients were followed up throughout the treatment to verify their clinical progress.

**Results:** Ninety four of 156 patients with bacteremia were studied. There were no statistically significant differences between the groups with and without endocarditis in relation to sex, average age, race and primary disease. Twenty seven patients (28.7%) had a confirmed diagnosis of endocarditis. Of these, eight (29.6%) patients underwent surgical treatment and had a good clinical evolution; 19 patients underwent clinical treatment and 15 (79%) progressed to death. The average length of time between the onset of symptoms (bacteremia) and the diagnosis of infectious endocarditis was 16 days. The length of hospital stay (39 vs. 29 days,  $p < 0.001$ ) and duration of catheterization (22 vs. 19 days,  $p < 0.05$ ) were significantly greater in the group with endocarditis (Table 1). The microorganisms isolated in blood cultures from the 27 patients were: 20 (74%) *Staphylococcus aureus*, of which 11 (55%) were *S. aureus* methicillin-sensitive (MSSA) and 9 (45%) were *S. aureus* methicillin-resistant (MRSA); 5 (18.5%) Gram-negative bacteria (18.5%); and two (7.4%) fungi (Table 2). The lethality rate for the infectious endocarditis was 55% (Table 3).

Table 1: Sociodemographic and clinical characteristics of patients undergoing hemodialysis by central venous catheter who presented bacteremia and evolved with endocarditis.

	Endocarditis (+) (N=27)	Endocarditis(-) (N=67)	Odds (IC95%)
Sex			
Male	18 (66.6)	33 (49.2)	
Female	9 (33.4)	34 (50.8)	
Age (mean)	46 (14-94)	53 (19-68)	
Race			
White	14 (52.0)	40 (59.7)	
Non-white	13 (48.0)	27 (40.3)	
Basic disease†			
Hypertensive disease	18 (66.0)	38 (56.7)	
Metabolic disease	12 (44.4)	23 (34.3)	
Autoimmune disease	4 (14.8)	11 (16.4)	
Cardiopathy	4 (14.8)	12 (17.9)	
Neoplastic disease	----	3 (4.5)	
Catherization time (mean)*	22 (4-40)	19 (2-90)	2.52 (1.00-6.61)
Hospital stay (mean)**	39 (24-73)	29 (5-120)	5.36 ( 2.36-11.97)

The values are presented as n (number of patients) and percentage (%); or as mean and range.

† Some patients presented more than one associated basic disease; \* p = 0.04; \*\* p < 0.001

Table 2: Microorganisms isolates from patients' blood cultures

	Endocarditis (+) (N=27)	Endocarditis (-) (N=67)
Gram-positive*	24 (63.1)	38 (42.2)
MSSA	11 (55.0)	19 (57.5)
MRSA9 (45.0)	9 (45.0)	14 (42.2)
Gram-negative	12 (31.6)	46 (51.1)
Gram-negative S	5 (41.6)	28 (60.8)
Gram-negative MR	7 (58.3)	18 (39.2)
Fungi	2 (5.3)	6 (6.6)

The values are presented as n (number of bacteria isolated) and percentage (%). \*p < 0.001

Table 3: Complications, treatment and evolution of patients with endocarditis

	Endocardite (+) (N=27)
Complications	
Embolism	4 (11.4)
Cardiac insufficiency	13 (37.1)
Sepsis	18 (51.4)
Treatment	
Clinical	19 (70.4)
Surgical	8 (29.6)
Evolution	
Discharge	12 (44.4)
Death	15 (55.6)
Cause of death	
Sepsis	8 (53.3)
Embolism	2 (13.3)
Cardiac insufficiency	5 (33.3)

The values are presented as n (number of bacteria isolated) and percentage (%).

Conclusions: The prevalence of infectious endocarditis among the patients with CVC for hemodialysis was 28%. The microorganism most frequently isolated was *Staphylococcus aureus* (77.8%) and, of these, 44% were MRSA. High lethality was observed in this population. These data underscore the urgency of the adoption of preventive measures and periodic training of healthcare professionals regarding the care given to patients with central venous catheters for hemodialysis.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Hoen B, Alla F, Béguinot I et al. Changing profile of infective endocarditis-results of a one-year survey in France in 1999. *J. Am. Med. Assoc*, 2002; 288: 75-81.
2. Fowler VG, Li J, Corey GR et al. Role of echocardiography in evaluation of patients with *Staphylococcus aureus* bacteremia: experience in 103 patients. *J. Am. Coll. Cardiol*, 1997; 30: 1072-1078.
3. Hoen Bruno. Infective endocarditis: a frequent disease in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2004; 19: 1360-1362.
4. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994;96:200-9.

**AUTHOR/S:**

Marilyn Aita, RN, Ph.D. (cand.) & C. Céleste Johnston, RN, D.Ed.  
School of Nursing, McGill University, Canada

**TITLE:**

Effect of a Sensory Minimization Intervention on the Physiological Stability and Pain Response of Preterm Neonates

**TEXT:**

**Background.** NICU (Neonatal Intensive Care Unit) environmental light and noise have been documented as inciting noxious stimuli over the past 20 years and remain major sources of stimulation identified as creating physiological instability in preterm neonates. There is also growing theoretical knowledge that non-painful sensory stimulations may affect pain response of preterm neonates, further supporting the importance of limiting preterm neonates' exposure to light and noise in the NICU (Anand & Scalzo, 2000).

**Objective.** The objective of this study is twofold: a) evaluate the physiological stability of 28 to 32 weeks post-conceptual age preterm neonates wearing eye goggles and earmuffs for a 4-hr period in the NICU; b) evaluate the pain response of 28 to 32 weeks post-conceptual age preterm neonates during a painful procedure (heel lance) following a 4-hr period wearing eye goggles and earmuffs in the NICU.

**Methods.** A prospective crossover experimental design where preterm neonates serve as their own control group is use to evaluate the effect of the intervention on physiological stability and pain response. The intervention consists of having preterm neonates wear eye goggles and earmuffs for a 4-hr period, ending with the painful procedure of heel lancing. The preterm neonates are randomly assigned, using sealed envelopes, to one of the following group sequences: starting with intervention (A), then control (B), or starting with control (B), then intervention (A). A 20-hr period is allocated between the group sequences to allow a wash-out of the intervention and prevent a carry-over effect. **Settings and Sample.** Data is collected in three university-affiliated teaching hospitals in the Montreal region (Québec, Canada), which all have a level III NICU. A convenient sample of 80 preterm neonates is targeted. The sample size was calculated based on statistical formula with an expected effect size of 0.5, an alpha of 0.05, and a beta of 0.80. An attrition rate of 10% has been considered. There are presently 18 preterm infants recruited in the study.

**Outcome Measures.** The physiological stability is measured by the variation of the mean heart rate, oxygen saturation, and heart rate variability over the 4-hr period of the intervention and control sequences. The SNAP (Score for Neonatal Acute Physiology) and the NTISS (Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System) are also used to obtain a physiological severity score. The pain response is measured by the variation of mean heart rate, oxygen saturation, and heart rate variability over the five phases of the heel lancing procedure. The salivary cortisol also serves as a biophysical measure for pain response. The physiological outcomes are collected using an ECG monitor that fed in a Compumedics or a Somté System.

**Findings.** The results will follow the completion of data collection (currently in progress and preliminary results should be available at the time of the conference). The effect on the intervention on the outcome measures will be analyzed using MANCOVA (Multiple Analyses of Covariance).

**Clinical Implications.** This research contributes to the body of knowledge in neonatal care by evaluating an innovative intervention that can be performed by neonatal nurses and that has the objective of reducing the stress and pain response in preterm neonates. The findings of this study will potentially provide empirical evidence for the establishment of neonatal care guidelines and may have a prospective effect on the growth and development of 28 to 32 weeks post-conceptual age preterm neonates.

**BIBLIOGRAPHY:**

Anand KJS Scalzo FM. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biology of the Neonate*. 2000; 77: 69-82.

**AUTHOR/S:**

C.M. Astley, D.P. Chew, P.E. Aylward, D. Molloy and C.G. De Pasquale.  
Department of Cardiac Services, Flinders Medical Centre, Bedford Park, South Australia, Australia

**TITLE:**

Audiovisual Information Delivery Does Not Improve The Quality Of Informed Consent In Coronary Angiography

**TEXT:**

Coronary angiography carries significant risks. True informed consent requires patients to assimilate a large amount of information to assess their risk and expected benefit. Previous studies of the medical consent process suggest that patient recall and comprehension are poor. In the current medico-legal environment, this is cause for concern. We sought to compare verbal, written and animated audio-visual information delivery for coronary angiography by measuring recall, satisfaction and anxiety.

One hundred consecutive cardiac patients at Flinders Medical Centre were randomised (1:1:1) to receive one of three information delivery methods. The information content was standardised by a department-approved Coronary Angiogram Risk Proforma, which explained the procedure and defined 12 specific risks. A questionnaire to assess recall, satisfaction and anxiety was administered at three different time points: immediately post-consent, 24 hours post-procedure and at 30 days. Scaled scores of recall, satisfaction and

Patients were 64(56,72) years old. Information delivery method had no effect on recall of risks at any time-point ( $P=0.2,0.7,0.5$ ). Recall scores immediately prior to procedure were verbal: 3.5/12(2,5), written: 4/12(3,5) and audiovisual: 4/12(3,6). Effect of delivery method on satisfaction and anxiety were measured on a self-reported scale from 1-5, with 5 representing very satisfied or very anxious. There was no significant effect on satisfaction: verbal; 5(4,5), written; 4(4,5) and video; 4(4,5), or on anxiety: verbal; 3(2,4), written; 3(2,4) and video; 3(2,4).

Despite careful design of an innovative audio-visual delivery technique aimed at optimising comprehension and aiding memory, recall of information was uniformly poor. It may be that modes of information delivery are not the key to patient assimilation of complex medical information.

**BIBLIOGRAPHY:**

## References

1. Robinson G, Merav A. Informed consent: recall by patients tested postoperatively. *Ann Thorac Surg* 1976;22(3):209-12.
2. Narumi J, Miyazawa S, Miyata H, et al. Patients' understanding and opinion about informed consent for coronary angiography in a rural Japanese hospital. *Intern Med* 1998;37(1):18-20.
3. Armstrong AP, Cole AA, Page RE. Informed consent: are we doing enough? *Br J Plast Surg* 1997;50(8):637-40.
4. Shurnas PS, Coughlin MJ. Recall of the risks of forefoot surgery after informed consent. *Foot Ankle Int* 2003;24(12):904-8.
5. Katz J. *Silent World of doctor and patient*. 1984.
6. Post SG E. *Encyclopedia of Bioethics*. 2004;2(3rd edition):1354-61.
7. Gutman J, Gutman J. The right not to know and coronary angiography: is the common law of Australia consistent with patients' wishes? *J Law Med* 2002;10(2):168-73.

**AUTHOR/S:**

TAHERE,SALIMI - LEILI,SHAHBAZ I - FARAHAZ,FARNIA - SHAHNAZ,MOJAHED -  
 MOHAMMADHOSSEIN,AHMADIEH - MOHAMMADHASSAN,DEHGHANPOUR  
 KHADIJE, NASIRIANI

**TITLE:**

THE EFFECTS OF EDUCATION ON CALCULATE MEDICATION DOSAGE SKILLS  
 IN NURSING STUDENTS

**TEXT:**

**INTRODUCTION:**Nurses are expected to carryout a lot of different tasks in their professional occupation. Administering the correct dosage of a drug is a shared responsibility between the physician who orders the drug and the nurse who carries out that order . The nurse is legally liable for any drug administrate .Mathematical skills important for nurses in calculating medication dosage, the nurse have administered incorrect dosage of drug to patient by mistake , sometimes with life threatening consequences. This errors can be explained by stress , but are often a result of insufficient arithmetic understanding and training . Drug dosage calculation can be worrying for nurse students .

**MATERIAL AND METHOD**\*General objective:

To compare between the effects of education by lecture and small group on calculating medication dosage skills in nursing students .

\*Type of study : Clinical Trial

\*Sampling procedures : The samples were all of nursing students of Shahid Sadoughi university (85 students) that divided two groups: lecture and small group .

\*Data collection :The questionnaire was included essential arithmetic skills (decimal points , fractions ,change of units , approximate values , rounding off , percent and equations )

\*Data analysis :The data were analyzed using SPSS .

**FINDIG**In this study the answer sheet of 85 participants (76 female S,9 male )in the exam were analyzed .

44 persons were in the lecture and 41 persons in the small group .

26 persons were students of 3rd , 28 persons were students of 5th , and 31 persons were students of 7th semester .

The results of this study summarized in tables numbers 1 to 3 .

Table 1 :Mean score difference in pre & post education by lecture

Mathematical skills	Pre mean score	Post mean score	Mean score difference	S.D
fractions	0.77	0.97	0.2	0.23
Equations	0.79	0.98	0.19	0.23
Rounding off	0.25	0.52	0.27	0.59
percent	0.73	0.69	0.23	0.42
Change of units	0.73	0.96	0.23	0.48
Decimal points	0.6	0.89	0.29	0.3
Approximate values		0.34	0.88	0.54
total	4.21	6.16	1.95	1.22
P = 0.000				

Table 2 :Mean score difference in pre & post education by small group

Mathematical skills	Pre mean score	Post Mean Score	S.D	of difference	S.D
fractions	0.77	0.98	0.21	0.22	
Equations	0.78	0.98	0.2	0.22	
Rounding off	0.32	0.49	0.17	0.59	
percent 0.73	0.56	0.22	0.48		
Change of units	0.71	0.95	0.24	0.44	
Decimal points	0.64	0.93	0.29	0.36	
Approximate values		0.23	0.93	0.7	0.3
total	4.8	6.21	2.03	1.36	

P = 0.000

**BIBLIOGRAPHY:**

BSc in general nursing

MSc in education of child &family health nursing

Ph.D in nursing education administration

faculty member in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

associate dean of research in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

chair of research comitteeof nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of editorial board in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of educational development cente in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)



**AUTHOR/S:**

A.D. Biron, McGill University; M-C. Richer, McGill University; C. Rochefort, Université de Montréal.

**TITLE:**

Exploring the meaning and use of the concept of patient outcomes in nursing through concept analysis

**TEXT:**

**Objectives:** The main objective of this concept analysis was to clarify the concept of patient outcomes as used within nursing. A secondary objective was to explore the contextual forces driving its popularity.

**Methods:** Rodgers evolutionary method of concept analysis was adopted for its emphasis on the context of use. A CINHALL© search performed using the keywords patient and outcomes and related terms resulted in 466 articles from which a random sample of 20% was identified. The titles and abstracts of articles were then screened independently by at least 2 authors for possible retrieval. Articles were selected if the title or abstract referenced any patient outcomes, one of the author was a nurse or published in a journal targeting nurses. Communication abstract, audio material and thesis dissertation were excluded from the analysis. Following this process, a total of 82 articles were included for review.

**Findings:** Data analysis resulted in 3 distinct attributes namely: it describes a patient's state, it is sensitive to nurses' influence, and is measurable. An interaction between a patient and the nurse is a necessary antecedent to patient outcomes occurrence. The consequences, what happens once the outcome has been measured, are less clear. How patient outcomes data could be used once measured to improve practice at the unit level has been rarely discussed. Major contextual factors are mainly responsible for the importance patient outcomes measurement has taken. Patient outcomes data have been used to guide cost cutting interventions as health care systems has undergone major changes in the past decade in most OECD countries. At the same time, quality care assessments also shifted to target the outcomes of care. Mounting tensions between both phenomena served as a catalyst for the sustained interest in outcomes at the detriment of potential use at the clinical level to improve practice. Both parties have relied heavily on quantitative data collection means. Qualitative approaches to patient outcomes monitoring have been seldom present.

**Conclusion:** The possible benefits of patient outcomes measurement at the unit level should be explored further to identify effective intervention. Data should not be limited to quantitative realm but include qualitative approaches which would potentially bring a broader perspective on nurses' contribution to patient's health. In light of this, the patient outcomes movement certainly holds many promises but its contribution, to a certain extent, has yet to come.

**AUTHOR/S:**

Sinead Keeney, Professor Hugh McKenna, Robby Richey, Felicity Hasson, Dr. Marlene Sinclair, Professor Brenda Poulton

**TITLE:**

AN EXPLORATION OF INNOVATIVE NURSING AND MIDWIFERY ROLES IN NORTHERN IRELAND

**TEXT:****INTRODUCTION**

Over the past decade there has been a proliferation of new nursing and midwifery roles. These roles have escalated as a result of national and regional policy (1), the effects of changes to medical working practices (2) and the on-going practice and professional development in nursing (3). There is a dearth of research into how these roles were introduced, their prevalence and their effectiveness (4). Studies have shown the importance of proper planning for new roles within the employing organisations (2) and ensuring that adequate resources were available to the post holder (5). The provision of support from nurse managers and senior clinicians is considered vital for role development (6).

Confusion can exist regarding the 'scope of practice' of new roles (7). This lack of clarity about the scope of the innovative role may have contributed to the concern that the introduction of specialists into an area has the potential to de-skill generic staff (8,9). The confusion is not relieved by the variety of job titles that post holders possess (3). Concern remains that nurses and midwives in new roles have simply taken on duties that were previously the remit of other professions and this has diluted nursing and midwifery care.

**AIM OF THE STUDY**

The aim of this study was to conduct an exploration of innovative nursing and midwifery roles and associated levels of practice, across the eighteen Health and Social Services (HSS) Trusts and four Health and Social Services Boards in Northern Ireland.

**DEFINITION OF INNOVATIVE NURSING AND MIDWIFERY ROLES**

At the outset of the project NIPEC provided the researchers with the following definition of innovative roles:

"Roles occupied by registered nurses or midwives that function outside the traditional hospital and community nursing and midwifery clinical structures, for example, Staff Nurse/Midwife, Ward Sister/Charge Nurse or other Ward Manager titles, District Nurse, Health Visitor, School Nurse, Community Psychiatric Nurse and also excluding Nurse Consultant positions."

**ENRiP PROJECT**

The Exploring New Roles in Practice (ENRiP) project was undertaken in the UK between 1996 and 1998. Its recommendations focused on: setting up new roles; management issues; professional issues; resource issues; education, training and professional development; effectiveness and outcome measurement; the future; and strategic issues.

**METHODOLOGY**

Stage One - Semi-structured interviews were completed with the eighteen Trust Executive Directors of Nursing, the four Board Chief Nurses and the four Board Directors of Primary Care.

Stage Two - The second stage comprised a postal survey with innovative post holders in nursing and midwifery throughout Northern Ireland, 614 questionnaires were distributed postally with a response rate of 74% (n=454).

Stage Three - The third stage involved six case studies with innovative post holders. The case studies focused on roles in midwifery, community nursing, primary care, mental health, acute care

and a non-clinical post.

## FINDINGS

Stage 1 Findings: Interviews with Directors of Nursing, Chief Nurses and Directors of Primary Care  
Stimuli and support for innovative roles

Participants were supportive of the development of innovative nursing and midwifery roles and acknowledged the importance of managerial support and a carefully devised infrastructure to assist the post holders to fulfil their role effectively. Drivers identified as underpinning the development of new roles included; national and regional policy, the emphasis on professional development in nursing and midwifery, the changing healthcare service and altering patient needs, and the influence of individual nurses and midwives who had recognised a service need.

### Impact of innovative roles

Patient/client care was noted to have been positively influenced by new role development. Innovative roles had developed practice and post holders were being used as a resource for knowledge, skills, training and education by other staff. There was some concern that the introduction of new roles could lead to the de-skilling of more generic staff. The importance of the innovative post holder being recognisable as a member of the nursing/midwifery profession was also stressed. This anxiety emerged from the view that nurses and midwives could be used to fill the gaps in the workforce plans of other disciplines, notably medicine.

### Evaluation and value for money

Furthermore, most posts were funded on a fixed term temporary basis due to difficulties in obtaining long term funding for a new post at its inception. While the participants described the innovative roles as being value for money, it was accepted that this was difficult to assess. There was an acknowledgement of the need for evaluation and audit.

Stage 2 Findings: Postal survey of innovative post holders in nursing and midwifery

### Demographic findings

The majority of innovative roles had been established since 2000. Many respondents had contracts that required them to work part of the time in an innovative role and part of the time as a generic nurse. The difficulty caused by such a job division is illustrated by the fact that 66.7% (n=300) regularly worked more than their contracted hours in their innovative role.

### Innovative role job titles

The overabundance of job titles is reflected in the finding that 449 respondents (65.8%), were identified with 296 different job titles and of these 227 (76.7%) had the word nurse, sister, health visitor or midwife in their designation.

### Education, Training and Research

Education levels of respondents were high with 81.8% (n=36) possessing a diploma, advanced diploma, first degree, masters degree or PhD. However, over half (59.1%, n=264) did note barriers, such as time and an inability to get their post covered, to obtaining further education and training. Over a third (37.1%, n=167) had undertaken research in their current role, though of these only 51 (11.3%) had had the research published.

### Job description and role assessment

Most respondents (92.4%, n=416) had a current job description, these were considered to reflect the post holder's current role either reasonably well (52.4%, n= 236) or very well (19.3%, n=87). IPR/appraisal was the most common method used to assess the post holder's performance, though for 10% (n=45) their performance was not assessed at all.

### Factors that aid and hinder effective working

The main factors identified by participants, which ensured that they could work effectively in their innovative role were: support for the role (notably from management level); personal skills and knowledge; clinical supervision; and teamwork. The main barriers to working effectively included: lack of facilities/resources/space; lack of secretarial support; and lack of support from management.

#### Stage 3 Findings: Case studies with innovative post holders

Six case studies were undertaken with roles in community nursing, acute care, mental health, midwifery, primary care and a non-clinical role. The case studies confirmed the findings from the previous two stages. Effectively fulfilling the scope of their innovative role was influenced strongly by the skills of the individual, not only on a professional level but also on a personal one; these posts had evolved as they gained experience in the role. This was related to their ability to build good relationships with patients/clients and other colleagues, both within and outwith the post holder's profession. The impact of the roles on patient/client care and on the development of nursing/midwifery practice was also evident.

#### CONCLUSIONS

The findings from this study illustrate that there is substantial activity with regard to innovative nursing and midwifery role development in Northern Ireland's HPSS, particularly since 2000. This activity has been influenced by a number of factors that have combined to encourage role development. The planning and development of these innovative roles needs careful consideration with an infrastructure developed which will both provide support for the role and a means of evaluating the impact of the role on the service. This study has provided verification that ongoing professional development in nursing and midwifery has been influenced positively by the establishment of innovative roles. This study also evidenced the positive impact on patient care resulting from role development.

#### BIBLIOGRAPHY:

- (1) Roberts-Davies M. & Read S. (2001) Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. *Journal of Clinical Nursing* 10, 33-43
- (2) Cameron A. & Masterson A. (2000) Managing the unmanageable? Nurse Executive directors and the new role in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (5) 1081-1088
- (3) Read S., Lloyd Jones M., Collins K., McDonnell A., Jones R., Doyle L., Cameron A., Masterson A., Dowling S., Vaughan B., Furlong S. & Scholes J. (2001) Exploring new roles in practice: implications of developments within the clinical team (ENRiP). School of Health and Related Research (SchARR), University of Sheffield, Sheffield [www.shef.ac.uk/content/1/c6/33/98/enrip.pdf](http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/33/98/enrip.pdf) - accessed June 2004
- (4) Buchan J. & Daz Pol M. (2002) Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organisation*. 80 (7) 575-580
- (5) Collins K., Jones M.L., McDonnell A., Read S., Jones R. & Cameron A. (2000) Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine. *Journal of Nursing Management* 8 3-12
- (6) Wilson-Barnett J., Barriball K.L., Reynolds H., Jowett S. & Ryrie I. (2000) Recognising advancing nursing practice: evidence from two observational studies. *International Journal of Nursing Studies* 37, 389-400
- (7) Jamieson L. & Williams L.M. (2002) Confusion prevails in defining advanced nursing practice. *Collegian* 9 (4) 29-33
- (8) Jack B., Hendry C. & Topping A. (2004) Third year student nurses perceptions of the role and impact of Clinical Nurse Specialists: a multi-centred descriptive study. *Clinical Effectiveness in Nursing*. : 39-46
- (9) McGee P. & Castledine G. (1999) A survey of specialist and advanced nursing practice in the UK. *British Journal of Nursing* 8 (16) 1074-1078

**AUTHOR/S:**

Christoph Schweikardt, Medical Ethics and History Department, Ruhr University Bochum, Germany  
Susanne Kreutzer, Institute of Sociology, Hannover University, Germany

**TITLE:**

Dilemmas of German nursing in the light of structural conditions and prevailing nursing concepts in the 19th and 20th century

**TEXT:**

In July 2005, a scientific report of the Nurses Early Exit Study published findings about a crisis of the German nursing profession. They recorded a highly motivated and committed professional group, but a low perception of the professional image, a very high effort-reward imbalance, high work demands in all areas of nursing, low health and work ability, even in the youngest age groups, and dissatisfaction with their working conditions which made nurses leave their profession. They stated that 18.5% of nurses wanted to leave the profession, mainly the younger and better educated nurses.

In this regard, we were interested in long-term structural processes which contributed to the situation in Germany today. With a focus on Prussia and Western Germany, we analysed significant developments in the 19th and 20th century. Very broadly, this period can be divided in four stages:

1. Between 1800 and the 1880s, the religious nurse model became predominant. In Prussia – the most important state of the German Reich, which was founded in 1871 –, there was a marked lack of central government involvement. This especially meant that, generally, no financial means for nursing education were provided. So the field was left to the religious communities which – very partially – filled the gap left by the inactivity of the state. So the Christian revival of the early 19th century led to a strong position of Catholic orders and Protestant Deaconesses. Nursing was part of their calling, and their devotion gained them high social prestige. Nursing education was practical, based on nursing traditions of the sisterhoods, and it was sometimes supported by physicians' lessons. Also Red Cross nursing, with a non-denominational but Christian approach, was formed according to the sisterhood model, when it was introduced in the 1860s. Given the high reputation and the work ethics of the sisterhoods, the second class of nurses, the uneducated nursing personnel, who had chosen nursing to make a living, was unable to compete, and it was neglected by the Prussian government.

2. Since the 1880s, the traditional sisterhood model of nurse training could keep up less and less with accelerating medical progress. It was replaced by the church-physician compromise model, whereby minimum standards were guaranteed. A voluntary state examination after one year training was introduced in Prussia in 1907, to be prolonged to two years in 1921. Physicians defined scope and content of medical theory to be taught in nursing schools, and nurses were supposed to function as auxiliaries for physicians. On the other hand, sisterhoods and local communities were largely given carte blanche: They could get their nursing schools state recognized and kept the responsibility for the structure of their nurse training. So the religious sisterhoods could retain the pre-eminence of religion in nurse training, and nursing as a calling turned out to be a model for other professional and even union-based nursing organisations. The advantage for the Prussian state laid in the fact that local communities and nursing organisations would organize – and pay the expenses for – nurse training. The interests of physicians, the state and the churches converged to the detriment of the idea to develop nursing into a secular profession of highly-trained women. Consequently, the large majority of educated middle-class women without a religious calling stayed out of nursing. Their input, however, would have been urgently needed in order to develop the nursing profession further. Propaganda, which praised nursing as the best suited occupation for women, could not outweigh the danger of infection, long working hours, extremely bad working conditions and the lack of social security.

3. The National Socialist period between 1933 and 1945 proved very important for a reinforcement of pre-World War I patterns into nursing. Especially the hierarchical structure with the physician as health leader and nurses as followers fitted very well into National Socialist ideology. Again, the sisterhoods served as a model: The National Socialist Sisterhood, which was founded to train a party elite, closely resembled religious sisterhoods albeit with a different ideology. Again, nursing suffered serious losses: We know of women of Jewish and Socialist origin who were driven into exile and contributed to the professionalisation of nurses in Great Britain.

4. The reconstruction period in Western Germany after the end of World War II showed remarkable continuity in the health system for at least one decade. Secularisation processes enforced the gradual retreat of church-based nursing. The erosion of the church-physician compromise model accelerated in the 1960s, whereas demands to educate a "professional nurse" or "college nurse" slowly gained momentum. Medical specialties and intensive care demanded more theory during nurse training. Later, nurse leaders propagated Anglo-American nursing as an example to follow. However, departure from physician control has been slow and incomplete. Until the 1980s, attempts to institutionalise further education in nursing proved extremely difficult. Critics maintained that the concept of the "professional nurse" came at the cost of important aspects of patient care – the emotional support, continuity of care and patient observation as well as the personal relationship provided especially by religious sisterhoods.

To conclude: History shows ambivalent strands concerning the development of nursing in Germany which result in serious dilemmas today: The strong religious sisterhood tradition fulfilled caring needs of patients based on an attitude difficult to introduce into secular nurse education. Although it is extremely difficult to measure the quality of care in the past, the high reputation of the church-based sisterhoods is a strong indication that we are faced with a history of losses concerning work ethics and the element of caring for patients.

There is a strong continuity of established patterns within the health system such as a hierarchy with a low status of nurses, and a lack of attractiveness. Nursing as a secular profession had little to offer for better-educated women for a large part of the 19th and the 20th century. With the late introduction of science into nursing, a large part of nurses is not prepared and trained to put new results of scientific research into practice. Nurse leaders who try to reform nursing education and the status of nurses within the health system should be aware that the formidable task of changing entrenched mentalities and attitudes is likely to take decades. With financial pressures rising and elites in society traditionally not supportive towards academic nursing, nursing in Germany is in the risk to face an increasing divide with a minority of high standard establishments and a widely deteriorating quality of care concerning both scientific and caring standards.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW". Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: 2005.

Hasselhorn H-M, Müller BH, Tackenberg P, editors. NEXT Scientific Report July 2005. Nurses' Early Exit Study - NEXT [cited 2005 September 16]. Available from: <http://www.next.uni-wuppertal.de/>.

Kreutzer S. Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main: Campus; 2005.

Robert Bosch Stiftung, editor. Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer; 2000.

Schweikardt C. Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik [habilitation thesis]. Bochum: Ruhr University Bochum; 2005.

**AUTOR/ES:**

M.C. Rojas Uceda; A. Camacho Barrera; M.A. Gómez España; T. Galván Ruiz; I. Sanz Sánchez; C. Martín Sides.

Enfermeras de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

**TÍTULO:**

Papel de enfermería en la adherencia terapéutica: seguimiento de pacientes con tratamiento antipsicótico de acción prolongada

**TEXTO DEL TRABAJO:**

La esquizofrenia es una de las patologías de más difícil resolución. Supone un trastorno global, que afecta a: pensamiento, afectividad, vida de relación, conducta y percepción de la realidad.

El objetivo fundamental de un tratamiento integral es la remisión de la sintomatología que permita mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y su integración socio-laboral. Dicho tratamiento integral incluye la psicofarmacología como tratamiento básico.

Las características de la propia enfermedad, dentro de las cuales está el no reconocimiento de la misma, dificultan la aceptación por el paciente del tratamiento psicofarmacológico, lo que nos lleva a una tórpida evolución de su enfermedad, con sus consecuentes reingresos, deterioro personal y social, cansancio sociofamiliar, etc.

El uso adecuado de sustancias psicotropas, iniciado hace más de cinco décadas, significó una verdadera revolución en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. A pesar de los avances farmacológicos, los pacientes esquizofrénicos siguen recayendo. El incumplimiento terapéutico, parcial o total, es el principal motivo de dichas recaídas. Para subsanar este inconveniente surgieron los tratamientos intramusculares Depot o de acción retardada, así como de liberación prolongada, que por su composición química van liberando lentamente la dosis durante un periodo de 2 a 4 semanas dependiendo del tipo de antipsicótico.

Teniendo en cuenta las características del paciente esquizofrénico, la presentación intramuscular depot o de liberación prolongada es muy útil porque reduce la dosis oral, evidencia la toma de tratamiento, las dosis siempre son seguras y se administra de forma ambulatoria pudiendo tener controlado a un paciente durante meses.

Uno de los objetivos primordiales del tratamiento de los pacientes esquizofrénicos hoy en día es conseguir un buen cumplimiento terapéutico. El personal de enfermería es clave en el apoyo a los pacientes para favorecer este cumplimiento por su estrecho contacto y el buen conocimiento de los pacientes y familiares así como su capacidad para detectar situaciones de incumplimiento y la presencia de efectos secundarios. La administración del tratamiento intramuscular en los equipos de Salud Mental ofrece al personal de Enfermería la oportunidad de desarrollar intervenciones individualizadas que potencien el cumplimiento del tratamiento para lo cual cuenta con las siguientes estrategias:

- Establecer una buena relación terapéutica.
- Motivar e informar al paciente y a la familia.
- Reforzar la conciencia de enfermedad:
  - # Recordando los aspectos negativos de la enfermedad
  - # Reforzando el deseo de la mejora.
- Explicar la necesidad del tratamiento.
- Advertir sobre los efectos secundarios.
- Apoyar psicológicamente para mejorar la tolerancia.

Instaurar programas de seguimiento de pacientes con tratamiento intramuscular depot o de liberación prolongada.

El objetivo de este trabajo es conocer si el tratamiento con fármacos por vía intramuscular de acción retardada o de liberación prolongada favorece realmente el cumplimiento terapéutico y su eficacia.

**METODOLOGÍA**

Hemos seleccionado una muestra de pacientes utilizando como criterios de inclusión:

- Pertener al Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla.
- Estar en tratamiento intramuscular Depot o de liberación prolongada
- Permanecer con el mismo tratamiento inyectable durante un periodo igual o superior a un año.

El trabajo de campo ha sido realizado por el equipo investigador (formado por personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización), acudiendo a los centros del área para presentar los objetivos del estudio y cumplimentar el cuestionario con la ayuda del personal de enfermería de los Equipos de Salud Mental, habiendo obtenido previamente las autorizaciones correspondientes.

Instrumento:

Hemos diseñado un formulario, en el cual se han recogido los siguientes datos en el E.S.M.D. donde el paciente realiza el seguimiento: diagnóstico y tiempo de enfermedad, antipsicótico de acción prolongada utilizado y fecha de inicio del mismo, frecuencia de administración, grado de cumplimiento, dispositivo donde se le administra, asistencia voluntaria o no para su administración y necesidad de antipsicóticos orales adicionales.

Como variables se han establecido las siguientes:

Ingresos en unidades de hospitalización previos y posteriores al inicio del tratamiento .

Días de estancia en unidades de hospitalización previos y posteriores al inicio del tratamiento .

Hemos accedido a la base de datos del Servicio de Hospitalización, recogiendo los datos de aquellos pacientes que han sido ingresados en un periodo de tiempo que comprende desde enero del 2001 hasta Noviembre del 2004, ambos inclusive.

Hemos estudiado el número de veces que cada paciente ha sido ingresado y su estancia hospitalaria durante el año anterior al comienzo del tratamiento inyectable y lo hemos comparado con el que han tenido durante el año posterior a la instauración del tratamiento parenteral. Además ha sido estudiado el índice de abandono de tratamiento por parte de los pacientes.

Análisis: Se ha realizado un análisis estadístico utilizando el programa SPSS 11.0. Se ha estudiado la frecuencia de las variables; se ha calculado la media, desviación típica y T de Student de las variables cuantitativas, y la frecuencia y Chi-cuadrado de las variables cualitativas.

## RESULTADOS

La muestra obtenida asciende a 244 pacientes.

1) Características de la muestra estudiada : El 29,9% de los pacientes son mujeres, y el 70,1% son hombres. La media de edad es de 41,46 años, con un rango entre 20 y 87 años, y una desviación típica de 10,34. Los pacientes están diagnosticados en un 44,3% de Esquizofrenia Paranoide, 23,8% de Esquizofrenia no especificada, 8,2% Esquizofrenia Hebefrénica, 7,8% Trastorno Psicótico Agudo Transitorio, 7,4% T. Esquizoafectivo, 5,3% otros Trastornos Psicóticos no Esquizofrénicos y el 3,3% Trastorno de Ideas Delirantes.

La media de tiempo de enfermedad asciende a 13 años, con una desviación típica de 7,09.

El 48,4% padecen el cuadro psiquiátrico desde hace más de 10 años, el 18% entre 5 y 10 años, el 10% entre 1 y 5 años y un 2% lleva menos de un año de evolución.

2) La media de ingresos antes del inicio del tratamiento es  $X=0,93$  (D.S.=1,05) frente a  $X=0,57$  (D.S.=1,05) de después del tratamiento lo que nos da una significación de  $p < 0,03$ . La media de días de estancia hospitalaria anteriores al tratamiento es  $X=22,77$  (D.S.=40,30) y la posterior al tratamiento es  $X=11,33$  (D.S.=25,75), obteniendo una significación de  $p < 0,02$ .

3) Teniendo en cuenta la posibilidad de la influencia de otras variables en los resultados, hemos realizado un análisis del perfil diferencial de los pacientes según dos aspectos:

-Sexo : respecto al sexo masculino hemos encontrado las siguientes diferencias significativas:

#La media de ingresos antes del tratamiento es  $X=0,90$  (D.S.=1,33) y después del tratamiento  $X=0,44$  (D.S.=0,89) lo que nos da una significación de  $p < 0,04$ .

#El tiempo de estancia antes del tratamiento es  $X=23,73$  (D.S.=43,56), mientras que después del tratamiento es  $X=8,37$  (D.S.=20,90) lo que supone una significación  $p < 0,02$ .

Respecto al sexo femenino no existen diferencias significativas en las variables estudiadas

-El diagnóstico : hemos encontrado las siguientes diferencias significativas:

#Días de estancia hospitalaria después del tratamiento entre los pacientes diagnosticados de E. Hebefrénica  $X=49,83$  (D.S.=56,99) y T. Esquizoafectivo  $X=5,13$  (D.S.=10,30), con una significación  $p < 0,05$ .

#Ingresos después del tratamiento entre los pacientes diagnosticados de E. Paranoide  $X=0,23$  (D.S.=0,49) y E. no especificadas.  $X=0,80$  (D.S.=1,36) , con una significación  $p < 0,04$ .

#Ingresos después del tratamiento entre los pacientes diagnosticados de E. Paranoide  $X=0,23$  (D.S.=0,49) y E. Hebefrénica  $X=1,83$  (D.S.=1,72) con una significación  $p < 0,01$ .

#Días de estancia hospitalaria después del tratamiento entre los pacientes diagnosticados de E. Paranoide  $X=4,68$  (D.S.=12,15) y E. Hebefrénica  $X=49,83$  (D.S.=56,99) con significación  $p < 0,01$ .



4) Continuidad del tratamiento de acción prolongada: El 70,9% de los pacientes incluidos en el estudio no han interrumpido el tratamiento intramuscular prescrito, mientras que el 29,1% restantes lo han suspendido; de ellos al 39,1% les fue indicado cambio o suspensión de tratamiento por prescripción facultativa, mientras que el 60,9% restante abandonó dicho tratamiento desconociéndose las causas por la inexistencia de programas de seguimiento adecuados.

#### CONCLUSIONES

•El perfil medio de los pacientes con tratamiento antipsicótico de acción prolongada en el área estudiada es: varón, de 41 años de edad media con más de 10 años de enfermedad, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide.

•La utilización de antipsicóticos de acción prolongada, disminuye significativamente el número de ingresos hospitalarios y los días de estancia durante un periodo de un año posterior al inicio del tratamiento, comparándolo con un periodo de tiempo igual antes de la instauración del tratamiento.

•Existe una diferencia significativa a favor de los hombres en el sentido de que en estos el número de ingresos y los días de estancia disminuyen después del tratamiento, hecho que no ocurre en las mujeres.

•La comparación entre los diagnósticos nos demuestra que en el caso de la E. paranoide, el número de ingresos y tiempo de hospitalización tras el tratamiento es menor que en otras patologías.

•Existe un porcentaje de pacientes cuyo tratamiento intramuscular ha sido suspendido, en la mayoría de los casos, debido a abandono de tratamiento por parte del paciente, desconociéndose las causas del mismo, ya que no existen programas de seguimiento adecuados en los E.S.M.D. estudiados.

•La realización de programas adecuados de seguimiento de pacientes en tratamiento con antipsicóticos de acción prolongada por el personal de enfermería, son claves para prevenir el abandono de los mismos, mejorando la adherencia terapéutica y disminuyendo el número de ingresos hospitalarios.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- BOBES GARCÍA J. "Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica". Madrid. Ed: Síntexis, S.A.
- ERIKSSON L., ALMQUIST A., MEHNERT A., INGHAN HP. Y ERIKSSON B. "treatment with long acting risperidone significantly reduces the need for institutional psychiatric care regardless of previous treatment", 24th Congress of the Collegium International Neuro-Psychopharmacologiam (CINP); Paris, June 2004.
- FORNES VIVES J., CARBALLAL BALSAL M.C., "Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención". Madrid. Ed: Médica Panamericana. 2001.
- GIBERT RAHOLA J., ALVAREZ E., BACA E., CASALS L., CUENCA E., FERRANDO L., GUTIERREZ FRAILE M., LEAL C., MICÓ J.A., TEJEDOR DEL REAL P., " Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos ...y nunca se atrevió a preguntar". 2ª ed. Madrid. Ed: Aula Médica. 2000.
- GRANADA LÓPEZ J.M., SOLANS GARCÍA A., SANZ PLUMED A., SANTACRUZ ABIÓN M.J., RUBIO LARROSA V., RODA GONZÁLEZ S., DE PEDRO PICAZO B., LLAGOSTERA ESTEBAN S., "Manual de Enfermería Psiquiátrica". Zaragoza. Distribuido por Janssen-Cilag. 2003
- SADOCK B.J., SADOCK V.A. "Psiquiatría Clínica" Kaplan-Sadock . 3ª ed. Barcelona. Ed: Waverly Hispánica S.A. 2003.
- VALLEJO RUILOBA J. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". 4ª ed. Barcelona. Ed: Masson. , 1998.

**AUTOR/ES:**

Ana Abreu Sánchez, Margarita Rodríguez Pérez, Ana Barquero González, Rocio León López.

**TÍTULO:**

Criterios de Resultado e Intervenciones Enfermeras a pacientes postinfarto agudo de miocardio menores de 65 años.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En los últimos años la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares ha disminuido, pero a pesar de ello su reducción continúa siendo un objetivo de salud en España no sólo por la cifra de muertes que ocasiona, sino además por los gastos que ocasiona y por la tendencia esperada(1).

En la literatura encontramos que después de tener un IAM los pacientes precisan más información relativa a la enfermedad, a la convalecencia, a la actividad física, al control de los factores de riesgo y acerca de los efectos secundarios del tratamiento, y refieren preocupaciones por el cambio en las condiciones físicas. A veces una información inadecuada, las creencias erróneas, o la ausencia de un seguimiento y control suficientes son responsables de tales aspectos(1- 5). Las alteraciones que presentan los pacientes pueden diferir según el género, la edad, procedencia sociocultural, estilos de vida y otras necesidades individuales (6). Las diferencias encontradas en esta patología en pacientes más jóvenes, podría controlarse mediante la modificación del factor de riesgo y el cambio en sus estilos de vida, lo que reduciría a su vez acontecimientos cardíacos recurrentes. Por tanto, el tratamiento específico según los problemas presentados, mejorará el pronóstico. Los enfermeros pretendemos que las personas recuperen el máximo grado de autonomía, para lo cual, adecuamos los Planes de Cuidados (PC) a sus problemas (7-9); en el caso de los pacientes con IAM, dichos PC deben incluir Intervenciones o Programas de actuación que hallan demostrado su eficacia. Tal es el caso de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) integrado por intervenciones multidisciplinarias coordinadas que mejoran las condiciones físicas, psicológicas y sociales a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y sus familias, y por tanto su bienestar. Existen evidencias científicas suficientes a favor de la eficacia de la RC, y de ciertas Intervenciones Comunitarias o Individuales en la reducción de la morbi-mortalidad de pacientes post IAM (1,2). Por tanto, los beneficios de ciertas Intervenciones no se cuestionan, más bien se pretende determinar cómo combinarlas y priorizarlas para aumentar la eficacia (2,10) (ejercicio físico, intervenciones psicosociales y educativas, de consejo etc).

1. OBJETIVOS: - Identificar los Problemas y las Respuestas Humanas de un grupo de pacientes, entre 6 y 12 meses después de sufrir un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).  
- Averiguar si existen diferencias significativas en dichas Respuestas Humanas entre los pacientes mayores de 65 años, y los de 65 años ó menos.  
- Seleccionar los Criterios de Resultados esperados correspondientes.  
- Elegir las Intervenciones Enfermeras para dichos Diagnósticos, según Criterios de Resultados.

**2. MÉTODO:**

En función del objetivo del trabajo, se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en el ámbito del área de un hospital general con 530 camas que no cuenta con unidades de Rehabilitación Cardíaca. Se seleccionó a todos los enfermos dados de alta con el diagnóstico de IAM de la Unidad de Cuidados Críticos, en un período de 7 meses consecutivos del año 2002. Quedaron excluidos 6 pacientes a los que no se pudo localizar. Se utilizó el Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto de Velasco y cols.(11). Dicho cuestionario adaptado, validado y utilizado en nuestro contexto cultural, fue elaborado con el propósito de disponer de una medida específica de CV para los pacientes postinfarto, dada la ausencia de ellos en nuestro medio. Realizado a partir del específico QLMI de Oldridge, y de dos cuestionarios genéricos (Sickness Impact Profile (SIP) y Quality of WellBeing Questionnaire de Kaplan) ha mostrado tener la misma utilidad que el original de Oldridge. La muestra quedó formada por 80 pacientes adultos a los que se envió el cuestionario entre 6 y 12 meses después del Infarto de miocardio. Contestaron 55 pacientes (68,75%), 49 (89,1%) eran varones, y 6 (10,9% ) mujeres. La edad media fue de 62,73% +12,16 años.

El perfil sociodemográfico de nuestros pacientes es similar al de otros estudios. Posteriormente, se divide la muestra en mayores de 65 años (47,3%) y 65 años o menos (52,7%) . Las diferencias entre grupos fueron analizadas usando métodos estadísticos descriptivos mediante ANOVA o U de Mann-Whitney con las variables cuantitativas, y las cualitativas con test de Chi 2. Nivel de significación  $p < 0,05$ . Una vez identificadas las Respuestas Humanas de nuestra muestra, se utilizan herramientas de lenguaje enfermero estandarizado NANDA, NOC, NIC.

3. RESULTADOS: Los pacientes de la muestra de 65 años y menos presentan mayor afectación que los mayores en Comportamiento Emocional  $5,10 \pm 3,90$  vs.  $2,61 \pm 3,04$  ( $p < 0,05$ ) y Relaciones y Social  $11,03 \pm 5,89$  vs.  $7,07 \pm 4,09$  ( $p < 0,05$ ); asimismo, encontramos en los menores de 65 años, puntuaciones significativamente peores que en los mayores: "Insomnio"  $2,28 \pm 2,07$  vs  $1 \pm 1,47$  ( $p < 0,05$ ), "Nerviosismo"  $2,07 \pm 1,65$  vs.  $1,19 \pm 1,50$  ( $p < 0,05$ ) "Irritabilidad"  $1,86 \pm 1,55$  vs.  $0,85 \pm 1,38$ , "Desagrado con la familia"  $1,55 \pm 1,55$  vs.  $0,68 \pm 1,24$  ( $p < 0,05$ ), "Aislamiento de la familia"  $0,72 \pm 1,22$  vs.  $0,12 \pm 0,43$  ( $p < 0,05$ ), "Graves problemas económicos"  $1,79 \pm 1,95$  vs.  $0,69 \pm 1,12$  ( $p < 0,05$ ), "Deseos de cambiar de trabajo"  $2,14 \pm 2,28$  vs.  $0,73 \pm 1,37$  ( $p < 0,05$ ). Los pacientes menores que continuaban incorporados al trabajo presentaban puntuaciones significativamente peores en el área de Salud  $18,10 \pm 7,31$  frente a  $13,33 \pm 8,06$  ( $p < 0,05$ ) en los que no trabajaban, y en el área de Sueño/descanso con  $8,42 \pm 4,22$  vs.  $5,36 \pm 4,63$  ( $p < 0,05$ ) respectivamente.

Según los Problemas de nuestros pacientes los DIAGNÓSTICOS NANDA son:

1- Afrontamiento Inefectivo relacionado con temor por la crisis situacional (irrupción de enfermedad en edad "productiva", bruscos cambios en los roles) inadecuado apoyo social y desconocimiento, y manifestado por verbalizaciones de los pacientes de alteraciones del sueño, alta percepción de amenaza, incertidumbre con el proceso, fatiga y aislamiento familiar

2. Baja Autoestima Situacional relacionada con Desempeño Inefectivo del Rol y manifestado por alteraciones del sueño, alteración de la movilidad física, irritabilidad y alteración de los patrones social, laboral, funcional, sexual y familiar.

Los CRITERIOS DE RESULTADOS E INTERVENCIONES (NOC, NIC) seleccionadas:

- Diagnóstico 1. Nivel 1: DOMINIO (IV) CONOCIMIENTO Y CONDUCTA EN SALUD; Nivel 2: Clases (S) Conocimiento sobre Salud. CRITERIOS DE RESULTADOS (S) 1805 Conocimiento: conducta sanitaria, (S) 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

- Diagnóstico 1. Nivel 1: DOMINIO (III) SALUD PSICOSOCIAL; Nivel 2: Clases (N) Adaptación Psicosocial; (P) Interacción Social; (O) Autocontrol. CRITERIOS DE RESULTADOS (N) 1302 Superación de Problemas, (P) 1501 Ejecución del Rol, (P) 1504 Soporte Social; (O) 1402 Control de Ansiedad.

- Diagnóstico 2. Nivel 1: DOMINIO (III) SALUD PSICOSOCIAL; Nivel 2: Clases: (M) Bienestar Psicológico; (N) Adaptación Psicosocial; (P) Interacción Social. CRITERIOS DE RESULTADOS (M) 1205 Autoestima, (N) 1302 Superación de Problemas, (P) 1501 Ejecución del Rol, (N) 1305 Adaptación Psicosocial: Cambio de Vida. Toma de Decisiones.

INDICADORES DE RESULTADO: a cada Criterio de Resultado le seleccionamos los Indicadores según las manifestaciones, prioridades y contexto de los pacientes. Mediante la Escala de Likert de cada Indicador, medimos la situación inicial y posteriormente (con la frecuencia pautada por cada profesional) medimos la evolución del paciente. Es decir "Evaluamos" la situación actual respecto a la basal etc.,

Para el logro de dichos Resultados seleccionamos las INTERVENCIONES correspondientes según preferencias, manifestaciones o evidencias del paciente y su entorno.

- Diagnóstico 1 INTERVENCIONES: Aumentar el afrontamiento; Disminución de la ansiedad; Fomentar el sueño; Apoyo emocional; Enseñanza individual; Grupo de apoyo; Distracción; Relajación muscular progresiva.

- Diagnóstico 2 INTERVENCIONES: Potenciación de autoestima; Apoyo en Toma de Decisiones; Apoyo emocional; Aumentar el afrontamiento; Potenciación de roles; Enseñanza Individual; Grupo de apoyo.

4. DISCUSIÓN. Hemos encontrado que nuestros pacientes presentan alteraciones con diferencias significativas según sean mayores o menores de 65 años. Coincidimos con distintos estudios científicos, que han encontrado que algunos de dichos problemas, son PREDICTORES de morbimortalidad postinfarto: preocupación por la actividad sexual laboral, sentimientos de inutilidad, alteración en relaciones familiares y apoyo socioeconómico inadecuado(1,2,10). Presencia de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, etc.) (12). Características personales (estado de ánimo, estrés...) v el malestar o la alteración en la movilidad.

Los pacientes más jóvenes deberían ser los menos dependientes de los servicios sanitarios y ocasionar menores costes. Deberían tener mayor expectativa de vida que los mayores y ser lo más satisfactoria y productiva posible a nivel individual, familiar, social y laboral. Las Respuestas Humanas (RRHH) encontradas en nuestra muestra, podrían ser la expresión del cambio sufrido tras un evento como el IAM, por lo general grave, traumático y de consecuencias a medio-largo plazo imprevisibles. Dichas RRHH encontradas entre 6- 12 meses postinfarto, podrían sugerir que el manejo e información ha sido inadecuado. Hay que recordar que la necesidad de consejo e intervenciones específicas es mayor a medida que la edad se reduce, pues el Afrontamiento de problemas de salud y los cambios de estilos de vida etc.,(1,12,13) son más costosos. Las repercusiones del infarto en la integración social y económica de pacientes que no se reincorporan al trabajo, son trascendentes (1,2,10) tal y como ocurre en nuestro estudio, en el que los retiros y la alteración de "Salud y Sueño Descanso" de los activos laboralmente, podría estar motivado por inadecuación al puesto de trabajo ya que la mayoría de nuestros pacientes realizaban trabajos pesados. La evidencia científica es indiscutible en medidas que reducen la morbimortalidad: abstención completa de tabaco, tratamiento de hipertensión arterial y diabetes, y Programas de Rehabilitación Cardíaca. La evidencia es controvertida en la asociación existente entre aumento de morbi- mortalidad cardiovascular, según edad, género, nivel socioeconómico, cultural, apoyo social, estrés, afrontamiento, soledad, irritabilidad y aislamiento. Según ciertos estudios los cambios de estilo de vida (dieta, tabaco, medicación, ejercicio, tensión arterial..)(14) guiados por enfermeras son mayores y más duraderos, que los abordados por profesionales con enfoque más técnico y parcial.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** El bienestar de los pacientes y su calidad de vida mejora utilizando un lenguaje común y propio (Taxonomía NANDA, NOC, NIC) en los Planes de Cuidados. Lenguaje que facilite evaluar la Evolución del paciente y la idoneidad de las Intervenciones Enfermeras seleccionadas(13-15). Es fundamental seguir investigando en nuestro ámbito específico; utilizar nuestra Taxonomía; incorporar a la Práctica las Intervenciones Enfermeras demostradas científicamente eficaces; y realizar Nuevas Validaciones de Intervenciones del campo de la Enfermería.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004- 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Card Rehabil. Jan 2002, nº 57
3. University of York. NHS Center. Cardiac rehabilitation. Effective Health Care. 1998. 4(4). 1-12.
4. Taylor CB, Miller NH, Smith PM, et cols. The effect home-based, case-managed, multifactorial risk-reduction psychological distress in cardiovascular disease. J Cardiopulm Rehabil 1997;17(3): 157-62.
5. Senaratne MP, Griffiths J, Mooney D, et cols. Effectiveness strategy using cardiac rehabilitation nurses for dyslipidemia control in coronary artery disease. Am Heart J 2001; 142(6):975-981
6. Mosca, L, Appel, LJ, Benjamín, EJ, et cols. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women (AHA). Arteriosclers Thromb Vasc Biol 2004; 24(3):29-50.
7. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Clasificación 2001- 02. Barcelona: Harcourt; 2001.
8. Johnson M, Maas M, Mooehead S. CRE (NOC). Barcelona: Harcourt; 2001
9. McCloskey JC, Bulecheck GM. CIE (NIC). Barcelona: Harcourt; 2001.
10. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et cols. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
11. Velasco JA, Barrio V del, Mestre MV, et cols. Validación cuestionario calidad de vida postinfarto. Rev Esp Cardiol. 1993; 46: 552- 558.
12. Mendes de León, CF., Dilillo, V., Czajkowski, S. Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: the ENRICHD pilot study. Enhancing Recovery in Coronary Heart.. 2001
13. Beach E, Smith A. Self care limitations of persons after AMI. Appl Nurs Res. 1996; 9(1):24- 8
14. Carlsson R, Lindberg G, Westin L, Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after AMI. Heart 1997;77(3):256-9.
15. Robinson, KR. Envisioning a network of care for at-risk patients after AMI. The Journal Cardiovascular Nursing, 14(1):75-88.

**AUTOR/ES:**

A.QUINTANO PINTADO; M.P. RABADÁN CARRASCO, B. ALVAREZ EMBARBA.

**TÍTULO:**

ENTRENAMIENTO DE TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN PERSONAS CON PATRON RESPIRATORIO OBSTRUCTIVO.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCION**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por un patrón respiratorio obstructivo que evoluciona de forma progresiva. Se asocia con una gran morbilidad y mortalidad. En los países desarrollados es la cuarta causa de muerte y su progresión aumenta. La Iniciativa Global para la Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) coordinada por el National Heart, Lung, and Blood Institute de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la salud, fue creada para llamar la atención sobre la importancia de la EPOC entre los profesionales de la salud, las autoridades sanitarias y el público en general, y para mejorar la prevención y el tratamiento de esta patología a partir de un esfuerzo mundial concertado.

Estos pacientes se caracterizan por tener una vida sedentaria y una supervivencia disminuida. La intervención de enfermería, puede reducir la morbilidad y mejorar su calidad de vida.

**OBJETIVOS**

El objetivo principal de nuestro estudio es mejorar la calidad de vida en el paciente con patrón respiratorio obstructivo. Identificando los diagnósticos enfermeros más frecuentes y estableciendo criterios de resultados. Promover la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes en base a su enfermedad necesarias para favorecer la mejora de la calidad de vida.

Nuestros objetivos secundarios son:

-Conocer las características generales de los pacientes EPOC de nuestra cartera de servicios.

-Medir su calidad de vida y averiguar qué variables influyen en la misma, todo desde una perspectiva enfermera y como modelo de garantía de calidad en Atención Primaria de Salud.

-Concienciar a los distintos profesionales de la necesidad de ofertar una atención de calidad a estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

En una primera fase hemos realizado un estudio descriptivo transversal con finalidad explicativa para analizar las variables que de forma independiente mejor explican la calidad de vida de los pacientes con patrón respiratorio obstructivo, esta fase se desarrolla en los meses de Enero a Marzo de 2004.

El ámbito de estudio es un centro de salud urbano.

La población total del estudio fue todos los pacientes incluidos en cartera de servicios EPOC (n=169).

La muestra fue todos los pacientes que aceptaron participar, sin impedimento físico para acudir al centro, no afectados por proceso agudo intercurrente, ni por patología grave que desaconsejase la realización de la espirometría o la inclusión en el presente estudio (n=74).

Las causas de exclusión fueron:

Incapacidad o dificultad de los pacientes para acudir al centro (31 pacientes), rechazo a participar en el estudio (14), reagudización de su proceso (7), patología grave que desaconsejase la realización de la espirometría o la inclusión en el estudio (19), no localización de los pacientes (16) o fallecimiento en el último año (8).

Variables: Calidad de vida (cuestionario St. George), edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, exposición a irritantes, ejercicio físico, FEV1, grado de la enfermedad, ingresos en el último año, comorbilidad, tratamientos, IMC, Índice tabáquico.

Realizamos una entrevista personal con recogida de datos sociodemográficos, una valoración de enfermería con protocolos informáticos (OMI-AP 5.0) estructurados según los Patrones Funcionales de Margory Gordon, formulación de diagnósticos enfermeros con la Taxonomía NANDA y cumplimentación del cuestionario respiratorio St. George, que ha sido diseñado como auto-administrado supervisado, pero dado el nivel cultural de la zona (bajo) y la avanzada edad de algunos pacientes procedimos a su administración siguiendo las instrucciones de los autores de la adaptación. Este es un cuestionario específico para medir la alteración de la salud y el bienestar percibido en la enfermedad de las vías aéreas, adaptado por J. Alonso y M. Ferrer con grado de recomendación A. Consta de 50 ítems (76 niveles) repartidos en tres escalas.

Síntomas: los ítems de esta escala se refieren a la frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios.

Actividad: contiene preguntas/frases que cubren la limitación en la actividad debida a la disnea.

Impacto: recoge aspectos referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidos por la enfermedad respiratoria.

Segunda fase: intervención de enfermería basada en un programa educativo de terapia grupal y entrenamiento físico.

Muestra: los que de forma voluntaria quisieron participar en el proyecto n=31.

Medimos variables clínicas y de función respiratoria. Calidad de vida a través del cuestionario St. George.

Intervención: Se realizaron diez sesiones de una hora de duración cada una de ellas, con una periodicidad de una vez por semana durante diez semanas. Las 5 primeras sesiones son de tipo educativo. Una vez acabadas las sesiones de educación iniciamos en el gimnasio del centro sesiones programadas con tablas de ejercicios respiratorios, ejercicios de fortalecimiento muscular tanto de la parte superior (brazos y tronco) como de la parte inferior (piernas) y técnicas de relajación basadas en la relajación progresiva de Jacobson. El objetivo principal fue aumentar la resistencia al ejercicio y reducir la disnea, aumentando con ello la calidad de vida relacionada con la salud (CVRCS)

Se realizó una evaluación fisiológica antes de comenzar esta rehabilitación y posteriormente a los 6 meses de la misma con la prueba de la marcha de 6 minutos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables calculando estadísticos de tendencia central media y desviación típica. Para variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0.

Para la valoración de la efectividad de la intervención se realizó análisis descriptivo empleando frecuencias, media y desviación estándar en variables cuantitativas, se utilizó la prueba de T pareado para comparación de medias de resultados en las distintas variables.

#### RESULTADOS

Edad (70,54), hombres 89,2%, FEV1: 56,92%, grado de afectación: leve 18,9% moderada 36,5%, Severa 36,5% , muy grave 8,1%

Puntuación St. George 36,9; índice tabáquico 53, IMC 28,2, Prevalencia EPOC 10,5%

Análisis de regresión lineal: Variable dependiente: puntuación St. George (a mayor puntuación peor calidad de vida), variable explicativa principal: Ejercicio.

El diagnóstico NANDA más frecuente- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad en un 68,9%, Encontramos una mayor calidad de vida en ambos grupos después de realizada la intervención de enfermería si bien en el grupo sin entrenamiento no es significativa (inicio 42,45, a los seis meses 44,43) (p=0,4), mientras que en el grupo con entrenamiento la diferencia si es significativa (inicio 39,71, a los seis meses 28,39) (p=0,001) Las diferencias se observan en todas las escalas siendo más significativa en la subescala actividad. Mejora la calidad de vida del grupo de entrenamiento físico. 11 pts. (p=0,001). No se hallaron

cambios significativos en la función pulmonar.

#### DISCUSION

- Nos sorprende el hecho de que siendo la enfermera la piedra angular de la prevención en todos los niveles (primario, secundario y terciario) apenas realicemos intervenciones de enfermería específicas a pacientes con este tipo de patología..

- Los resultados del presente estudio confirman que los pacientes con patrón respiratorio obstructivo presentan, aún estando en una etapa estable de su enfermedad, un importante deterioro de su calidad de vida que no se correlaciona directamente con indicadores fisiológicos (FEV1
- El grupo de pacientes que analizamos en nuestro estudio constituye una muestra de la totalidad de pacientes con patrón respiratorio obstructivo ya que sólo hacemos referencia a aquellos que forman parte de la cartera de servicios crónicos, subgrupo EPOC. La principal causa de no localización fue el cambio de domicilio y número de teléfono.
- Los datos describen las características generales de los pacientes con patrón respiratorio obstructivo de nuestro Centro de Salud que no difieren de las de los pacientes de otros estudios descriptivos con esta patología.
- Una de las dificultades que nos encontramos a la hora de revisar la bibliografía fue la de no poder comparar los distintos estudios ya que en cada uno de ellos se sigue una clasificación distinta de la enfermedad (ATS, SEPAR, GOLD) de tal manera que los valores y clasificación de gravedad de estos pacientes es distinta. Creemos que es necesario seguir las directrices marcadas por la GOLD a nivel mundial para unificar criterios respecto a esta enfermedad, conseguir mayores resultados y una atención de mayor calidad.
- En el estudio de Ferrer et al se detecta una correlación débil-moderada entre las dimensiones del SGRQ y las distintas categorías del FEV1 (0,27-0,51), sobre todo en la dimensión que mide actividad, y la que menos la que valora los síntomas de la enfermedad. En nuestro estudio también obtenemos una significación similar en el grupo que realizó entrenamiento.
- El concepto de "diferencia mínima clínicamente importante" (DMCI) se ha desarrollado con el objetivo de proporcionar significación clínica a los resultados de los ensayos. La DMCI se ha definido como la diferencia más pequeña en puntuación en una dimensión de interés que los pacientes perciben como beneficiosa y que justificaría, en ausencia de efectos secundarios y/o un excesivo coste económico, un cambio en el manejo del paciente. Mediante este procedimiento, se ha descrito una DMCI de 4 puntos para el SGRQ, en nuestro estudio la variación ha sido de 11 pts.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163: 1256-76.
- 2.- Sobradillo V. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfoque actual. En: EPOC perspectivas actuales. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995; 3-17.
- 3.-Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. JL Álvarez-Sala, E Cimas, JF Masa, M Miravittles, J Molina, K Naberan, P Simonet y JL Viejo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 269 – 278
- 4.- Perpiña Tordera M. Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. De la gravedad atribuida a la gravedad percibida. EPOC perspectivas actuales. Madrid: Grupo Aula Médica, Formación Continuada 1995;35-47.
- 5.-Sanchis Aldás J, Casan Clará P, Castillo Gómez J, González Mangado N, Palenciano Ballesteros L, Roca Torrent J. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. *Arch Bronconeumol* 1989; 25: 132-142.
- 6.- North American Nursing Diagnosis Association NANDA: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. E18.-Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó V, Marrades R et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaption to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* 1996; 9: 1160-1166. edición en español Elsevier España, S.A. Harcourt; 2003.
- 7.-Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó V, Marrades R et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaption to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* 1996; 9: 1160-1166.
- 8.- Johnson M., Maas M., Morread S.,Nursing Outcomes Classification (NOC) 2ª edición, en español. Harcourt. 2002.

**AUTOR/ES:**

- MARIA LOURDES HERNANDEZ CANO
- EVA MARIA HERNANDEZ CANO

**TÍTULO:**

OXIGENOTERAPIA CRONICA DOMICILIARIA: CUMPLIMIENTO SEGUN LA NORMATIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

La insuficiencia respiratoria crónica (IRC) es la situación final de varias enfermedades respiratorias, siendo la más importante y frecuente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), ha supuesto un importante adelanto en el tratamiento de la EPOC que en sus fases más evolucionadas constituye la causa más frecuente de IRC (1). El proceso final de estas enfermedades respiratorias es un importante deterioro físico, psíquico y social de la persona que las padece, además de una disminución en su calidad de vida

Las evidencias que sustentan la utilidad de la oxigenoterapia crónica domiciliaria proceden de dos estudios multicéntricos controlados llevados a cabo en los años 80, confirmados con posterioridad. Demostraron los efectos beneficiosos que produce la administración de oxígeno a largo plazo en pacientes con hipoxemia; aumento de la calidad y expectativa de vida (2-3)

Antes de instaurar este tratamiento de forma continuada hay que realizar una valoración clínica y gasométrica del paciente

El uso correcto del tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria proporciona al paciente unos beneficios concretos con escasos efectos colaterales; aumenta la calidad y expectativa de vida, mejora la tolerancia al esfuerzo aumentando la capacidad para el ejercicio y las actividades de la vida diaria, reduce el número y el tiempo de hospitalizaciones y por lo tanto también el gasto social, mejora la calidad del sueño y la condición neuropsicológica, reduce la policitemia y previene la hipertensión pulmonar (1-4)

Por el contrario, también existe una serie de inconvenientes que impiden llevar a cabo un buen cumplimiento; incomodidad para pacientes y familiares, problemas estéticos y psíquicos, elevado coste, limitación para realizar actividades, hábito tabáquico y sobre todo la escasa información que se da a estos pacientes sobre este tratamiento (1)

Hay varios sistemas de administración de oxígeno para el domicilio del paciente (4-5-6):

- Bombona - oxígeno en forma gaseosa. Alta pureza. Bajo coste. Silencioso. Movilidad limitada. Recambios frecuentes
- Concentrador - oxígeno a partir del aire ambiente. Menor pureza. Bajo coste. Móvil y de fácil manejo. Ruidoso. Consume electricidad
- Oxígeno líquido - oxígeno en estado líquido. Permite movilidad fuera del domicilio. Alto coste. Puede producir quemaduras por estar a bajas temperaturas

Hay varios complementos o métodos para la administración de oxígeno (1-5):

- Gafas nasales - es el más adecuado y utilizado. Permite realizar otras actividades. No precisa con exactitud el flujo al que se suministra el oxígeno. Sequedad mucosa. Erosiones en piel
- Mascarilla tipo venturi - menos utilizada en OCD. Se conoce la concentración a la que se suministra el oxígeno. Sensación de ahogo. Irritación conjuntival. Se debe retirar para comer, toser o expectorar
- Catéter transtraqueal - poco utilizado. En concentraciones altas reduce el flujo de oxígeno. Coste elevado. Cuidado meticuloso. Posibilidad de obstruirse con las secreciones



Para consensuar y reunir todos los criterios sobre el tratamiento con oxígeno de forma crónica, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha elaborado una sistemática simple para la indicación y empleo de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD), intentando que un tratamiento difícil y complejo obtenga los mejores beneficios cuando su indicación es correcta y su utilización completa (1). En relación con la utilización indica las siguientes recomendaciones, que el paciente debería conocer:

- Debe mantenerse el oxígeno el mayor tiempo posible pero nunca menos de 15 h/día
- La administración de oxígeno debe considerarse imprescindible durante el sueño, durante y después de las comidas, al realizar esfuerzos o ejercicios físicos no habituales y en casos de ansiedad o agitación psíquica
- De ser posible, los periodos en que interrumpe la administración de oxígeno no deberán sobrepasar los 90-120 minutos
- Las gafas nasales se deben limpiar y esterilizar como mínimo cada día
- Los tubos de conducción o alargaderas deberán tener una longitud máxima de 20 m y preferiblemente ser de una pieza. Se lavarán con jabón como mínimo semanalmente
- El paciente debe abandonar el hábito tabáquico
- Los sistemas de administración de oxígeno y los componentes deberán estar en habitaciones ventiladas, lejos del calor y fuego

Teniendo en cuenta la normativa SEPAR de indicación y empleo de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD), nos planteamos un estudio con los siguientes objetivos:

1. Valorar si la administración de oxígeno, de forma continua y en el domicilio, se realiza correctamente por parte del paciente
2. Comprobar si el paciente en su domicilio mantiene unas normas de seguridad con los sistemas de administración de oxígeno
3. Averiguar si el paciente realiza unos cuidados mínimos de higiene con los complementos de los sistemas de administración de oxígeno

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo, del 1 de marzo al 31 de mayo de 2004, entregando un cuestionario voluntario, anónimo y autocontrolado sobre oxigenoterapia crónica domiciliaria, de forma consecutiva, a los pacientes que acudían a realizar pruebas funcionales respiratorias en la Fundación Hospital Alcorcón y que se encontraban en tratamiento con OCD. El cuestionario constaba de 17 preguntas divididas en cuatro bloques: datos personales, administración de oxígeno, normas de seguridad de los sistemas de administración de oxígeno e higiene de los componentes de los sistemas de administración de oxígeno

Se incluyeron 52 pacientes, consiguiendo los siguientes resultados:

- Datos personales - El 67,31% eran varones y la media de edad fue de 68,81 años (rango 46-85)
- Administración de oxígeno - solamente el 3,85% de los pacientes llevaba menos de 1 mes en tratamiento con oxígeno de forma continua en su domicilio, el 11,54% entre 1-3 meses, el 17,31% entre 3-6 meses, el 13,46% entre 6 meses-1 año, el 23,07% entre 1-3 años y en tratamiento más de 3 años el 30,77% . Utilizaba el oxígeno más de 15 h/día el 69,23% de los pacientes y sólo un 21,15% no se lo retiraba más de 2 h seguidas. Durante el sueño utilizaban el oxígeno el 98,08%, durante las comidas el 38,46%, inmediatamente después de las comidas el 53,85% y el 42,31% lo utilizaban en casos de ansiedad y nerviosismo
- Normas de seguridad de los sistemas de administración de oxígeno - no fumaban el 98,08% y no dejaban fumar a otras personas durante la administración de oxígeno el 92,31%. Los sistemas los tenían en habitaciones ventiladas lejos de fuentes de calor y fuego el 94,23%. Tenían alargaderas el 94,23% de los pacientes (49 de 52), no superando los 20 m el 93,88%
- Higiene de los componentes de los sistemas de administración de oxígeno - el 51,92% de los pacientes limpiaban diariamente las gafas nasales y el 38,78% semanalmente las alargaderas

Con estos resultados llegamos a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los pacientes únicamente cumple la normativa SEPAR en relación con las horas diarias de administración de oxígeno y su utilización durante el sueño
- Prácticamente todos los pacientes mantienen correctamente las normas de seguridad con los sistemas de administración de oxígeno según normativa SEPAR
- La higiene de los componentes de los sistemas de administración de oxígeno es desigual y deficiente en relación con el cumplimiento de la normativa de indicación y empleo de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD)

Sería conveniente realizar educación sanitaria sobre oxigenoterapia crónica domiciliaria a los pacientes con este tratamiento para así aumentar su nivel de conocimiento. De esta forma, el tratamiento con oxígeno de forma continua en el domicilio del paciente, se utilizaría completa y correctamente obteniéndose los mejores beneficios a largo plazo

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Sánchez-Agudo L., Cornudella R., Estopá-Miró R., Molinos-Martín L., Servera-Pieras E. Normativa SEPAR para la indicación y empleo de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD). Arch Bronconeumol 1998; 34: 87-94
- 2.- Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous of nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. An Intern Med 1980; 93 :391-398
- 3.- Report of The Medical Research Council Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Lancet 1981; 1: 681-686
- 4.- Tratamiento III. La oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD)  
[http://www-cica.es/-samfyc-gr/PDFs/epoc\\_a.PDF](http://www-cica.es/-samfyc-gr/PDFs/epoc_a.PDF)
- 5.- El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad (medynet.com/elmedico). Nº 892 10-enero-03. Aula acreditada. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria  
<http://www.nedynet.com/elmedico/aula2001/tema2epoc6.htm>  
Página actualizada diariamente
- 6.- Saludalia.com. Temas de salud. Respiratorio. Tratamiento de la EPOC. Oxigenoterapia  
[http://www.nacom.es/starmedia/temas\\_de\\_salud/doc/respiratorio/doc/tratamiento\\_epoc2.htm](http://www.nacom.es/starmedia/temas_de_salud/doc/respiratorio/doc/tratamiento_epoc2.htm)  
Fecha de publicación: agosto 2000. Dra. Angeles Ruiz Cobos. Médico especialista en neumología Editorial de Saludalia

**AUTOR/ES:**

M. Bayón Cabeza, M.R Moreno Fernandez, J.C Mora Morillas, C. Moya Fernández, V.U. Martínez Eguizabal, P. Legaz Nieto. Área 7 de Atención Primaria de Madrid

**TÍTULO:**

CONVENIENCIA DEL USO DE LOS VENDAJES MULTICAPA EN ULCERAS VENOSAS CRÓNICAS. ESTUDIO DE COSTES

**TEXTO DEL TRABAJO:****JUSTIFICACIÓN:**

Las úlceras venosas son las más frecuentes entre las úlceras de origen vascular, suponen un 70 - 80% del total (1,2). Este tipo de úlceras plantea un reto constante a los profesionales de enfermería, especialmente dentro de un contexto ambulatorio y domiciliario (1,2).

En Atención Primaria este tipo de patologías por su elevada frecuencia y cronicidad (1,2) consumen una importante cantidad de recursos no sólo humanos sino también materiales (1), a su vez éstos materiales; principalmente los relacionados con las curas: apósitos, gasas, vendas..., suponen un coste no despreciable de los presupuestos asignados a las Gerencias de Atención Primaria para su adquisición.

La terapia compresiva ha sido y sigue siendo el pilar básico para la curación de las úlceras de origen venoso, ya que representa el método más efectivo y el más frecuentemente utilizado para el control de la insuficiencia venosa (2,3). Además de los materiales tradicionalmente utilizados para aplicar terapias compresivas: medias elásticas y vendas de compresión, en la actualidad existen en el mercado vendajes multicapa que según autores han demostrado mayor efectividad (3).

**OBJETIVOS:**

- General: Demostrar la conveniencia de uso de los vendajes multicapa para el tratamiento de las úlceras venosas crónicas, para su inclusión en el Área 7 como producto de elección de tratamiento de estas lesiones.

- Específico: Comparar el coste que supone el tratamiento de úlceras venosas crónicas con la aplicación del vendaje multicapa, versus un tratamiento convencional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño del estudio: Descriptivo observacional de seguimiento de una Serie de Casos.

Ámbito de estudio: Tres Centros de salud del Área 7 de Atención Primaria: Caramuel y Pascual Rodríguez del Distrito de Latina y Guzmán el Bueno del Distrito Chamberí.

Población diana: Pacientes del Área 7 de Madrid que presentan úlceras venosas crónicas de origen vascular sin componente arterial.

Criterios de Inclusión: Evolución tórpida de la úlcera y prolongada en el tiempo.

Criterios de exclusión: Presencia de componente arterial: pulsos periféricos ausentes, valor del índice tobillo-brazo < 0.8 y necesidad de frecuencia de cambio del vendaje inferior a 7 días.

Tamaño de la Muestra: Se eligieron 5 pacientes en base a los criterios de inclusión y exclusión pertenecientes a los tres centros de salud mencionados: 1 en Caramuel, 1 en Guzman el Bueno y 3 en Pascual Rodríguez.

**Variables del Estudio:**

Sociodemográficas: Edad, Género (hombre, mujer).

Relacionadas con la úlcera: valor índice tobillo\_brazo (ITB), Circunferencia del tobillo (cm), Antigüedad de la úlcera, Recidiva (si, no), Estadío (I,II,III,IV), Dimensiones: largo x ancho (cm), Localización (según diagrama), Dolor al inicio (escala del 1 al 10), Signos de infección (si, no), Nivel del exudado (escala de 1 a 4), Fecha de los cambios, Aspecto del vendaje, Dolor fuera del cambio (escala del 1 al 10), Razones de discontinuidad (cicatrización, final del periodo de estudio, abandono), Razones de abandono (herida no evolucionada, tratamiento no satisfactorio, por petición del paciente (intolerancia), pérdida de seguimiento, éxitus, otros)

Relacionadas con la opinión del profesional de enfermería: Tiempo empleado en las curas (antes – después), Satisfacción con el resultado (antes – después)

Relacionadas con los costes: Tipo de material tradicional, Coste del material tradicional, Coste vendaje multicapa.

#### Plan de acción:

Se estableció un periodo de estudio de aproximadamente 3 meses, entre el 6 de octubre y el 31 de diciembre del año 2003.

Se reunió previamente a las enfermeras responsables de los pacientes para informar del proyecto, explicar el objetivo del estudio y los pasos a seguir. Los médicos correspondientes también fueron informados.

Se definió que la valoración inicial fuera realizada por cada uno de los enfermeros responsables de forma previa a la aplicación del tratamiento.

La valoración del ITB se obtuvo a través de la realización de un Eco Doppler.

El vendaje multicapa elegido estaba compuesto por cinco capas y cuatro vendas de características diferentes:

1. Apósito estéril de contacto con la lesión
2. Vendaje almohadillado natural para aplicación en espiral
3. Vendaje de fijación no compresivo para aplicación en espiral
4. Vendaje elástico de compresión ligera para aplicación en espiga
5. Vendaje compresivo cohesivo en espiral

El tamaño de la venda se definió en base a la circunferencia del tobillo para cada uno de los pacientes.

Todas las enfermeras implicadas que lo precisaron, recibieron entrenamiento en la colocación de este tipo de vendajes, de forma previa al inicio del estudio.

El seguimiento semanal en los Centros de Salud se realizó a través de la cumplimentación de la Hoja de Seguimiento, por parte de las enfermeras responsables.

Quincenalmente se enviaba copia de las hojas de seguimiento a la Unidad de Calidad del Área.

La Valoración Final fue cumplimentada por cada profesional de enfermería al producirse la discontinuidad del tratamiento.

El coste del consumo del material tradicional para las curas se estimó en base a los Informes Personalizados de uso de material que se cumplimentan periódicamente para información del departamento de Suministros del Área. La cantidad de material y su coste se estimaron para el periodo que cada paciente estuvo en tratamiento con vendaje multicapa.

El coste de cada unidad de vendaje multicapa fue de 16,08 euros

#### RESULTADOS:

Se presentan en medias para las variables cuantitativas y en frecuencias relativas (%) para las variables cualitativas.

##### 1. Características de la muestra:

###### Generales:

La edad media de los pacientes fue de 76 años, el 60% eran hombres y el 40% restante mujeres. Todos los ITBs fueron superiores a 1, asegurando la idoneidad de la aplicación del tratamiento. Todos los pacientes presentaban circunferencias de tobillo entre los 18 y 25 cm. El periodo de evolución más largo fue de 8 años y el más corto de 4 meses. La media de antigüedad de la úlcera fue de 38.8 meses (tres años). El 80% eran úlceras recidivantes. El 60% presentaban estadio III y el 40% restante estadio II. Las dimensiones medias tanto el largo como el ancho oscilaban alrededor de 3.5 cm. El 80% estaban localizadas en el maleolo interno. El 60% presentaban dolor al inicio del tratamiento con una puntuación media de 3,33. Todas presentaron exudado en algún momento de su evolución, con una puntuación media de 2,4 puntos. El 80% de los pacientes presentaron aspecto del vendaje normal a lo largo de todo el proceso. El 80% presentaron dolor fuera del cambio con una puntuación media de 3.2.

Evolución Clínica: El 60%, 3 de los casos, abandonaron el tratamiento. Todos abandonaron por intolerancia al tratamiento: 1 caso por dolor a las 2 semanas de tratamiento y los 2 restantes por dolor e infección a las 2 y 7 semanas. Un 20%, 1 caso, se curó antes de finalizar el periodo establecido. El 20%, 1 caso, se curó un mes después del periodo inicial establecido ya que en base a la evolución favorable del paciente se decidió continuar con el mismo tratamiento hasta su total curación. El tiempo medio de curación para los dos casos fue de 10.5 semanas.

###### Satisfacción de los pacientes y profesionales:

Los profesionales expresaron en general su agrado en cuanto al uso del nuevo tratamiento. Se produjo una disminución en el tiempo empleado para la actividad, se realizó 1 cura semanal en

lugar de las 3, que como media se venían realizando en los pacientes.

Las enfermeras y los pacientes que consiguieron el objetivo expresaron una total satisfacción en el uso del producto.

Comparativa de costes sistema tradicional versus vendaje multicapa: Sólo en 1 caso resultó más barato el uso del vendaje multicapa con respecto a los tratamientos tradicionales aunque no se produjo la curación. En 2 casos se incrementó el gasto en un 31% y en un 119%, sin embargo se curaron.

#### CONCLUSIONES:

Este tipo de terapia parece ser eficaz en algunos pacientes, sin embargo produce un importante porcentaje abandonos por intolerancia al tratamiento, causados principalmente por la aparición de procesos infecciosos e incremento del dolor.

Su aplicación implica una adecuada valoración previa del estado del paciente, de la extremidad afectada y de la úlcera, para determinar la viabilidad de la aplicación del tratamiento; así como un entrenamiento previo del personal en la técnica de aplicación.

Las limitaciones que presenta el estudio: muestra pequeña, indiferencia ante la eficacia del tratamiento, ante el tiempo de evolución de la úlcera, ante los costes indirectos relacionados con el tiempo ahorrado por el profesional y ante el grado de satisfacción del usuario y del profesional implicado, nos obligan a ser prudentes en nuestras conclusiones; no permitiéndonos tomar decisiones respecto a la conveniencia del uso de los vendajes multicapa como sustituto de las terapias convencionales.

Para alcanzar nuestro objetivo es preciso poner en marcha estudios que aseguren la generalización de los resultados y/o llevar a cabo una revisión crítica de la bibliografía relacionada disponible.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- 2) Área 8 de Atención Primaria de Madrid, Hospital de Móstoles, Fundación Alcorcón. Manual de Procedimientos Enfermeros Área 8. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2002.
- 3) Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Guía Farmacoterapéutica Geriátrica. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. En prensa.

**AUTOR/ES:**

Elena Lobo Escolar, María Luisa Bellido Martínez, Peter De Jonge, Frits J. Huyse, Joris P.J. Slaets, María José Rabanque Hernández, Antonio Lobo Satué

**TÍTULO:**

Detección temprana de pacientes neumológicos "complejos"

**TEXTO DEL TRABAJO:****Antecedentes:**

En el contexto de los sistemas sanitarios europeos existe una preocupación creciente por las necesidades de enfermos médicos complejos, y es que aproximadamente la mitad de los enfermos ingresados en el hospital general, una proporción algo menor en pacientes ambulatorios de disciplinas médicas no-psiquiátricas, tiene malestar psíquico significativo. El grupo europeo de investigación ECLW (European Consultation-Liaison Workgroup) lleva diez años estudiando el tema y, ante la insuficiente cobertura de las necesidades psicosociales de los pacientes médico-quirúrgicos, ha desarrollado una iniciativa que se encamina hacia una rápida detección de los problemas del paciente, que permitirá observar la efectividad de las intervenciones, especialmente, en aquellos pacientes complejos con mayores necesidades y que son más costosos para el sistema sanitario. Así, desde la colaboración multidisciplinar que propone la Psicología y Psiquiatría de "Enlace", se desarrolló INTERMED con la pretensión de hacer una aportación a la medicina "integral". Basado en la aproximación biopsicosocial de la medicina propuesta por Engel, el instrumento INTERMED fue creado para evaluar las necesidades de salud de los pacientes, permitiendo integrar y coordinar las actuaciones encaminadas a prestar una atención sanitaria óptima.

La validez de INTERMED, así como su utilidad y fiabilidad se han demostrado ampliamente en varias muestras. 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.

Con motivo del VIII Encuentro de Investigación en Enfermería, que tuvo lugar en Sevilla el año pasado, se presentaron algunos resultados del proyecto de validación de la versión española del instrumento, donde el objetivo era documentar la complejidad de cuidados de la mano de INTERMED. En el momento actual, una vez se ha avanzado en los análisis, y donde se han tenido en cuenta variables de resultado independientes al citado instrumento, el objetivo es el siguiente:

**Objetivo:**

Documentar la utilidad de INTERMED para detectar de modo temprano "complejidad de cuidados".

**Método:****-Muestra:**

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:**

1. 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 médicas. Se propone para evaluar las necesidades de salud pasadas, presentes y futuras y para integrar sistemáticamente los factores psicológicos y sociales en el plan de cuidados del paciente, así como la necesidad de comunicación entre los distintos proveedores de salud que se deriva de ello. Hace una valoración semicuantitativa de modo que las características del paciente son valoradas de acuerdo a un manual con puntos clínicos de anclaje basados en información procedente de los datos médicos y de enfermería, y los que se obtienen con una entrevista semi-estructurada que realiza la enfermera al paciente, con una duración aproximada de

unos 15-20 minutos. De este modo, INTERMED proporciona una visión rápida de las vulnerabilidades del paciente que puede emplearse para formular un plan de tratamiento integrado. Además, se ha diseñado en un formato que permite, en una misma ficha, la visualización en colores de las áreas problemáticas de cada paciente.

2. IAE, Índice Acumulativo de Enfermedad, es un instrumento evaluativo de enfermedad global que ofrece información sobre la salud física de un individuo, centrándose en los aspectos referentes al riesgo vital, la capacidad funcional y la necesidad de tratamiento. Es un método estandarizado y la información proviene de la observación clínica y anamnesis y de las pruebas complementarias<sup>12</sup>.

3. Informe de alta: para este estudio se ha obtenido información sobre el número de especialistas implicados durante el ingreso y sobre el número de especialistas a los que se remite tras el alta.

4. CMBD, Conjunto Mínimo Básico de Datos: es una base de datos hospitalaria que codifica en diversas variables información sobre el ingreso de cada paciente. Aquí se presentan datos sobre el número de diagnósticos y sobre el número de procedimientos especiales.

-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. Al alta, investigadores independientes, de modo ciego a los resultados previos, revisaron la base de datos hospitalaria.

Para las mediciones de "complejidad de cuidados" se utilizaron definiciones operativas, basadas en la información del IAE, del informe de alta y del CMBD.

Resultados:

Como ya se adelantó en el encuentro anterior, INTERMED documentó que un 25% de los pacientes entrevistados eran "complejos". Ahora bien, por lo que respecta a la comparación con las variables resultado se obtuvieron los siguientes hallazgos. La mayoría de los pacientes estaban en edad geriátrica, y 78 pacientes (24,7%) fueron clasificados como complejos con INTERMED (IM+). En apoyo de la hipótesis de trabajo, los pacientes IM+ puntuaron significativamente más alto en medidas de complejidad de cuidados (IAE, número de diagnósticos y consultas múltiples).

INTERMED se asoció también con una más larga estancia hospitalaria, tras controlar mediante regresión lineal predictores significativos y variables sociodemográficas.

Conclusiones:

Este es el primer informe en nuestro medio documentando la capacidad de INTERMED para predecir complejidad de cuidados médicos en pacientes neumológicos. Puede destacarse que una enfermera entrenada es capaz de detectar al ingreso la compleja problemática, en ejes bio-psico-sociales, que debe permitir una temprana organización de la asistencia.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. Detection and treatment of mental disorders in general health care. *Eur Psychiatry* 1997; 12(2):70-8.
2. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 1991; 148(8):1044-9.
3. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(9):897-903.
4. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21(1):39-48.
5. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21(1):49-56.
6. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ et al. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. *Spine* 1999; 24(4):378-84; discussion 385.
7. Huyse FJ, de Jonge P, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP. INTERMED: a tool for controlling for confounding variables and designing multimodal treatment. *J Psychosom Res* 1999; 46(4):401-2.
8. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, de Jonge P, Latour C. Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics* 2001; 42(1):5-13.
9. de Jonge P, Ruinemans 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; 18(12):2622-8.
10. Mazzocato C, Stiefel F, de Jonge P, Levorato A, Ducret S, Huyse FJ. Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(2):83-90.
11. Koch N, Stiefel F, de Jonge P et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*



**AUTHOR/S:**

Ideh,Dadgaran\*;Neda,Mehrdad\*\*. \*MSc in Nursing.Faculty member of Guilan University of Medical Science.Nursing and Midwifery college,Lahijan,Iran.\*\* MSc in Nursing.PhD student.Faculty member of Tehran University of Medical Science.Nursing and Midwifery college,Tehran,Iran.

**TITLE:**

Prevalence and Risk Factors of Hepatitis C Virus among Haemodialysis Patients

**TEXT:**

Introduction:Patients on chronic haemodialysis are at risk of infection by hepatitis C virus. (1). A high prevalence of HCV infection in haemodialysis patients has been reported. hepatitis C is the most common causes of chronic viral liver disease in haemodialysis patients(2).It causes chronic hepatitis , and may lead to liver failure or hepatocellular carcinoma(3).Management of HCV related liver disease is a major health concern in an end – stage renal disease (ESRD) population.Liver failure has been reported as the cause of death in up to 25 % of long term survivors after renal transplantation(3-5).Due to parenteral transmission of the virus , HCV contaminated blood transfusion was identified as the main risk factor for viral transmission before a availability of reliable HCV screening of blood products in 1990 (6) . Although the use of erythropoietin for the treatment of renal anemia has decreased the number of blood transfusions, the frequency of HCV infection in haemodialysis units has not declined accordingly(1,7). Transmission of infection has been related to the blood transfusion , the duration of haemodialysis , the prevalence of HCV infection in the dialysis unit , and nosocomial transmission of the virus(1). Some reports demonstrated that the duration of haemodialysis is an independent predictor of HCV infection in chronic haemodialysis patients(8,9);Thus nosocomial spread of hepatitis C between patient with in a haemodialysis unit was suggested(1,6,8,9) . Nosocomial transmission has recently been recognized as the major factor in the spread of HCV;Breakdown in standard infection – control practices, needle stick injuries , non – dedicated dialysis machine(1,10,11),and physical proximity to an infected patient all may affect the risk of transmission of HCV to patients and staff in haemodialysis units(1).The prevalence of HCV infection has been reported to range from 2% in northwestern Europe(The Netherland) to more than 73.6%.in Asia.(Indonesia).(7,12).

As mentioned above the magnitude of hepatitis C transmission within haemodialysis units is still unclear and therefore general recommendations for prevention have not been developed (13,14).The natural course of hepatitis C in haemodialysis patients is not well understood . It seems to differ from that in other HCV patients (15). Patients with HCV on chronic haemodialysis are at risk of death , which suggests that the focus should be directed more to identification and prevention of hepatitis C infection in haemodialysis patients(6).

As there was insufficient data on the prevalence of HCV infection and related risk factors among haemodialysis patients in Iran,we conducted multicenter study in Guilan , Iran . The aim of this research was determine the prevalence and risk factors of HCV infection among haemodialysis patients in guilan,Iran.

Methods:This was a cross – sectional study performed on a total 393 patients in 10 Guilan haemodialysis centers from Feb.2004 to Aug 2004 in Iran. For this study a questionnaire consisting of demographic data and risk factors related to haemodialysis such as duration of haemodialysis,number of weekly dialysis sessions , use of dedicative machine , number of patients undergoing haemodialysis , dialysis in multicenters;And questions about risk factors related to patients condition such as comorbidity, history of liver disease , history of jaundice , history of renal transplantation , history of addiction , history of tatto and multiple sex partners,and history of contact with infected person.

These information were obtained from completed questionnaires.The patients consents were obtained . All documents were kept as private information.To determine the prevalence of hepatitis C virus infection , we used the results of Elisa II Assay , that recorded in patients' file . All statistical analysis was performed by using SPSS for windows . ver . 12.0 .The chi – square test was used to evaluate risk factors associated with HCV infection.

Results: A total of 393 patients undergoing maintenance haemodialysis from 10 dialysis centers within Guilan, Iran, were enrolled in this study.

Of the 393 haemodialysis patients, 70 (17.8%) were found to be seropositive by Elisa II Assay. Analysis of risk factors showed that patients with a history of more than 3 years duration of haemodialysis were at high risk of HCV infection (38.7%). There was a significant relationship between duration of haemodialysis and higher rate of HCV infection ( $\chi^2 = 72/07$ ,  $df = 4$ ,  $P = 0/0001$ ). The results also showed that the patients with more weekly dialysis sessions were high risk for HCV infection (26.2%). There was a significant relationship between number of weekly dialysis sessions and higher rate of HCV infection ( $\chi^2 = 27/37$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/0001$ ). The result also showed a significant relationship between history of transfusion and the HCV infection rate ( $\chi^2 = 12/47$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/0001$ ). Other important risk factors that significantly related to HCV infection rate were history of renal transplantation ( $\chi^2 = 17/19$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/0001$ ), history of liver disease ( $\chi^2 = 21/41$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/0001$ ), history of jaundice ( $\chi^2 = 9/02$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/003$ ), history of contact with infection persons ( $\chi^2 = 17/19$ ,  $df = 1$ ,  $P = 0/0001$ ). We found no significant relationship between sex, age, marital status, history of intravenous injection, history of addiction, history of tattoo and the HCV infection.

Discussion: It is well known that haemodialysis patients are at risk for HCV infection, but there is a wide range in different regions of the world, ranging from 1% in UK to more than 90% in Eastern Europe (6,16,20). In the present cross-sectional study, a high prevalence of (17.8%) was confirmed among haemodialysis patients in Guilan, Iran; Thus HCV infection is a significant health problem in dialysis units in Iran. As reported in several previous studies, we also found that blood transfusion is an important risk factor for HCV infection in patients on haemodialysis (6,7,12,16,20). The patients with history of blood transfusion were at risk for HCV infection; In one study that enrolled in Sudan, there was no significant relationship between history of blood transfusion and HCV infection (21). However, several reports have shown the significant decrease in the prevalence of HCV caused by more sensitive initial screening of blood units and the intensive use of recombinant erythropoietin for control of renal anaemia in the last 10 years (1,6,7). Although screening of blood donors has been implemented since 1996 in Iran, it seems that it has not totally eliminated the risk of HCV transmission via blood transfusion as yet; Because the results showed that (20.1%) of patients who had history of blood transfusion after 1996 were infected with HCV.

This study has also indicated that the duration of dialysis treatment is associated with HCV seropositivity; The patients who were under treatment for more than 3 years had higher risk of being infected by HCV (28.7%). In previous studies have also indicated the significant relationship between duration of dialysis and HCV infection (6,7,12,21-25). The results also showed that patients who received more weekly dialysis sessions had significantly higher risk for HCV infections. Thus patient to patient transmission during haemodialysis has been suggested (6). Infection risk was also significantly higher in patients with a history of previous renal transplantation; This has already been demonstrated in other reports, and may reflect the side-effects of transmission from donated organs, or infected blood products (7,21,25). The results also showed significant relationship between history of liver disease and HCV infection; Similar study also showed higher HCV infection in patients with history of liver disease (21). This study showed that (75%) patients with history of Jaundice were high risk for HCV infection; But in other study there was no significant relationship between history of jaundice and HCV infection (22).

We also found no significant relationship between sex, age, with the risk of HCV infection; Previous studies also showed similar results (6). As this study was conducted as a single point prevalence study, a negative result does not exclude nosocomial transmission of the virus over times. This is supported by the fact that we had an (9.8%) infected population among patients with no history of blood transfusion. Patient to patient transmission was prospectively proved in several incidence studies in haemodialysis patients (6,7).

In conclusion we found that some of the major risk factors of HCV infection were blood transfusion, duration of haemodialysis, number of weekly dialysis sessions, history of previous renal transplantation and history of contact with infected persons. Some recommendations to reducing the risk of HCV infection among haemodialysis patients are: 1- Minimizing transfusion requirements by using of erythropoietin 2- As this study showed the screening test for HCV was Elisa II;

Thus it suggested implement more sensitive screening methods to detect HCV infection.3- Reducing the duration of the haemodialysis period by early transplantation 4-AS it possible , using the separate machine for infected people5-Stricter and more frequent enforcement of universal precautions may be required In haemodialysis centers.

#### Bibliography:

- 1-Harmankaya: et al. " Patient Isolation Prevents the Transmission of Hepatitis C Virus Infection in Haemodialysis Units ". *Dialysis & Transplantation* December2002.Vol:31,No:12.PP:359-61.
- 2-Knudsen F, Wantzin P, Rasmussen K, et al. " Hepatitis C in dialysis patients: Relationship to blood transfusions , dialysis and liver disease". *Kidney Int* 1993;43:1353-6.
- 3.Braun WF, McCauley J. Post-transplant outpatient case. In: Norman DJ, Suki WN, eds. *Primer on Transplantation* . New Jersey : American Society of Transplant Physicians. 1998; 229.
- 4.Toussaint C, Kinnaert P, Verrerastraeten P. Late mortality and morbidity five to eighteen years after kidney transplantation. *Transplantation*.1998;45:5548.
- 5.Terrault NA, Wright TL, Pereira BJ. Hepatitis C infection in the transplant recipients. *Infect. Dis. Clin. North Am.* 1995; 9: 943.
- 6.Hinrichsen, H; et al. " Prevalence and Risk Factors of Hepatitis C Virus infection in Hemodialysis patients: A multicentre study in 2796 patients." *GUT* Vol: 51, No:3.Jan 2002. P.P:429-32.
7. Alavian, Seyed Moayed; et al. " Prevalence Of Hepatitis C Virus Infection And Related Risk Factors Among Iranian Haemodialysis patients ". *Nephrology*.Vol:8,Issue5.October2003.P:256-60.
- 8.Hardy NM, Sandroni S, Danielson S, et al. Antibody to hepatitis C virus increases with time on hemodialysis. *Clin Nephrol* 1992;38:44. 9.Okuda K, Hayashi H, Kobayashi S, et al. Mode of hepatitis C infection not associated with blood transfusion among chronic hemodialysis patients. *J Hepatol*.1995;23:28-31.
- 10.Delarocque,E ;et al. " Outbreak of Hepatitis C virus in a French Hemodialysis Unit : Potential Transmission Through Contamination of the Hemodialysis Machine?".*Infection Control Hospital Epidemiology* . Vol:23,No:6. June2002. PP:328-34.

#### BIBLIOGRAPHY:

11. <http://citebase.eprints.org/cgi-bin/citations?id=oai:biomedcentral.com:1471-2369-5-13>
- 12.Megmar, AS Carneiro; et al. Hepatitis C prevalence and Risk Factors in hemodialysis in central Brazil. *Memorias Do Instituto Oswaldo Cruz on-line*. Vol:96,No:6.Aug2001.PP:765-9.
- 13.Moyer LA, Alter MJ. Hepatitis C virus in the hemodialysis setting: a review with recommendations for control. *Semin Dial* 1994;7:124-7.
- 14.Blumberg A, Zehnder C, Burckhardt JJ. Prevention of hepatitis C infection in haemodialysis units:A prospective study.*Nephrol Dial Transplant*.1995;10:230-3.
- 15.Simon N, Courouce AM, Lemarrec N, et al. A twelve year natural history of hepatitis C infection in hemodialysed patients. *Kidney Int* 1994;46:504-11.
- 16.McIntyre PG, McCrudden EAB, Dow BC, et al. HCV infection in renal dialysis patients in Glasgow. *Nephrol Dial Transplant* 1994;9:291.
- 17.Medin C, Allander T, Roll M, et al. Seroconversion to hepatitis C virus in dialysis patients. A retrospective and prospective study. *Nephron* 1993;65:40-5.
- 18.Knudsen F, Wantzin P, Rasmussen K, et al. Hepatitis C in dialysis patients: Relationship to blood transfusions, dialysis and liver disease. *Kidney Int*.1993;43: 1353-6.
- 19.Dentico P, Buongiorno R, Volpe A, et al. Prevalence and incidence of HCV in hemodialysis patients: Study of risk factors. *Clin Nephrol* 1992;38:49-52.
- 20.Jadoul M, Cornu C, van Ypersele de Strihou C, and UCL Collaboratory Group. Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in hemodialysis:A prospective study. *Kidney Int* 1993;44:1322-6
- 21.<http://hepatitis-b-1-Jeekim.Com/hepatitis-research-abs3.1636.html>
22. <Http://www.Slackinc.com/general/iche5/storo602/6sepk.htm>
- 23.Ansari MM; Kooloobandi, A. Prevalence of hepatitis C Virus Infection in Thalassemia and Hemodialysis in North Iran-Rasht. *Journal of Hepatitis*. Vol:9, No: 3- 2002. <http://www.pakmedinet.com/view.php?id=706524>.
- 25.<http://www.ams.ac.ir/htmls/proj>

**AUTHOR/S:**

Marilyn Aita, RN, Ph.D. (cand.) (1), Marjolaine Héon, RN, D.Ed. (2), Nicole Ricard, RN, Ph.D. (2), Hélène Ezer, RN, Ph.D. (1) & Carmen Loiselle, RN, Ph.D. (1)  
(1) School of Nursing, McGill University; (2) Faculty of Nursing, University of Montreal, Canada

**TITLE:**

Nursing Interventions on Cancer Clients: A Critical Literature Review

**TEXT:**

Being diagnosed with cancer is a health-crisis transition influencing significantly clients and caregivers' outcomes. Nursing interventions can be effective in helping cancer clients and caregivers to cope with their illness, and to decrease the symptoms they may experience.

**Objective.** To perform a literature review on experimental studies evaluating nursing interventions implemented with cancer patients and their caregivers and to offer a critical analysis of these nursing interventions as for their nature, their research method, their variables measured, and their effectiveness. This review was conducted by a Canadian nursing research group: the Groupe de Recherche Interuniversitaire en Soins Infirmiers de Montréal (GRISIM), in a goal of developing, implementing, and evaluating innovative nursing interventions for different types of population.

**Method.** Databases such as Medline, CINAHL, Cochrane Database Systematic Review, and Cochrane Controlled Trials Register were searched from 1995 to 2005 with the following key words: cancer patients or cancer combined with caregivers, nursing interventions, experimental studies, clinical trials, interventions and randomized controlled trials. Manual searches from the reference lists were also performed from reviewed articles. Experimental studies were included if a nurse or a multidisciplinary team including a nurse performed the intervention.

**Findings.** Eighty-seven studies were included in this literature review. The nursing interventions were mainly implemented among samples of clients diagnosed with different cancer types and most these interventions had an educational component. Interventions were rarely designed for caregivers of cancer clients. Among the studies reviewed, the highest proportion was randomized controlled trials. The main research outcomes of the interventions were multiple and diversified. The majority of reviewed interventions was found to be effective showing at least one significant result.

**Conclusions and Clinical Implications.** Based on this critical analysis, GRISIM recommends to develop generic nursing interventions that could be implemented and evaluated among clients with different cancer types to guide an evidence-based oncology nursing practice. Specific interventions should be implemented with clients diagnosed with a cancer type as well as caregivers in order to meet their distinctive needs. Interventions that were found to be effective should be implemented in the clinical field as they offer an evidence-based nursing practice that positively influences the cancer clients' and caregivers' outcomes.

**AUTHOR/S:**

João Apóstolo; Aida Mendes; Teresa Cálvario; Zaida Azeredo.

**TITLE:**

Theme: Construction and Validation of a Patients Hospitalised in Services of Psychiatry Comfort Evaluation Scale (ECIP).

**TEXT:****1. Background**

Comfort has been referred to by several theories as a noble concept of nursing science. Kolcaba(1-5) considers it the state of having met the basic human needs for relief, ease and transcendence. Relief is the state in which a need has been met, essential for the person to re-establish her/his normal functioning; the second state, ease, is a state of calm or satisfaction and is needed for an effective performance; the third state, transcendence, is the state in which each person feels that she/he has skills or potential to plan, control their faith, and resolve their problems. This kind of comfort is also called renewal.

According to the author, these three states of comfort are developed in the following four contexts: physical, psychospiritual, sociocultural and environmental. The physical context pertains to bodily sensations; the sociocultural context pertains to interpersonal, familiar and societal relationships; the psychospiritual context pertains to the internal awareness of self, including, concept, sexuality and meaning in one's life, can also encompass one's relationship to a higher order or being; the environmental context involves items such as light, noise, equipment (furniture), colour, temperature, and natural versus synthetic elements.

Because comfort is a noble concept of the nursing science, and because there is no tool to assess the comfort felt by hospitalised psychiatric patients, it became necessary to develop a process of construction and validation of an instrument with the mentioned characteristics.

**2. Methodology**

After de elaboration of the items, there was a process of refinement and elimination mediated by experts (content validity). This procedure had for criteria the analysis of content and shape of the items, in what concerns ambiguity, interpretability, relevance and content assessed by other items. A statistic study was conducted in two samples, one with 49 and other with 273 patients, in short term psychiatric hospitalisation, in 2004 and in the first semester of 2005.

Successive reliability analysis were made, assessing the values of the corrected item-total correlation of each sub-scale, and the Cronbach alpha. The criteria for the items elimination were corrected correlation less than 0,20 and alpha less than 0,70(6).

The validity of the construct was assessed through the factorial principal component analysis and the convergent/divergent validity was measured, using a Psychological Well-being Scale and an Illness Subjective Experiences of Suffering Inventory.

**Characteristics of the samples**

Sociodemographic characteristics of the first sample: age mean 40,29 years old, SD 13,10 years, minimum 21 and maximum 73 years; 46,90 % women and 53,10 % men; 51,02% married, 36,73% single, 10,20 % divorced and 2,05 % widowed. As to education (yrs) 34,70 % 4, 42,90 % between 5 and 9, 14,30 % between 10 and 12 e 8,10 % higher education.

Sociodemographic characteristics of the second sample: age mean 41,02 years old, SD 14,43 years, minimum 21 e maximum 73 years; 54,20 % women and 45,80 % men; 42,86% married, 41,39% single, 0,37 % unmarried couples, 12,08 % divorced and 3,30 widowed. As to education (yrs), 0,37% 0, 32,60% 4, 37,73% between 5 and 9, 16,48% between 10 and 12 and 12,82% higher education.

**3. Procedures and results****Scale construction and item development**

The constituting items of the ECIP were elaborated from literature review, suggestions given by experts and 18 interviews to hospitalised patients about the perceived comfort. After the initial construction of the items of the scale, the next step was the content validation of these items, with the objective of verifying their theoretical connection with the concept to be measured.

The 89 items remaining from the previous stage were submitted to the appreciation of five judges. An 89 item version resulted from this process. The items were organized in a five point Likert-type scale (1-5).

Statistical analysis and refinement of the items

The 89 item version was administered to 49 psychiatric patients. Through the analysis of the internal consistency and the content of the items, 49 items were eliminated, 7 were reformulated and 2 were created, resulting in a 51 item version.

Then, the 51 ECIP version was administered to a sample of 273 patients. The reliability analysis of items constituent each sub-scales, led to the elimination of 4 items (5, 6, 8 and 31 respectively). The corrected item-total of each sub-scale ranged from 0,28 and 0,80 and the value of the cronbach 's alpha was 0,78, 0,83, 0,90 and 0,91 for relief, ease, transcendence and total comfort, respectively.

Construct Validity

Analysis of the scale's construct validity was done. A principal component extraction was used with the 47 items, forced for three factors, using a Varimax orthogonal rotation, suppressing loadings under 0,20.

After successive analysis 5 items were excluded (13, 36, 40, 41, 44), because the factorial loads were distributed by the factors that they did not conceptually correspond to and because after reanalysed, its content may be considered ambiguous.

The three extracted components corresponds to the three states, relief, ease and transcendence described by Kolcaba(5), and that explain 37, 86% of the total variance.

However, some discrepant values are verified regarding the 13 items, which are worthy of being discussed because they don't clearly discriminate the factor to which they theoretically correspond to:

3 items loaded in a different factor from what was expected. 3 items that load with similar loadings in two factors, one of them being the one to which they theoretically correspond to. 7 items that although they show the highest factorial load in the factor to which they theoretically correspond to, also load in a second factor, being the difference between the two loads less than 0,20.

Criterion Validity

Two measures were used as criterion validity, the Psychological Well-Being Scales, by Carol Ryff, Portuguese version(7) and the Illness Subjective Experiences of Suffering Inventory(8).

The analysis of correlation between the total comfort, its three states and four contexts, the total of suffering, its dimensions and the psychological well-being has revealed, in general, moderate and high values, with expected relation senses. These results vouch for the convergent/divergent validity of the ECIP.

The total comfort correlates negatively with total suffering (-0,52) and positively with psychological well-being (0,49) and with the positive experiences of suffering (0,61).

As to the dimensions, it is important to stress some stronger correlation values, such as relief/physical suffering (-0,72), transcendence/positive experiences of suffering (0,72), transcendence/existential suffering (-0,61), physical comfort/physical suffering (-0,70), psychosocial comfort/existential suffering (-0,54), psychosocial comfort/psychological well-being (0,54). Some lower values such as: psychosocial comfort/psychological suffering (-0,38), sociocultural comfort/psychological suffering (-0,29).

4. Discussion/conclusion

The instrument revealed good properties that allow its utilization to assess the comfort perceived in psychiatric clinical context.

It revealed good internal consistency, with Cronbach Alpha values higher than 0,77, that vouch for the scales' reliability.

From the structural point of view, the solution of three factors reveals an acceptable adjustment of the items to the structure mentioned by Kolcaba(5).

The moderate and high correlation values, positive between the comfort, subjective well-being and the positive experiences of suffering, and negative between that concept and the suffering vouch for the convergent/divergent validity of the ECIP.

However, the fact that some items don't discriminate regarding the factor to which they belong can be considered a limitation from the structure point of view; therefore, some of the most important aspect will be discussed.

The item 4 (I feel well with the world), although it loads in the transcendence 0,44 and it should load in ease from the conceptual point of view. To feel well with the world shows a state of ease but it is also a main aspect for decision and life planning. This item was kept because of the importance of the assessed content.

The items 17 e 28 (my faith brings me peace of mind) e (I feel peace of mind), whose contents had been originally elaborated to assess psychosocial ease load with factorial loads of 0,58 and 0,64 in the factor transcendence. These results may be justified by the fact that the answer to the items may have been given having in mind the spiritual aspect and that the peace that faith may bring them. The spiritual matter seems to be connected to transcendental issues from the cultural point of view. However, in the item 28, to feel peace of mind is mainly a state of ease and therefore we chose to consider that this item assesses the state of ease.

The items 7 and 25, which assess satisfaction with the intimate and interpersonal relationships, present their higher factorial load in transcendence. In fact, satisfaction with interpersonal relationships may be an issue that induces calm and satisfaction, but also an ability to relate to others both intimately and socially.

The item 49 (I feel my body relaxed right now) which clearly assesses ease present the highest factorial load (0,43) in the state of transcendence, which represents a limitation from the structural point of view. However, the item was kept because of the importance of the assessed content.

It must be said that a 33 item version revealed a structure free of structural ambiguities. However, the 42 item version was considered to be the one with the more adjusted qualities.

Those aspects may be considered structural limitations. However, comfort is a holistic concept(4,5) designating a dynamic and multifaceted state of the individuals. The assessed aspects are not mutually exclusive, justifying the overlapping of the items that assess the several states. The assessment of the comfort can be done regarding each of the states and context but also in the overall.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Kolcaba, K.Y. - A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1991; 23 (4): 237- 240.
2. Kolcaba, K.Y. - Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 1992; 15(1): 1-10.
3. Kolcaba, K.Y. - A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 19 (6): 1178-1184.
4. Kolcaba, K.Y. - Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 2001; 49 (2), 86-92.
5. Kolcaba, K.Y. - *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, 2003.
6. Streiner, David L.; Norman, Geoffrey R. - *Health measurement scale. A practical guide to their development and use*. 3ª ed. New York: Oxford University Press, 2003.
7. Ferreira, J. A.; Simões, A. - *Escalas de bem-estar psicológico. Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 1999; 2: 110-121.
8. McIntyre, T.; Gameiro, M. - *Inventário de experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD)*. In A. P. Soares; S. Araújo & S. Caires (Org). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT, 1999: 723-736.

**AUTOR/ES:**

António Fernando da Silva Garrido

**TÍTULO:**

La Supervisión Clínica y la Calidad de Vida de los Enfermeros

**TEXTO DEL TRABAJO:****1.- Motivaciones profesionales por la realización del estudio:**

- La Supervisión Clínica confiere perspectivas innovadoras en el desempeño profesional e en la gestión de los servicios e instituciones de salud.
- La Supervisión Clínica es una dimensión central en el proceso de involucramiento profesional: motivar, encorajar y proporcionar soporte a los enfermeros, por lo que es necesario analizar la dinámica de la supervisión de las prácticas
- La Calidad de Vida de los enfermeros es una preocupación creciente y actual con reflejos en la salud y bienestar de los enfermos.

**2.- Objetivos:**

- Analizar las características del proceso de supervisión de las prácticas clínicas de los enfermeros;
- Evaluar la calidad de vida de los enfermeros en sus diversas dimensiones y variables relacionadas.

**3.- Definición de conceptos:**

- La Supervisión Clínica es:

"An intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior member or members of that same profession. This relationship is evaluative, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s), monitoring the quality of professional services offered to the client(s) she, her or they see(s), and serving as a gatekeeper those who are to enter the particular profession" - Bernard e Goodyear (1998: 6).

- La Calidad de vida es un concepto subjetivo y multifacético en los que hemos considerado diversos indicadores, tales como: a) el funcionamiento físico (quejas, dolor, sensación de bienestar); b) funcionamiento psíquico (aislamiento social, satisfacción profesional, relaciones, láser); c) el funcionamiento ocupacional; d) la percepción del estadio de la salud.

**4.- Métodos:**

Estudio no experimental, transversal, co-relacional de tipo cuantitativo.

Variable dependiente 1 - Nivel de satisfacción con la supervisión clínica

Variables independientes:

- a) Categoría profesional del supervisado
- b) Categoría profesional del supervisor
- c) Sexo del supervisor
- d) Servicios en que los supervisados trabajan
- e) Tipos de horarios practicados
- f) Edad
- g) Tiempo de servicio en la unidad de cuidados
- h) Frecuencia de cursos de formación profesional



Variable dependiente 2 - Índice de calidad de vida

Variabes independientes:

- a) Sexo
- b) Servicios en que los supervisados trabajan
- c) Edad
- d) Tiempo de servicio en la unidad de cuidados
- e) Tipos de horarios practicados

El estudio ha sido realizado con una muestra de 90 enfermeros de un hospital público portugués, a través de la aplicación de un cuestionario constituido por tres partes:

1º Caracterización socio-demográfica y profesional de los enfermeros;

2º Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire (SFSSQ) – Cuestionario por evaluación de la satisfacción con la supervisión clínica de los enfermeros;

3º Medical Outcomes Study Health Survey - Short Form (MOS-SF-36) – Cuestionario de evaluación de la calidad de vida relacionada con el estado de salud.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - versión 11.0 por Windows. Para sistematizar y realzar la información ofrecida por los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva: frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (medias aritméticas), medidas de dispersión y variabilidad (desviación standard, mínimos y máximos) y inferencial (teste U de Mann Whitney, de Kruskal-Wallis y correlación de Spearman's). En las pruebas estadísticas se ha utilizado diversos niveles de significación:  $p > 0,05$  (diferencia no significativa);  $p \leq 0,05$  (diferencia significativa);  $p \leq 0,01$  (diferencia muy significativa).

#### 4.- Resultados.

En el estudio encuestamos 90 enfermeros (31,1% del sexo masculino y 68,9% del sexo femenino). La media de edades ha sido 34,91 años para un desviación standard de 9,07. El mínimo de edad observado ha sido 22 años y el máximo 66, por lo que existe una variabilidad considerable en relación a la media.

Formación profesional: 83,3% tienen el curso superior de enfermería e 16,7% una especialización en enfermería y el tiempo mínimo de ejercicio profesional ha sido de 1 año y el máximo de 40 años con una amplitud de variación de 39 años. La media es 12,15 y el desvío padrón de 8,37, por lo que ha una gran variabilidad en relación a la media.

Tipo del horario platicado: 65,55% trabajan en horarios rotativos (mañanas, tardes y noches) y 27,78% en turnos exclusivamente de mañanas.

La supervisión de las prácticas clínicas ha sido entendida como un proceso de supervisión administrativa, teniendo como supervisor en 80% de las situaciones el enfermero jefe.

Los enfermeros en media presentan un alto valor de satisfacción con la supervisión y la categoría profesional del supervisor clínico no ha influenciado el nivel de satisfacción con la supervisión clínica.

El nivel de satisfacción con la supervisión clínica de los enfermeros y de las enfermeras es en media mayor si el supervisor es del sexo femenino.

Los supervisados evalúan muy positivamente la calidad de su supervisión, habiendo referido el 82,2% que contribuyó en su eficacia y eficiencia. Son los enfermeros más nuevos y los que trabajan en los servicios de medicina, especialidades médicas y pediatría, que están globalmente más satisfechos con la supervisión clínica.

En relación a la calidad de vida, 82,22% de los encuestados no tienen ninguna enfermedad; 56,3% toma medicación por orientación médica, 2,3% toman medicamentos pero, declaran no sufrir de ninguna enfermedad.

Se ha concluido que los encuestados han percibido su estado de salud como menos afectado en el nivel de funcionamiento físico y de las limitaciones por los problemas emocionales.

Las enfermeras tienen índices más bajos de calidad de vida que los enfermeros, con diferencias estadísticamente significativas por el nivel de funcionamiento físico y social, salud mental y vitalidad.

Los enfermeros y enfermeras que trabajan en los servicios de urgencia y consultas externas tienen mejor calidad de vida que los restantes. Los enfermeros con edad más elevada presentan mejor calidad a nivel de la salud mental y de la limitación por problemas emocionales, pero peor a nivel de funcionamiento físico y percepción general de la salud.

#### 5.- Discusión:

La inexistencia en Portugal de un proceso de supervisión clínica estructurado o independiente de la supervisión administrativa realizada por los jefes y las jefas de enfermería, determina la ausencia de estudios en el área. Los datos obtenidos permiten concluir que los enfermeros atribuyen importancia y valor a la supervisión clínica por aumentar su eficiencia, eficacia y calidad de vida. Es importante invertir en la implementación de la supervisión clínica en enfermería en contexto de discusión sobre la calidad de vida, calidad de las prácticas profesionales y procesos de supervisión de mayor calidad, desarrollados en beneficio de las personas que necesitan de cuidados de salud. Los enfermeros presentan buenos índices de calidad de vida, pero las enfermeras tienen índices más bajos de calidad de vida que los enfermeros.

#### 6.-Recomendaciones por pesquisas futuras:

- Investigar las causas por que los enfermeros jefes presentan niveles más bajos de satisfacción con la supervisión de las prácticas (factores intrínsecos o condicionantes organizacionales).
- Investigar la influencia de la formación profesional en el desenvolvimiento de las prácticas de supervisión clínica.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Abreu, W. Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. 2002, 45 (11), pp. 53-57.
- Bernard, MJ, Goodyear, R. *Fundamentals of Clinical Supervision*. Second edition, Allyn and Bacon, Boston; 1998.
- Bond, M, Holland, S. *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham, Open University Press; 1998
- Bowling, A. *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. 4ª Edição. Buckingham: Open University Press; 1994.
- Bowling, A., *Measuring disease*. In *Health-related quality of life - a discussion of the concept, its use and measurement*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- Cutcliffe, J, Butterworth, T, Proctor, B. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions; 2001.
- Ferreira, PL. Criação da Versão Portuguesa do Mos Sf-36, Parte I Adaptação Cultural Linguística teste de Validação. *Acta Médica portuguesa*, 2000a, 13, pp. 55-66
- Ferreira, PL. Criação da Versão Portuguesa do Mos Sf-36, Parte II teste de Validação. *Acta Médica Portuguesa*, 2000b,13, pp. 119-127.
- Holloway, E. *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications; 1995.
- Munson, CE. *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3ª Edição. Binghamton: The Haworth Press; 2002.
- Proctor, B. "Training for the supervision alliance attitude, skills and intention". In Cutcliffe, J, Butterworth, T, Proctor, B. *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions; 2001.
- Ware, JE.; Sherbourne, CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 1992, 30, (6).
- Ware, JE. *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center; 1993.

**AUTOR/ES:**

Peñín Fernández, M. F.; Coghen Vigueras, I.;Gómez Moreno, C.;García Campos, D.; Agraz Patiño, E.; LLacer Granell, V.

**TÍTULO:**

MATRONAS. ¿Cómo nos ven los profesionales sanitarios de Atención Primaria?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** Las matronas, como profesionales de la salud, se incorporan a la atención primaria (AP) en 1991, seis años después de que comenzara la andadura de la AP en España. En este nuevo proyecto sanitario la interrelación entre profesionales y el trabajo en equipo es uno de los recursos básicos para conseguir sus objetivos.

La incorporación de las matronas a los equipos de salud se plantea como profesionales de apoyo y no como integrantes del equipo de atención primaria (EAP), según la circular 1991 de la Dirección General del Insalud (1). Esta circunstancia supone que una matrona preste sus servicios en uno, dos o tres centros de salud, lo que conlleva la necesidad de priorizar las actividades que desarrolla en los distintos programas de atención al ciclo reproductivo de la mujer, tal y como se definen sus competencias. Por otra parte, la necesidad de adaptar la formación académica de estos profesionales a las directrices de la Unión Europea supuso el cierre de las Escuelas de Matronas en 1987, dos años después de la reforma de la AP, lo que conllevó una dificultad para proveer a los centros de estos profesionales. Las nuevas promociones de matronas, formadas en la AP, no se incorporan al sistema sanitario hasta 1997, diez años después de este comienzo. Todas estas circunstancias, han determinado que las matronas tengan una integración desigual en los distintos centros de salud (C.S.), y no desarrollen todas las actividades para las que han sido formadas.

En la revisión bibliográfica se percibe cierto desconocimiento sobre el trabajo de la Matrona, lo que hace que perdure su imagen tradicional relacionada fundamentalmente con el proceso obstétrico-Saiz Puente, S. y cols. (2) –Residentes de Matrona Madrid 2003-.

La Comisión Local de Calidad dentro del Proyecto del Área de Mejora Continua nos hemos preguntado: ¿Los profesionales sanitarios (P.S.) con los que trabajamos conocen nuestras competencias?, ¿perciben que trabajamos con calidad?, ¿responde nuestro trabajo a sus expectativas? El objetivo de nuestro trabajo es conocer la percepción de los profesionales sanitarios, como clientes internos, sobre el trabajo que desarrollan las matronas del Área-2 de Atención Primaria de Salud de Madrid.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Diseño: Observacional descriptivo transversal. Entorno: Área-2 del Servicio Madrileño de Salud a fecha marzo 05. El total de matronas asignado a los diferentes equipos es de 18. Cronograma: Octubre 2004-Abril 2005. En Octubre 2004 se decide por consenso en la Unidad trabajar sobre este objetivo. Población: El total de médicos, enfermeras y pediatras del Área (n=495 profesionales) distribuidos en 21 centros de salud de la zona urbana y periurbana de Madrid.. Medida de percepción: Se diseñó una encuesta anónima para autocumplimentar con preguntas cerradas que incluyeron satisfacción de expectativas sobre actividades, valoración técnica y calidad percibida del trabajo de la matrona en Atención Primaria, además una última pregunta abierta en la que se pidió "identificar algún aspecto susceptible de mejora". Tras una prueba piloto en un centro de características similares, se decidió incluir diferentes variables del trabajo de la matrona en el equipo. El análisis de datos se hizo de forma agregada. El numero de encuestas recibidas fue de 194, lo que corresponde al 39,19% de las encuestas enviadas. Los resultados de las preguntas con cinco niveles de respuestas: dos positivas, dos negativas y una neutra se agruparon en escalas positivas y negativas para valorar los grados de adhesión clara. Se procesaron los datos con el programa SPSS versión 11.

## RESULTADOS:

Características de la población de estudio:

-Edad media 40,97 años (DT 9,3 años)

-Sexo: 78,2% mujeres, 21,2% hombres, 0,6% no contesta.

-Categoría profesional: 48% médicos, 44,6% enfermeras, 7,4% pediatras.

-Los profesionales sanitarios percibieron que la matrona pasaba consulta: 45,7% todos los días, 32,6% dos/tres días por semana, 6,9% un día a la semana, 14,9% ningún día.

Satisfacción de expectativas sobre las actividades:

Los P.S. consideraron en un 93,4% de los casos que es necesario que una matrona trabaje en su centro de salud y que cubre un espacio importante en la atención a la mujer en el EAP (92,7% de respuestas favorables). En un 92,7% se consideraron satisfechos con el trabajo de la matrona, un 97% recomendaría el servicio a un familiar o conocido y así mismo percibieron que las usuarias a las que atendemos están satisfechas en un 98,5%.

En cuanto a la satisfacción de las expectativas sobre competencias superaron el 80% de respuestas favorables aquellas actividades de la matrona relacionadas con la valoración y seguimiento de embarazo y puerperio normal, la detección de factores de riesgo durante el embarazo y puerperio y la realización de citologías. Los aspectos no asistenciales (docencia, investigación y soporte dentro del equipo) en ningún caso superaron el 80%.

Valoración técnica:

El 98,5% de los P.S. consideraron que las matronas utilizan estrategias de asistencia, promoción, prevención y recuperación relacionadas con el ciclo reproductor. Así mismo un 94,1% reconoció que las matronas tienen competencias propias y el mismo porcentaje consideró que las matronas conocen y respetan los límites de sus propias competencias.

En cuanto a las habilidades técnicas el 93,9% consideró satisfactorios los conocimientos técnicos de las matronas, el 95,1% consideró satisfactorias sus habilidades y el 82,9% su capacidad resolutoria. Al 90,8% satisfizo la responsabilidad de la matrona con su trabajo. Los porcentajes más bajos se obtuvieron en la fluidez de comunicación con otros profesionales implicados en el proceso (71,8%).

Dimensiones de la calidad valoradas:

En cuanto a las dimensiones de la calidad valoradas los porcentajes más bajos correspondieron a demoras en la atención, colaboración en objetivos comunes, intercambio y fluidez de información con otros P.S. (<80%). Próximo al 80% (79,5%) se situó la valoración de la accesibilidad a los usuarios. Superaron el 80% de la valoración de los P.S. las siguientes dimensiones: la opinión profesional de la matrona ante una consulta obstétrica o ginecológica, la accesibilidad al resto de los P.S., el trato de la matrona a la mujer y familia y la continuidad en los cuidados.

El 96,4% consideró que la matrona deriva a tiempo a la mujer cuando ésta necesita cuidados adicionales o de urgencia.

Trabajo en equipo:

Un 93,4% de los profesionales consideró que la matrona es bien aceptada entre los profesionales de su equipo, sin embargo ninguno de los porcentajes obtenidos en los distintos aspectos analizados en esta dimensión (días suficientes de trabajo en el centro, unidad de apoyo, coordinación con otros profesionales, registro adecuado, responsabilidad compartida con los resultados del centro) superó el 80% porcentaje que consideramos satisfactorio.

Necesidades para orientar cambios:

Entre las mejoras sugeridas por los P.S. en la pregunta abierta de la encuesta, de mayor a menor frecuencia, fueron:

- disminución de la demora.
- mayor presencia de la matrona en el equipo.
- mejor comunicación interdisciplinaria.
- mejor registro de actividades – registro en OMI.
- Sustitución de la matrona cuando falte por algún motivo.

#### DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos nos indican que la demora en la atención como variable individual y el trabajo en equipo de forma global son áreas que requieren mejora, especialmente en lo referido a la fluidez en la comunicación con otros profesionales implicados (71,8% de respuestas favorables), fluidez en el intercambio con otros P.S. implicados (66,8%) y vías de coordinación (64,2%). Con respecto a estas áreas susceptibles de mejora podría ser interesante relacionarlas con los días que la matrona trabaja en el centro, para orientarnos en la medida correctora a seguir. Detectadas las áreas de mejora debemos priorizarlas para tras la medida correctora evaluar la evolución en el tiempo, con el propósito de consolidar la mejora continua.

En cuanto a la satisfacción de las expectativas sobre las actividades de las matronas el proceso obstétrico es el mejor valorado, dado que este proceso es tradicionalmente el trabajo más reconocido de las matronas, respuestas inferiores al 80% (atención preconcepcional -55,6%-) consideramos que requieren mejora. Dentro del proceso ginecológico únicamente el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix obtiene porcentajes de satisfacción por encima del 80%, estos resultados concuerdan con los de otros estudios, ya que a pesar del cambio en la formación, persiste la asociación de nuestra profesión con el proceso obstétrico. La valoración de las actividades no asistenciales están todas por debajo del 60% excepto el soporte y apoyo a actividades derivadas por otros profesionales. Sería necesario poder aglutinar dichas actividades a la actividad asistencial diaria.

El alto porcentaje de respuestas indiferentes o sin contestar en algunas áreas determinadas creemos se puede interpretar como un desconocimiento de nuestro trabajo que podría determinar, si se confirma, estrategias de marketing sobre nuestra profesión para dar solución a este hecho.

La valoración técnica es una de nuestras áreas fuertes, los profesionales consideran muy satisfactorias todas las áreas valoradas. Todos aquellos puntos fuertes de nuestro trabajo deben de ser fomentados y mantenidos: buena aceptación en el equipo, conocimiento del límite de nuestras competencias, alta valoración técnica y satisfacción global alta ( con valoraciones por encima del 90%).

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Circular 5/91 Ordenación de las actividades de las matronas de área en Atención Primaria.
2. Saiz, S.; Martín, E.; Del álamo, G; Concejo, S.; Martín, I.; Poza, L.; Romero, B. "Opinión de los profesionales sanitarios sobre la especialidad de matrona". Matronas Profesión 2003; vól.4nº14:23-28.
- 3.Informe de la Conferencia Internacional de matrona: "Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002". Matronas Profesión 2004; vól.5, nº15: 5-11.
4. Seguranyes,G. "Las competencias de las matronas". Editorial Matronas Profesión 2004; vól.5, nº15: 4.
5. Benavente Sanguino, M.J.; Morgado Villaverde, M "¿Qué imagen tienen los médicos de las enfermeras españolas?" XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Cuenca, 1996.
- 6.Modelo de Calidad total del SNS: Ministerio de Sanidad y Consumo, Junio 2001.
- 7.Documento de Consenso Subdirección General de Atención Primaria: "Los equipos de Atención Primaria propuestas de mejora", 2001.  
<http://www.medynet.com/elmedico/noticias/2001/10/26/n1bis.htm>
- 8.Marquet Palomer,R.; Davins Miralles,J. " Mejora continua de la calidad". Atención Primaria 2005: 512-532.
9. Martín Zurro, A; Cano Pérez, J.F. "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica". 5ªed., cap.:4,5,13,14.
- 10.Martín Arribas, M.C. " Diseño y validación de cuestionarios". Matronas Profesión 2004; vól 5, nº17.
11. Maceiras,L. "Encuestas de satisfacción de usuarios". Salud Pública. Educ Salud 2002;2(1):28-33.

**AUTOR/ES:**

GJ Estévez Guerra\*, P Hernández-Marrero\*\*, CD Marrero Medina\*, MA García Pizarro\*\*\*, E Fariña López\*, BC Rodríguez de Vera\*, T Bartolomé Salinero\*\*\*; L. Farrerons Noguera\*. \*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; \*\*Universidad de Toronto; \*\*\*Universidad de La Laguna.

**TÍTULO:**

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA GERIATRÍA (FUNCIS 69/03)

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** En la delimitación conceptual del burnout pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La primera lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, mientras que la psicosocial lo entiende como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal. Desde esta última perspectiva el burnout es entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto; se comporta como variable mediadora en la relación estrés percibido-consecuencias (1).

La definición más aceptada para este término es la propuesta por Maslach y Jackson (1981), y que consistiría en una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psíquico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar. Esto da lugar a un cansancio emocional que conduce a la pérdida de motivación y que puede ocasionar frustración y fracaso.

Los trabajos que se han venido realizando sobre este síndrome ponen de manifiesto que éste repercute de manera directa sobre la salud de los trabajadores produciendo diversas enfermedades y patologías, alteraciones en el bienestar y la salud mental, y alteraciones conductuales con repercusiones en el desempeño/rendimiento laboral (1,2). Por lo tanto, el burnout no sólo es un problema que afecta de manera directa al trabajador, sino que también repercute en la atención que dispensa a las personas que cuida y en la institución en la que éste se desenvuelve laboralmente.

Los estudios del burnout en el área de la salud, y más específicamente en el de enfermería, son numerosos, aunque han estado más centrados en el campo hospitalario y en las unidades consideradas especialmente estresantes -cuidados intensivos, cardiología, oncología-. Sin embargo, son escasos los trabajos que, en España, abordan este síndrome en profesionales que cuidan ancianos, un área en continua expansión.

Existe un amplio conjunto de factores en el trabajo que con frecuencia producen malestar y otros efectos negativos(2). En esta presentación evaluamos el impacto de dos tipos de recursos que podrían ayudar en el afrontamiento del estrés laboral y en consecuencia prevenir el burnout. Se tratan del apoyo social y el empowerment psicológico. Así mismo, incluimos un análisis de factores de índole sociolaboral.

**OBJETIVOS:** (a) Identificar el grado de burnout en la población de estudio, y (b) examinar la relación entre el apoyo social y el empowerment psicológico, junto a las variables sociolaborales, sobre las diferentes dimensiones del burnout.

**METODOLOGÍA:** Sujetos de estudio: La población diana la formaron 521 personas pertenecientes a nueve centros del archipiélago canario. Fueron incluidas atendiendo a los siguientes criterios: ser enfermero/a, auxiliar o cuidador/a; trabajar en un centro sociosanitario público de atención a los mayores; llevar al menos un año de ejercicio profesional; y estar trabajando en el período encuestador.

**Diseño:** Es un estudio descriptivo-correlacional de tipo transversal.

**Variables:** (a) Dependiente: Burnout. (b) Independientes: variables sociolaborales, empowerment psicológico, y apoyo social.

**Instrumentos:** Se trata de un cuestionario autoadministrado que incluye las siguientes escalas:

1.- Variables sociolaborales. Recoge datos personales de filiación y situación laboral. Incluye lugar de trabajo, tipo de contrato, años de ejercicio profesional, tiempo en su actual puesto de trabajo, tipo de turno, categoría profesional, edad, sexo, estado civil y número de hijos.

2.- Empowerment psicológico. Es un factor motivador intrínseco que se expresa como una respuesta psicológica cuando el individuo evalúa su trabajo en cuatro dimensiones: significado, competencia, autodeterminación e impacto. Para su evaluación utilizamos el Psychological

Empowerment Scale, validada al español por Hernández-Marrero (3). (Alfa Cronbach: 0,81).

3.- Apoyo social percibido. Valorado utilizando la escala DUKE-UNC (4). El cuestionario valora principalmente dos dimensiones del apoyo social: la confidencial, por la que se recibe información y consejo o permite compartir inquietudes; y la afectiva, por la que se expresa amor, cariño, estima y simpatía. (Alfa de Cronbach: 0,88).

4.- Burnout. Analizado mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), diseñado para estudiar el síndrome de burnout, validada al español por Seisdedos (5). Consta de tres subescalas que analizan los distintos aspectos que integran el síndrome de burnout: agotamiento emocional (CE), realización personal (RP) y despersonalización (DP). Habitualmente, los valores obtenidos, en cada dimensión, se categorizan en bajo, medio y alto. (Alfa Cronbach AE: 0,84; DP: 0,57; RP: 0,75).  
Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo y correlacional. La coherencia interna de las escalas se estudió utilizando el método del alfa de Cronbach.

#### RESULTADOS

Contestan los cuestionarios 227 trabajadores (41,77 % de la población diana). De éstos, 174 eran mujeres y 53 varones; con una media de edad de 39,3 (dt: 9,78). Llevan en la profesión 13,4 años (dt: 9,1), y 8,75 en su actual puesto de trabajo (dt: 9,0).

Por categorías identificamos 64 enfermeros y 163 auxiliares, de los que 133 estaban casados, 56 solteros y 30 separados. Tenían al menos un hijo 143 (63%) trabajadores y no tenían ninguno 84 (37%).

Respecto a la asignación a su puesto de trabajo, 168 (74%) lo fueron de forma voluntaria, y 56 (24,7%) obligatoria. Predomina el turno rotatorio (65,2%), seguido del de mañana (17,2%) y mañana-tarde (12,3%). En lo referente a la situación laboral se observa que 122 (53,7%) son fijos de plantilla y 105 (46,3%) no lo son. Los valores obtenidos en las otras variables independientes son, "apoyo social" 42,47 (dt: 8,2); "empowerment psicológico" 64,16 (dt: 9,67).

En la dependiente, los correspondientes a cada una de sus subdimensiones, son para agotamiento emocional 23,78 (dt: 11,84); despersonalización 7,81 (dt: 6,07); realización personal 39,38 (dt: 7,51). El análisis correlacional (coeficiente de correlación de Pearson) de las variables sociodemográficas con las diferentes dimensiones del MBI ponen de manifiesto que tan sólo la edad se relaciona débilmente, en sentido negativo, con la despersonalización (-0,192; ns: 0,01).

Cuando se aplica el mismo procedimiento para las otras variables independientes se constata la existencia de correlaciones, a veces más intensas y otras no tanto, entre las diferentes dimensiones del MBI y el empowerment psicológico y el apoyo social percibido, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

	Agotamiento emocional	Desperso-nalización	Realización personal	Empowerment psicológico	Apoyo social
Agotamiento emocional	1	0,540**	-0,327**	-0,313**	-0,332*
Desperso-nalización	0,540**	1	-0,328**	-0,203**	-0,156*
Realización personal	-0,327**	-0,328**	1	0,354**	0,298**

\*\* ns: 0,01 (bilateral); \* ns: 0,05 (bilateral)

#### DISCUSIÓN

Aunque pensábamos encontrar niveles más elevados en agotamiento emocional y despersonalización y más reducidos en realización personal, consecuencia de las características de la población que atienden estos profesionales, los valores hallados sitúan estas diferentes dimensiones del burnout en niveles medios, que no son muy diferentes de los encontrados en otros estudios no relacionados con el ámbito geriátrico o no estrictamente de enfermería (6-8). Esto nos lleva a considerar que tal vez, los niveles de burnout, sean más consecuencia de las características del entorno de trabajo que de la población a la que se atiende. Esto no deja de ser una suposición que tal vez merecería la pena investigar con mayor atención.

El apoyo social ha sido presentado, en la literatura, como un factor con un importante impacto, si bien no queda claro si su efecto es directo o modulador. En cualquier caso, nuestros resultados ponen de manifiesto que existe una significativa, aunque no intensa, relación entre éste y cada una

de las dimensiones del burnout. Esta es una constante que aparece reflejada en otros estudios (9,10). Hay que pensar que esto tiene un gran sentido puesto que lo que evaluábamos era apoyo “percibido” y en estas circunstancias, si uno tiene esa sensación, éste se constituye en un recurso más para afrontar un trabajo “difícil”. Éste no se limita al entorno de trabajo sino que se amplía al ámbito extralaboral.

Una de las novedades que aportamos en nuestro estudio respecto a otros trabajos, que estudian relaciones entre el síndrome y otras variables, es que analizábamos el impacto del llamado “empowerment psicológico”, sobre el burnout. Esta variable ha empezado a tener, cada vez más, un reconocimiento mayor en el estudio de los ambientes organizacionales puesto que nos indica el grado de motivación intrínseca y de identificación del trabajador con la institución en la cual desempeña su trabajo así como una visión de ésta como entorno seguro y lugar de desarrollo profesional, con el consiguiente efecto amortiguador sobre el estrés laboral. Los resultados indican que los trabajadores que perciben un mayor grado de empowerment psicológico presentan mayor realización personal y menor agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados son similares a los de otros estudios de burnout, realizados en otros países, con personal de enfermería (11,12).

Consideramos, a la luz de los resultados encontrados, que habría que favorecer que el apoyo extralaboral no se deteriorara, por lo que sugerimos instaurar turnos de trabajo que sean compatibles con la vida familiar y social, sobre todo teniendo en cuenta el elevado número de mujeres que prestan servicio en estos centros. No sería mala idea articular espacios en las instituciones que favorecieran las relaciones interpersonales.

También creemos de utilidad, dado el valor de cada trabajador, instaurar espacios que les permitan exponer su visión del cuidado que se realiza en la institución, así como propuestas de intervención que puedan ser discutidas por todos, lo que les permitiría sentirse parte del equipo de trabajo. A su vez esto facilitaría una mejor comprensión de las decisiones profesionales y mejorarían sus propias competencias.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1: Gil-Monte, P.; Peiró, JM. Desgaste psíquico en el trabajo. Madrid: Síntesis Psicología; 1997.
- 2: De la Gándara Martín, JJ.; De Dios Francos, A.; García Moja, C.; Fuertes Rocañín, JC. Estrés y trabajo. El síndrome de burnout. Madrid: Cauce Editorial. 1998.
- 3: Hernandez-Marrero, P. Determinants of self-perceived managerial effectiveness in the Canarian Health Service. [doctoral dissertation]. Toronto, Canada: University of Toronto; 2005.
- 4: Bellón Saameño, JA. et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. Aten Primaria 1996; 18: 17-31.
- 5: Seisdedos, N. The Maslach Burnout Inventory. Madrid: TEA; 1997.
- 6: Da Silva Sobral de Matos, H. et al. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Actas Españolas de Psiquiatría 1999; 27 (5): 310-320.
- 7: De Pablo González, R.; Suberviola, JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria 1998; 9: 580-584.
- 8: De la Peña, E. et al. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del Área de Salud de Badajoz. Enf Clinica 2002; 12 (2): 59-64.
- 9: Albar Marín, MJ. et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enfermería Clínica 2004; 14 (5): 281-285
- 10: Spear, J.; Wood, L.; Chawla, S.; Devis, A.; Nelson, J. Job satisfaction and burnout in mental health services for older people. Australasian Psychiatry 2004; 12 (1): 58-61.
- 11: Hatcher, S.; Laschinger, HKS. Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. Canadian Journal of Nursing Administration 1996; 9 (2): 74-94.
- 12: Laschinger, HKS.; Almost, J.; Purdy, N.; Kim, J. Predictors of Nurse Managers' Health in Canadian Restructured Healthcare Settings. Nursing Leadership 2004; 17 (4): 88-104.



**AUTOR/ES:**

M. J. Calvo Mayordomo, C. Solano Villarrubia, P. Serradilla Corchero, J.A. Infantes Rodríguez, J.L. Martín Maldonado. Dirección de Enfermería, Atención Primaria Área 1 de Madrid

**TÍTULO:**

DESARROLLO DEL ROL ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 1 DE MADRID

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Dentro del Plan de Mejora de la Calidad de los Servicios Enfermeros, que estamos liderando desde la Dirección de Enfermería y cuyas líneas estratégicas están fundamentadas en:

- q Reorientar los servicios enfermeros a TODOS los ciudadanos
- q Potenciar los cuidados enfermeros en la comunidad
- q Definir cuidados de enfermería en el uso racional de los medicamentos
- q Asegurar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales
- q Consolidar el trabajo con la metodología propia de la disciplina enfermera

Una vez presentado a los trabajadores del área este Plan de Mejora, nos planteamos conocer el grado de acuerdo y compromiso de los profesionales para desarrollarlo, pues a través del Plan de Mejora queremos redefinir la figura del profesional de enfermería en atención primaria en el área y conseguir que estos profesionales tengan más protagonismo en el binomio salud-enfermedad de la población de referencia y a su vez asuman más responsabilidad en este proceso. Para ello nos planteamos el proyecto de investigación cualitativa que estamos llevando a cabo.

La investigación define los siguientes objetivos:

- q Análisis de las opiniones, imágenes y representaciones existentes actualmente a cerca de las funciones, roles y actividades que desempeñan los profesionales de enfermería en el Área 1
- q Análisis del grado de conocimiento, acuerdo e implicación con el Proyecto de Mejora de la Calidad de los Cuidados Enfermeros existentes entre el conjunto de actores de los EAPs.
- q Reorientación del Plan de Mejora en aquellos aspectos que se determinen tras la investigación una vez finalizada la misma
- q Diseño de un plan de comunicación al conjunto de profesionales del Área, para implicarles y motivarles en el cumplimiento de los objetivos que se acaben definiendo en el Plan de Mejora, así como la difusión a la población.

La metodología llevada a cabo es investigación-acción-participación. La investigación se plantea en dos fases. En la primera el equipo investigador ha realizado diferentes grupos de discusión con enfermeras, médicos, matronas, auxiliares administrativos y ciudadanos, así como distintas entrevistas a informadores claves de estos mismos colectivos, donde se han ido recogiendo las diferentes opiniones de cómo ven la situación actual y de hacia dónde se deberían orientar los servicios prestados. Después del trabajo de campo realizado, se mantuvieron diferentes reuniones con los equipos directivos de todos los centros del Área, donde se les devolvió la información recogida y se debatió sobre las mismas. El documento elaborado por el equipo investigador se difundió a todos los componentes de la organización.

La segunda fase de la investigación constará de treinta y una reuniones en cada uno de los equipos del Área del equipo investigador, donde se presentará a todos los componentes del equipo lo recogido en el informe elaborado y con posterioridad el mismo número de reuniones del equipo directivo del Área, de la Dirección Asistencial para dar respuestas concretas a la situación general del Área y más concretamente definir una estrategia de intervenciones en cada uno de los equipos, según las peculiaridades de cada uno.

En relación a las opiniones recogidas, podemos destacar:

q Con unanimidad se ha expresado el creciente desajuste entre las demandas de salud de la población y los recursos disponibles en el Área, lo que conlleva una sensación de que se está produciendo una evolución negativa de la calidad asistencial en Atención Primaria

q Cierta deterioro del trabajo en equipo, los médicos reconocen desconocer muchas de las funciones y actividades de las enfermeras más allá de las clásicas (curas, crónicos...) y los enfermeros expresan que se sienten continuamente cuestionados, lo que les hace posicionarse como un colectivo a la defensiva

q En cuanto a la definición del rol del profesional de enfermería, el conjunto de opiniones expresadas proyecta la imagen de una enfermera sumida en un proceso de cambio y de actualización, lo que tiene como repercusión la vivencia actual de cierta indefinición del rol enfermero

q Cierta fragmentación y heterogeneidad entre los profesionales de enfermería, por un lado todos señalan y aceptan las actividades más tradicionales vinculadas a las "técnicas", por otro lado, se asume de forma menos mayoritaria otro tipo de intervenciones más vinculadas a la política de autocuidados y a la educación y promoción de la salud

q Cierta confusión entre las líneas estratégicas del Plan de Mejora de los Cuidados Enfermeros y el uso de la metodología enfermera, pues en algunas ocasiones se confunde con que el citado Plan es el uso del Proceso Enfermero

q También existe confusión al identificar la utilización del Proceso Enfermero con la herramienta de OMI y todas las dificultades que conlleva su uso

q Asimismo, se desprende un desconocimiento importante de muchos de los médicos de lo que es la metodología de trabajo propia de la enfermera y de sus consecuencias en el pacto de objetivos con el ciudadano

En relación a estas opiniones recogidas podemos destacar las siguientes conclusiones:

q Necesidad de que los profesionales de enfermería asuman más responsabilidad en el binomio salud-enfermedad de la población. En la medida que la profesión de enfermería se constituye como una profesión autónoma e independiente, que desarrolla su propia forma de trabajo y de abordaje del tema de la salud, lógicamente debe asumir plena responsabilidad sobre las decisiones que se adoptan en el ejercicio de dicha actividad profesional

q Que se reconozca por parte de todos, que la enfermera también es puerta de entrada al sistema sanitario que tenemos, por lo que por parte de todos los actores intervinientes se debe reforzar este mensaje

q Que los servicios que ofrece la enfermera a la población estén orientados al autocuidado y a la autoresponsabilidad del propio ciudadano, siendo necesario para ello el trabajo con nuestra metodología propia, lo que tiene la consecuencia clara de negociación con el usuario de los objetivos que sobre los que se va a trabajar y por tanto el establecimiento del plan de cuidados

q Aprovechar la investigación de donde se desprende un claro afán de cambio por parte de algunos profesionales, para dar el impulso necesario y llevar a cabo el Plan de Mejora definido

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- N. Anglada Mirabent, E. Cañadell Ledesma. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordá. Aten Primaria Marzo 2000; 25: 90-96
- 2.- J.A. Guirao Goris. Diagnóstico de enfermería en una consulta de enfermería de Atención Primaria. Enfermería integral 1993; 26: 27
- 3.- R. Del Pino Casado. La enfermera como primer contacto. Index de Enfermería/ otoño 2002, nº 38
- 4.-P. Serrano Gallardo. Características profesionales de la enfermera comunitaria. ¿Qué opina la población?. Metas Junio 1999
- 5.- Enfermería en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2003
- 6.- Los equipos de Atención Primaria: Propuestas de Mejora. INSALUD, 2001
- 7.-Orem D. Normas Prácticas de Enfermería. Pirámide, 1993
- 8.- Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Fundamentación Teórica y teorías en enfermería. Harcourt Brace de España, S.A. Madrid, 1999
- 9.- Johnson M and als. Diagnósticos Enfermeros, Resultados, Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Harcourt Mosby. Madrid, 2002
- 10.- J. R. Martínez Riera. Consulta de enfermería a demanda en atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev. Adm. Sanit. 2003 425- 40

**AUTOR/ES:**

Juan José Rodríguez Mondéjar, M<sup>a</sup> Teresa Rabadán Anta, Javier Iniesta Sánchez, María Rodríguez Mondéjar, Jose Antonio Domené Martínez, Fco Miguel López Pedreño.  
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

**TÍTULO:**

ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LEGISLACIÓN APLICABLE AL PERSONAL FUNCIONARIO DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

En general se piensa que para poder ejercer tus deberes y solicitar tus derechos como personal funcionario de la administración debes conocer en más o menos profundidad la legislación pertinente. En este trabajo la hipótesis es que no es tanto como creemos, sino que más bien nos confiamos en lo que nuestro inmediato superior nos dice al efecto. Este hecho sin ser malo no tiene porque ser perfecto, a veces, ni siquiera bueno, porque influyen muchos factores sobre las decisiones que se toman respecto a estos elementos. Nuestro objetivo es hacer un análisis de los conocimientos actuales sobre legislación funcional, en las materias referenciadas de derechos y deberes de forma no profunda, pero si indicativa, sobre el personal que presta sus servicios en el Hospital General Universitario de Murcia (HGUM, hoy Reina Sofía de Murcia), y tiene la condición de funcionario.

**Metodología y personas:**

-Tipo de estudio: prospectivo, descriptivo y transversal.

-Tiempo: mes de octubre y noviembre del 2004.

-Lugar: Hospital General Universitario de Murcia.

-Definición de caso y muestra: se ha elegido toda la población del centro, independientemente de la categoría profesional. Se han excluido los que lleven menos de 3 meses de servicios como funcionarios, los que son laborales, los estatutarios (si hubiere alguno), y tampoco se ha incluido al personal que no está en activo (IT, permiso sin sueldo, maternidad, etc.), y los que están en comisión de servicio en otro centro o consejería, así como liberados sindicales.

En este apartado debo aclarar la dificultad de llegar a la mayoría de la población que forma el HGUM, ya que está distribuido en la zona de consultas de Floridablanca, en la antigua Cruz Roja, y en los hospitales Morales Meseguer, y Virgen de la Arrixaca (todo ello como consecuencia del desalojo y derribo de nuestro centro de forma urgente en Junio de 1999).

**-Desarrollo y Fuente de datos**

El estudio se ha desarrollado con un cuestionario autoadministrado, siendo el resultado un buen barómetro para conocer el estado de conocimientos sobre el tema. La distribución y recogida de cuestionarios ha sido a través de los supervisores de unidad de enfermería y algún jefe de servicio (urgencias en concreto) entregando el número de ejemplares sobre la base del personal que conforma el servicio.

La cumplimentación ha sido voluntaria y anónima, y se ha dejado un plazo entre 15 y 30 días según los servicios dada la dispersión encontrada.

El cuestionario consta de 33 ítems, 12 de datos sociodemográficos y 20 preguntas con 4 alternativas (con 1 correcta), y 1 ítem abierto a observaciones. La mitad de preguntas acertadas serían diez aciertos, como debido al azar sólo se pueden contestar 1 de 4, se consideraría "aprobado" con 13 respuestas correctas (12,5 exactamente, pero no es posible), o equivalente a un 62,5% de aciertos.

Posteriormente se realizará un análisis individual de cada uno de los ítems respecto a su contenido. Se ha entregado en dos hojas grapadas a ordenador en tamaño nº 11, tipo de letra: Times New Roman. El tiempo medio de dedicación para su cumplimentación ha sido alrededor de 15 minutos.

-Procesamiento estadístico: Los datos se han procesado con paquete SPSS v12.0 en castellano, realizando estadística descriptiva con media y desviación estándar para variables cuantitativas, y análisis de frecuencias con porcentajes para las cualitativas. Para estadística analítica se aplicó el test de correlación de Pearson, considerando significativo cuando  $p < 0,05$  (error admitido del 5%).

## Resultados

Muestra recogida (correctamente) 276 funcionarios del Hospital General Universitario de Murcia (hoy Reina Sofía de Murcia).

Edad: 42,6 años de media, con desviación estándar (DE)7,95 años (22-63). No contestan esta pregunta un 33,7%. Sexo: Mujer 193 (73,7%), varón 69 (26,3%).

Categoría profesional: Enfermera/o 132 (48,5%), Auxiliar sanitario 93 (34,2%), Facultativos 13 (4,8%), resto de empleados: técnicos especialistas, administrativos, celadores, etc. 34 (12,5%) .

Años de experiencia profesional: entre 0-5 años 5,5%, 6-10 años 13,7%, 11-15 años 22,9%, entre 16 y 20 años 26,2%, 21-25 años 14,4%, y más de 26 años 17,3% . Años como funcionario destacar que entre 11 y 15 años están el 31,5%. Tipo de plaza que tiene: fijo 176 (64,7%), interino 81(29,8%), contratado 14(5,1%), comisión de servicio 1 (0,4), no contestan 4 encuestados.

Nivel de estudios máximos realizados: licenciado 26 (9,5%), universitario de grado medio 135 (49,3%), bachiller o FP 2º grado 63 (23%), Ciclos formativos o FP1 45 (16,4%), graduado escolar o ESO 4 (1,5%), certificado de escolaridad 1 (0,4%).

Han realizado reclamación por vía administrativa: 51 encuestados (19%), respuesta afirmativa de la administración 30 (58,8%). Reclamación por vía contencioso o judicial: 28 (10,6%), recibiendo respuesta afirmativa 13 (46,4%).

Contestación a los ítems planteados de conocimientos sobre legislación 20 preguntas y 1 de observaciones (esta última sólo la contestan 2 funcionarios (0,8%). Respuestas correctas: Se han superado con el acierto de más del 62,5% de la muestra, 8 de los 20 ítems, es decir un 40% habría obtenido el apto.

Respecto a la estadística analítica encontramos que a mayor categoría profesional menor número de errores del cuestionario  $p < 0,017$ , que el hecho de llevar más años de funcionario y de profesional no hace que se conteste mejor, sino al contrario con  $p < 0,03$  y  $p < 0,02$  (respectivamente), también a mayor edad más errores con  $p < 0,004$ . También cabe destacar que a mayor edad, experiencia, y tiempo de funcionario mayor nº de personas con plaza fija, así como que a mayor nivel de estudios ocupan mayor categoría profesional.

## Comentarios

Nos ha sorprendido la respuesta tan importante que ha tenido el cuestionario, sobre todo por el personal de enfermería, quizá porque ha partido el estudio de compañeros de profesión que llevan suficientes años en el centro como para sentirse integrados con el conjunto del hospital. Si bien la dificultad de la dispersión por la situación que ocasionó el cierre del hospital el 2 de Junio de 1999, ha dificultado en parte la divulgación del cuestionario, aunque nos consta que ha llegado a todos los centros y servicios donde se estaban ubicados y repartidos. En si mismo el trabajo se iba a centrar en un principio al colectivo de enfermería, pero posteriormente se decidió no excluir a nadie que quisiera participar porque es un tema común que afecta a todos pero que le dedicamos poca atención, ya que lo nuestro es la sanidad, como si ello no nos afectase directamente, cosa que claramente es un error.

La media de edad corresponde a un hospital maduro ya que supera los 42 años, y eso en gestión se considera que a partir de una población media de 45 años hay demasiadas dificultades para aceptar grandes cambios, sin por ello considerarse una población "vieja" a otros niveles. Si se han de destacar dos aspectos, el primero que el 32% tiene más de 21 años de experiencia profesional, y segundo que un 33% de la muestra no ha puesto su edad (cantidad muy elevada), y creemos que no es por joven, sino que en su mayoría pertenecerán a edades más altas (por eso de no presumir de años).

Estos síntomas se confirman con el tiempo medio de profesional y el de funcionario donde la mayoría está por los escalones medio-altos.

Respecto al sexo de la muestra se correlaciona con los datos generales de otros centros sanitarios donde las mujeres suponen las  $\frac{3}{4}$  partes de los empleados, no sorprendiendo ni creando dudas de la validez de la misma.

Predomina claramente el personal fijo (2/3), que junto con el proceso de estatutización consolidarán más la plantilla estable, aunque sea con otro régimen laboral.

En los estudios que poseen aunque no ejerzan solamente destacar el grupo que tiene bachiller superior o FP de 2º grado que es de 63, cuando sólo contestaron la encuesta 9 personas que estén en el grupo C (que es su equivalencia formativa), a cambio en el grupo D hay 107 cuestionarios cuando sus estudios los tienen sólo 45 funcionarios, es decir el personal tiene más nivel de estudios que el exigido para su puesto de trabajo. En el resto hay cierta proporcionalidad.

Claramente el colectivo que más a participado ha sido la enfermería con la mitad de la muestra, y en segundo lugar el auxiliar de enfermería (34,2%), cosa entendible porque es conocido que estos colectivos participan más y son menos reticentes a contestar encuestas en su trabajo. No obstante el cuestionario explicaba todo el proceso del trabajo y para lo que se estaba realizando, creando un compromiso de transmitir los resultados posteriormente a los servicios.

Analizando las preguntas del cuestionario propiamente dichas y una vez descrito el entorno en el que nos desenvolvemos hemos de decir que se tienen dudas de cosas que son básicas como que el funcionario no tiene periodo de prueba aunque sí de prácticas cuando obtiene su plaza, o que se considera falta grave el llegar tarde al trabajo 3 veces (pensando que ni siquiera es una falta sino un incumplimiento leve desde el punto de vista legislativo), confundir que se entiende por estudios sobre materias relacionadas con el puesto de trabajo (a la hora de licencias o permisos por este motivo), el incumplimiento de las normas de incompatibilidades que es no grave, sino muy grave (con sanciones distintas totalmente), y por último no tener claro que la jornada en dedicación especial supone hacer 40 h semanales con relación a las 37,5h de la jornada normal. Por el contrario se han contestado muy satisfactoriamente otras cuestiones como los días por enfermedad grave de un familiar, la pérdida de la condición de funcionario cuando sucede, algunos de los deberes del personal funcionario con respecto al trato al público y a los compañeros, que es deber inexcusable de carácter público o personal, y cuales son las retribuciones básicas del personal funcionario.

Conclusiones: 1.- El personal funcionario del estudio tiene un nivel bajo de conocimientos sobre legislación aplicable en derechos y deberes. 2.- La experiencia media profesional y de funcionario es alta tal como corresponde a un centro con su historia. 3.- La participación fundamental por colectivos ha sido de la enfermería.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

-Búsqueda de jurisprudencia sobre licencias, permisos y vacaciones. Editorial Aranzadi (on line), 2004.

-Convenio Colectivo de Trabajo para personal laboral al servicio de la Administración Pública de la Región de Murcia (artículos 44, 45, 46, 47, 48 49 y 50).

-Decreto 27/1990, de 3 de mayo, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permiso, licencias y vacaciones de personal funcionario al servicio de la Administración Regional (artículos 9, 10, 11, 12, 13 y 14).

-Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia (artículos 74, 75, 76 y 77).

-Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública (artículo 30).

-Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 26).

-Manual de recursos humanos de la Función Pública de la Región de Murcia (documento interno).

-Orden de 15 de octubre de 1996, de la Consejería de Presidencia, sobre modo de justificación por el personal al servicio de la Administración Regional de las ausencias del puesto de trabajo por motivos de enfermedad.

-Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

-Orden de 25 de febrero de 1994 de la Consejería de Hacienda y Administración Pública por la que se regula la compensación económica de las vacaciones anuales no disfrutadas del personal laboral temporal, interino y eventual de la Administración Pública Regional.

-Real Decreto 575/1997, - de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

-Resolución de 6 de noviembre de 1998, de la Secretaria General de la Presidencia, por la que se ordena la publicación del Pacto Administración y Organizaciones

## **Punto de vista de la población inmigrante sobre los cuidados que recibe.**

### 1.- ASOCIACIÓN RUMIÑAHUI HISPANO ECUATORIANA

Rumiñahui fue el último General Inca, defensor del Reino de Quito, caracterizado por ser valeroso, luchador y fiel a su pueblo; quien creyó en sus valores, costumbres y gran potencial de supervivencia.

Nuestra Asociación se fundó el 14 de abril de 1997, e inscrita el 16 de junio del mismo año, en el Ministerio del Interior. Creada con el ánimo de atender a la demanda y necesidades del colectivo ecuatoriano, vista la ausencia de algún tipo de organización que acoja a nuestro colectivo, sirva como portavoz de su situación real en España y que participe además, como una organización legal promotora de actividades para mejorar las condiciones de vida de los inmigrantes.

### **LINEAS DE ACCIÓN**

La Asociación tiene dos líneas de trabajo:

- Canalizar las demandas del colectivo de inmigrantes ecuatorianos, ofrecer un espacio de encuentro donde se lleven a cabo reuniones de información, reflexión y propuesta de actividades y acciones a favor del colectivo de inmigrantes ecuatorianos, así como favorecer el acercamiento de las culturas y facilitar el proceso de la integración social.
- Mantener el vínculo de los inmigrantes con el país de origen, a través del trabajo de proyectos de desarrollo y codesarrollo donde el inmigrante sea un agente activo y protagonista del desarrollo de los pueblos del Ecuador, especialmente en los sectores más empobrecidos y de mayor índice de emigración.

Rumiñahui ha desarrollado desde el año 1997 en que se fundó, varias actividades sobre todo, en los ámbitos de:

- Asesoramiento Jurídico, Formación e Información a inmigrantes
- Servicio de Acompañamiento y Mediación Social (especialmente en casos de violencia doméstica, escolarización de menores, atención médica, vivienda).
- Defensa de los derechos de los inmigrantes
- Gestión de empleo
- Cultura y recreación con la comunidad inmigrante
- Fomento de los espacios de encuentro para llevar a cabo reuniones de reflexión, análisis de la realidad de la inmigración y propuesta de actividades y acciones, así como crear espacios de intercambio cultural con el colectivo de inmigrantes y la población autóctona.

Y, aunque en todos ellos se han obtenido logros, en el ámbito en el que se han obtenido mayores éxitos han sido en el de la presión política, en el que ha llegado a constituirse como la primera fuerza en la lucha por los derechos de los inmigrantes ecuatorianos en España y Ecuador. En Ecuador se han logrado acuerdos con el gobierno para la defensa de los ciudadanos ecuatorianos en el exterior (Rencor Policial) y se mantienen contactos de alto nivel con los representantes políticos en España.

### **2.- IMIGRACIÓN Y SALUD**

Los países de la Unión Europea y en el caso particular de España, están viviendo cambios sustanciales en su fisonomía sociológica, etnológica, antropológica, etc., dada la llegada de refugiados e inmigrantes. Generalmente, las personas que llegan a la península ibérica, vienen buscando básicamente seguridad y estabilidad económica, pero al no estar cubiertas sus mínimas aspiraciones pueden caer con facilidad en un estado de vulnerabilidad.

El refugiado e inmigrante, anhela que básicamente algunos de los derechos fundamentales les sean cubiertos, uno de estos es la salud.

En ocasiones, a la inmigración se le ha endosado una serie de “males” y como muchos de ellos falaces, como lo demuestra la investigación realizada por O. Vall Combelles y O. García Algar del Servicio de Pediatría del Hospital del Mar de Barcelona; las conclusiones a las que llegaron fueron:

- Los inmigrantes, en el ámbito de la salud, no representan peligro alguno para las personas del país de llegada.
- La problemática de salud en general, ya en autóctono como en inmigrantes es similar.
- Las enfermedades tropicales no tienen una prevalencia significativa.
- El verdadero riesgo de salud pasa por la situación irregular que agrava las condiciones higienicosanitarias de vida. Sobre ésta última conclusión, recalcan que en los barrios que las condiciones sociosanitaria son deplorables, las enfermedades ya de autóctonos como inmigrantes son las mismas.

La migración es una constante y una realidad que la tenemos entre nosotros y que requiere un tratamiento global, en todos los ámbitos, niveles, servicios, recursos, políticas sociales.... Es importante separando del debate y actuaciones, los estereotipos e intereses políticas que estropean las aspiraciones generales a las que toda persona desea llegar, que es formar parte del estado de bienestar.

Es bien sabido que los individuos que migran son generalmente personas jóvenes, sanas y las más fuertes; en muchos casos éste inmigrante económico, es “seleccionado” entre toda la familia; esta especie de “selección darwiniana” manifiesta claramente el buen estado psicológico, orgánico del “salvador” de la familia. Por consiguiente, varias enfermedades que vive el inmigrante, son fruto de la situación y estado por el que atraviesa en el país de llegada.

No se puede estar sano si se vive en un estado permanente de acoso policial. La situación de irregularidad puede ser causa suficiente de expulsión y por consiguiente la aniquilación de todas las aspiraciones.

No se puede estar lejos de la depresión si no se tiene trabajo y en consecuencia dinero para cubrir las necesidades elementales y copar los requerimientos de los que se quedaron en el país de origen.

No se puede vivir sin enfermarse cuando los pisos son insalubres, húmedos, con reducida calefacción, con poca o nula luz natural y renovación de aire.

No se puede mejorar la salud cuando se tienen poco o nulo acceso a la sanidad pública, por desconocimiento del servicio, falta de información, dificultad del idioma, temor, diferencias etno-culturales....

## **2.1.- Enfermedades en los inmigrantes**

Si se define la enfermedad como cualquier tipo de trastorno anormal del cuerpo o de la mente en el que las funciones se ven alteradas; y que estos cambios generan un estado de malestar; por el contrario la salud es bienestar; por ello todo ser humano de cualquier parte del planeta, desde los ciudadanos de las grandes metrópolis hasta los campesinos de las aldeas más remotas, considera la salud como un bien muy importante e incalculable.

Para todo inmigrante o refugiado, su salud es lo mejor que posee, por el contrario, estar enfermo es dolor, soledad, tristeza.....y para sus familiares y el mismo puede ser frustración del proyecto migratorio, pobreza, hambre y en ocasiones la muerte de alguien. Para el Psiquiatra Josefa Achotegui especialista en inmigración, recalca el gran esfuerzo que hace un inmigrante por integrarse en la sociedad de llegada y sin embargo este esfuerzo que hacen no les merece la pena; por ello los definió como “héroes”, por todos los riesgos y adversidades que se ven obligados a enfrentar. Lo que viven muchos inmigrantes es peor que el relato de La Odisea.

Para este Psiquiatra, la soledad, el tener lejos a los seres queridos representa de por sí un gran dolor. Considera que vivir la vida de los inmigrantes rodeada de miedo y en ocasiones verse sin salida, sin recursos para luchar contra la adversidad y, además, pasar esto en soledad, es un “pesadilla terrible”. Hay que tener en cuenta, además, que muchas veces, cuando un inmigrante pide ayuda, no obtiene la adecuada, tanto desde el punto de vista social como médico.



En un período de cuatro años, haciendo atención primaria a los inmigrantes, en su mayoría ecuatorianos (90%), he podido auscultar sus necesidades y estados de ánimo. Estas personas necesitan cubrir mínimamente algunas necesidades para lograr una mediana situación saludable tanto orgánica como mental. Destacan cinco necesidades:

- Falta de trabajo estable y en ocasiones NO tener trabajo
- No tener papeles y por ello vivir una constante zozobra
- No disponer de una vivienda en condiciones
- Inseguridad en cada momento.
- Nostalgia de todo lo que dejó e impotencia de no poder tener o recrearlo en el país de llegada.

Las enfermedades más comunes pueden ser de índole psíquica u orgánica.

### **2.1.1.- Enfermedades Psíquicas**

Para el inmigrante este tipo de enfermedades tiene poca relevancia, es más, un porcentaje alto cree que ir al psicólogo o psiquiatra es estar “mal de la cabeza” o “estar loco”; también se suma el componente machista; “hay que ser hombre”, “valiente”, “macho”; las mujeres dicen “tenemos que ser fuertes”, “sabíamos a lo que veníamos”, y para completar la percepción sobre estas enfermedades dicen “no puedes enfermarte de eso” puesto que te echan del trabajo; en general, lo tienen asumido que únicamente son enfermedades las de índole orgánico (fracturas, infecciones graves, hernias....).

El inmigrante está convencido que tener un cuadro de depresión o estrés, es propio de “españoles que no quieren trabajar” o quieren tomarse unos días de asueto ya que ellos “tienen trabajo seguro”.

En la atención cotidiana se devela que a este tipo de enfermedades, los ecuatorianos, le dan poca importancia, justifican con esta frase muy repetida “hemos venido a sufrir”

Joseba Achotegui acuñó el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o conocido como “Síndrome de Ulises”, habando de este síndrome dice que ser inmigrante implica modificaciones en todos los aspectos; en ocasiones estos cambios pueden ser profundos y en otros leve:

Soledad, miedo, desesperanza, ausencia de sensación de control.

La migración implica un cambio vital, todo su entorno, sus relaciones, su ambiente, su lengua se transforman y queda muy distantes su familia, su entorno, su cultura. Todas estas pérdidas y transformaciones le producen un gran dolor al inmigrante. En el país de llegada pasa a formar parte de un grupo que no está bien visto, que está estigmatizado: “Inmigrante”, “Marginado” “Pobre”, “Delincuente”; “Sudaca”, “Patera”. Toda esta realidad que le rodea, le genera lo que se denomina “Duelo migratorio” debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, costumbres, religión, esta-tus social, pertenencia a un grupo étnico, etc. También pueden aparecer sentimientos de culpa como consecuencia del abandono, tras la marcha, de personas que requieren su presencia física: hijos de corta edad, cónyuge, ancianos.

La Soledad que vive el inmigrante le lleva a percibir como infinita la distancia de su mundo, de sus seres queridos; que se agrava cuando le falta trabajo y siente como una bofetada el choque cultural; sumados estos elementos el inmigrante fácilmente llega a la conclusión que su proyecto migratorio ha sido un completo fracaso y el Psicólogo o Psiquiatra concluye que esta persona está enferma de Estrés permanente que le causará trastornos físicos y psicológicos.

### **2.1.2.- Orgánicas**

Según las experiencias vividas por varios de nuestros socios, las enfermedades orgánicas son un verdadero pesar; estar en casa o en el hospital solo, sin un familiar que le acompañe o se preocupe por él o ella, les ha hecho vivir momentos sumamente críticos. La enfermedad orgánica encuentra otra aliada que es la enfermedad psíquica (depresión) que hace más vulnerable al paciente. En no pocas ocasiones los directivos o socios de Rumiñahui han jugado un papel fundamental en la recuperación, ya sea en el constante acompañamiento o incluso en llevarles a sus pequeños cuartos para atenderles hasta que se recuperen completamente.

## ALIMENTACIÓN

La alimentación sana siempre ha jugado un papel fundamental en la salud del ser humano, el cambio de productos y de formas de alimentarse han generado enfermedades importantes como el sobrepeso y elevados índices de colesterol. Miles de inmigrantes al vivir en un piso con varias personas pero solo en su círculo de amigos o familiares, en ocasiones prefiere no prepararse los alimentos, ya por falta de espacio, de tiempo o cansancio y sacia el hambre o en leguaje popular "llena el estómago" con alimentos enlatados, envasados, comidas rápidas que en su mayoría tienen grasas saturadas.

Una compañera de la asociación, por bien hacer y con el firme convencimiento que se estaba alimentando bien; se tomaba un vaso de medio litro de yogur con galletas a la hora de la comida, puesto que tenía poco tiempo para llegar al otro trabajo; al cabo de un determinado tiempo empezó a aumentar de peso; cuando acudió al médico nutricionista, éste le informó sobre la cantidad de grasas que estaba ingiriendo y los órganos a los que les estaba afectando esa forma de alimentarse.

## SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, está incidiendo de forma notoria y creciente en la población inmigrante, sobretodo de los países empobrecidos.

En el año 2004 en España se diagnosticaron 2034 casos de sida en la población en general; de las cuales, el 13,6% de las notificaciones recibidas en el año 2004 corresponden a población inmigrante. La mayor parte de ellos procedentes de países en desarrollo de África y Latinoamérica. Según la Dra. Susana Castillo Rodríguez, Investigadora del Instituto de Salud Carlos III, destaca el incremento de SIDA en la población inmigrante, sobre todo de África y Latinoamérica del 13,6 en el año 2004 al 17,8 en lo que va de 2005

**ALERGIAS:** En Latinoamérica no es común encontrarse con personas que padezcan algún tipo de alergia que trastoque su salud, de tal manera que deba acudir al especialista. Sin embargo varios inmigrantes que han llegado a España están padeciendo esta enfermedad. Un estudio realizado por la Sociedad Catalana de Alergología e Inmunología Clínica entre los años 2003 y 2004, hizo el estudio en 800 personas, de las cuales el 37,5% (300) eran inmigrantes. De las 300 personas inmigrantes el 15 % procedían de Europa del Este, el 22% del Magreb y el 48 % de Latinoamérica. Las Alergias diagnosticadas en los inmigrantes fueron: El 58,5% rinoconjuntivitis, en cambio el 54,7% padecía rinoconjuntivitis y asma bronquial. Cabe destacar que todos los inmigrantes antes de llegar a Cataluña no tenían estas enfermedades.

Algunos factores que inciden para el padecimiento de las alergias son:

- Condiciones de vida infrahumanas
- Habitaciones con poco espacio
- Hacinamiento
- Ciudad con alto grado de contaminación con respecto al campo.

## ALCOHOLISMOS.

El consumo de alcohol en el colectivo ecuatoriano es de los más notorios y frecuentes, esta realidad nos ha conducido a observar más de cerca este fenómeno. En un estudio que realicé en el año 2002 sobre consumo de drogas en la población inmigrante ecuatoriana en la ciudad de Madrid, las conclusiones más importantes fueron:

- El 38% de los encuestados fuma regularmente.
- El 76.25% consume alcohol aunque sea únicamente en fiestas.
- Del total de personas consumidoras de alcohol, el 57,6% consume cerveza, el 15% se inclina por el Ron y muy por debajo el whisky con un 1.8.
- El 49% bebe hasta marearse.
- Es alarmante que el 26% de los bebedores, tomen hasta emborracharse y el 1.2% sea capaz de ingerir licor hasta perder la conciencia.
- El incremento de consumo de alcohol con respecto al país de origen es del 26.87%; es decir que este porcentaje de personas en su país no ingerían alcohol en cambio en el lugar de llegada se emborrachan.

El consumo de alcohol está generando pequeños conflictos sociales en parques y comunidades vecinales. Esta realidad debe ser tratada con proyectos de integración y no de forma policial como se lo está haciendo. Pero el problema del alcoholismo va mucho más lejos,

si no se hace prevención, es posible que en pocos años la incidencia de enfermedades derivadas por el abuso en el consumo de alcohol serán importantes.

Las razones y causas más frecuentes para el consumo de alcohol entre los ecuatorianos son:

- Por fiestas familiares, religiosas y cívicas.
- Por costumbre
- Por rutina
- Problemas económicos
- Por falta de trabajo
- Problemas sentimentales
- Soledad

A las enfermedades ya citadas se añaden otras de pequeño o nulo nivel de contagio, pero que son traídas por inmigrantes, estas son:

Enfermedades tropicales o exóticas como el paludismo.

Enfermedades globales, con distribución amplia o mundial por ejemplo la tuberculosis, hepatitis víricas, enfermedades de transmisión sexual. (Los países con mayor incidencia de tuberculosis son: Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana)

Los parásitos intestinales patógenos son propios de países tropicales y subtropicales que en no pocas ocasiones son importados por los inmigrantes; se transmiten cuando las condiciones higiénicas en un piso son deplorables.

### **3.- ATENCIÓN A INMIGRANTES**

Un elemento importante a destacar en la atención sanitaria, es su universalidad y gratuidad para aquellas personas que no aportan a la Seguridad Social. Sin embargo la última reforma de ley de Extranjería y las disposiciones internas; dificultan la obtención o renovación de la Tarjeta Sanitaria.

Un porcentaje considerable de nuestros socios dejan claro que únicamente acuden cuando “realmente me siento mal” caso contrario se cura con “mentol” cuando son enfermedades respiratorias o “agua de hiervas” cuando se tiene dolor de estómago.

Con respecto al trato, manifiestan “no me entiende el doctor”, “apenas me mira”, algunos ecuatorianos manifestaron que se sintieron agredidos por el médico como es el caso de una ecuatoriana que su médico le dijo “si en tu país te entienden hazte tratar allí”

El Psiquiatra Joseba Achotegui, refiriéndose a la atención que reciben los inmigrantes en los centros sanitarios, destaca que no siempre es la adecuada, “Hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas”

### **CONCLUSIONES**

Según lo expuesto, las conclusiones son las siguientes:

- Falta de información
- Riesgo de contagiarse o tener enfermedades propias de los países de llegada.
- Predisposición a sufrir enfermedades asociadas a la marginalidad.
- Desconocimiento por parte del personal sanitario de las creencias, hábitos tradicionales y religiosos de los inmigrantes.
- Falta proyectos de prevención de drogas
- Campaña preventivas del VIH sida
- El personal sanitario debe ser más cercano al paciente

## Bibliografía

- Achotegui, J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Editorial Mayo. 2002, Barcelona.
- Achotegui, J. (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración" del Foro Mundial de las culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004.
- Aguirre Hidalgo. D. (2000). "La experiencia de Rumiñahui en el ocio de los jóvenes ecuatorianos" en Revista de la Juventud nº 60. Instituto Nacional de la Juventud. Madrid.
- Cots F, Castells X, Olle C. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gaceta Sanitaria 2002;16: 3376-84.
- Fernando Conde D., Los procesos de integración de los inmigrantes, Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Edita fundación CREFAT, 2004 septiembre; 283-311
- Jansà JM. Inmigración extranjera en el Estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Pública 1998;72: 165-8.
- Martín MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? Aten Primaria 2001;7:100-5.
- Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Esp Pediatr 2001;55:135-40.
- Paspuel Revelo, Vladimir (Asociación Rumiñahui) Consumo de drogas desde la inmigración ecuatoriana. CREFAT, 2002
- Vall O, García-Algar O. Atención al niño inmigrante. Bol Pediatr 2001;41:325-31.
- Documento técnico de la salud pública, Nº 91, Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios, La perspectiva de la población inmigrante. Instituto de Salud Pública; Edita Instituto de Salud Pública, 2004 junio, 5-70

**AUTOR/ES:**

A, Rodríguez Cala; M Rue Monne; G, Ferrer Valdés; R, Ballús Molina; M, Almirall, Egerique; A, Pons Rodríguez; R, Amrouch; A, Mbale; N, Mendela; S, Garcia Milagros

**TÍTULO:**

Mediadoras interculturales, una realidad en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida Evaluación de un programa piloto

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

Mediador de salud intercultural es una profesión relativamente nueva. La necesidad de mediación intercultural en el sistema sanitario esta justificada por el aumento de usuarios de otras culturas y otras lenguas que requieren servicios sanitarios y esto constituye una dificultad para poder dar unos cuidados sanitarios de calidad.

Entre las principales competencias del mediador cultural, se incluye una interpretación lingüística y cultural, además de participar en entrevistas triangulares, ofreciendo traducción e interpretación según la necesidad. El mediador cultural está disponible para ayudar a los profesionales sanitarios a entender como la cultura y la situación del inmigrante puede afectar la eficacia del tratamiento del paciente. El mediador también orientará al paciente sobre el funcionamiento del sistema sanitario en nuestro país.

Es esencial que las mediadoras tenga una mínima formación para asegurar que se mantiene un servicio sanitario de alta calidad y que el personal sanitario puede confiar en el proceso de mediación.

Catalunya en los últimos años ha triplicado la población inmigrante y en Lérida de 118.000 habitantes, 12.092 son inmigrantes de diferentes nacionalidades. El ámbito sanitario es testigo de esta realidad social haciendo explicitas nuevas necesidades y demandas por parte de la población inmigrante, de las instituciones y de los profesionales.

En nuestro hospital en los últimos tres años ha aumentado considerablemente los usuarios inmigrantes y esto ha ocasionado grandes dificultades para los profesionales sanitarios en la comunicación, diagnósticos, y seguimiento de tratamientos. Ante esta nueva situación el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, la Unidad de Planificación Sanitaria de la Región de Lérida juntamente con la Federación de la Asociación de Vecinos deciden llevar a cabo un proyecto piloto de mediación con la contratación de tres mediadoras, para facilitar la integración de los usuarios en el hospital y ayudar a los profesionales en su trabajo diario

## Objetivos

- Facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y la población inmigrante
- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria de los usuarios inmigrantes
- Mejorar el acto asistencial

## Método

El número de inmigrantes que acuden a nuestro centro sanitario es cada vez mayor y las dificultades con las que se encuentran los profesionales ha creado la necesidad de poner en marcha un programa piloto de mediación intercultural, que consiste en la contratación de tres mediadoras de procedencia magrebina, subsahariana y de país del Este durante dos meses con dedicación de 20 horas semanales, 4 horas diarias. Para el proceso de selección se creó una comisión de trabajo formada por profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, y representantes de la asociación de la Federación de Vecinos de Lleida. Se valoró el currículum y se realizó una entrevista semiestructurada, también se valoró la experiencia previa en mediación. Antes de iniciar el programa se realizó un curso de formación en mediación en salud.

A los profesionales sanitarios del centro hospitalario se les informo del proyecto, de las funciones de la mediadora y de como contactar con ellas. Se les informo de que la mediadora intercultural es una figura de apoyo para los diferentes colectivos, médicos, enfermeras, auxiliares, asistente social etc. Es un modelo transversal a todas las areas de los servicios. Las intervenciones las realizan a demanda de los profesionales que lleven el caso, ellos ponen al corriente de la situación a la mediadora intercultural y, entre ambos, diseñan cual será el desarrollo mas adecuado de la intervención.

El programa ha tenido una duración de dos meses, se inició el 7 de febrero y se acabó el 7 de abril, después de analizar los resultados y comprobar la efectividad de las intervenciones la Dirección del Hospital decide continuar con el proyecto.

Para evaluar el programa se elaboró una hoja de recogida de datos y se presenta un análisis descriptivo de los resultados de los dos meses de implantación.

### Resultados

En el periodo de dos meses se realizaron 479 visitas de mediación intercultural. 52% de origen magrebina, 25% a pacientes de Europa del Este y 23% a pacientes suharianos.

La edad media de los usuarios inmigrantes es de 29 años y el sexo es mayoritariamente femenino (70%). El 54% de los pacientes hacia 2 años o menos que vivian en Espanya., un 52% no entienden castellano y una 73% no lo hablan

Se realizaron dos tipos de mediación: el 20% fueron de acogida, el 74% solicitada y 6% de ambas. El 46% de las visitas fuerón solicitadas por enfermería, un 29% por médicos, una 23% por los propios usuarios y un 2% por los trabajadores sociales..

Los servicios que más solicitan las mediadoras son: obstetricia, 25%, ginecología 10%, pediatria 6%, urgencias y consultas externas 5%, y el resto otros servicios del hospital

En el 89% de los casos la mediación se realizó con el paciente, un 10% con los familiares y un 1% con ambos.

Las visitas por mediadoras han sido Rashida (magrebina) 52%, La Aminata, (subsahariana) un 23% y Natalia (país del Este) un 25%

El 98% de los casos las mediadoras manifiestan estar satisfecha de su intervención con los profesionales sanitarios y con el resultado de la mediación

### Conclusiones

Como conclusiones podemos decir que la valoración del proyecto ha sido positivo, ya que se ha introducido la figura de mediadoras interculturales en nuestro centro hospitalario, que 479 usuarios se han beneficiado durante los dos meses que ha durado el programa. La satisfacción de las mediadoras ha sido positiva. Ellas se han sentido bien acogidas en el hospital y se sienten satisfecha en sus intervenciones. Los profesionales han manifestado la ayuda que les ha supuesto tener mediadoras, sobre todo en la comunicación con los usuarios, ya que el 73% de los usuarios no hablan castellano y un 52% no lo entiende, también han expresado que cuando ha habido mediación ha cambiado la actitud de los usuarios hacia ellas y ha favorecido la empatía con el equipo asistencial. La mediadora que más intervenciones ha hecho ha sido Rachida dado que la mayoría de usuarios son magrebinos. El servicio que mas demanda a la mediadora es el area maternoinfantil, seguido de consultas externas y urgencias.

Creemos que con este servicio se ha mejorado el acto asistencial, y se ha ayudado a los profesionales en su trabajo diario y además beneficia a los usuarios inmigrantes en la comunicación con los profesionales y en la integración en el centro hospitalario. Actualmente las mediadoras continuan contratadas en nuestro hospital.

Este proyecto ha beneficiado al hospital, a los profesionales y a los usuarios y ha justificado la contratación de las 3 mediadoras .

Nuestro Hospital es un arco iris desde hace algunos años, pero entre todos hemos sabido darle sentido y llevarlo lo mejor que hemos podido con nuestras actitudes y nuestros comportamientos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Llevot, n; Els mediadors interculturals a les intitucions educatives de Catalunya, Lleida.Editorial Pagès
2. Masllorens,A.(1995); informe sobre la immigración, Barcelona:Deriva Ed
3. Perdiguero,E y Comellas, JM.(2000) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra.
4. Ramírez,A. (1998) Migraciones, género e Islan:mujeres marroquíes en España. Madrid: Agencia española de cooperación Internacional
5. Rodrigo, M.(1999); Comunicación intercultural, Barcelona:Anthropos Editorial.
- 6.Soler y Amigó,J (1996); L'atenció sanitària als immigrants l'experiència del Consorci Sanitari de Mataró, Barcelona:Fundació Serveis de Cultura Popular

**AUTOR/ES:**

Rita de Cássia Domansky, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos  
(Nursing College of the University of São Paulo)  
Email: veras@usp.br

**TÍTULO:**

Validation and Crosscultural Adaptation of the "Bowel Function in the Community" Tool

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Aims: to develop the crosscultural adaptation of the "Bowel Function in the Community" tool to the Portuguese language, and to evaluate the measure properties of the adapted version. Methods: the original instrument (Reilly et al, 2000), has 70 questions in the following groups: general bowel habits, fecal incontinence, urinary symptoms, anorectal disease and surgical history, medical care utilization and patient contributing medical disorders. The crosscultural adaptation was based on Beaton et al. (2002), and involved two phases: translation of the instrument to the Portuguese language, and the evaluation of content validity, inter-rater and test-retest reliability properties. A sample of 356 healthy subjects, aged over 18, were interviewed by the researchers, using the adapted version. Those individuals composed two sub samples: for the inter-rater reliability (120 subjects), and for the test-retest reliability (120 subjects) evaluations. Results: the adapted version resulted from the first phase, included mainly some semantic and idiomatic changes and confirmed the tool's content validity. Inter-rater reliability was validated at a 94% level of agreement (good to excellent) between researchers. Test-retest reliability was validated at a 60% level of agreement (moderate to excellent) between the two interviews (a week interval). Discussion and Conclusion: results from the study have shown that the adapted instrument can be made available for new applications to get more information on the intestinal habits of our population. Descriptors: defecation; risk factors; fecal incontinence; validation studies.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Reilly WT, Talley NJ, Pemberton JH, Zinsmeister AR. Validation of questionnaire to assess fecal incontinence and associated risk factors. Dis Colon Rectum 2000; 43(2): 146-56.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000; 25(24):3186-3191.



**AUTOR/ES:**

B Miguel Gil, N Pérez Romero, R M<sup>a</sup> Masvidal Aliberch, E de Frutos Gallego, F Raurich Bottifler, I Alvarez Becerra, T Costa Ramoneda.

Centro de Atención Primaria Dr. Lluís Sayè. Área Básica de Salud Raval Nord Barcelona.

**TÍTULO:**

Vacunaciones en población pediátrica inmigrante recién llegada.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En el año 1974 la OMS inició el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunización ( Expanded Program on Immunization: EPI) con el objetivo de poner al alcance de un mayor número de niños los beneficios de las vacunaciones, impulsando y promoviendo las inmunizaciones en todos los países del mundo (1).

El área básica de salud (ABS) Raval Nord esta situada 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 y también una de las de mayor impacto de la inmigración. Con una proporción de inmigrantes de un 35,6% de la población general. Coincidiendo, con que a su vez la mayoría proceden de PBR. En la ciudad de Barcelona la inmigración supone el 14%, de la población total, según datos estadísticos del año 2004 (2).

Diversos estudios sobre vacunaciones fueron hechos en Barcelona (3,4) en los que se constataron coberturas por encima del 90%, sin embargo otros (5) estimaron bajas coberturas (68,1%) en zona urbanas desfavorecidas como Ciutat Vella.

Fueron relacionados con una menor cobertura: los factores económicos, el entorno familiar, el poco uso de los servicios sanitarios y la inmigración (6,7). En los inmigrantes este menor cumplimiento ha sido relacionado con la dificultad para acceder a los servicios sanitarios, la lengua materna diferente a la local y el menor tiempo de residencia en el país (8).

Nuestro centro empezó a funcionar como asistencia primaria reformada en Diciembre de 1992, desde sus inicios el equipo de pediatría se planteó el programa de vacunaciones como prioritario, siendo las enfermeras pediátricas las responsables.

Se dotó de sistemas informáticos que permitieran la detección de mal vacunados para su localización y captación. Estas medidas han sido definidas como muy eficaces en atención primaria para aumentar las coberturas e igualar diferencias en numerosos e importantes trabajos (9,10).

Desde su creación se atendió a todos los niños residentes en la zona independientemente de su situación legal. Se unieron las vacunaciones a la atención pediátrica, lo cual ha sido recomendado por estudios para mejorar las coberturas de ambas (10,11).

Otra particularidad del Raval Nord es que desde el año 2001 se aplica el Protocolo de Atención a los niños Inmigrantes e hijos de Inmigrantes (PAI). Este protocolo añade a las vacunas recomendadas en toda la comunidad el adelanto de la vacuna de Hepatitis A y B a partir de las edades mínimas recomendadas y las recomendaciones específicas en caso de viaje a PBR (12).

Es del máximo interés sanitario, tener altas coberturas de vacunas que garanticen la inmunidad individual y colectiva. Sobre todo en el caso de los niños inmigrantes, ya que viajan entre su país y el nuestro. En los PBR aun se dan enfermedades ya eliminadas o con baja incidencia en nuestro medio. Por eso creemos conveniente evaluar las vacunaciones en niños recién llegados.

**1.- Objetivo.**

1-1 Evaluar la idoneidad del estado vacunal de los niños/ as inmigrantes recién llegados a un centro de salud urbano, en la primera visita de valoración de enfermería (VE) y a los 12 meses de la misma; analizar su relación con la edad, género, país de origen y contabilizar el número de actividades de recaptación realizadas.

**2 Métodos:**

Estudio transversal.

Población de estudio: todos los niños inmigrantes, visitados por primera vez en nuestro centro de 0 a 15 años, procedentes de países de baja renta, con fecha de apertura de historia clínica (HC) entre el 31 de Mayo del 2001 al 31 Diciembre del 2003.

Ámbito: Centro de salud urbano.

Variables: fecha de nacimiento, género, país de procedencia y fecha de primera visita para VE.

El tipo y dosis de vacunas administradas, que se consideraron: según el registro del carné de vacunas del país de origen y/ o procedencia, o según información recogida mediante entrevista clínica. El total de vacunaciones existentes en HC a los 12 meses de la primera visita de VE. El tiempo de permanencia en el ABS. El número y tipo de actividades de recaptación realizadas desde la primera visita de VE.

Para determinar la adecuación de la vacunación de estos niños /as a su llegada se utilizó como referencia el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS, EPI (1); para valorar las vacunaciones a los 12 meses de la VE se utilizó el calendario de vacunaciones de la "Generalitat de Catalunya" (CGC) (13,14) y para las vacunaciones especialmente recomendadas en niños /as inmigrantes, el Protocolo de Atención al niño/ a Inmigrante (PAI) (12).

Se consideró como fecha de primera visita la primera en la que se valoró o inició las vacunaciones y a partir de esa fecha se calculó el intervalo de 12 meses.

Se calculó un tamaño de muestra mínimo necesario de 169 HC, aceptando un riesgo alfa del 5% para una precisión del 5% bajo el supuesto de máxima indeterminación (proporción a estimar del 50%) y teniendo en cuenta que la población de estudio se sitúa alrededor de 300 individuos.

Las variables categóricas se describen como proporciones y las cuantitativas con medias, ambas se presentan junto su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%. Si las variables cuantitativas no siguen una distribución normal se utiliza la mediana para su descripción. El análisis de la relación entre las variables estudiadas y la idoneidad del estado vacunal se realizó con las prueba t de Student o U de Mann-Whitney para grupos independientes y la prueba ji cuadrado según se tratara de variables categóricas o cuantitativas.

El estudio se realizó mediante revisión de las historias clínicas seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, vaciando los datos a un cuestionario diseñado para este fin. Posteriormente los datos se introdujeron y analizaron con el programa SPSS-12.0.

### 3.- Resultados.

Se revisaron las HC de 180 niñas/-os. La edad media fue de 7,4 años (IC 95%: 6,81-7,90) y el 98,3% (IC del 95%:95,2-99,7) tenía un año o más. El 58,3% eran varones. Procedían de Ecuador el 45,6%, Filipinas el 12,2 %, de otros países de Hispanoamérica el 11,7%, R Dominicana el 8,3%, Pakistán 7,8%, Magreb 7,2%, Bangla Desh 4,4%, y otros países el 2,9%. Trajeron registro de vacunaciones 105 niños (58,3%); del resto se consideró como probable alguna vacunación, por cicatriz (BCG) y por entrevista clínica, en 65 niños (36,1%); 10 niños (5,6%) no tenían ninguna. El 57,2% de la muestra (103 niños) aportó registro de vacunaciones y tenía uno o más años cumplidos, un 61,2% (IC del 95%:51,2-71,1) de éstos niños resultó correctamente vacunado según el programa ampliado de vacunaciones de la OMS.

Permanecieron 12 meses en el ABS 156 niños (86,7%) y 24 (13,3%) se trasladaron antes. Incluyendo los que no llegaron a los 12 meses de permanencia, resultaron bien vacunados según el calendario de la "Generalitat de Catalunya" de las vacunas: Triple Vírica el 92,8% (IC del 95%:88,7-96,8); Tétanos Difteria y Polio el 95,6% (IC del 95%:92,2-98,8); Pertusis el 96,7% (IC del 95%:93,7-99,5); Haemophilus el 97,2% (IC del 95%:93,6-99,1); Meningitis C el 95% (IC del 95%:91,5-98,4) y el 88,9% (IC del 95%:70,8-97,6) de los niños de 13 años o mas estaba correctamente vacunados o estaba en curso de vacunación de Hepatitis A+B. En cuanto a las vacunas de la Hepatitis A y B en toda la población estudiada según PAI, constaban como bien vacunados el 48,3% (IC del 95%:40,7-55,9) de los niños. No se encontró relación entre las variables estudiadas y la idoneidad del estado vacunal en la primera visita ni a los 12 meses de la misma.

El total de actividades de recaptación (llamadas telefónicas, cartas y visitas a domicilio) fue de 179 con una mediana de 1( mínimo, 0; máximo, 11)

### 4.- Discusión.

El 65,6% del total de niños procedían de países hispanos.

Más de la mitad de la muestra el 58,3% trajo carné de vacunaciones, cuotas mayores que lo encontrado en la bibliografía reciente (15). Sin embargo el 41,7% que no trajo registro sigue siendo alto, pone en evidencia la dificultad para que las familias conserven y presenten registros de vacunas. Según entrevista clínica y cicatriz de BCG, solo 10 niños parecían no tener ninguna.

Al igual que en otros trabajos (11) resultó que la población inmigrante recién llegada tiende a la movilidad lo cual puede ser una dificultad para equiparar sus vacunaciones con las de la población autóctona. Por esto es conveniente que las vacunaciones se trabajen sobre población general pediátrica. Así los niños que cambian de domicilio se pueden localizar e inmunizar. El teléfono es el sistema más caro de captación pero sigue siendo el más eficaz según la bibliografía (9).

En el caso de el Hemophilus con el (97,2%) y Pertusis con el (96,7%) el porcentaje de bien vacunados no equivale a coberturas dado que en algunos niños ya no estaba indicada la vacuna por la edad. En las demás vacunas recomendadas por en CGC, podríamos considerar que las coberturas resultaron muy altas, similares a las referidas recientemente en niños de 24 meses en población general en Barcelona (16).

En la vacuna de la Hepatitis A+B a los 13 años sería conveniente aumentar las coberturas.

Un año parece ser el tiempo adecuado para equiparar a los niños inmigrantes en vacunas con los niños del país, pero no suficiente para alcanzar resultados similares con las vacunas recomendadas por el PAI, posiblemente el personal sanitario ha dado prioridad a las recomendadas en el CGC.

Es del máximo interés sanitario que esta población esté vacunada de Hepatitis A y B ante viajes imprevistos a sus países de origen y porque conviven en colectivos que tienen altas incidencias de estas enfermedades.

Estos porcentajes altos de bien vacunados para edad podrían estar relacionados con la sistemática de recaptar mediante teléfono o carta cada vez que no acuden a una visita o se detecta que están mal vacunados, estas medidas continúan recomendándose (9,10).

Para conseguir porcentajes altos de bien vacunados y aplicar los sistemas de captación recitación, es condición indispensable disponer de un programa de vacunas informatizado adecuado y tener los registros puestos al día. En nuestro caso hemos tenido la limitación de que el programa no estaba adecuado a los vacunaciones del PAI.

Conclusiones: Una proporción elevada de niños inmigrantes recién llegados y visitados por primera vez en nuestro centro no aporta ningún registro oficial de vacunaciones, entre los que si lo aportan destaca un alto porcentaje de niños a los que les falta una o más vacunas incluidas en el programa ampliado de vacunaciones de la OMS. Nueve de cada diez niños continua visitándose en nuestro centro a los 12 meses de la primera visita, transcurrido este tiempo las dosis registradas evidencian estados vacunales óptimos, excepto en el caso de la Hepatitis A y B en el que es necesario su mejora.

Agradecimientos: A Edurne Zabaleta del Olmo por su gran ayuda técnica.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. World Health Organization. Core information for the development of immunization policy. 2002update. WHO/V&B/02.28, Geneva2003. (Citado 17 Agosto 2005). Disponible en: <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf>
2. Ayuntamiento de Barcelona. Informes estadísticos. La población extranjera a Barcelona. Enero 2005. Departament d'Estadística.(Citado 17 Agosto 2005).Disponible en: <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/inf/est/pobest05/pobest05pdf>.
3. Villalbi JR, Graudes MD. Cobertura vacunal a los dos años de edad: un estudio transversal en la ciudad de Barcelona. An Esp Pediatr. 1990;32:321-4.
4. Nebot M, Muñoz E, Figueres M, Rovira G, Robert M, Minguell D. Factores asociados con la cobertura vacunal declarada en la infancia: resultados de una encuesta telefónica. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:63-70.
5. Villalbi Jr, Diez E, Foz M, Graudes MD, Rovira G, Massip M. Cobertura vacunal a los dos años de edad en una zona socialmente deprimida. Aten Primaria. 1992; 9:154-6.
6. Ganduxer D, Villalbi JR. Asistencia médica y cobertura vacunal de los hijos de mujeres de origen filipino. An Esp Pediatría. 1993;39 (3):235-239.
7. Waldhoer T, Haidinger G, Vutuc C, Haschke F, Plank R. The impact of sociodemographic variables on immunization coverage of children. Eur J Epidemiol. 1997;13(2):145-9.
8. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH, Luman LT, Sutter RW, Chu SY. Vaccination Coverage of Foreign-Born Children 19 to 35 Months of Age: Findings From the National Immunization Survey, 1999-2000. Pediatrics. 2002;110:1-5.
9. Szilagyi P, Vann J, Bordley C, Cheminski A, Kraus R, Margolis P, Rodewald L. Intervenciones para mejorar las tasas de inmunización (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Szilagyi PG, Schaffer S, Shone L, Barth R, Humiston SG, Sandler M, Rodewald LE. Reducing geographic, racial, and ethnic disparities in childhood immunization rates by using reminder/recall interventions in urban primary care practices. Pediatrics. 2002;110(5):e58.
11. Findley S, Irigoyen M, Schulman A. Children on the Move and vaccination coverage in a low-income, Urban Latino Population. Am J Public Health. 1999;89:1728-1731.
12. Masvidal RM. Protocolo de Atención a los inmigrantes e Hijos de Inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. (Citado 5 de Agosto de 2005). Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/protocolos>.
13. Vacunes. Departament de Salut . Generalitat de Catalunya. (Citado 17 Agosto 2005). Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/vacunes/index.html>.
14. Camping M, Moragas FA. ¿Vacunas? 100 Preguntas más frecuentes. 2º libro. 100 preguntas. Barcelona 2005.
15. Gutierrez R, Alvarez MJ, Lillo S, Martín S. Vacunación en los niños inmigrantes: ¿cómo acuden a nuestras consultas?. Aten Primaria. 2005;35(3):164.
16. Muñoz E, Nebot M, Minguell D, Rovira G. Cobertura vacunal en población inmigrada en Barcelona. Med Clin (Barc). 2003; 121(19):757-9.

**AUTHOR/S:**

Alcione Leite da Silva  
Secção Autónoma Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal

**TITLE:**

BARRIERS TO ACCESS AUSTRALIAN HEALTH CARE SERVICES BY BRAZILIAN IMMIGRANT WOMEN

**TEXT:**

This paper gives an account of some findings of a larger study carried out with a group of Brazilian immigrant women living in and around Melbourne, capital city of Victoria, Australia. The aim of this paper was to analyse the health care barriers faced by Brazilian immigrant women in Australia.

A qualitative study based on a multi-method participatory research was used in this study. Data was generated through several related methods including participant observation (1), in-depth individual interview and group reflection (2).

In-dept interviews were developed with 33 Brazilian women through a collaborative dialogue. Eighteen women participated in 13 group reflections, with approximately nine participants in each group. Data was tape recorded with the participant's consent and the material transcripts were returned to the participants for validation. Researcher's field notes were taken during the whole research process.

The data was analysed using open, selective and axial coding (3), and managed by a computer program for the analysis of qualitative data - QSR Nvivo (4). The data was interpreted using a conceptual framework based on gender (5), culture (6), and cultural difference (7).

The trustworthiness and credibility of this study were supported through: triangulation by different methods of data collection; validation of all data collected from interviews and group reflections, the contents of analysis and a written research report given to participants. Ethical issues and protocols were assured in this study.

Participants (n=33) of this study ranged in age from 24 to 57 (the average age was 44). They had been in Australia for 3 to 33 years (the average was 15 years). The great majority (n=28) of the participants came to Australia following their husbands (n=21) or partners (n=7), as compared to only five who decided to migrate on their own. Among them, 20 had no children and 13 had one or two children. At the time of the study, 31 women were married or living with their partner, and just two reported being divorced. Almost all (n=28) had children. They came from big- to middle-sized families and belonged to a middle-class group in Brazil. At the time of migration, all of them possessed some form of education or occupational skill (15 had complete university degrees, 4 had incomplete university degrees, and 14 had vocational training). Almost all of them (n=25) were employed in Brazil before their departure. For mos of them, the reason to immigrate was to search for a better livelihood.

In this study, all of the participants had accessed the Australian health care system, either public or private, to treat health problems or to carry out preventive medical examinations. All of the participants were unanimous in saying that women do face barriers in accessing the Australian health care services. Such barriers were classified as being sociopolitical, sociocultural and socioeconomic. The sociopolitical barrier comprised social isolation, the language difficulty, the lack of information about the health care system and about one's entitlement to health care. The sociocultural barrier included the participants' expectations regarding the health care system. The socioeconomic barrier referred to the lack of economic conditions to afford private health insurance.

The sociopolitical barrier was related mainly to the language barrier, which was mentioned by all of the participants as a great obstacle to the equitable access to health care services. This barrier was referred to as being greater in the first years of immigration, when social isolation and lack of information about the context were equally greater. The difficulty to negotiate health care needs was described by them as an experience which contributed to aggravate their emotional and health state.

This experience led some of the participants to avoid resorting to health care services, which made their health problems more severe. Some stated that they had not even carried out the periodical preventive examinations, as they did in Brazil, because of the difficulty with the language, plus the

lack of time, given that they were always busy with household chores and childcare.

The language barrier generated a communication gap which led to the lack of understanding regarding the medical diagnosis and medical prescriptions, and the most absurd cases related to submission to surgical procedures to take out certain organs without the patient's being fully aware at the time.

At the time of this study, all of the participants were aware that the Australian health care system has an interpreter service which is paid by the Australian government for these purposes. However, few women stated that they had been through this experience. Except for one, all of them considered the health services unsatisfactory given the difficulty to find a translator for Portuguese, and the long wait to be able to schedule an appointment assisted by an interpreter. When the appointment finally happened, its short duration \_ 15 minutes\_ was not enough to describe their health problems, which contributed to render this experience unsatisfactory.

Several participants agreed that the language barrier leads to the ignorance of their rights regarding health care and effective disease prevention, due to the lack of access to important information about available resources. According to the participants, such difficulty has decreased in the last few years, for there is greater access to other Portuguese-speaking community members and to a health care policy which is making such information available to immigrants of different language backgrounds.

The sociocultural barrier was related mainly to the general practitioner (GP)-patient relationship, lack of trust in the treatment, GP's lack of interest in them as human beings, and lack of respect with regards to popular beliefs and alternative health care methods.

Barriers arose from cultural differences between medical practices in Brazil and Australia. There were comparisons made between the Brazilian and the Australian health care systems. In that regard, women evaluated the Brazilian system positively due to the longer consultation time and the better quality of the doctor-patient relationship. For the great majority of women in this study, the doctor-patient relationship in Brazil was warmer and doctors had a greater concern about the patient's psychological / emotional state as compared with the emphasis on biological factors focused on in the Australian medical system. They also complained about delays in accessing specialists, as well as the impossibility to buy certain drugs that they used to purchase in Brazil without prescription. However, all of them have agreed that the access to public health care system in Brazil is much more delayed than in Australia.

Many participants stated that they felt frustrated when they had to resort to the health care service and felt that their needs had not been met. To be well informed as to what is going on with them or with their family members is of vital importance for them to feel more secure in facing an illness, as well as for its successful treatment and recovery. This issue appeared to be much stronger for those participants with some communication difficulty, even though those who mastered the English language also brought it up.

In face of the barriers presented, many of the participants showed resistance behaviors when experiencing certain situations. These behaviors were mostly expressed in an indirect way, by looking for another GP. Few showed more direct confrontations in the GP-patient relationship. Such confrontations happened after several attempts to find a solution for the problems faced.

Due to economic reasons, many participants mentioned not having private health insurance. This is, in their opinion, a barrier to immediate access to secondary and tertiary health care and to a better health care quality. The most frequent problems related to not having private insurance had to do with the delay in being seen by a specialist or when undergoing an elective surgery, as well as the lower quality of the services provided by Medicare.

Some participants seemed concerned with the changes in the health care policies which took place in the last few years. According to them, these changes made evident the trend towards privatisation of the health care system. Another reason for concern was related to the decrease in the health care quality provided by the health care services in the last few years. If this trend does really happen, they feel they will be excluded from having access to an equalitarian, efficient and fair health care service.

The results of this study showed that Brazilian women face social-political, social-cultural and social-economic barriers when accessing Australian health care services. Whereas the sociopolitical barrier was stronger in the early migration process, the sociocultural barrier tended to endure even after several years of residing in the country. The sociocultural barrier was related to the difference between cultures. In this regard, the Brazilian women's cultural background related to health beliefs

and expectations with the health care services and health care providers affected their health outcomes.

Gender asymmetry made matters especially difficult for them. "Their access to English classes is hindered by Australian immigration policies, which regard men as having priority because they are the principal applicants and bread-earners. Furthermore, the burden of working for many hours both at home and outside the home accounts for little time or energy left to attend classes" (8: 157). The asymmetry of gender and power between Brazilian women and GPs, usually men, also contributed to the inadequacy of health care services. Such asymmetries made women's disempowerment even more evident, increasing health inequalities and decreasing opportunities to achieve a better health potential. This disempowerment also became evident in the few pro-active reactions undertaken by women to revert this process. In that regard, greater accessibility to health care services also passes through the change in hierarchical gender relations.

Over the last three decades, restructuring of Australian's health care delivery system and multicultural initiatives has aimed to make health care services accessible to different racial and ethnic groups. However, studies and publications, in supporting the results of this study, show the need for effective reforms aiming at making health care services more accessible and effective for the different ethnic groups (8, 9-11). Barriers in accessing the health care services have also been pointed out by immigrants in the United States (12, 13). In relation to the socioeconomic barrier, the debates in Economy about private health insurance in Australia match the results of this study (14, 15).

Generalisation is not claimed from this small sample to Brazilian immigrant women, not even to the immigrant women in Australia. Furthermore, given the lack of studies on the health of Brazilian immigrant women and on the barriers faced by them to access health care services, I regard this topic as one which deserves priority in the research agendas. In this sense, I suggest that studies in this field be extended to Brazilian men, with the aim of researching gender differences.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Spradley J. Participant observation. New York: Harcourt Brace Janovich; 1980.
2. Street A. Nursing replay: Researching nursing culture together. Melbourne (Australia): Churchill Livingstone; 1995.
3. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. London: International Professional; 1990.
4. Richards L. Using Nvivo in qualitative research. Melbourne (Australia): QSR International Pty; 2000.
5. Scott J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade 1990; 16(2): 5-22.
6. Geertz C. Interpretação das culturas. Rio de Janeiro (Brazil): Graal; 1989.
7. Bhabha HK. O local da cultura. Belo Horizonte (Brazil): UFMG; 2001.
8. Ganguly I. Promoting the health of women of non-English-speaking background in Australia. World Health Forum 1995; 16: 157-63.
9. Allotey P. Travelling with excess baggage: Health problems of refugee women in Western Australia. Australia: The Haworth 1998; 28(1): 63-81
10. Macintyre M, Dennerstein L. Immigrant women's health project community based research report. Melbourne: The Key Centre for Women's Health. University of Melbourne; 1995.
11. Reid JC. Health for multicultural Australia: Valuing diversity. Migr Monit 1994; 3: 7-11.
12. Reese DJ, Ahern RE, Nair S, O'Faite JD, Warren C. Hospice access and use by African Americans: Addressing cultural and institutional barriers through participatory action research. Soc Work 1999; 44(6): 549-59.
13. Bauer HM, Rodriguez MA, Quiroga SS, Flores-Ortiz Y. Barriers to health care for abused Latina and Asian immigrant women. J. Health Care for the Poor and Underserved 2000; 11(1): 33-43.
14. Butler JRG. Policy change and private health insurance: Did the cheapest policy do the risk? Aust Health Rev 2002; 25(6): 33-41.
15. Stoelwinder JU. The price of choice: Private health insurance in Australia. Aust Health Rev 2002; 25(6): 42-7.

**AUTHOR/S:**

Hoseinzadeh,M.(MSc)\*.\* Master of Science in Nursing .Rasht , Gilan , IRAN  
Dadgaran,S.A(MSc)\*\*.,Mehrdad,N(MSc)PhD student \*\*\*.Asadi, SF.(MSc).

**TITLE:**

Quality of life in patients with Gastrointestinal Cancer

**TEXT:**

## Introduction

From the cancer statistics of the LACR (who), the number of cancer death is definitely increasing in the A-P around 50% the total cancer are a counted for by GI tract tumors, which are typically lifestyle-related .1 Among all cancers in incidence, mortality and prevalence, gastrointestinal cancers contribute more than 30% in males and more than 20% in females world wide. These cancers are more prevalent in more developed countries than developing one .2 Cancer of the gastrointestinal tract (GTI) is a major health problem in Iran, particularity in big cities like Gilan. Tumors of GI tract is one of the most prevalent malignancies in the world and is much prevalent in the Caspian sea littloral . 3 GIT cancers remains the leading cause of cancer – related death and is the most prevalent group of cancers in Iran. Cancer represents a stressful life event that has wide ranging physical, psychological, social, financial and spiritual effects. In the initial stages of the disease a diagnosis of cancer imposes a particular crisis for the person. During this period, which occurs within the first 6 months, the patient is confronted with not only the illness and its treatment, but also concerns about the meaning of life and death, the future, fear of recurrence, physical disability, and changes to family and social relationships .4 Although improvements are continually being mode. Most patients still have a poor prognosis, and those who survive have to contend with a wide array of physical, nutritional, and psychosocial problem caused by the disease and its treatment.

With the growing realization that the well-being of patients is just as important a consideration as treatment and cure, quality of life has come to the forefront in healthcare. Although there is no universally agreed definition of quality of life, this term is now widely used and well recognized as a multidimensional,5 subjective 6 and dynamic concept.7 The multidimensional nature of quality of life is reflected in the majority of definitions, identifying the key dimensions of physical functioning, disease and treatment-related symptoms, psychological well-being, al social functioning.8 The subjective nature of quality of life refers to the person's perceptions of his/her own life situation than relying on the reports of others. Quality of the life is also dynamic and can change over as a result of the disease and treatment. 9Quality of life is an important outcome after treatment for upper and lower gastrointestinal cancers. 10 There is some indication that the effects of cancer on the physical health and psychological and social functioning of the individual differ according to the phase of the disease. 11

## Literature Review

In a study reported in Taiwan 12 the quality of life of 162 Chinese gastric cancer patients following radical gastrectomy was investigated. The results showed that most subjects reported normal work and daily living act ivies 6 mouths after gastrectomy. However, 68.1% appeared to lock energy, 13.6% had a period of anxiety and depression and 60% had lost more than 5 kg in body weight. Patients younger than 65 years of age had better quality of scores than did older patients, and female patients had significantly lower quality of life scores than did male patients.other the study reported in chine by Yan and et al the quality of life of 146 Chinese 4 patients newly diagnosed with GIT cancer was investigated. The results showed that most common signs and symptoms reported were fatigue, pain, and weight loss; 28% of the patients were depressed; and overall, patients had a moderate quality of life. Depression, symptom distress. And social support accounted for 44% of the total variance for HRQOL1, while perceived financial difficulty and symptom, distress accounted for 20% of the total variance for GQOL2. 4

. There fore, the specific aims of the study were to describe with quality of life of GI cancer in Gilan in dimensions: physical functioning, role functioning, cognitive functioning, emotional functioning, social functioning, global health status/QOL, status special digestive, and to identify the extent to which demographic factors predict quality

#### Methods:

This is a cross-sectional study consists of 83 gastrointestinal cancer patient that referred to Razi hospital Gilan-Iran and some of choice medical office that specifically services, all places provide inpatient and out patient treatment and care for people with cancer in Gilan and nearby regions. Surgery chemotherapy, radio therapy, visits are commonly used oncological therapies. Among the 83 subject, 50% were from the hospital; 50% were from medical office oncology.

The criteria for inclusions were (a) receiving treatment for GIT cancer; (b) 18 years old or older; and (c) able to be interviewed. Patients receiving treatment chronic disease (eg, heart failure or diabetes) that might affect their perception of quality of life were excluded from the study.

A self-report questionnaire and a medical data were developed for this study to obtain demographic and medical data include 10 question. QOL was assessed by the standard QLQ-C30 questionnaire that adopted from European organization for research and treatment of cancer (EORTC). The QLQ-C30 includes 52 statements representing problems commonly encountered by cancer patients during the past week as they live with the disease and its treatment. These statements are categorized into 7 major domains: physical, role function, cognitive, emotional, social, global health status / QOL, and special digestive. Subjects are asked to rate the applicability of each statement during the past week using a 4 point likert scale ranging from 1 (not at all) (no problem) to 4 (very much) (sever problem). Responses are computed and added to provide sub scores on each of the 5 domains and a total QOL score. Higher score indicates a lower QOL. The validity and reliability of the scale was well established by EORTC. This manual is based data contributed by members of the EORTC quality of life study group and their affiliated organizations, and other users of the QLQ-C30. The translation of instrument done by EROTC

Data Analysis Method : Data analysis was performed using Spss version 12.0 . Distribution plots for each variable were inspected . Descriptive statistics were used to evaluate the demographic and medical characteristics and measuring variables of subjects . Differences in quality of life and other selected variables by demographic and medical factors were analyzed through ANOVA.

#### Results :

Sample characteristic Among 83 subjects , the results showed most of participants were female (51/2%) . (90/4%) of them were married . Ages ranged from 33 to 78 years , with a mean age 56/5 years . Almost (27/7%) of the patients had a primary level education . In regard to job (50/6%) was employee . Personal income of patients was predominantly (59%) had (1000/000-2000/000 Rials per month were in average status . most of them (62/7%) lived in urban . With regard to site of cancer , the largest proportion had lower GI (68/7%) . most of them (59%) had diagnosed less than 1 years . .

Symptom prevalence ranged in level very much from 4/8% for financial difficulties to 70/4% for Nausea & vomiting . Other most prevalent signs and symptoms were constructed scale (34/9%) ; Fatigue (24/8%) pain (36/7%) Dyspnoea (70/4%) Insomnia (30/1%) Appetite loss (32/5%) constipation (45/8%) and Diarrhea (69/9%) . mean scores of role function in level very much were (25/3%) , cognitive function (42/1%) , emotional function (12/9%) , social function (31/3%) . Results for overall health show a score of 26/5% in level moderate and for overall quality of life (31/3%) .

symptom prevalence ranged in level very much from (15/7%) for "Have you been thinking about your illness ?" to (79/5%) for "Have you had problem drinking liquids ?" . The mos frequent problem were acid or bile into mouth (56/6%) , heartburn (54/2%) , belching (61/4%) , eating in front of other people (66/3%) , physically less (61/4%) , hair loss (75/9%) and upset by the loss of hair (73/5%) .

significant difference were found by status education and cognitive function ( $\chi^2= 25/82$  ,  $p < 0/001$ ) , and social function ( $\chi^2= 49/52$  ,  $p < 0/001$ ) , and status digestive quality ( $\chi^2= 20/74$  ,  $p < 0/008$ ) . Besides significant differences were found by status income and global health status ( $\chi^2= 38/2$  ,  $p < 0/0001$ ) . Too significant differences were found by job and global health status ( $\chi^2= 21/9$  ,  $p < 0/005$ ) , and status digestive quality ( $\chi^2= 23/5$  ,  $p < 0/003$ ) . Finally significant differences were found by duration of disease and status digestive quality ( $\chi^2= 10/5$  ,  $p < 0/03$ ) .

#### Discussion

As the subjects were the prevalence of signs and symptoms was relatively high . the most prevalent symptom in portion physical function was fatigue (50/9%) in level quite a bit , which is consistent with previous research that reported prevalence rates ranging from 62% . 29 to 78/6% . 12 A prevalence rate of 63% has also been reported for recently in the newly diagnosed patient in china . 4 Fatigue was also the most frequently occurring symptom and rated highly in terms of symptom severity and distress . Other signs and symptoms that were relatively high in prevalence were Insomnia . Appetite loss . financial difficulties and pain .



. The most prevalent symptom in portion special digestive was problem in drinking liquids (79/5%) , Hairy loss (75/9%) and upset by loss of hair (73/5%) in level very much . Overall , patients in this study were Insufficient Therefore consideration of one symptom dimension alone does not provide a true indication of symptom experience . In accordanced with portenoy et al , 14 the measurement of symptom prevalence frequency .severity together yields clinical insight that cannot to captured by a symptom checklist alone . Sarna 15 has specifically addressed control of symptom prevalence and symptom distress as one aspect of quality of life in oncology clinical trials . Thus , a detailed description of symptom variable is particularly essential for the effective clinical assessment and management of full rang symptoms experienced by patients with GIT cancer .

Implication for Nursing and Recommendation for future study

Finding from this study and other studies have implications for nursing practice , particularly improve patient's quality of life . In order to removed stressful effect on GIT cancer , special programs should be developed to provide information and training in coping abilities and relaxation . Nurses should help patients to avoid becoming isolated as a consequence of their illness and to acknowledge family members and friends as a resource by including them in the core of patients . It is important the nurses and other health professionals provide continuing informational support to cancer patients and offer counseling when appropriate . Nurses should encourage family members to be involved in the caring process , while providing appropriate information about GIT cancer to overcome fear and misunderstanding toward the disease . Hence , a detailed description of the prevalence , severity , frequency , and distress associated with individual symptoms is particularly relevant to Iranian cancer patient in large population . Further research using a qualitative approach is also warranted to examine Iranian patient's experience of cancer and its treatment , which may lead to more creative ways of conceptualizing and measuring quality of life patients with cancer and generate new knowledge about the manner in which patients experience , interpret, and handle this stressful life event .

#### **BIBLIOGRAPHY:**

- 1.K, Tajima. Epidemic patterns and prevention strategies for GI tract cancer in the Asian pacific. 3rd regional conference of Asian pacific organization for cancer prevention GI cancer control. Ziba kenar, Rasht, Iran. 25-27 April, 2005.
- 2.B, Yeale. An epidemiologic assessment of gastrointestinal cancer. The 3rd regional conference of Asian pacific organization for cancer prevention GI. Ziba kenar, Rasht, Iran. 25-27 April, 2005.
- 3.F, Mansour-Ghanaei. ; And et al. Colorectal cancer incidence in Gilan province/Norther Iran. The 3rd regional conference of Asia pacific organization.. Ziba kenar, Rasht, Iran. 25-27 April, 2005.
- 4.Hu, Yan. ; Ken, Sellick . Symptoms, psychological distress, social support, and (qol) of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. Cancer Nurse. 27(5).sep/oct. 2004:389-399.
- 5.Schag CAC, Ganz PA, Wing Ds, Sim Ms, Lee Jj. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. Qual life Res.1994; 3:127-141.
- 6.Down KH, Ferrell BR, Haberman MR, Eaton L. The meaning of quality of life in cancer survivorship .Oncol Nurse Forum.1999; 26(3)519-527.
- 7.King CR, Haberman M, Berry DL, et al. Quality of life and the cancer experience: the state-of-the-knowledge. Oncol Nurse Forum.1997; 24(1): 27-39
- 8.Cooley ME.(QOL)in persons with non-small cell lung cancer.Cancer Nurs.1998; 21(3): 151-161.
- 9.Padilla GV, Mishel MH, Grant MM. Uncertainty, appraisal, and quality of life. Qual life Res. 1992; 5.
- 10.Sadighi S,. and et al. Quality of life in patients w advanced Gastric carcinoma before and after chemotherapy. The 3rd regional conference of Asian. Ziba kenar, Rasht, Iran. 25-27 April, 2005.
- 11.Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Philipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patient. Cancer Nurs. 1996; 19(3): 162-169.
- 12.WU CW, Hsieh MC, LO SS, Lui WY, Peng FK. Quality of life of patient with gastric adenocarcinoma after curative gastrectomy. Word J Surg. 1997; 21: 777-782.
- 13.www.EO

**AUTHOR/S:**

Lucyna Płaszewska-Żywko, Monika Gabrys

**TITLE:**

QUALITY OF LIFE IN WOMEN FOLLOWING MASTECTOMY

**TEXT:**

**OBJECTIVES.** Breast cancer can impact on a patient's quality of life (QL) in a variety of ways-through the disease pathology and morbidity, consequences of treatment and its side effects. Even women with early stage of disease who have good prognosis experience fear of the disease recurrence.

Quality of life refers to a polymorphous collage that embraces a patient's level of productivity, the ability to function in daily life, the performance of social roles, intellectual capabilities, emotional status, and life satisfaction. Mastectomy exerts a profound negative influence on all these aspects of woman's life. The aim of the study was therefore to examine the quality of life among patients who underwent mastectomy and to determine the contribution of health-related and psychosocial factors to it .

**MATERIAL AND METHODS.**The study was conducted in a group of 46 randomly selected patients following mastectomy at least 12 months before the study. The age of the study group was 44-80 (mean  $61.4 \pm 9.4$ ) years. According to inclusion criteria, all of the women had finished medical treatment (chemotherapy, radiotherapy) and they were ambulatory patients. After the written consent, they completed a questionnaire including sociodemographic data and information about treatment. Quality of life measures were assessed by using the following tools:

1).Linear analogue self-assessment (LASA) - a modified version of Sickness Impact Profile (SIP) originally developed by Selby.It includes 31 questiones (18 questiones on general health problems and physical, psychological and social functioning and 13 questiones on cancer symptoms and treatment complications). The intensity of symptoms was assessed in 4-point Likert type scale (1-no sympoms, 4- severe symptoms) retrospectively (during treatment, LASA 1) and at enrolement into the study (LASA 2) for selected symptoms. The possible scores for LASA 1 ranged between 31-124 points, and for LASA 2: 16-64 points.

2).The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) developed by J.C.de Haes. The RSCL reliability and validity has been previously reported for patients with cancer. It includes 30 statements on physical symptoms and psychological distress, and 8 items on activities of daily living assesed in 4-point Likert type scale. The possible range was 38-152 points.

3). Social Support Scale (SSS) with 10 components of social support (e.g family structure and support, financial status, access to professional and non-professional care, instrumental support, etc.).For both LASA and RSCL lower scores reflected better quality of life, and similarly, the lower scores obtained by patients in SSS indicated the higher level of social support.

**RESULTS.** Most of the women studied were married (54.3%).The majority of them had at least one child, 21.7% had no children, 54% gave birth to their child or children at the age over 30 years. It means that for 75.7% of the study group there was an increased risk for breast cancer.

The comparison between QL during treatment (LASA1) and at least 12 months after treatment (RSCL) was made as the ranges of points in LASA 1 and RSCL were similar and there was little distraction ( $v$ ) in the study group with respect to their scores. The patients described their current QL as significantly better when compared with QL during treatment (tab.1).

Tab.1. Quality of life reported > 12 months after breast cancer surgery and retrospectively (during treatment) by the study group.

Quality of life	Range	Me	X $\pm$ SD	$v$	$p$
LASA 1 (points)	44-98	71	70.7 $\pm$ 13	19.7%	$p < 0.01$
RSCL (points)	42-105	61	63.6 $\pm$ 12.8	20.2%	$p < 0.01$

The significant correlation between QL during treatment and QL at least one year later was also observed ( $r=0.497$ ,  $p<0.0001$ )

The older women ( $> Me$ ,  $>60$  years) had similar scores to the younger ones ( $<Me$ ), both in LASA 1 ( $70.5\pm16.1$  vs  $70.8\pm11.8$  points), LASA 2 ( $33.5\pm6.1$  vs  $31.7\pm6.6$  points) and in RSCL ( $66.5\pm13.7$  vs  $60.6\pm11.4$  points). Generally, in both subgroups the perceived quality of life was not good.

The most frequently reported symptoms during treatment that negatively influenced QL were: sleep disturbances (45.7%), fatigue (37.0%), pain (30.4%) and hair loss (28.3%), whereas the most heavy symptoms occurring currently were: impaired activities of daily living/housekeeping (47.5%), impaired physical activity (37.0%) and sleep disturbances (21.0%). In their emotional state the patients described the most negative feelings during treatment as: feeling in attractive (73.9%), anxiety (41.3%) and difficulty concentrating (37.0%). After the treatment they reported impaired body image (47.8%), fear of disease recurrence (26.1%) and depression (26.1%).

In women with higher education level and those being professionally engaged the QL was better than in the patients with lower socio-economic status (tab.2, tab.3).

Tab.2. The relationship between the quality of life and education level in women after mastectomy.

Quality of life measures	<16 years of education n (%)	>16 years of education n (%)	p
LASA 1 High (44-71 points)	15 (32.5%)	9 (19.6%)	p=0.05
Low (72-98 points)	18 (39.1%)	4 ( 8.7%)	
LASA 2 High(22-32 points)	13 (28.3%)	7 (15.2%)	p=0.07
Low (33-48 points)	20 (43.5%)	6 (13.0%)	

Tab.3. The relationship between the quality of life and professional status in women after mastectomy.

Quality of life measures	Working women n (%)	Non-working women n (%)	p
LASA 1 High (44-71 points)	6 (13.0%)	18 (39.1%)	p<0.05
Low (72-98 points)	1 (2.2%)	21 (45.7%)	
LASA 2 High(22-32 points)	6 (13.0%)	14 (30.4%)	p<0.01
Low (33-48 points)	1 (2.2%)	25 (54.3%)	

However, no significant relationship between socioeconomic status and QL measured by RSCL was elicited.

As regards emotional and social support, married women had slightly better scores than unmarried or divorced, with no statistic significance. More advanced age correlated with higher level of social support when using criteria of SSS ( $r=-0.426$ ), possibly due to the fact that older patients more often asked for assistance. Generally, most of the women after breast cancer surgery (63%) obtained 15-21 points in SSS (out of 10-30 possible points) which means that the level of support was not high in this group.

**CONCLUSIONS.** The preliminary results of this study suggest that quality of life in women after mastectomy is improving over time, although this assumption should be verified by research conducted in prospective design with larger sample. Even in women with quite good QL measures there are still many physical and psychological symptoms that negatively affect it. Impaired physical and psychological functioning early after breast cancer surgery seems to be predictor of poorer self-perceived QL in later life. Some of the negative factors, especially in early stage of treatment, could be modified through nursing interventions, so nurses are challenged to support and assist the women in keeping their quality of life as good as possible.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res.* 2004; 13(5): 933-46.
2. Fries A, Reinhard G. Effects of mastectomy on dimensions of psychological and psychosocial experience and behaviour in affected women. *Rehabilitation.* 1996; 35(1): 54-64.
3. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol.* 2003; 21(21): 4027-33.
4. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, Bower JE, Belin TR. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96 (5): 376-87.
5. Goodwin PJ, Blank JT, Bordelau LJ, Ganz PA. Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trial in breast cancer—taking stock. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95(4): 263-81.
6. de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer.* 1990;62(6): 1034-38.
7. Kiebert GM, de Haes JC, van de Velde CJ. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a review. *J Oncol.* 1991; 9: 1059-70.
8. Oh S, Heflin L, Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Ganz PA. Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: a follow-up study. *Breast Cancer Res Treat.* 2004; 87(1): 45-57.

**AUTHOR/S:**

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo  
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

**TITLE:**

Quality of life in patients undergoing coronary vascularization

**TEXT:**

Coronary artery disease is a major source of mortality and morbidity in developed countries. Coronary artery bypass graft (CABG) surgery has become the most effective method of treatment for this disease in certain groups of patients. The benefits of surgery, regarding survival, symptom relief, such as chest pain and the improvement of the patients' physical condition have been widely documented (1, 2).

The scientific and technological advances in health care allow the use of increasingly sophisticated techniques and methods that contribute to the increase in patients' life expectancy. However, the impact on the quality of life (QOL) of these additional years is not always known.

In recent years, interest in measuring quality has spread into the health care sector. In assessment of results in health care it is important the individual perspective, emphasizing how the patients feels and not only what clinicians thinks the patients should feel, thus valorising quality of life. According to the World Health Organization, quality of life is the perception of the individual about his/her position in life, in the setting of his/her culture and system of values, in relation to his/her objectives, successes and standards (3). Quality of life is a multidimensional concept, which integrates physical health, psychological state, level of independence, social relations, beliefs and relationship with events in the environment. Quality of life is a coadjuvant of traditional indicators in the assessment of health care needs, bearing in mind that the physical, emotional and social interactions are implicated in the development of diseases and influence the results obtained with treatments.

Measurements of self-perceived health status can be used to evaluate the broad effect of a disease on a patients and the effectiveness of the interventions.

This study aimed to evaluate the impact of coronary revascularization surgery on the quality of life (QOL); and identify the influence of socio-demographic and clinical characteristics on the improvement of patients quality of life and the eventual corrections in the lifestyles which constituted risk factors for coronary artery disease.

The method of choice was a longitudinal quantitative study, developed with 150 patients subjected to isolated coronary bypass surgery, during a 3-month period, at the Cardiothoracic Surgery Centre of the Coimbra University Hospitals. Only consecutive patients to isolated coronary revascularization surgery were included in this study.

Patients were personally interviewed on the eve of the surgical intervention, when they were informed of the goals of the research, their right not to participate and the need to complete and return the questionnaire six months and two years after surgery.

The measurement instruments used were: a) the Medical Outcomes Health Survey (SF-36) and the Nottingham Health Profile (NHP) to evaluate the QOL; b) questionnaire for identification of lifestyles, including the consumption of alcoholic beverages, smoking and eating habits, physical exercise and some aspects of professional and sexual activity; c) questionnaire about sociodemographic characteristics: age, marital status, level of educational and professional status;d) Clinical variables, preoperative (ex. Function class of CCS, comorbidity, number of risk factors); perioperative (number of bypasses); postoperative (complications, needs for inotropic support and duration of extracorporeal circulation).

The SF-36 is a validated, 36-item health status questionnaire measuring 8 dimensions: physical functioning; role limitations caused by physical problems; bodily pain; social functioning; mental health; role limitations caused by emotional problems; vitality and general health perception. The scales of this questionnaire were coded in scores from 0 to 100; low numeric profiles scores reflected a perception of poor health, loss of function and presence of pain. High numeric scores reflected a perception of good health, no functional deficits, and absence of pain (4, 5).

The NHP consists of 38 statements that convey limitations of activity or aspects of distress in six dimensions: physical mobility; pain; energy; emotional reactions; sleep and social isolation. Patients were required to indicate by a yes or no answer which of the problems they were experiencing, at the time they were completing the questionnaire. The scores were from 0 to 100, in which 0 corresponded to the absence of limitation or the best of health and 100 to the worst of health (6) All the questionnaires were applied before surgery (n=150), and 6 months (n=132) and two years (n=119) thereafter, except the clinical variables that were collected to the clinical file only after surgery.

The data were processed by statistical Packadge for the Social Science and for inferential analysis the Student's T-test was used.

The majority of the patients were male (94%), above 50 years of age (81%), with a low educational level (65%), married (90%) Regarding professional status, a significant number of patients were retired (44%) and only 23% had maintained a normal professional activity until summoned for surgery. In what concerns preoperative clinical characteristics, about one third (40%) had marked physical limitations, class III/IV of the Canadian Cardiovascular Society, with comorbidity (79%), previous myocardial infarction (49%), and 3-vessel coronary disease (68%). All of the patients had at least one risk factor for coronary artery disease, namely current or recent smoking habits, excessive eating habits, exposure to the stress, sedentary habits, alcohol consumption in risk quantities and a positive family history or associated disease. A significant number of patients (73,5%) had four or more of these risk factors.

There was no operative mortality, but 29% had postoperative complications, albeit minor in the majority. Admission time was less than 8 days in 88.6% of the cases.

Surgery proved beneficial in improvement QOL, with better perception after six months and two years in all dimensions of both measurements instruments, although the better results was obtained 6 months after surgery ( $p < 0,001$ ).

Six months after surgery a higher level of education was related to a better perception of the energy dimension; married patients had a better improvement in the dimensions of physical pain and social isolation. More several pre-operative angina determined less favourable scores in the dimensions of mental health, social function and vitality. Comorbidity had negative impact on vitality and physical mobility. The number of risk factors and postoperative complications had a negative impact on the dimensions of energy and emotional reactions, and social isolation and physical function, respectively. Six months after surgery, 62% of the patients who were still working before surgery had resumed their professional activity, but about 20% had retires, the majority had adopted healthier lifestyles with a decrease in tobacco and alcohol consumption and a more balanced diet.

Two years after surgery, only 33,6% of the patients were still working and the majority had adopted healthier lifestyles.

The results of this study do not raise doubts about the positive impact of coronary revascularization surgery on patients' quality of life. Several other studies have documented the benefits of surgery, such as, greater vitality; reduction of tiredness and sleep disorders; less anxiety and tendency towards depression and; a feeling of well-being (2,7). This study corroborated these results by observing a perception of a more satisfactory quality of life in the aspects of vitality, mental health and emotional activity (SF-36); and sleep emotional reactions and energy (NHP).

The family contributed to the patients' affective and emotional support, hence their influence on the lower perception of isolation and pain. However, the families can be excessively protective, conditioning the patient return to daily activities after feeling physical and psychologically recovered, due to the fear that these may be too strenuous.

Reinitiating sexual activity is seen as one of the indicators of the impact of surgery on the family.

However, this study did not show significant changes in the patients' sexual activity after surgical intervention.

Despite the improvement in the quality of life, only a limited number of patients returned to work and a significant increase in the number of retired patients was noted. Reinitiating professional activity can be conditioned by many factors, namely motivation (8), professional status before the intervention (1), the severity of the heart disease and the relief of chest pain (1, 9). Apart from these factors, cultural and social aspects seemed to influence the results of this study. Many patients were at an age approaching early retirement and were probably of the opinion that they had already contributed enough to the society and that, after experiencing a difficult period in fear of death or

complications, they could live the rest of their days calmly. Another aspect is related to the social image of the coronary patient, generally corresponding to an individual with limitations who cannot perform strenuous activities or be exposed to stressful situations. This image influences the patient and family, but also the employer.

In conclusions, Coronary artery disease is associated to risk factors related to unhealthy lifestyles. This study showed the negative impact of the disease and the contribution of revascularization surgery to the improvement of patients' quality of life. Resvascularization substantially improves QOL, with a significant impact on the clinical variables of the psycho-social dimensions. According to the results, patients adopted healthier behaviour after surgery, which stresses the importance of postoperative rehabilitation, namely with education promoting health and early screening complications. In this setting, the return to an active social and professional life is of great importance; thus the education of patients should also be directed in this sense.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Kornfeld D, Heller SS, Frank KA, Wilson SN, Malm JR. Psychological and behavioral responses after coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1982; 66, Suppl. III: III-24 - III-28.
2. Miralda GP, Brotons C, Cascant P. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. *Medicina Clinica* 1997; 108,12: 446-51.
3. Fontaine O, Kullberts H, Etienne AM. *Stress e Cardiologia*. Lisboa: Climepsi; 1998.
4. Ware JE. sf-36 physical and mental health summary scales. *Ann Ver Public Health* 1995; 16:327-54.
5. Ferreira PL. A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS-SF36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação da Saúde; 1998.
6. Ferreira PL., Melo EM. Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde Nottingham. *Nursing* 1999; 12 (135): 23-9.
7. Chocron S, Etievent JP, Viel JF et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. *Ann Thorac Surg* 1996; 6, : 153-7.
8. Mayou R, Bryant B. Quality of life after coronary artery surgery. *Q J of Med* 1998; 62: 239-48.
9. Pocock JS, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. *Circulation* 1996; 94:135-42.

**AUTHOR/S:**

Fu-Jin Shih, Chih-Hsiung Wu, Ching-Shui Huang, Pei-Yun Mai, Li-Hua Wang, Hsiu-Mei Hsieh

**TITLE:**

Comparison of the Impacts on Health Profile and Patients' Health Related Quality of Life Between Pre-Fix and PHS Hernia Repair

**TEXT:**

Introduction--Hernia repair surgery is one of the most popular surgical modalities in both Western and Asian adults. Due to high recurrence rate and inguinal hernia repair consumes a lot of healthcare resources with high lifetime risk. The outcomes of surgeries including professional technical dimension as well as the patients' subjective perceptions of their health related quality of life (HRQoL) have been argued.

## 1. Popularization:

- \*More than 20 million hernias are estimated to be repaired every year around the world
- \*Specific rates vary between countries from around 100 to 300 per 100 000 population per year
- \*About 100 000 inguinal hernias are repaired every year in UK; and 500 000 for US
- \*Most inguinal hernias develop for the first time in patients aged younger than 1 year and in those aged 55-85 years
- \*Inguinal hernia surgery is a multibillion dollar industry that requires a degree of standardisation of practice to contain the costs
- 2. High recurrence rate ranging 0.5~20%
- 3. High lifetime risk: 27% for men and 3% for women

The Choice of Surgery Mode--The choice of surgery mode was determined by the need to achieve generalisability of the results. The following surgical techniques were currently standard for choices:

## \*Plug &amp; Patch Repair (PPR)

## \*Prolene Hernia System Device (PHS)

The Advantage of PPR & PHS--

PPR: Easily learned, quick, fewer complication, & lower recurrence rate

PHS: Reduction operative time, less postoperative pain, & earlier return to work

Design--

## \*Between-method triangulation

## \*The study encompassed three phases:

Phase 1: exploring concepts of HRQoL from the subjects' perspective by qualitative research design

Phase 2: developing reliable and valid HRQoL instrument for the subjects undergoing hernia surgery

Phase 3: implementing quantitative investigation on two groups

Sampling: Purposive sample of the subjects underwent PHS or PPR at one medical center in northern Taiwan was obtained.

## Data Collection &amp; Analysis

All the subjects were face-to-face interviewed at 4 time points: one-day pre-op, 1 month-, 3 month-, and 6 month-postoperative phases. The qualitative data collected in the 1st stage were analyzed by qualitative content analysis. The data of health profile and HRQoL collected in the 2nd and 3rd stages were analyzed using one-way ANOVA and multiple regression statistics. In the 1st phase, 13 subjects (PHS = 11, PPR = 2) received semi-structured interviews. The concepts of HRQoL were identified to include six dimensions supported by WHO: physical, psychological, level of independence, environment, social relationships, and spiritual/religion/personal beliefs. In the 2nd phase, the specific questions related to each dimensions were developed. The inter-rater reliability and content validity of the instrument - HRQoL for hernia patients was established. In last phase, compares 4 stages, and 120, 120, 113, 104 subjects participated in 4 stages, and 120, 120, 113, 104 subjects participated in 4 stages, accordingly.

## Results--

## Table 1. Demographic Data

Stage	1st stage (N = 120)	2nd stage (N = 120)	3rd stage (N = 113)	4th stage (N = 104)
Surgery mode	PHS (n = 91) PPR (n = 29)	PHS (n = 91) PPR (n = 29)	PHS (n = 87) PPR (n = 26)	



	PHS (n = 82)		PPR (n = 22)		PHS (n = 82)		PPR (n = 22)	
Gender male	88 (73%)	17 (14%)	88 (73%)	17 (14%)	85 (75%)	16 (14%)	80 (77%)	14 (13%)
Female	3 (3%)	12 (10%)	3 (3%)	12 (10%)	2 (2%)	10 (9%)	2 (2%)	8 (8%)
Age (year)								
10-19	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
20-29	5 (4%)	2 (2%)	5 (4%)	2 (2%)	5 (4%)	2 (2%)	4 (4%)	2 (2%)
30-39	7 (6%)	6 (5%)	7 (6%)	6 (5%)	7 (6%)	5 (4%)	7 (7%)	4 (4%)
40-49	13 (11%)	8 (7%)	13 (11%)	8 (7%)	13 (12%)	8 (7%)	13 (13%)	7 (7%)
50-59	22 (18%)	5 (4%)	22 (18%)	5 (4%)	21 (19%)	4 (4%)	19 (18%)	3 (3%)
60-69	25 (21%)	4 (3%)	25 (21%)	4 (3%)	25 (22%)	4 (4%)	25 (24%)	4 (4%)
70-79	16 (13%)	2 (2%)	16 (13%)	2 (2%)	14 (12%)	2 (2%)	13 (13%)	1 (1%)
80-89	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Educational degree								
Illiteracy	6 (5%)	1 (1%)	6 (5%)	1 (1%)	4 (4%)	0 (0%)	3 (3%)	0 (0%)
Semiliterate	7 (6%)	2 (2%)	7 (6%)	2 (2%)	7 (6%)	2 (2%)	6 (5%)	2 (2%)
Elementary school	16 (13%)	3 (3%)	16 (13%)	3 (3%)	15 (13%)	3 (3%)	15 (13%)	2 (2%)
Junior high school	13 (11%)	5 (4%)	13 (11%)	5 (4%)	13 (12%)	4 (4%)	12 (11%)	3 (3%)
High school	33 (28%)	11 (9%)	33 (28%)	11 (9%)	32 (28%)	10 (9%)	31 (27%)	8 (8%)
Collage / University	16 (13%)	7 (6%)	16 (13%)	7 (6%)	16 (14%)	7 (6%)	15 (13%)	7 (7%)
Marital status								
Single	13 (11%)	5 (4%)	13 (11%)	5 (4%)	13 (12%)	5 (4%)	11 (11%)	4 (4%)
Married/free union	74 (62%)	21 (18%)	74 (62%)	21 (18%)	72 (64%)	19 (17%)	70 (67%)	17 (16%)
Loses one's spouse	4 (3%)	3 (3%)	4 (3%)	3 (3%)	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)
Religious affiliation								
Confucianism	35 (29%)	5 (4%)	35 (29%)	5 (4%)	33 (29%)	4 (4%)	32 (31%)	3 (3%)
Buddhism	23 (19%)	15 (13%)	23 (19%)	15 (13%)	22 (19%)	14 (12%)	21 (20%)	13 (13%)

Table 2. Perceived HRQoL in Each Dimension Across Stages

Dimension	Surgery Mode	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
		Mean ± SD			
Physical	PHS (n = 91)	3.98 ± 0.80	4.22 ± 0.73	3.91 ± 0.80	3.91 ± 0.80
	PPR (n = 29)	3.86 ± 0.69	3.55 ± 0.87	3.81 ± 0.45	3.91 ± 0.80
Environment	PHS (n = 91)	3.90 ± 0.81	3.59 ± 0.89	3.71 ± 0.81	3.71 ± 0.81
	PPR (n = 29)	3.69 ± 0.60	3.52 ± 1.02	3.58 ± 1.03	3.71 ± 0.81
Social Relationships	PHS (n = 91)	3.78 ± 0.74	3.43 ± 0.87	3.48 ± 0.74	3.48 ± 0.74
	PPR (n = 29)	3.76 ± 0.74	3.43 ± 0.87	3.23 ± 1.18	3.48 ± 0.74
Level Of Independence	PHS (n = 91)	3.57 ± 0.74	4.07 ± 0.74	3.48 ± 0.74	3.48 ± 0.74
	PPR (n = 29)	3.48 ± 0.73	4.07 ± 0.74	3.26 ± 0.99	3.48 ± 0.74
Psychological	PHS (n = 91)	3.20 ± 0.97	3.85 ± 0.82	3.58 ± 0.86	3.60 ± 0.94
	PPR (n = 29)	3.24 ± 0.83	3.17 ± 1.07	3.53 ± 0.61	3.60 ± 0.94
Spirituality/religion/ personal beliefs	PHS (n = 91)	3.14 ± 1.24	3.22 ± 1.35	3.03 ± 1.32	3.49 ± 1.29
	PPR (n = 29)	3.14 ± 1.32	3.22 ± 1.35	3.03 ± 1.32	3.49 ± 1.29

Conclusions

For the PHS group

The perceived highest HRQoL across 4 stages were primarily in the physical & Environmental dimensions:

- \*Stage 1: Physical (3.98 + 0.70) & Environment (3.90 + 0.72)
- \*Stage 2: Physical (4.22 + 0.73) & Level of Independence (4.07 + 0.74)
- \*Stage 3: Physical (3.91 + 0.80), Spiritual (3.71 + 1.15) & Environment (3.71 + 0.81)
- \*Stage 4: Level of Independence (4.13 + 0.71) & Environment (3.75 + 0.70).

For the PPR group

The perceived highest HRQoL across 4 stages were primarily in the physical dimension:

- \*Stage 1: Physical (3.86 + 0.69)
- \*Stage 2: Physical (3.55 + 0.87)
- \*Stage 3: Physical (3.81 + 0.45)
- \*Stage 4: Level of Independence (3.86 + 0.94)

Summary: The perceived HRQoL for PHS group was better than PPR group either in each specific stage or across stages

For the PHS group--Compared to preoperative status, the changes in perceived highest HRQoL across recovery process for each dimension were not consistent:

\*Physical dimension: only stage 2 score was better than pre-op score

\*Environmental dimension: all postoperative stages scores were lower than pre-op score  
 \*Social Relationships dimension: all postoperative stages scores were lower than pre-op score  
 \*Level of Independence: scores in stage 2 & 4 were higher than pre-op score  
 \*Psychological dimension: all post-op scores were higher than pre-op score  
 \*Spiritual dimension: all post-op scores were higher than pre-op score  
 Summary: 1. HRQoL in physical and environmental dimensions were still limited by postop 6 month  
 2. HRQoL in psycho-social-spiritual dimensions were much better than pre-op status  
 For the PPR group--Compared to preoperative status, the changes in perceived highest HRQoL across recovery process for each dimension were not consistent:  
 \*Physical, Environmental, Social Relationship dimensions: all postoperative stages scores were lower than pre-op score  
 \*Level of Independence: scores in stage 4 was higher than pre-op score  
 \*Psychological dimension: scores in stage 3 & 4 were higher than pre-op score  
 \*Spiritual dimension: all post-op scores were higher than pre-op score  
 Summary: 1. HRQoL in physical, environmental and social relationship dimensions were still limited by postop 6 months  
 2. HRQoL in psychological dimension started to improve from post-op 3 months  
 3. HRQoL in spiritual dimensions were much better than pre-op status  
 Suggestion for Future-- 1. The reasons why the perceived HRQoL for PHS group was better than PPR group either in each specific stage or across stages deserve further investigation. Health team members are suggested to examine from the aspects of surgical techniques, materials and participants' subjective interpretations of the impacts of surgery on HRQoL. The obtained qualitative data might be helpful in exploring in-depth context of the variations between PHS and PPR groups.  
 2. The health profiles of 6 dimensions of two groups need to be further established. The health professionals would be empowered to better understand the subjects' recovery process in each specific stage.  
 3. The health promotion for the patients and educational programs for both health professionals and patients are suggested to be developed.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Andrew K, & Karl LB. (2003). Hernias: Inguinal and incisional. *The Lancet*, 362(9395), 1561.
2. Lichtenstein JL, Shore JM (1974) Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a plug technique. *Am J Surg* 128: 439–444
3. Lichtenstein JL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM (1989) The tension free hernioplasty. *Am J Surg* 157:188–193
4. Robbins AW, Rutkow IM (1993) The mesh plug hernioplasty. *HerniaSurg* 73: 501 – 512 ;
5. Rutkow IM, Robbins AW (1993) Tension-free inguinal herniorrhaphy.
6. Pelissier EP, Blum D (1997) The plug method in inguinal hernia: prospective evaluation of postoperative pain and disability. *Hernia* 1: 185–189.
7. Palot JP et al (1998) The mesh plug repair of groin hernias: a three year experience. *Hernia* 2:31–34.
8. Rignault DP (1986) Preperitoneal prosthetic inguinal hernioplasty through a Pfannenstiel approach. *Surg Gynecol Obstet* 163:465–468.
9. Stoppa R, Wantz GE (1998) Henri Fruchaud (1894–1960): a man of bravery, an anatomist, a surgeon. *Hernia* 2:45–47.
10. Hoffmann HC, Traverso ALV (1993) Preperitoneal prosthetic herniorrhaphy: one surgeon's successful technique. *Arch Surg* 128:964–970.
11. Horton MC, Florence MG (1993) Simplified preperitoneal Marlex hernia repair. *Am J Surg* 165:595–599.
12. Lichtenstein IL, Shulman AG (1986) Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tensionfree repair. *Int Surg* 71:1–4.
13. Barnes JP (1987) Inguinal hernia repair with routine use of Marlex mesh. *Surg Gynecol Obstet* 165:33–372.
14. Battistini G, Castrati G, Fiorone E, Cannici F, Sommariva S (1993) La riparazione delle ernie inguinali con rete di Marlex in sede preperitoneale mediante accesso inguinale classico. *Minerva Chir* 48:739–742,
15. Celdran A, Vorwald P, Merono E, Urena MAG (1992) A single technique for polypropylene mesh hernioplasty of inguinal and femoral hernias. *Surg Gynecol Obstet* 175:359–361

**AUTOR/ES:**

Ana Barderas Manchado, José Manuel Estrada Lorenzo, Blanca Egea Zerolo, Gema Escobar Aguilar

**TÍTULO:**

Localizando la evidencia científica en cuidados de enfermería en atención domiciliaria

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Las tendencias demográficas que se esperan para las próximas décadas, la disminución de cuidadores informales disponibles condicionada por la incorporación de la mujer al mercado laboral, y los cambios en el tipo de familias, entre otros motivos, explican la preocupación creciente de las administraciones sanitarias por mejorar servicios para un grupo cada vez más numeroso de usuarios que precisarán ser atendidos en su domicilio.

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas socio-sanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. La atención a largo plazo de pacientes en los domicilios debería ser considerada como una parte integrante dentro de un sistema continuado de provisión de servicios de salud. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que padecen incapacidad, parece conveniente incluir también a aquellas que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de otros servicios pueden requerir completar la oferta de atención domiciliaria con intervenciones dirigidas al anciano de riesgo, con criterios de fragilidad, y a la puerpera y recién nacido, entre otros.

Los servicios de salud deben dar respuesta a esta demanda de salud y coordinarse con los diferentes organismos e instituciones con responsabilidad en servicios sociales, de tal manera que se pueda dar contestación integral a estos problemas en su entorno habitual, evitando en lo posible la institucionalización de estos pacientes.

El panorama nacional e internacional de la organización para la atención domiciliaria es heterogéneo. La organización de la misma se realiza en función del tipo de paciente a atender, del modelo global de organización del sistema sanitario, de la entidad rectora de la asistencia domiciliaria y de las fórmulas de coordinación e integración de los servicios sanitarios y servicios sociales comunitarios.

Según el grado de desarrollo, se pueden distinguir dentro del ámbito geográfico europeo, un grupo de países que disponen de sistemas de atención domiciliaria bien organizados, constituido principalmente por: Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido; y otro grupo de países que se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo, como son: Austria, Grecia, Italia, Portugal y España.

En cualquier caso, caben pocas dudas de que la atención domiciliaria es el segmento sanitario de más creciente expansión en España y países de nuestro entorno. Es necesario potenciar su implantación para conseguir objetivos de calidad y mejora asistencial.

Es en el espacio socio-sanitario, donde se articulan los recursos y donde se pueden aplicar fórmulas para conseguir una combinación sincrónica entre cuidados informales y profesionales. Este será el reto pendiente para los próximos años.

El creciente interés por llevar a cabo unos cuidados de calidad, basados en la mayor evidencia disponible, conlleva un incremento en la producción científica sobre este tema. A través de un estudio bibliométrico pretendemos conocer el volumen de la producción científica que puede ser utilizado para ofrecer unos cuidados de calidad en la atención domiciliaria

## OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es identificar y analizar la evidencia científica publicada, acerca de los cuidados de enfermería y cuidadores informales en atención domiciliaria, en las bases de datos especializadas PubMed-MEDLINE, Cochrane Library y CINAHL con una cobertura cronológica completa.

El objetivo específico es realizar un estudio bibliométrico sobre la evidencia existente en cuidados de enfermería y cuidadores informales en atención domiciliaria, que permita comparar la producción científica entre países, su evolución cronológica, las instituciones entre países, las áreas de estudio y los trabajos publicados en las revistas científicas.

## METODOLOGÍA

Búsquedas bibliográficas en las bases de datos especializadas PubMed-MEDLINE, Cochrane Library y CINAHL, centradas en los siguientes términos de sus respectivos tesauros: Home nursing, Caregivers. Cobertura cronológica: completa, desde los inicios de MEDLINE (1966) y de CINAHL (1982). Se ha limitado por tipo de publicación para recopilar sólo la evidencia científica (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, conferencias de consenso, guías de práctica clínica, etc.).

## RESULTADOS

De los 934 documentos localizados inicialmente se han eliminado los duplicados, quedando 709 documentos sobre cuidados domiciliarios. Los estudios localizados se sitúan entre los años 1979 y 2005, siendo el 2000, 2002 y 2004 los de mayor publicación.

Los temas de interés más significativos son: Técnicas y procedimientos de enfermería (41,0%), Investigación, docencia y formación continuada (16,2%), Cuidadores (10,7%), Gestión, administración y calidad de los cuidados (9,4%), Educación para la salud (7,5%), estudios que comparan atención domiciliaria versus hospitalaria (6,9%), Cuidados paliativos (3,9%) y Teleasistencia (2,0%).

Si tenemos en cuenta el ámbito de trabajo del investigador principal, un 48,2% proviene de la Universidad, un 30,6% de Atención Especializada, un 11,1% de Centros de Investigación y un 4,2% de Atención Primaria.

De los documentos publicados en más de 330 revistas, editadas principalmente en inglés y originarias en mayor medida de países anglosajones, un 40,5% procede de Estados Unidos, un 18,4% del Reino Unido, un 8,6% de Canadá y un 5,7% de Australia; de España hay 13 publicaciones lo que supone un 1,8%. En conjunto, un 50% de los trabajos proceden del continente americano, un 32,7% de Europa, un 6,5% de Oceanía, un 1,12% de Asia y un 0,14% de África.

Teniendo en cuenta el ámbito de estudio por continente, de los estudios identificados en América, el 56,8% son de ámbito universitario, el 24,9% hospitalario, el 11,8% de Centros de Investigación y el 4,5% de Atención Primaria; en Europa también es el ámbito universitario el de mayor porcentaje con un 40,8%, correspondiendo al ámbito hospitalario el 39,9% y un 12,6% y 5,5% para Centros de Investigación y Atención Primaria respectivamente. El Reino Unido es el país de Europa con mayor volumen de estudios, 56,9% del total, de los cuales el 48,5% son de ámbito universitario y el 33,6% de ámbito hospitalario. Los estudios identificados en España equivalen al 5,5% del total de Europa, no existiendo estudios de ámbito universitario y siendo el 69,2% (9 estudios) de ámbito hospitalario y un 23,1% corresponde a centros de investigación.

Referente al área de estudio, en el caso europeo, el 42% corresponde a "Técnicas y procedimientos enfermeros", el 13,45% a "Investigación, docencia y formación continuada" y el 12,6% a "Atención domiciliaria versus hospitalaria". En los estudios identificados en España, "Técnicas y procedimientos enfermeros" e "Investigación, docencia y formación continuada" son igualmente los temas más tratados, con un 69,2% (9 estudios) y un 15,3% (2 estudios) respectivamente.

Las revistas científicas con mayor número de trabajos publicados son Home Healthcare Nurse (32), BMJ (29), Caring (15), Journal of Advanced Nursing (14) y Lancet (12). De las 15 revistas con mayor número de trabajos, 4 están especializadas en enfermería (Home Healthcare Nursing, Caring, Journal of Advanced Nursing y Public Health Nursing).

En cuanto a la colaboración científica, un 25,95% está firmado por un único autor, un 17,48 por dos autores, un 50,49 por tres autores o más, y un 6,06 corresponde a trabajos sin autoría, predominando los trabajos de colaboración.

## DISCUSION

### DISCUSION

El problema que surge en un estudio de este tipo es que los indicadores bibliométricos tienen importantes limitaciones, siendo la principal que no existe ninguna base de datos que cubra completamente la producción científica de todos los países. En CINAHL y PUBMED/MEDLINE se refleja en gran medida la producción científica enfermera a nivel mundial, quedando sin embargo poco reflejado en ellas el caso español.

En cuanto a los indicadores de producción hay que tener en cuenta que sirven tanto para evaluar a los autores como a las instituciones. Así, a través del índice de firmas por trabajo, se observa el predominio de los trabajos de colaboración.

El volumen de información localizada, indica que los cuidados de enfermería a domicilio son un tema de interés entre los investigadores de enfermería, predominando los países y publicaciones anglosajonas. Por otro lado cabe destacar el predominio del ámbito universitario tanto en América como en Europa, exceptuando España en el que predomina el ámbito hospitalario. Las revistas de enfermería tienen una presencia destacada en el conjunto de la producción científica y en el número de revistas identificadas. La mayoría de los estudios (41,86%) son de alto nivel de evidencia (ensayos clínicos y revisiones sistemáticas), por lo que existe bastante volumen de estudios que pueden influir en una práctica asistencial de calidad en la atención domiciliaria.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte ESAD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2000.
2. Oficina del defensor del pueblo. Informes, estudios y documentos: La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Oficina del defensor del pueblo; 2000.
3. Toral López I. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras: La enfermera comunitaria de enlace. [Citado el 2005 Nov 2]. Disponible en: [http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos\\_estrategias.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_estrategias.pdf)
4. Espinosa Almendro JM, Revilla Ahumada L. Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria. [editorial]. Medicina de Familia. 2002;3(4):7-9.
5. Sancho R. Indicadores bibliométricos utilizados en la evaluación de la ciencia y la tecnología. Rev Esp Docu Cient. 1990;13(2-3):842-865.
6. Moravcsik MJ. ¿Cómo evaluar la ciencia y a los científicos?. Rev Esp Docu Cient. 1989;12(3):313-25.
7. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (I): usos y abusos de la bibliometría. Med Clin (Barc). 1992;98:64-8.
8. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (IV): la aplicación de los indicadores. Med Clin (Barc). 1992;98:384-8.

**AUTOR/ES:**

Oltra Rodríguez, Enrique. Riestra Rodríguez, Rosario. Alonso Pérez, Fernando. García Valle, Jose Luis. Martínez Suárez, M<sup>a</sup> del Mar. Miguelez López, Ruth.

**TÍTULO:**

Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción y justificación:

Tanto desde una perspectiva "endo" en la que la profesión enfermera se construye como disciplina científica dentro del paradigma de los cuidados (1), como desde la perspectiva "exo" en la que las enfermeras están obligadas a demostrar que los cuidados de enfermería son la expresión y la adecuación de un servicio indispensable (2), actualmente nadie duda de la necesidad de desarrollar líneas de investigación y reflexión propias (3), así como participar en investigaciones interdisciplinarias que faciliten la provisión desde el sistema sanitario de cuidados eficaces y también eficientes a la población. Así se habla cada vez con más intensidad y desde diversos ámbitos de la necesidad de gestionar la investigación, al igual que se hace con otras áreas de la actividad sanitaria y que esto se haga también en campos como la atención primaria o la enfermería (4)

Ya en 1996, el Consejo de Europa constituyó un grupo de trabajo, en el que estaba España entre otros países, sobre investigación en enfermería que formuló toda una serie de recomendaciones (5). Paradójicamente, en términos generales y sin menoscabo de las posibles excepciones, los gestores sanitarios de España consideran que investigar es una decisión, y un problema, de los investigadores, limitando su papel a aspectos burocráticos y en el mejor de los casos a "dejar hacer" (4).

Los datos en enfermería tampoco son muy satisfactorios, existiendo enormes lagunas de evidencia científica en la mayoría de las actuaciones profesionales ó déficits metodológicos de los artículos publicados... (6). Si miramos hacia la formación de pregrado, vemos que en una muestra de 53 escuelas de enfermería de España solo en un 20% de las escuelas tienen una signatura obligatoria con el nombre de metodología de la investigación, en algunas más se puede cursar optativamente o dentro de otras materias y en un 49% de las escuelas no se enseñaba en absoluto (3), la formación continuada en esta materia también es insuficiente y hay diversas referencias a las barreras existentes para que las enfermeras investiguen e incluso utilicen los resultados de la investigación, (7).

Por todo ello y de cara a una potenciación de la investigación enfermera en Asturias nos planteamos la pregunta de qué dificultades y oportunidades perciben las enfermeras de nuestro entorno para investigar.

Objetivos:

Conocer las dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias.

Métodos:

Dentro de la estrategia "Gestión del Conocimiento en Salud (gcSalud)" de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, se convocan desde el Servicio de Formación e Investigación de dicha Consejería las Primeras Jornadas de Trabajo "Investigación de Enfermería en Asturias". Dentro de ellas, con 80 de las enfermeras asistentes se forman 10 grupos de trabajo, de 8 miembros y un moderador entrenado en la técnica a emplear que fue la Técnica de Grupo Nominal (TGN). Se procuró que los grupos fuesen lo más homogéneos posible, constituyéndose los siguientes: 2 de directivos y mandos intermedios, 1 de docentes, y entre las enfermeras asistentes: 1 fue de salud mental, 2 de atención primaria y 4 de atención especializada. La convocatoria a las Jornadas fue pública y libre, y a las asistentes se les puede considerar profesionales interesadas en investigación y con una cierta experiencia (un 42% eran autoras de alguno de los trabajos de investigación presentados a las Jornadas).

Mediante técnica de grupo nominal se da respuesta y posteriormente se prioriza consensuadamente, de forma independiente para cada pregunta, a las siguientes cuestiones: "Si has realizado o intentado realizar algún trabajo de investigación de enfermería, si tuviste alguna idea o pregunta susceptible de ser investigada, si conoces a alguna enfermera de tu entorno en las anteriores circunstancias

- 1º ¿Con qué dificultades te encontraste?
- 2º ¿Qué oportunidades y recursos ofreció el sistema?.

Por otra parte, para completar y contrastar el análisis realizado por los grupos, el equipo investigador recoge todas las aportaciones individuales escritas en papeles autoadhesivos, las transcribe y codifica según el grupo al que pertenecía quien aportaba la idea, y analiza su contenido agrupándolas en categorías y subcategorías. Dicha categorización se realiza en paralelo y de forma independiente por dos parejas de investigadores, y una tercera establece las concordancias entre lo aportado por las dos anteriores y consensua las discordancias. Se redacta un informe final con los resultados y conclusiones.

#### Resultados:

En cuanto a las dificultades encontradas, tanto los grupos como el equipo investigador coinciden en las siguientes y por el siguiente orden: Relacionadas con déficit de formación (puntuada con 10,7 puntos de media y aportada por 8 de los 10 grupos) tanto en metodología como en estadística e informática ó en utilización de fuentes de información. Falta de recursos (7,1 puntos y 8 grupos) sobre todo humanos para apoyo y asesoría, pero también informáticos y de acceso a Internet, esto sobre todo en las unidades de los hospitales, y curiosamente en último lugar señalaban el escaso apoyo económico. Falta de tiempo (6,6 puntos y 7 grupos) relacionado con la sobrecarga asistencial, con la estructura de la propia jornada laboral que no contempla tiempo para reunirse... y con el rol de género de la profesión enfermera. Escaso reconocimiento y apoyo (5,4 puntos y 6 grupos) tanto de las instituciones como del propio colectivo enfermero y de otros colectivos. Y valorado en último lugar en la priorización de los participantes (2,3 puntos y 5 grupos), pero de gran importancia cuando el equipo investigador analizó las aportaciones individuales, están las características propias de la idiosincrasia y sociología de la profesión, escasa cultura y tradición investigadora, rol social y de género, no inclusión de la enfermera en los equipos investigadores, crisis de paradigma y búsqueda del propio espacio.

En cuanto a las oportunidades y recursos ofrecidos por el sistema se señalaron como principales: Relacionadas con la oferta formativa existente (9,7 puntos y 7 grupos), destacando muy especialmente la formación recibida al realizar una de las dos especialidades existentes en enfermería y la formación continuada ofertada desde el Servicio de Salud a través de la estrategia gcSalud. Los relacionados con los recursos materiales (5,6 puntos y 7 grupos) como existencia de bibliotecas, equipos informáticos, etc. Los relacionados con el apoyo y colaboración de otros profesionales más expertos tanto enfermeros como de otras profesiones (4 puntos y 7 grupos), valorándose muy positivamente aquellos centros en los que existe equipos institucionales (técnicos de salud, unidades de investigación...) de apoyo metodológico accesibles. Relacionados con el acceso a fuentes de información tanto bibliográficas como registros e historias (5,6 puntos y 7 grupos). Relacionados con la obtención de ayudas económicas, como becas, bolsas para acudir a foros científicos y otras (3,6 puntos, 7 grupos). También se refieren oportunidades relativas a la posibilidad de dedicar tiempo, especialmente en atención primaria.

#### Discusión:

Aunque puedan parecer contradictorios los resultados obtenidos en el apartado de dificultades y en el de oportunidades, hay que pensar que no son dicotómicos, sino que reflejan realidades complejas y diversas, con múltiples enfoques según las vivencias de cada persona y cada centro de trabajo. Tanto las dificultades como las oportunidades convergen como parte de un análisis del que se deben deducir las líneas de actuación para estimular la investigación enfermera, potenciando las oportunidades percibidas y paliando las dificultades encontradas.

Existen evidentes coincidencias entre la realidad percibida por las participantes en los grupos de este trabajo y los datos objetivados en otros trabajos ya publicados (7), especialmente en lo que se refiere a déficit de formación. Sin embargo en un alto número de centros existe comisión de investigación, unidad de apoyo ó acceso a internet y las enfermeras no lo conocen o no lo perciben como disponible.

El necesario cambio en el que las enfermeras incorporen la reflexión, la medida y la evaluación de sus aportaciones a la salud de la población como parte de dichas actuaciones, solo será posible si por una parte se implementan estrategias explícitas de potenciación, con estructura, recursos y formación y por otra se van introduciendo cambios en el acervo cultural del colectivo enfermero, en el sentido de incorporar la investigación y el uso de los resultados obtenidos en la práctica profesional cotidiana.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Arcas P. Reflexionar e investigar en la práctica cotidiana. *Enferm Clin* 1994;4:280-6.
- (2) Colliere MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1993; p. 285.
- (3) Fernández Lamelas E. La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin* 2002;12(4):182-87.
- (4) Peiró S, Artells JJ. *Gac Sanit* 2001;15(3):245-250.
- (5) Grupo de trabajo de investigación de enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la Investigación de Enfermería. *Enferm Clin* 1997;7(5):232-40.
- (6) Delicado MV, Pardo C, Reolid M, García MJ, Mallebrera E. *Enferm Clin* 2001;7(5):201-213.
- (7) Jone C, Hidalgo R, Fuentelsad C, Moreno MT, Hernández E. *Metas de Enferm* 2004;7(5):28-32.



**AUTOR/ES:**

T Baena Panadero, AM Tomás Vidal, MC Vidal Tomás, JM Taltavull Aparicio, MD García Raya, I Román Medina, N Sansó Martínez, J Cardona Roselló, E Aznar Gallardo, P Gómez Picard, P Llull Caldentey, V Arce Alonso, JM Juliá Mora. Servei de Salut de les Illes Balears

**TÍTULO:**

Investigación en enfermería en el Servei de Salut de les Illes Balears

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción y objetivos**

Son numerosos los artículos de revistas científicas, páginas WEB y noticias sobre investigación en enfermería que nos hablan de la progresiva incorporación de la investigación en el desarrollo profesional de la enfermera(1-3). También se observa que la formación en metodología, las alusiones a la importancia de la investigación enfermera y las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, en esta materia, va en aumento(2-4). En contra, escasean los grupos de enfermeras que trabajen en líneas de investigación consolidadas y, a muchas de ellas, todavía les resulta difícil identificar aspectos de la salud susceptibles de ser abordados desde una perspectiva enfermera.

Tal y como diferentes autores afirman en sus reflexiones, es preciso fomentar una cultura de investigación entre las enfermeras como una manera de producir conocimiento para el desarrollo de la disciplina y competencia profesional(3,5). Dicho conocimiento aumenta la calidad de la práctica clínica y en consecuencia, favorece promocionar la calidad de vida de la población.

Este trabajo pretende exponer el marco institucional en que se mueve el colectivo enfermero del Servei de Salut de las Illes Balears (Ib-salut), las estructuras que podrían dar soporte a las iniciativas y proyectos de investigación y la formación sobre el tema ofrecida en dicha comunidad. También se ha considerado relevante conocer la participación de las enfermeras en estructuras estables relacionadas con la investigación de enfermería, así como los proyectos de investigación evaluados externamente y la producción científica.

**Metodología**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer la situación de la investigación de enfermería en las diferentes instituciones del Ib-salut en el año 2004. La información se ha obtenido mediante una encuesta pasada a las direcciones y responsables de formación e investigación de enfermería de las ocho gerencias que constituyen dichas instituciones del Ib-salut. Éstas son: los 3 hospitales de referencia de Mallorca, la Gerencia de Salud de Menorca e Ibiza, que engloban la gestión de la atención primaria y especializada, la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca y el Complejo Hospitalario de Mallorca, integrado por 2 hospitales socio-sanitarios y un hospital psiquiátrico. Se ha localizado información institucional a través de las páginas de Internet oficiales, correspondientes a las diferentes instituciones de la Comunidad Autónoma, Boletín Oficial de les Illes Balears y responsables de instituciones con competencias en la materia. Han participado también como informadores los responsables de los centros de documentación del Ib-salut. Las variables seleccionadas para la descripción han sido: marco institucional de referencia, estructura de soporte a la investigación, formación en metodología de investigación, participación en comités de revistas científicas y otras estructuras estables relacionadas con la investigación de enfermería, proyectos evaluados externamente y producción científica.

## Resultados

Se ha obtenido información de siete gerencias (87%). El marco normativo de referencia, en lo que respecta a instituciones de la Comunidad Autónoma, lo conforman las Consejerías de Salud y Consumo y la de Innovación y Energía, cada una con planes y normativa que regulan, orientan e incentivan la investigación en salud.

Las estructuras de soporte a la investigación identificadas son:

- . La Dirección General de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut i Consum, que impulsa y coordina la investigación en salud en toda la Comunidad Autónoma.

- . La Dirección Asistencial del Servei de Salut que, a través de la Subdirección de Formación, Docencia e Investigación, define las prioridades de gestión, centraliza la información y coordina las unidades de los centros y gerencias mediante el pacto de objetivos que se incluyen en los contratos de gestión.

- . Tres unidades de investigación (Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Hospital Universitario de Son Dureta y Área de salud de Menorca) y seis comisiones de investigación (Área de Salud de Eivissa i Formentera, Área de Salud de Menorca, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Hospital de Manacor, Hospital Son Dureta, Complejo Hospitalario de Mallorca) dan soporte metodológico a los investigadores y evalúan la idoneidad de los proyectos.

El Ib-salut cuenta también con siete centros de documentación que ofrecen ayuda para la realización de búsquedas bibliográficas y organizan formación para la localización de fuentes en bases de datos.

Otros organismos públicos relacionados con la investigación científica vinculados al Servei de Salut son:

- . La Fundación Mateu Orfila, que fundamentalmente se ocupa de la gestión de recursos aportados por instituciones privadas y públicas, mediante contratos que se establecen entre el investigador principal, la institución financiadora y la fundación.

- . El Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud cuya finalidad es realizar investigación científica y tecnológica en ciencias de la salud y realizar actividades docentes de tercer ciclo y cursos de post-grado en el área de ciencias de la salud.

Además, el Comité Ético de Investigación Clínica, adscrito a la Conselleria de Salut i Consum realiza las funciones de evaluación que le son propias (evaluaciones experimentales de productos, sustancias y técnicas diagnósticas y terapéuticas que se apliquen a seres humanos), conforme a la normativa existente.

En lo referente a la participación de las enfermeras en las estructuras de gestión y soporte de la investigación del Ib-salut, cuatro gerencias cuentan con enfermeras en las unidades de investigación (Son Dureta, Complejo Hospitalario de Mallorca, Hospital de Manacor y Gerencia de Atención Primaria de Mallorca) pero ninguna de ellas se dedica a la investigación a tiempo completo.

Existen cuatro redes de investigación integradas en las gerencias (RIMARED, IMA, RedIAPP y EPINE) donde hay enfermeras que participan en los proyectos como investigadoras. Únicamente la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca ha definido líneas de investigación estables de enfermería (gestión de cuidados, continuidad de cuidados, atención al anciano y atención domiciliaria).

Todas las gerencias han presentado comunicaciones a congresos y cuatro cuentan con enfermeras que han publicado artículos en revistas científicas. Cuatro gerencias han realizado actividades formativas sobre metodología de investigación.

En cuanto a la participación en comités de revistas científicas u otras estructuras estables relacionadas con la evaluación de trabajos de investigación, el equipo de revisores de la revista Evidentia, el Observatorio Balear de Enfermería Basada en la Evidencia y el Comité de Expertos de la Revista Enfermería Clínica, cuentan con enfermeras del Ib-salut como miembros. Además, una enfermera del Servei de Salut forma parte como miembros del Grupo Investen y otras participan en la Comisión Consultora del mismo grupo.

## Discusión

Los resultados del estudio ponen en evidencia que si bien existen directrices y estructuras para la investigación en general no es así para la investigación en enfermería. La participación de enfermeras en proyectos de investigación es escasa y sigue siendo necesario impulsar la investigación en enfermería, tanto de forma multidisciplinar como trabajando para el desarrollo del cuerpo de conocimientos propio de la disciplina(2,3). Se hace imprescindible también la promoción de la formación en investigación tanto a nivel metodológico como práctico a partir de la lectura bibliográfica y el desarrollo del pensamiento crítico de las enfermeras(1,3-5).

Necesitamos enfermeras con dedicación exclusiva a la investigación para liderar proyectos y asesorar sobre perspectiva enfermera y métodos de investigación. También es imprescindible la participación de las enfermeras en las estructuras de soporte existentes y en todos los foros que en el futuro se creen sobre el tema(4).

Otros aspectos importantes a considerar para dar impulso a la investigación en enfermería podrían ser: dedicar recursos para fomentar y apoyar la investigación, contemplar un tiempo de dedicación a la investigación en los contratos de trabajo, considerar la investigación como un indicador de calidad, valorar los trabajos de investigación en los baremos de contratación, crear espacios institucionales para dar difusión a los estudios realizados, entre otros.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio el Ib-salut ha conformado un grupo de enfermeras de referencia para este tema con todos los centros y gerencias. Este grupo tendrá como objetivo la realización de un proyecto para el impulso de la investigación en enfermería, con la finalidad de mejorar la práctica clínica en el Servei de Salut de les Illes Balears.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Moreno T. La investigación de enfermería en España una realidad posible. *Enfermería en Cardiología* 2001; 22: 19-23.
2. Zabalegui A. Visión general sobre la investigación en enfermería. *Metas Enferm.* 2002 mar V(43):12-15.
3. Amezcua M. Mitos, retos y falacias de la investigación enfermera. *Rev RoL Enfem.* 2003 sep 26(9):36-44.
4. Jones C; Hidalgo R; Fuentelsaz C; Moreno T; Hernández E. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de enferm* jun 2004; 7(5):28-32.
5. Gastaldo D, de Pedro J, Bover A. El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional. *Enferm Clínica.* 2001; 11(5):220-229.
6. Cabrero J, Richart M. Investigar en enfermería: concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Universidad de Alicante; 2001.
7. Amezcua M. Principales líneas de investigación en España. *Actas del I Encuentro de Interrelación entre Investigadores Noveles y Grupos de Investigación Consolidados en Enfermería;* 2003 may. Alicante: Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana.
8. Orts I; Comet P; Moreno MT; Arribas MC. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España. *Enferm Clínica.* 2000 ene-feb 10(1):9-13.
9. Revista de enfermería. La investigación en Enfermería en España: mirándonos en INVESTEN [Editorial. *Revista de Enfermería* 2003; 17:4-5.

**AUTOR/ES:**

S. Corchón, O. López de Dicastillo, R. Watson, M.I. Saracíbar

**TÍTULO:**

¿Qué opinan las/os supervisoras/os de unidades de hospitalización acerca de la investigación en enfermería y los factores influyentes?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción:

En este momento de grandes expectativas para la enfermería resulta imprescindible la utilización del método científico para el desarrollo de su conocimiento (1-3). De hecho, la existencia de una importante cantidad de literatura sobre investigación en enfermería demuestra que la relevancia de la investigación para el desarrollo de la profesión está siendo reconocida (4-7). Sin embargo, la investigación en enfermería es una actividad relativamente joven en la mayor parte de los países y ésta es también la situación en el contexto español, especialmente en el ámbito clínico. Un estudio Delphi realizado en 1999 identificó como una de las áreas prioritarias de investigación el estudio y desarrollo de estrategias que favorezcan el crecimiento de la actividad investigadora enfermera (8). Se espera, que con la adecuación de la formación enfermera española al Espacio Europeo de Educación Superior, la investigación en enfermería recibirá un gran impulso (1,9).

Son numerosos los autores que han estudiado los factores que influyen en la investigación enfermera y han llegado a la conclusión de que existen importantes barreras que obstaculizan su desarrollo (4,6,7,10). Uno de los factores que la literatura destaca como clave para el desarrollo de la investigación es el apoyo que las/os enfermeras/os reciben de sus supervisoras/os. Dicho apoyo depende en gran medida de las percepciones de las/os supervisoras/os, de sus actitudes hacia la investigación, del papel que entienden que deben jugar en su desarrollo, y de la cultura investigadora del centro. Sin embargo, existe una carencia importante de estudios que exploren todos estos aspectos en profundidad.

Los objetivos de esta comunicación son:

- 1-Conocer las percepciones y actitudes que las supervisoras de un centro hospitalario tienen acerca de la investigación en enfermería.
- 2- Identificar cuál creen que es su rol con relación a la investigación.
- 3- Explorar los factores que consideran influyentes en el desarrollo de la actividad investigadora enfermera en su ámbito.

Método:

Se realizó un estudio exploratorio con un enfoque cualitativo. El estudio se llevó a cabo en las unidades de hospitalización de un centro hospitalario Navarro. Toda la población de supervisoras (N=14) formó parte de la muestra. La recogida de datos principalmente se hizo mediante la realización de grupos focales. Todos los participantes recibieron detallada información oral y escrita del estudio y dieron su consentimiento para que se grabara el contenido de la discusión. El Comité Ético del centro evaluó positivamente este estudio. Se organizaron un total de tres grupos focales con cuatro participantes en cada uno de ellos. La composición de los grupos se decidió de manera sistemática, siguiendo rigurosamente unos criterios de homogeneidad, de acuerdo a las características de la muestra de supervisoras (11). Se utilizó una guía de preguntas abiertas, elaborada tras una revisión bibliográfica, con el fin de cubrir en cada una de las sesiones todos los aspectos relevantes para la investigación en enfermería. Esta guía fue revisada por personas expertas tanto en el tema, como en el método de recogida de datos. Así mismo, antes de la realización de estos tres grupos se efectuó un grupo focal que sirvió para "pilotar" tanto la guía de preguntas como las habilidades del moderador.

Además de los participantes, en cada grupo se contó con la presencia de un moderador y un observador. El moderador se encargaba de realizar las preguntas y favorecer la discusión mientras que las funciones del observador eran: el manejo de los aspectos técnicos y organizativos de las reuniones; la recogida de información no verbal y la realización de un resumen al finalizar cada sesión. Al terminar cada reunión, el moderador y observador mantenían una discusión donde ponían en común y contrastaban sus percepciones acerca de los grupos focales. Cada una de las sesiones fue grabada y transcrita en su totalidad. Así mismo, inmediatamente después de cada grupo focal, se escribieron notas de campo y memos, muy útiles para la posterior interpretación y análisis de los datos (11).

Además de los datos recogidos mediante los grupos focales, las supervisoras completaron un breve cuestionario diseñado para obtener información complementaria con el fin de facilitar la correcta comprensión e interpretación de los datos. En este cuestionario se recogieron aspectos como características sociodemográficas, nivel de conocimiento y experiencia en investigación entre otros. El análisis de los grupos focales ha sido inductivo, sistemático, teniendo en cuenta no sólo las transcripciones, sino también las notas de campo, los memos y la información obtenida mediante los cuestionarios. Para facilitar el manejo de la información cualitativa se ha utilizado un programa informático (NVivo 2). Además, se ha realizado una "triangulación de investigadores". Todos estos pasos son importantes para asegurar la validez del análisis y, por lo tanto, el rigor del estudio (11,12).

#### Resultados:

Doce de las catorce supervisoras accedieron a participar en el estudio. Las dos personas que no participaron tenían causas personales ajenas a su voluntad que les impedían hacerlo. La duración de los grupos focales osciló entre 55 min. y 1h:20 min.

Del análisis de los datos cualitativos se obtuvieron un total de 558 categorías. Éstas dieron lugar a 10 temas y 65 sub-temas. Teniendo en cuenta los objetivos de esta comunicación, los tres temas que van a ser desarrollados serán los siguientes: "Percepciones y opiniones acerca de la investigación enfermera"; "El papel de las supervisoras en relación a la investigación enfermera" y; "Factores influyentes: barreras y facilitadores". Cada uno de estos temas está formado por varios sub-temas y categorías.

En cuanto a las percepciones y actitudes que las supervisoras tenían de la investigación, nos encontramos con que entienden que contribuye positivamente a la profesión, siendo importante el enfoque de la misma. En general tienen opiniones positivas pero también consideran que existen grandes dificultades.

En relación a su papel, son conscientes de que entre sus múltiples responsabilidades está investigar, y consideran que son ellas las que deben motivar, facilitar, supervisar y en gran medida liderar su desarrollo.

Durante los grupos focales, fueron muchas las ocasiones en las que mencionaron las barreras existentes y los factores que influyen en el desarrollo de la investigación en sus unidades. Entre las barreras, hicieron hincapié en la falta de tiempo, de formación y motivación, y en las dificultades organizativas de las unidades. Entre los aspectos que consideraban que podrían facilitar la actividad investigadora destacaron el apoyo de expertos y la formación.

#### Discusión y conclusiones:

Los resultados de este estudio demuestran que las supervisoras de este centro consideran que la investigación es necesaria y que ellas tienen un papel fundamental en su desarrollo. Sin embargo, también son muchos los factores que perciben que están obstaculizando la investigación en el ámbito clínico y muchos de éstos son congruentes con los resultados de estudios que han recogido las barreras que las enfermeras perciben para la investigación (4,6,7).

Teniendo en cuenta el papel fundamental que las/os supervisoras/os juegan en el desarrollo de la investigación en enfermería, es necesario conocer cómo entienden su rol, y cuáles son sus actitudes hacia la investigación. Además, el conocimiento de los factores que obstaculizan y facilitan la actividad investigadora enfermera, tal y como los perciben las personas responsables de su desarrollo en el ámbito clínico, debe ser el punto de partida para el diseño de estrategias eficaces que ayuden a las/os supervisoras/os a desarrollar su papel con respecto a la investigación y por lo tanto potenciar la investigación enfermera en nuestro contexto.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Cabrero J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index de Enfermería*. 1999;27:12-18.
2. Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Corrales D. Investigación en enfermería y unidades de investigación. *Revista ROL de Enfermería*. 1996;213:26-30.
3. Seymour B, Kinn S, Sutherland N. Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(3):288-296.
4. Davies J, Heyman B, Bryar R, Graffy J, Gunnell C, Lamb B et al. The research potential of practice nurses. *Health and Social Care in the Community*. 2002;10(5):370-381.
5. Díaz M, Martín C, Jiménez JM, Maya B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enfermería Clínica*. 2004;14(5):263-268.
6. Hundley V, Milne J, Leighton-Back L, Graham W, Fitzmaurice A. Raising research awareness among midwives and nurses: does it work? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(1):78-88.
7. Parahoo K, McCaughan M. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management*. 2001;9:21-30.
8. Moreno-Casbas T, Martín-Arribas C, Orts-Cortés I, Comet-Cortés P. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(6):857-863.
9. Fuentelsaz C, Ramalle E. Promoción de la investigación en Enfermería desde el instituto de salud Carlos III: Grupo INVESTEN—ISCIII. *Enfermería Clínica*. 1999;9(1):29-33.
10. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;13:304-315.
11. Morgan DL, Krueger RA. *The focus groups kit*. Six volumes. SAGE Publications. 1998.
12. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research. Principles and Methods*. 6th Edition. Lippincott: Philadelphia. 1999.

**AUTOR/ES:**

León Larios, F; Espinaco Garrido, MJ; Macías Seda, J; Alvarez Gómez, JL; Valiente Morilla, A; Cruz Domínguez, C

**TÍTULO:**

Factores que influyen en la satisfacción de la mujer con la consulta de embarazo en atención primaria

**TEXTO DEL TRABAJO:**

(1.- Objetivo(s). 2.- Métodos. 3.- Resultados. 4.- Discusión

1.- Conocer el grado de satisfacción de la mujer gestante con los cuidados recibidos por la matrona en la consulta de embarazo. Valorar la educación para la salud impartida. Conocer los factores que influyen en la satisfacción de la mujer.

2.- Estudio transversal descriptivo de una muestra de mujeres que controlaron en el Distrito Sevilla durante marzo y abril de 2005. 159 mujeres que respondieron a un cuestionario de satisfacción acerca de la atención recibida por su matrona en el seguimiento del embarazo.

3.- Mujer de edad menor de 30 años (40.3%), y mayor de 30 (37.7%). Situación laboral activa en un 56.6%, siendo el nivel de estudios de BUP/FP en un 42.8%. La edad gestacional media es de 35 semanas. El 68.6% son nulíparas. La media de hijos de las múltiparas es de 1.27. Han acudido a una media de 4 visitas. El 78.6% ha planificado su embarazo y ha recibido educación maternal el 91.8%. El grado de satisfacción es de 4.32 sobre 5. Resulta estadísticamente significativo que las mujeres menores de 30 años valoran por encima de 4 sobre 5 los contenidos relacionados con el ejercicio, la alimentación a seguir en el embarazo y la lactancia materna impartida en la educación maternal. Las mujeres de esta edad refieren sentirse más apoyadas en su embarazo por la matrona. Las mujeres mayores de 30 años recomendarían a su matrona en mayor porcentaje. Las mujeres que acuden a más visitas durante el embarazo están más satisfechas con los conocimientos transmitidos por su matrona. Las mujeres que acuden a educación maternal valoran mejor los conocimientos que se imparten y conocen mejor las pautas a seguir. Las mujeres que saben qué día tiene consulta su matrona están más satisfechas con la educación maternal referente a cuidados propios del embarazo, ejercicios, lactancia materna, y consejos para después del parto. Estas mujeres que recomendarían a su matrona puntúan mejor el trato recibido, se sienten más seguras con la profesional que les atiende y tienen más confianza en ella para resolver sus dudas.

4.- Los resultados implican un alto grado de satisfacción con la atención recibida por la mujer durante el período de gestación. La edad es un factor influyente en la satisfacción de la mujer pues la más jóvenes valoran mejor la atención recibida sin embargo las mayores de 30 años también están satisfechas con los cuidados pues recomendarían a su matrona. El número de visitas realizadas durante el embarazo es un factor influyente en la mujer al valorar la atención recibida así como la asistencia a la educación maternal. El que la mujer conozca el día de consulta de su matrona incide en el agrado de la embarazada haciéndole sentir más seguras y apoyadas por la enfermera especialista que le atiende. Estos factores debe ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud en esta materia en su práctica diaria a fin de poder prestar servicios de calidad, pues así es como lo perciben las mujeres de nuestro distrito.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Fuster Caballero, Dolores Navarro Terol, Pilar García Garvía, José Luis Pérez Jiménez, M Dolores Gómez Molina, Isabel y Ruiz García, M Victoria. Demanda de la población a enfermería en atención primaria de salud. Albacete capital. 1997. Enferm Univ Albacete. 1999 mar. 9:12-21.

Gallardo, V Torra i Bou, Joan Enric y Aced, J. La matrona en atención primaria. Rev ROL Enferm. 1993 feb. 174:13-19.

García Mozo, R y Alonso Sagredo, L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. Aten Primaria. 2002 feb. 29(2):79-83.

Ortega Pineda, Raquel Sánchez Martínez, Gisela García Ruiz-Castillo, Ana y Sánchez Perruca, M Isabel. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Rev ROL Enferm. 2001 abr. 24(4):290-299.

Pingarrón Montes, M Teresa. Educación maternal: expectativas, satisfacción y eficacia percibida. Sal Cuid. 2002 nov. Año 0(3)

Pérez Cárdenas M.D., Rodríguez Gómez M., Fernández Herranz A. I., Catalán González J. C. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2004; 28(5): 237-49

Hildingsson I, Radestad I, Waldenstrom U. Number of antenatal visits and women's opinion. Acta Obstet Gynecol Scand 2005 Mar;84(3):248-54.

Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002 Feb;81(2):118-25.



**AUTOR/ES:**

T. Diez Fernández; J.L. Gómez González; JA. Gómez Carrasco; C. Olivas López-De Soria; C. Espino Blanco. Departamento de Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia; Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá.

**TÍTULO:**

Consumo de alcohol en gestantes, su repercusión en la somatometría y rasgos faciales del recién nacido

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El consumo de alcohol en cantidades medias o altas durante la gestación se ha visto relacionado a anomalías fetoneonatales graves, con importante repercusión en el desarrollo físico y mental del niño (Fetal alcohol syndrome; FAS)(1). Se piensa que incluso pequeñas cantidades de alcohol durante la gestación pueden afectar al desarrollo físico y mental postneonatal (fetal alcohol spectrum disorders; FASD), no estando establecida la cantidad de alcohol que puede ser considerada segura durante la gestación. Existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol durante la gestación y los efectos deletéreos en el feto, pudiendo éstos estar presentes tan tempranamente como a las 3 o 6 semanas de gestación, momento en que muchas mujeres pueden no tener aún conciencia de su estado.

Considerando que la ingesta de alcohol es un hábito socialmente muy aceptado, hemos creído importante estudiar la situación epidemiológica del consumo de alcohol durante la gestación y el estudio de su repercusión en la somatometría del recién nacido (RN).

**DISEÑO Y OBJETIVOS:**

Es un estudio observacional, transversal, mediante el que pretendíamos obtener el perfil de ingesta de alcohol entre gestantes normales de nuestro medio y ver si ello tenía alguna repercusión en la antropometría del RN, en particular sobre sus rasgos faciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En primer lugar se entregaron encuestas a gestantes sanas procedentes de una gestación controlada, de curso normal y llevadas a término, para ser autorrespondidas: cuestionario AUDIT modificado, (2). Las encuestas estaban orientadas a valorar la ingesta de alcohol y el hábito tabáquico durante la gestación actual y previamente a ella. La captación se llevó a cabo en la consulta de fisiopatología fetal del Hospital Universitario Príncipe de Asturias a las 39 semanas.

En segundo lugar se practicó al RN una antropometría facial con 21 medidas de la cara previamente testadas por Moore et al, (3) de las cuales algunas se han visto asociadas al consumo de alcohol durante la gestación. Las medidas se realizaron con: cinta métrica, compás de ramas curvas y calibre de corredera. Se midió el peso y la talla del neonato y se calculó el índice ponderal (IP). Fueron excluidos los recién nacidos que presentaron patología que obligó a su hospitalización en unidad neonatal. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 12.01.

**RESULTADOS:**

1. Características de las mujeres: se obtuvieron 226 respuestas entre los meses de marzo y mayo del 2005. Obtuvimos las medidas del estudio en 203 recién nacidos. El resto fueron perdidos a causa de partos en otros centros, o patología neonatal que precisó hospitalización en unidad neonatal. La edad media de las mujeres de la muestra fue de 30,63 +/- 4,3 años. El 80,5% de ellas estaban casadas, un 16,4% solteras con pareja estable y un 1,3% solteras. El 64,2% habían trabajado durante la gestación. En su mayoría tenían un buen control de la gestación actual (70,6% con más de 7 visitas prenatales). Un 72,8% de las mujeres no fumaron durante la gestación actual y sólo el 2,7% reconocieron haber fumado más de 10 cigarrillos/día. El 63,7% de las mujeres consultadas consideraban que el alcohol era perjudicial durante la gestación, 17 mujeres (7,5%) dijeron que sólo "cuando el consumo es exagerado", 2 no lo consideraron perjudicial (0,9%) y 63 no respondieron a esta pregunta (27,9%).

2. Consumo de bebidas alcohólicas previo a la gestación actual: el 77% (n=175) de la muestra total de mujeres manifestaron beber "cualquier cantidad" de bebida alcohólica previamente a la gestación actual, frente al 21% que manifestó no beber (n=47). De entre las que reconocen cualquier ingesta de alcohol previamente a la gestación, 165 reponden a preguntas sobre las cantidades consumidas, así 115 (50,9% del total) afirman que la ingesta de bebidas alcohólicas ocurre menos de una vez/mes; 23 (10,2%) reconoce beber algo mensualmente y sólo 21 mujeres (9,3%) reconoce haber

bebido 2-3 veces/semana. Sólo 162 mujeres responden a las “unidades de bebida en un día típico” en que bebían algo: 152 reconocen una ingesta de 1 o 2 bebidas alcohólicas y sólo 10 reconocen beber al menos 3 o 4 unidades. Tan sólo 3 mujeres reconocieron beber > de 6 unidades de bebida de una sola vez mensualmente y 19 con una frecuencia menor de una vez/mes. Afirman abandonar el consumo durante la gestación el 60% (n=136); lo reducen el 15% (n=34); no modifican su patrón el 1% (n=3). A la pregunta de si “ha consumido cualquier cantidad de alcohol durante la gestación actual”, dirigida solo a aquellas mujeres que bebían algo antes, 93 afirman que nunca bebieron durante la gestación, un 15% manifiestan reducir la ingesta (n=34) y 1% no reducen (n=3).

3.Reconocían “cualquier ingesta de alcohol durante la gestación actual”: 80 gestantes (35,8% del total de la muestra); 77 ocasionalmente; 1 una vez/mes; 2 > 1 vez mes, ninguna reconoció beber semanalmente ni diariamente.

Teniendo presente distintas preguntas del cuestionario, las mujeres afirmaron que: no bebían antes 47, abandonaron el consumo 136, es decir 183 mujeres del total (82%). Ello debería indicar que tan sólo 43 mujeres continuaron bebiendo alguna cantidad durante la gestación, en cambio 80 mujeres reconocen, en otra pregunta, “cualquier consumo” durante la gestación.

El análisis de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el consumo previo a la gestación (sí/no), y como variables independientes: edad, estado civil, número hijos, abortos previos, número abortos previos, trabajo durante gestación, control obstétrico durante gestación, hábito tabáquico durante la gestación, únicamente la edad mostró significación estadística, de modo que la edad de las mujeres con consumo previo a la gestación era algo mayor que la de las que no reconocieron dicho consumo  $30,95 \pm 4,3$ , vs  $29,40 \pm 4,1$  ( $p=0,014$  IC 95% 0,81 - 0,97). Ninguna variable de las consideradas independientes, influyó con significación estadística cuando la variable dependiente era el consumo durante la gestación actual.

4.La somatometría neonatal: el peso medio de los nacidos de mujeres que reconocieron cualquier ingesta de alcohol previamente a la gestación actual (n=161) fue  $3295,3 \pm 492,4$  gr, y las que no bebían antes de la gestación (n=42) fue  $3476,3 \pm 520,1$  gr ( $p=0,017$ ). El IP de los RN respectivos fue  $2,62 \pm 0,24$  y  $2,75 \pm 0,26$  ( $p=0,04$ ). El IP de los RN de mujeres que no bebieron ninguna cantidad durante la gestación fue  $2,668 \pm 0,25$ ; mientras que entre las que bebieron cualquier cantidad fue de  $2,6196 \pm 0,26$  ( $p=0,17$ ).

No se observaron diferencias significativas en la talla ni en ninguna de las medidas faciales obtenidas en las dos poblaciones, tanto de mujeres que afirman beber cualquier cantidad antes o durante la gestación, frente a las que no lo reconocen.

#### COMENTARIOS:

La aproximación al estudio de hábitos nocivos de las gestantes es difícil, pues existe un sesgo, siempre presente, cuando se interroga por hábitos que pueden llevar consigo un cierto sentimiento de culpa. Una segunda fuente de sesgo puede ser el defecto en el recuerdo.

Hemos constatado contradicciones importantes en el reconocimiento de la ingesta de alcohol durante la gestación en cuestionario auto-administrado. Hemos obtenido cifras diferentes en preguntas que finalmente se referían a lo mismo (¿bebió cualquier cantidad de alcohol durante la gestación?; ¿abandonó el consumo del alcohol cuando supo que estaba embarazada?, etc). A pesar de todo podemos concluir que: un 77% de mujeres reconoce algún consumo de alcohol previamente a la gestación, y en torno al 35% de nuestras gestantes consumen alguna cantidad de bebida alcohólica a lo largo de la misma. En ambos casos el consumo de bebidas alcohólicas es primordialmente ocasional, con una frecuencia menor de 1 vez/mes.

Estos porcentajes difieren de los que recientemente ha publicado el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) entre mujeres en USA (4), en edad fértil (18-44 años), incluyendo a gestantes o a mujeres que podrían estar en gestación. Sus resultados indican que aproximadamente el 10% de las gestantes consumen alcohol y aproximadamente un 2% entran en la categoría de “binge drink” (“bebedoras en juergas”) o en uso frecuente de alcohol. Aproximadamente la mitad de las mujeres que no utilizaban control de natalidad, y podrían estar embarazadas, reconocieron consumo de alcohol y un 12,4% se consideraron “binge drink”.

Cuando estudiamos la repercusión que el hecho de beber o no cualquier cantidad antes y/o durante la gestación, tiene sobre el RN encontramos que la correlación más significativa se obtuvo con una pregunta que hace referencia a la ingesta pregestacional (IP menor en hijos de mujeres que reconocen cualquier ingesta previa). Creemos que esta pregunta es probablemente respondida con más sinceridad, pues hace referencia al periodo anterior a la gestación y la sensación de culpa

puede ser notablemente menor. En todo caso la ingesta de alcohol pregestacional en nuestras mujeres tiene repercusión en el desarrollo somático fetal.

Analizamos el IP porque parece ser más sensible que el peso al nacimiento para identificar riesgos neonatales de morbilidad relacionados con alteraciones del crecimiento intrauterino (5). El IP ha sido empleado como un indicador de estados nutricionales deteriorados del RN, siendo especialmente útil para valorar el retraso de crecimiento intrauterino asimétrico.

Consideramos muy importante el desarrollo de marcadores sensibles y específicos de consumo moderado de alcohol, que sean aplicables a la gestante y/o al neonato (6), para poder tener una referencia fiable del riesgo al que se está sometiendo o se ha sometido al feto, y así poder realizar un seguimiento temprano del niño interviniendo en la medida en que sea preciso, para mejorar el desarrollo somático y neurológico de los expuestos. Parecen prometedores los estudios orientados a detectar los Ésteres de Ácidos Grasos Etilicos (Fatty Acid Ethyl Esters, FAEEs) en el meconio del recién nacido, como marcadores de feto expuesto al alcohol durante gran parte de la gestación.

#### CONCLUSIONES:

Nuestro estudio pone de relieve cierta repercusión en el estado somático del recién nacido de madres que reconocen consumos moderados de alcohol previamente a la gestación actual.

La declaración materna del consumo de bebidas alcohólicas, puede no ser totalmente fiable, por lo que se deberán desarrollar marcadores bioquímicos suficientemente fiables para detectar al feto expuesto.

La exposición del embrión en las primeras fases de una gestación, quizás aún ignorada, puede ser importante, dado que 3 de cada 4 mujeres reconocen beber alguna cantidad de bebida alcohólica (aún en cantidades pequeñas) “antes de la gestación actual”.

Se deben identificar mujeres con posibilidad de embarazo y exposición al alcohol, para iniciar la intervención temprana y el lugar idóneo para ello ha de ser la atención primaria de salud.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Valborg L.K, Gary R, Neff-Smith M, Brock E, Borzelleca J, Welty TK. Characteristics Of Children Who Have Full Or Incomplete Fetal Alcohol Syndrome. J Pediatr 2004;145:635-40.

2. Álvarez Montero S, Gallego Casado P, Latorre De La Cruz C, Bermejo Fernández F. Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. MEDIFAM 2001; 11: 553-557.

3. Elizabeth S. Moore, Richard E. Ward, Paul L. Jamison, Colleen A. Morris, Patricia I. Bader, Bryan D. Hall, MD. The subtle facial signs of prenatal exposure to alcohol: An anthropometric approach. J Pediatr 2001; 139:215-9.

4. Alcohol Consumption Among Women Who Are Pregnant or Who Might Become Pregnant - United States, 2002 MMWR 2004 53(50):1178-1181.

5. Caiza Sánchez ME, Díaz Rosselló J, y Simini F. Índice ponderal para calificar a una población de recién nacidos a término. An Pediatr (Barc) 2003; 59(1):48-53.

6. Moore C, Jones J, Lewis D, Karen Buchi K. Prevalence of Fatty Acid Ethyl Esters in Meconium Specimens Clinical Chemistry 2003; 49:1133-136.

**AUTHOR/S:**

Marta Lima-Basto

**TITLE:**

PRACTICE KNOWLEDGE USED BY NURSES WORKING IN A HEALTH CENTER: FROM TASK TO PERSON

**TEXT:**

The study is part of a multi-study project Nursing care: meaning and knowledge development, financed by the national agency for research, aiming at understanding the knowledge built and used in practice by nurses and the meaning given to nursing care, demonstrating nurses contribution to the health of the population.

Conceptual framework

- Health as wellbeing, human development, decision capacity over daily activities (WHO, 1986)
- Nursing care as action and thought process, the object of care being the person in transition (MELEIS & TRANGENSTEIN, 1994)
- Practice as acting, by using resources and creating a finality, making choices in complex situations (LECLERCQ, 2000)
- Knowledge as the use of capacities, acquired through various forms, corresponding to wisdom. It is the action or practice knowledge that we aim at understanding.

Recognizing that much of the nurse's work in health centers is not visible, it is necessary to understand how do nurses care.

Main research question:

- what characterizes nursing intervention, when both feel the nurse has helped the client to attain a higher wellbeing?

Method

It is an action – research project with the strong collaboration of the head nurse and three nurse participants, that volunteered for the study. The planning of the study took place from November 2001 to June 2002 and included discussions and observation by the researcher. The study and the research instruments were decided with the nurses. The preliminary data was collected from June 2002 to March 2003, was analyzed by the researcher and participants and commented by consultants, resulting in small changes in data collection procedures. Based on the preliminary study results and regular discussion meetings a reorganization of the nurses work distribution took place and is working well. The study is now on its last phase, the data will be discussed by the participants, head nurse and consultants, before further suggestions are made.

Grounded Theory constant comparative method of qualitative content analysis is used.

Main strategy: taped narratives (based on a guide) made by the three nurses (46) and clients (28) on their interaction. Followed by analysis of the transcripts of the narratives by the nurses and the researcher. Total of 148 documents.

## Findings

The center of these nurses intervention was discovering the client as a cultural being. Nurses interact with clients in situations with different levels of complexity, including high level of complexity, characterized by being unforeseen, by the number of factors involved (some available, others not) and the client being a group, not just a person.

Nurses interventions were characterized by: Identifying the transition, Establishing a proximity relationship with the intention of helping the client to carry on his health project and by Attaining health outcomes.

Identifying the transition the client is passing through, by

- understanding the human modes of living – nurses understand what is not expressed, know the importance of courage, understand the stage of suffering, understand the stages of life, understand cultural influence
- knowing the way the client lives with his illness – nurses know the physio-pathology, know the stages of treatment, know the effects of medication
- knowing the intricate ways the client has to go through – nurses understand ways used by clients to come in contact with the nurse, accept clients referred by the porter, communicate by fax and telephone with other professionals and organizations.

Establishing a proximity relationship with the intention of helping the client to carry on his health project – to increase the security of the client, to help the client to be more responsible and to establish networks, by

- showing availability – nurses do not show to be in a hurry, pet the client, get feed-back from the client, distract the client from the focus of suffering, respect emotions and decisions.
- guiding – nurses are present, are affirmative, explain, demonstrate
- helping to decide – nurses inform, clarify, question, help to analyze, assure the client knows how to use resources.
- managing time for caring – nurses decide quickly and give themselves time.
- establishing bridges between persons and organizations

Attaining health outcomes

- As the clients see it – felt respected, felt understood, felt relieved, is at ease with the nurse, relies on the nurse, wishes to be cared for by the same nurse, the dressing was done
- As the nurses see it – the client is calmer, less anxious, felt understood, felt elucidated, now can manage his situation, felt respected, felt well treated, results are shown by tests

## Discussion

The data shows nurses do a professional work, meaning they act with clear intentionality and care for people in transitions, which is in accordance with MELEIS & TRANGESTEIN's (1994) definition. The diagnostic and intervention process takes place simultaneously, as has been shown in previous studies (LOPES, 2005). Nurses face situations of a high level of complexity which is not always taken into account by decision makers.

The findings show nurses practice knowledge is centered on discovering the client as a cultural being and thus moving from task oriented to person centered practice. This is the knowledge necessary to be a competent nurse, as recommended by the profession, for instance regarding health promotion, centering care in the individual or group. The study shows how nurses use this knowledge in practice.

But nurses knowledge is not visible in the way they document interventions and the way they manage working conditions. Both factors might be related to professional culture.

Several questions arise: How can the working context change in order to accommodate for the existence of highly qualified nurses – 4 year Bachelor's Degree - who have a role in the health promotion of the population? How can nurses learn to face, in a healthy way, a non-stimulating environment?

**BIBLIOGRAPHY:**

LOPES, M. – Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação. Tese de Doutoramento, ICBAS, Universidade do Porto, Julho 2005.

MELEIS, A.; TRANGESTEIN, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook 42 (6) Nov/Dec 1994, 255-59.

WHO – Conferência Internacional para a Promoção da saúde com vista a uma nova saúde pública. Ottawa, 1986 – Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, OMS, 17-21 Novembro 1986.

LECLERCQ, G. – Lire l'agir pédagogique: une lecture épistémologique. Revue des Sciences de l'éducation, XXVI (2) 2000 243-262.

**AUTHOR/S:**

Kathleen Mac Lellan and Mary Farrelly

**TITLE:**

A Preliminary Evaluation of the Role of the Advanced Nurse Practitioner in Ireland

**TEXT:**

The National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery is the governmental organisation with the responsibility for the approval of Advanced Nurse Practitioners in Ireland. The framework for their development has been in place since 2001 and this project aimed to provide a preliminary evaluation of their role.

Objectives: The objectives of this research project were to:

- Identify Irish research and service outcome data on the role of the ANP
- Outline the scope of currently established ANP roles
- Evaluate the impact of ANP roles on health services
- Review perceptions of the ANP role
- Identify factors which impact on the ANP role
- Review current education programmes provided for ANPs

Methodology: A mixed method approach was used incorporating a review of documentary evidence including job descriptions, educational curricula, published and unpublished research literature and the ANP database held by the National Council. Interviews were carried out with ANPs, Nurse Managers, Doctors and Patients.

Findings: ANP roles have been developed in Ireland in emergency, diabetes, cardiology, breast care, primary care, sexual health and rheumatology. Findings of this project indicate overall satisfaction with the role from the perspective of service users, ANPs themselves and members of the multidisciplinary team. The main focus of the role is overwhelmingly clinical and the development of roles is stimulating recognition of need for many more. Leadership and research aspects of the role are difficult to engage in given the large clinical workload. Job satisfaction is high among ANPs. Factors which facilitate role development include support from nurse management, medical staff and other members of the multidisciplinary team and availability of resources.

Implications for clinical practice: As the governmental body responsible for the development and monitoring of ANP roles in Ireland the national Council has undertaken this first evaluation of the role which will provide evidence to guide further development.

**AUTHOR/S:**

Ya-Lie Ku(1) • Shih-Ming Kuo(2) • Ming-Ling Liao(3) • Ching-Ching Hsiao(4) •  
Chih-Ping Sung(5)

**TITLE:**

The Differences of Self-Care between NANDA system and Rose Garden Unit for Chronic Psychiatric Patients

**TEXT:**

Schizophrenia is the leading psychiatric diseases in Taiwan. People once diagnosed as having schizophrenia may gradually lose their self-care abilities with this life long illness. Therefore, maintaining the self-care abilities of chronic schizophrenia patients should be an important issue in psychiatric unit. The self-care scale used in Rose Garden Psychiatric Unit differs from the NANDA NNN system that has been taught in the Nursing Department of Fooyin University. The purpose of this study is to evaluate the differences of self-care between the NANDA NNN system and the Rose Garden Unit for Chronic psychiatric patients. This study had 10 psychiatric nurses and 12 undergraduate nursing students evaluating the self-care scale used in the Rose Garden Psychiatric Unit and the NANDA NNN system. Each evaluator critically rated the systems, awarding 1-5 points for generality, applicable, accuracy, appropriate related factors, defining characteristics, nursing goals, and nursing activities for the self-care abilities of feeding, clothing, toileting, and bathing. This study was conducted during the practicum of the 12 undergraduate nursing students in the Rose Garden Unit for chronic psychiatric patients in May, 2005. Through multivariate analysis, the psychiatric nurses gave significantly different ratings than did the nursing students for related factors, defining characteristics, nursing goals, and nursing activities of feeding, clothing, toileting, and bathing. The self-care ratings in the NANDA NNN system differed significantly from those of the Rose Garden Unit for the criteria being studied. Additionally, the 12 nursing students rated the NANDA NNN system significantly better than did the 10 psychiatric nurses for these criteria. Both the psychiatric nurses and the nursing students rated the following order of self-care abilities: bathing, toileting, feeding, clothing as to the content validity of scale as appropriate, accuracy, generality, applicable. Based on the study findings, it seems that psychiatric nurses in this study are not as familiar with the NANDA NNN system of self-care abilities as are the nursing students. Both groups rated the self-care scale as appropriate and accuracy; however, it may be difficult to apply this system to the Rose Garden Unit for chronic psychiatric patients. Therefore, the development of more continuing education programs to teach how to apply the NANDA NNN system is suggested. The added training will benefit psychiatric patients, particularly in the self-care abilities of bathing and toileting.

**BIBLIOGRAPHY:**

Ya-Lie Ku(1), RN, MSN, PhD Candidate, Senior Lecturer of Nursing Department, Fooyin University

Shih-Ming Kuo(2), MS, Senior Lecturer of Science Center, Fooyin University

Ming-Ling Liao(3), RN, BSN student, Senior Nurse of Tsy-Huey Mental Hospital

Ching-Ching Hsiao(4), RN, BSN student, Head Nurse of Tsy-Huey Mental Hospital

Chih-Ping Sung(5), MSN student, Dean of Tsy-Huey Mental Hospital



**AUTHOR/S:**

A Hyde, University College Dublin; M. M. (P) Treacy, University College Dublin; P. A. Scott, Dublin City University; M. Butler, University College Dublin; J. Drennan, University College Dublin; K. Irving, University College Dublin; A. Byrne University College Dublin; P. MacNeela, Dublin City University; M. Hanrahan, Dublin City University.

**TITLE:**

Making nursing visible: challenges in revealing psychosocial aspects of care in nursing documentation.

**TEXT:**

The objective of this study was to identify the discourses that nurses invoke when they record aspects of their practice. A discourse analysis was undertaken on the complete nursing records of 45 patients at 4 clinical sites in Ireland. The analysis revealed that biomedical components of care dominated the texts studied, with psychosocial elements receiving marginal attention. Nursing scholars have hitherto observed the dominance of biomedicine in contemporary nursing practice; however, we offer novel explanatory insights about this dominance by invoking the work of the German critical theorist, Jürgen Habermas. Habermas distinguishes between two realms in society, the system and the lifeworld. The system depicts the component of society associated with technical-scientific rationality, and is mediated by power and strategic action, and is sustained by a purposive rationality. The lifeworld, by contrast, is associated with a value-orientated rationality aimed at reaching understanding by communicative action. Although Habermas (1984) accepted the need for purposive-rational action, he raised concerns about the overextension of technological and scientific expertise that impeded value-orientated ethical actions. He referred to this as the colonisation of the lifeworld, where the system, with its purposive rationality infuses the lifeworld, moderating its communicative potential. We draw on empirical examples from the documentation of the overbearing references to biotechnical aspects of nursing care and the marginalization of psychosocial aspects, as exemplars of Habermas' notion of the colonization of the lifeworld by the system. We argue that articulating the caring dimension of nursing within organisational settings is highly problematic because caring cannot be properly manifested in a minute breakdown of tasks. Although we highlight the difficulties associated with documenting psychosocial aspects of care, the implications for nursing are that if 'the voice of nursing' is not articulated in nursing records, then an important dimension of nurses' work is concealed.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Allen, D. (2002) Creating a 'participatory caring context' on hospital wards. In Davina Allen and David Hughes (eds) *Nursing and the Division of Labour in Healthcare* Basingstoke: Palgrave Macmillan, 151-181.
- Armstrong, D. (1995) The problem of the whole person in holistic medicine. In B. Davey, A. Gray and C. Seale (eds) *Health and Disease: A Reader* (2nd edition) Buckingham: Open University Press, 45-49.
- Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C.P. (2001) Giving voice to the lifeworld, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine*. 53(4), 487-505.
- Bury, M. (2001) Illness narratives: fact or fiction. *Sociology of Health and Illness* 23(3), 263-83.
- Cheek, J. and Rudge, T. (1994) Inquiry into nursing as a textually mediated discourse. In P Chinn (ed) *Advances in Methods of Inquiry for Nursing* Gaithersburg: Aspen, 59-67.
- Crossley, N. (2003) Prozac nation and the biochemical self: a critique. In Simon J. Williams, Lynda Birke, and Gillian A. Bendelow (eds) *Debating Biology: Sociological Reflections on Health Medicine and Society*. London: Routledge, 245-258.
- Delanty, G. (1999) *Social Theory in a Changing World: Conceptions of Modernity* Cambridge: Polity Press.
- Edwards, S.D. (2001) *Philosophy of Nursing: an Introduction*. Basingstoke: Palgrave.
- Habermas, J. (1984) *The Theory of Communicative Action Volume 1: Reason and the Rationalisation of Society* (Translated by Thomas McCarthy). Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1987) *The Theory of Communicative Action Volume 2: Lifeworld and System: A Critique of Functionalist Reason*. (Translated by Thomas McCarthy). Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (2001) Contributions to a discourse theory of law and democracy. In Seidman Steven and Alexander, Jeffrey C. (eds) *The New Social Theory Reader*. London: Routledge, 30-38.
- Heartfield, M. (1996) Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Adv*

**AUTOR/ES:**

Isern Farrés O., Casas Baroy J.C., Terricabras M.

**TÍTULO:**

evaluación de los talleres educativos "envejecimiento saludable"

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción.

En el marco de referencia de la OMS en políticas de salud para el siglo XXI en la región europea se concretan 21 objetivos. En el apartado de refuerzo de la salud a lo largo de la vida, el punto número 5 dice : "envejecer con salud" (preparar el envejecimiento saludable con la promoción y protección de la salud a lo largo de toda la vida, ayuda a la gente mayor en la vida cotidiana, aumento de la autonomía y de la productividad social.

En los próximos años se prevé un aumento significativo de la población mayor de 65 años. Hacerse mayor implica un deterioro progresivo de las capacidades de la persona y por tanto, una pérdida de la autonomía.

En Cataluña, según los datos del año 1994, se ha calculado el tiempo de vida libre de discapacidad: a partir de los 64 años los hombres que están libres de discapacidad es de un 64%, mientras que las mujeres lo están en un 50%.

La desatención del sistema de nuestro país no da cobertura a un conjunto de necesidades crecientes, derivadas del envejecimiento progresivo de la población. Hasta el momento actual se han ido realizando diferentes actividades relacionadas con la promoción y la educación para la salud para gente mayor, la mayoría de estas experiencias basan sus actividades en programas de educación para la salud que incluyen aisladamente temas como: actividad física, adaptación de la vivienda, socialización, higiene dental y estimulación cognitiva entre otros.

No se ha realizado ningún estudio al respecto que englobe todos los aspectos biopsicosociales necesarios para un envejecimiento saludable en formato taller y facilitando de esta manera la participación activa i el mantenimiento de las conductas saludables aprendidas. En nuestro país, tampoco se han hallado evidencias en las que se evalúen programas de intervención educativas de promoción de la salud para un envejecimiento saludable en mayores. Para tal fin, se ha desarrollado una intervención educativa dirigida a personas mayores sin discapacidad, con la finalidad de reducir o evitar la presencia de factores causantes de la dependencia, evitar el exceso de incapacidad y aprovechar las capacidades individuales que estén en desuso. ¿Somos capaces de capacitar a la persona mayor a través de unos talleres educativos?. ¿Qué características deben de tener estos talleres?. ¿Ha mejorado la calidad de vida de los asistentes de las personas cercanas a ellos?.

El objetivo de estudio es la evaluación de la intervención educativa y lo que esta ha significado y aportado en relación a la calidad de vida de los asistentes y en relación a las personas del entorno a las mismas.

Personas y métodos.

Población. Personas de 65 o más años y que puedan participar en una actividad educativa.

Muestra. Personas de 65 o más años interesadas en el programa talleres educativos, residentes en el área de influencia del ABS Sant Hipòlit de Voltregà (Barcelona-España).

La Intervención. Se han diseñado 10 talleres educativos en relación a 10 temas principales, identificados a través de diversos estudios de necesidades en la población de mayores. Los talleres han sido conducidos por enfermeras del CAP St Hipòlit, profesionales de los Servicios Sociales de los municipios implicados y profesores de la Universidad de Vic. Se realizó entre Febrero y Junio de 2003.

Diseño. Estudio de intervención educativa en 1 grupo de 15 personas, con evaluación postintervención. Para la evaluación se ha optado por un diseño cualitativo, fenomenológico. Recogida de datos a través de entrevistas en profundidad 9 meses después de la finalización de los talleres. El análisis de las grabaciones se ha realizado de forma independiente entre 2 investigadores.

## Resultados

Los cambios manifestados por los usuarios y que los atribuyen a lo aprendido en los talleres, sea a través de lo que el profesor explicó, a las respuestas a preguntas específicas que realizaron sobre problemas concretos o por vía de las aportaciones del resto de participantes del grupo. Los cambios manifestados por los entrevistados 9 meses después de los talleres han sido:

1. Aplicación diaria de la técnica de respiración abdominal.
2. Ven la necesidad de conocer la utilidad de los medicamentos, de no automedicarse y no abusar. Han cambiado el sitio donde los guardaban.
3. Son conscientes que los cambios sufridos en el patrón del sueño son normales y han incrementado los recursos, incorporando plantas y técnicas de relajación.
4. El estreñimiento ha disminuido considerablemente o ha desaparecido, debido a la utilización de las estrategias aportadas en el taller. Algunas creían que tenían estreñimiento y con el taller se dieron cuenta que no lo padecían.
5. Ha aumentado el cuidado en la postura, especialmente en cómo meterse en la cama, en limpiar la casa y en coger pesos.
6. Han aprendido a reconocer los peligros que supone cierta distribución del mobiliario, en especial el aseo. Han incorporado pequeños cambios, pero manifiestan que los cambios más costosos los tienen en cuenta para el día que lo puedan necesitar. Ahora saben que existe un centro donde les darán soporte en caso de necesidades personales y concretas.

El trabajo en grupo aporta ventajas para el aprendizaje, estimula la participación de todos los miembros y facilita las demandas individuales. El grupo posee un rol de validación, acredita las recomendaciones del profesor y del resto de aportaciones.

## Discusión.

La realización de una intervención educativa dirigida a mayores con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los mismos a través de talleres, se muestra como una estrategia que genera un impacto positivo sobre el grupo. El diseño inicial de la intervención ha sido realizado a través de un esfuerzo de adaptación del programa considerando el grupo diana, pero al no existir experiencias al respecto que nos pudieran orientar de una forma concreta nos ha obligado a realizar un esfuerzo en cuanto a reflexión sobre las acciones llevadas a cabo, tanto por parte de los docentes, como por parte de los alumnos. En conjunto y en vista de los resultados, la intervención ha sido evaluada de forma muy satisfactoria, como experiencia docente y por los resultados sobre el impacto y aportaciones respecto a la vida de las personas.

¿Cuál ha sido la repercusión sobre la vida diaria de los alumnos?

La identificación de problemas reales o potenciales, ayuda a la persona a identificar si un problema existe o no, desde la óptica de su vivencia personal.

Conocer recursos para afrontar los problemas reales o potenciales, permite disponer de más respuestas delante de un problema y esto genera más tranquilidad.

La adquisición de conocimientos nuevos, da elementos en sí mismo una mayor capacidad para el autocuidado.

Las modificaciones en algunos conocimientos erróneos y la desmitificación de creencias.

La reafirmación y validación de los conocimientos que la persona vienen utilizando, aumenta la satisfacción y da tranquilidad.

La adquisición y incorporación de hábitos nuevos en la vida diaria.

Todos estos elementos contribuyen de forma significativa al bienestar y la mejora de la calidad de vida de los mayores, por lo que nos orientan sobre cuáles deben ser los indicadores de evaluación de la medida del impacto sobre la mejora del estado de salud de las personas.

¿Cuál ha sido la aportación en términos de metodología docente?

Es indispensable propiciar espacios o formas de intervención participativas. La organización de los talleres se muestra como una estrategia recomendable para ser utilizada en las intervenciones educativas en mayores. El grupo potencia la aportación de experiencias y soluciones y además de ser enriquecedor, es un espacio de compartir y de conocer y relacionarse a otras personas.

El grupo no actúa como la suma de individualidades sino que es una unidad en interacción y evolución.

Nuestra principal preocupación es la de encontrar una metodología para la evaluación que sea lo suficientemente sensible para detectar cambios y en definitiva, el impacto de nuestra intervención sobre la vida de las personas. Establecer una metodología para la evaluación ha presentado gran dificultad si pensamos en los métodos más frecuentemente utilizados, por lo que nos hemos visto obligados a utilizar la técnica de entrevista semiestructurada para poder identificar aquellos aspectos que pueden ser relevantes desde la óptica de los usuarios.

A través de las entrevistas se ha podido identificar la adquisición de conocimientos, cambios en las actitudes y hábitos adquiridos en relación a las temáticas presentadas en los talleres. La entrevista nos ha posibilitado identificar cambios a través de los relatos en los que nos cuentan lo que han incorporado desde la realización del taller.

¿Cuales son aquellos aspectos relevantes que se han de considerar en la evaluación? Para la evaluación se han identificado como relevantes los siguientes aspectos y que por tanto tendremos que tener presentes en cualquier evaluación:

- Identificación de problemas
- Nivel de conocimiento de los recursos comunitarios disponibles.
- La adquisición de nuevos conocimientos.
- Desmitificación de creencias.
- Validación de conocimientos.
- Adquisición de hábitos.
- Satisfacción respecto lo aportado en los talleres.
- Nivel de comprensión de las explicaciones.
- Aspectos organizativos.

Los resultados nos aportan pistas sobre cómo debemos modificar algunos de los aspectos docentes por lo que respecta a los grupos de personas mayores y que debemos incorporar en las siguientes intervenciones.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Macía Antón, D; Méndez Carrillo, FX; Olivares, J. "Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria", Revista de psicología de la salud, 1991, 3 (1): 119-145, 94 ref.
2. Riera Pastor, M; Martín Abreu, J; Fernández Rico, F; Aguilar Ortega, MC; Domínguez Bigador, J; Aguilar Ortega, J. "Educación para la salud (EPS). Una experiencia de educación en el ámbito comunitario destinado a mayores", Centro de salud, 1996, 4 (10): 665-668, 7 r
3. García Arroyo, María Jesús. "Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez: un modelo alternativo de educación para la salud", Cc de la educación, 1995: 156p.
4. Belando Montoro, María R. "La actividad y el descanso como contenidos preferentes de la educación para la salud en la vejez", Tabanque. Revista pedagógica, 1995-1996, (10-11): 223-229, 16 ref.
5. Belando Montoro, María R. "El hogar de las personas de edad como propuesta de calidad de una auténtica educación ambiental", Anales de pedagogía. Revista de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, 1996, (14): 87-102, 16 ref.
6. Pino, M. "Intervención educativa en la vejez. Un nuevo ámbito laboral para el educador social", Innovación educativa, 2001, (11): 275-291, 34 ref.
7. Fernández Varela, JM; Mayáns Santos, José Manuel; Millán Calenti, José Carlos; Núñez Iglesias, MJ; Suárez Quitanilla, JM. "Estudio y pautas de comportamiento en salud bucodental de una muestra de población geriátrica de la provincia de Lugo", Gerokomos. 1997, 8(22): 155-160, 20 ref.
8. Redolat, R; Carrasco, M<sup>a</sup> del C. "¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?", Anales de psicología, 1998, 14(1): 45-53, 46 ref.
9. Chamizo Vega, C; Martínez, F; Suárez, JR; Fernández, E; González, O; Magdalena fernández, V; Noriega, C; Oltra, E; Torner, M. "Consenso de los profesionales sanitarios asturianos ante la problemática de la úlceras por presión", Gerokomos, 1998, 9 (4): LI-LVII, 14 ref

**AUTOR/ES:**

Zabalegui Yárnoz, Adelaida, Escobar Bravo, Miguel Ángel , Cabrera Torres, Esther, Gual García, M<sup>a</sup> Pilar, Fortuny, Roger, Montserrat, March Vilà, Gemma, Ginesti Crusells, Meritxell, Narbona Marrasse, Pedro

**TÍTULO:**

Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivos:** describir los hábitos sociales, describir y relacionar los factores contextuales que pueden influir en la calidad de vida, el estado nutricional y el apoyo social de las personas mayores de 65 años y determinar la eficacia a lo largo de 12 meses del programa Educativo de auto-Cuidado del Anciano (PECA) sobre la calidad de vida de personas mayores de 65 años que viven en su propio domicilio, del área urbana de Barcelona.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio experimental comparativo de tipo pretest-postest con grupo control. Los sujetos de estudio fueron personas mayores de 65 años que viven en sus propios domicilios en zona urbana, sanas o con enfermedades crónicas propias de la edad y que superan el test de Pfeiffer (1) con un máximo de dos errores. Se excluyeron del estudio aquellas personas que, tras ser valoradas por su médico, presentaban condiciones inestables de salud y/o tenían dificultades físicas para desplazarse al Centro de Atención Primaria (CAP). El estudio se llevó a cabo en el distrito de l'Eixample de Barcelona, concretamente en el área básica de salud (ABS) de Manso. Los participantes se identificaron a partir de los listados de los pacientes de CAP Manso, seleccionándose inicialmente 300 sujetos. Mediante la técnica de muestreo probabilístico sistemático, de los 300 sujetos, se seleccionó una muestra de 70 sujetos. A cada sujeto seleccionado se le pidió su participación mediante una llamada telefónica. En caso de que el paciente seleccionado no quisiera participar en el estudio, se pasaba al siguiente de la lista. Los sujetos que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, dieron su consentimiento informado por escrito y superaron el test de Pfeiffer. Posteriormente, se asignó aleatoriamente a cada participante al grupo control (GC) o al grupo experimental (GE). El GE siguió el programa PECA, mientras que el GC recibió el tratamiento estandarizado de visitas del CAP.

La variable independiente es el programa PECA(2) que incluye educación sobre los parámetros de actividad física, estado nutricional y apoyo social. Como variables dependientes, analizamos la calidad de vida, el estado nutricional y el apoyo social percibido. Además, se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, años de casado, número de hijos, lugar de nacimiento), apoyo social percibido (con quién vive, presencia cercana de familia, frecuencia de visitas recibidas por familiares y/o amigos) y empleo del tiempo libre (lectura, radio, televisión, música, actividades deportivas, culturales, de voluntariado, etc).

**Instrumentos de medida:**La calidad de vida se midió mediante el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) (3,4).El estado nutricional se midió mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) (5) y el apoyo social percibido se determinó con la escala de Apoyo Social Funcional Duke-UnK (6,7)

**Análisis estadísticos:** Para describir la muestra, en el caso de las variables categóricas utilizamos las frecuencias y las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se verificó la distribución normal de la muestra. Mediante la chi cuadrado se comprobó si el proceso de aleatorización en el reparto de los sujetos entre los dos grupos garantiza la distribución equitativa de los sujetos según las variables de interés. Técnicas como la regresión lineal múltiple han sido utilizadas para estudiar la posible relación de los diversos factores contextuales y hábitos sociales (variables independientes) con las tres variables dependientes (la calidad de vida, el estado nutricional y el apoyo social percibido). Para comprobar la efectividad de la intervención, se realizaron comparaciones de medias para muestras relacionadas entre los resultados obtenidos en las observaciones pre y postintervención, tanto para el GE como para el control. Por otro lado, se realizaron comparaciones de medias para muestras independientes entre el GC y el GE, tanto en la observación pre como en la postintervención.

**Resultados:** La muestra de estudio tenía una edad media de 70,9 años (DE 3,1), fue fundamentalmente femenina (62,2%), nacida en Cataluña (66,4%) y tenía una buena percepción de su estado de salud (88,2%). Así mismo, el 21% de los sujetos

vivían solos y tenían de media 1,92 (DE 1,5) hijos. Encontramos que un 59,8% de estas personas recibía al menos una vez a la semana la visita de algún amigo y el 43,5% recibían al menos una vez a la semana visita de algún familiar. El análisis de las actividades que los participantes en el estudio realizaban en su tiempo libre indica que la actividad más frecuente es ver la televisión, 91,4% de las personas que componen la muestra realizan esta actividad “con frecuencia” o “muy frecuentemente”; seguida del deporte (80,7%), escuchar la radio (70,1%) y la lectura o escuchar música (alrededor del 67%). Las actividades menos frecuentes fueron el voluntariado y las actividades culturales.

De los resultados de los análisis bivariados, cabe destacar que hay dos variables independientes que obtuvieron resultados significativos para las tres variables dependientes: personas con las que conviven (que hemos denominado soledad) y la realización de actividades deportivas. En la segunda fase de análisis se construyeron los modelos de regresión lineal múltiple. Solo comentamos las variables independientes cuyos coeficientes de regresión (b) obtuvieron un resultado estadísticamente significativo y que, por tanto, ejercen una influencia en uno u otro sentido sobre la variable dependiente. Esta influencia debe entenderse como ajustada por el resto de variables independientes que intervienen en los análisis. Según estos resultados, la variable soledad ha resultado ejercer una influencia significativa en las tres variables dependientes. En efecto, las personas que viven solas obtienen una puntuación peor en los tres cuestionarios (entre 0,14 y 3,04 puntos en el cuestionario MNA; entre 1,52 y 8,57 puntos menos en el Duke y entre 2,68 y 13,15 puntos menos en el PSN). Por otro lado, la variable edad ha resultado tener influencia sobre el estado nutricional ya que, según muestra el modelo de regresión obtenido, por cada año más de edad, el estado nutricional de estas personas es entre 0,03 y 0,35 puntos peor. Por lo que respecta al apoyo social percibido, además de la influencia ejercida por la variable soledad, observamos que las personas que reciben visitas familiares más a menudo (semanalmente o menos frente a quincenalmente o más) obtienen una puntuación entre 0,71 y 10,26 puntos mejor en el cuestionario de Duke. Finalmente, la realización de alguna actividad deportiva de manera habitual influye significativamente y en sentido positivo en la percepción que tienen las personas de su calidad de vida (entre 10,88 y 28,53 puntos más en el cuestionario PSN). Los resultados indican que la media de las puntuaciones del PSN obtenidas en el GC no difiere de las obtenidas por el GE durante la observación preintervención (17,3 frente a 16,8); sin embargo, esta diferencia sigue siendo estadísticamente no significativa en la observación postintervención. Observamos además que, tanto en el GC como en el GE, las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas en las observaciones pre y postintervención, no son estadísticamente significativas. Al estudiar si los sujetos de estudio se reparten de forma equilibrada respecto a la variable “apoyo social percibido” en los dos grupos, nos encontramos con que, tanto en la observación preintervención como en la postintervención, las diferencias entre los GE y GC no son significativas. Al analizar la influencia de la intervención sobre el apoyo social percibido de los sujetos de estudio, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Duke en las observaciones pre y postintervención ni entre el GE y el GC en la postintervención. Por lo que respecta al estado nutricional, encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el MNA por el GC y el GE en la observación preintervención, no así en la observación postintervención. Por otro lado, al analizar el efecto de la intervención en el estado nutricional de los sujetos, encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones en el MNA en las observaciones pre y postintervención en el GE ( $p = 0,001$ ). Al contrario que en el GC, donde esta diferencia no es significativa.

Discusión: Partimos de una población bastante homogénea y con un buen estado de salud. En lo que respecta a los factores contextuales y su influencia en las variables dependientes, cabe destacar que la variable soledad se ha mostrado como la más determinante. Las personas de esta que viven solas presentan unos resultados peores en los tres cuestionarios utilizados para medir las variables de interés. A destacar la fuerte influencia que esta variable ejerce, junto con la frecuencia de visitas de la familia, sobre el apoyo social percibido medido con el cuestionario de Duke. Parece lógico pensar que un anciano que vive solo y que recibe pocas visitas familiares tenga una percepción del apoyo social bastante deteriorada. Acompañando a la soledad como factor contextual que se relaciona con la malnutrición en las personas mayores encontramos la edad. Una de las razones de esta influencia puede ser, como sostienen Ritchie et al (8), que los ancianos de mayor edad suelen tener más problemas de masticación.

Volvemos a encontrar que la variable soledad de los ancianos se revela como un factor determinante para la propia percepción medida con el perfil de salud de Nottingham. El conjunto de estas dos variables explica gran cantidad de la varianza total de la variable calidad de vida (58%) por lo que, según estos resultados, parece que si modificáramos en la medida de lo posible estas dos variables, conseguiríamos mejorar significativamente la calidad de vida de estas personas. Al analizar la efectividad de la intervención, nos encontramos con que el programa PECA no ha producido ningún resultado estadísticamente significativo al comparar los resultados pre y postintervención para las variables percepción subjetiva del impacto de salud y apoyo social. En cuanto al estado nutricional, sí que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias pre y postintervención en el GE. De todas formas, si observamos las medias obtenidas veremos que a pesar de esta diferencia estadística la diferencia "clínica" no existe prácticamente (24,2 frente a 25,5 puntos). Además, estas dos medias se encuentran en el tramo superior (de 23,5 a 30 puntos) de los tres posibles que presenta este instrumento y que delimita a las personas que tienen un estado nutricional bueno. Esta ausencia de efecto de la intervención creemos que puede ser debida a que partimos, como ya hemos mencionado, de una muestra muy homogénea, con un buen estado de salud y con una red social bien establecida. Además, al establecer los criterios de inclusión de la muestra se decidió excluir a aquellas personas que presentaban un estado de salud inestable y/o tenían dificultades físicas para desplazarse al CAP. También debían superar el test de Pfeifer, lo que supone que los componentes de la muestra eran personas autónomas para la toma de decisiones y tenían capacidad para seguir un programa educativo. Todas estas circunstancias hacen que hayamos trabajado con una población en la que los posibles cambios en la calidad de vida, atribuibles a una intervención educativa, son difícilmente detectables. Posiblemente, como sugieren los resultados de algunos estudios(9,10), este tipo de intervención sea más efectivo cuando van dirigidas a poblaciones con una patología crónica o con factores de riesgo concretos. A pesar de esta falta de efecto de la intervención, creemos que el simple hecho de la participación en este tipo de estudios de las personas ancianas, puede ayudar a estrechar la relación entre estos y los profesionales de salud que los atienden y entre los propios participantes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23(10):433-441
- (2) Zabalegui A, Escobar MA. Implantación del Programa Educativo de Autocuidado del Anciano (PECA). *Atención Primaria* 2005; En prensa
- (3) Alonso J, Antó JM. La versión española del perfil de salud de Nottingham: una escala de medida de salud percibida. *Salut Catalunya* 1990; 4:105-110.
- (4) Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80:704-708.
- (5) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; 2:15-59
- (6) Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26:709-723.
- (7) Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria* 1996; 18:153-163.
- (8) Ritchie CS, Burgio KL, Locher JL, Cornwell A, Thomas D, Hardin M et al. Nutritional status for urban homebound older adults. *Am J Clin Nutr* 1997; 66:815-818.
- (9) McWilliam C, Stewart M, Brown JB, McNair S, Donner A, Desai K et al. Home-based health promotion for chronically ill older persons: results of a randomized controlled trial of a critical reflection approach. *Health Promotion International* 1999; 14(1):27-41.
- (10) Stalvey BT. The Development and Efficacy of a Theory-Based Educational Curriculum to Promote Self-Regulation Among High-Risk Older Drivers. *Health Promotion Practice* 2003; 4(2):109-119

**AUTOR/ES:**

Almudena Alameda Cuesta

**TÍTULO:**

Sexualidad, familia y relaciones afectivas. Aproximación a través de la historia de vida de una mujer mayor

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción y objetivos:

Al hablar de mujeres mayores, nos estamos refiriendo a un grupo que sufre una doble invisibilización: en primer lugar por ser mujeres, en segundo, por ser mayores. En una sociedad como la nuestra, en la que el modelo dominante continúa siendo el patriarcal, y en la que se exaltan los valores relacionados con la juventud, las mujeres mayores son sistemáticamente excluidas de los procesos de toma de decisiones y de cambio social. Además, al utilizar la categoría mujeres mayores, estamos pasando por alto el hecho de que nos encontramos ante un grupo enormemente heterogéneo, compuesto por mujeres con experiencias personales muy distintas, y diversos modos de entender sus vidas. Es posible que, al realizar esta homogenización, estemos propiciando, todavía más, el silenciamiento de estas mujeres. El aproximarnos al modo en que una mujer concreta construye su identidad, es un intento de reivindicar el protagonismo para un colectivo que ha permanecido invisibilizado. Lo que se reclama es el derecho, no sólo a tomar la palabra, sino a hacerlo de forma específica y particular.

Esta comunicación forma parte de un trabajo más amplio cuyo objetivo principal es analizar los procesos de construcción de la identidad femenina de las mujeres españolas mayores de 65 años. Esta presentación se centrará en los aspectos relacionados con la sexualidad, analizando el modo en que sexualidad, familia y afectos se funden y entrecruzan, re-construyéndose y deconstruyéndose en función de los contextos personales y sociales, en el discurso de María, una mujer de 70 años de edad.

Al hablar de un concepto como el de identidad (1), es necesario destacar tres aspectos:

- Su aspecto dinámico: la identidad personal aparece como un proceso cambiante, en constante redefinición.
- Su carácter particular: marcado por la posición del sujeto en la estructura social y por los procesos de negociación en función de las circunstancias específicas de vida.
- Su forma discursiva: el sujeto realiza una representación de sí mismo para ser escuchada por otro sujeto. Esto tiene, como veremos, importantes repercusiones metodológicas y analíticas.

Metodología:

Para la realización de este estudio se ha utilizado metodología cualitativa, empleando la historia de vida como método de recogida de datos. Se eligió la historia de vida como técnica que posibilita una aproximación exhaustiva a los elementos significativos en la existencia del sujeto de estudio, además de permitir una reflexión profunda en torno a tres ejes: la tensión entre discursos y realidad, la tensión entre pasado y presente (2,3), y la tensión entre lo individual y lo colectivo (4). Otra de las ventajas que esta técnica nos proporciona, es la posibilidad de acercarnos a grupos alejados de las esferas de poder, a los que, habitualmente, no se les ha permitido tomar la palabra (5). Colectivos "categorizados pero no singularizados" (6), como las amas de casa, las mujeres maltratadas, las viudas, las prostitutas, las madres solteras o, en nuestro caso, las mujeres mayores. En este sentido, los relatos de vida podrían contener un germen capaz de producir transformaciones sociales, en una aproximación a los métodos de investigación-acción y de concienciación social (7). Además, las historias de vida nos proporcionan valiosa información sobre los aspectos adaptativos que los sujetos ponen en marcha para poder desenvolverse en el medio social, para "arreglárselas con la sociedad en la que viven" (8).

Para elaborar el relato de vida de María se realizaron cinco entrevistas abiertas, de aproximadamente una hora y media cada una, durante diciembre de 2000 y enero de 2001. Los encuentros tuvieron lugar en casa de María y fueron recogidos, previo consentimiento, mediante grabación magnetofónica y posterior transcripción. Se realizó un análisis temático de los discursos,



sin establecer categorías a priori, sino partiendo de los temas que iban apareciendo en el propio material discursivo.

#### Resultados:

En el discurso de María referido a su juventud, cuando aún era soltera, la sexualidad aparece vinculada a la desinformación, la vergüenza, el miedo y el peligro. Dada la ausencia de información procedente de lo que ella considera las fuentes fiables, las personas más mayores, la única fuente de información disponible es la que procede del grupo de iguales, las amigas. No obstante, ese supuesto grupo de iguales tiende a diversificarse al irse perfilando una cierta tipología de las jóvenes de la época. Por un lado, “las chicas de las fábricas”, definidas como más espabiladas, “más ligeras” y, en cualquier caso, más informadas, por lo que son citadas como fuentes de información y consejos a la hora de relacionarse con los chicos. Por otro lado, “las chicas normales”, las “buenas chicas”, entre las que María se incluye. Todo lo relacionado con la sexualidad era motivo de vergüenza, y el respeto debido a los mayores impedía que este tema se hablara tan siquiera mínimamente. Los chicos eran algo de lo que había que alejarse, sobre todo en aquellas situaciones que pudieran ser “peligrosas”, es decir, propicias para cualquier tipo de contacto sexual, como los lugares solitarios y oscuros, aunque eso pudiera suponer conflictos con su pareja. En el discurso de María, el miedo al contacto sexual no se relaciona tanto con un temor al acto sexual físico propiamente dicho, sino con un auténtico terror a quedar embarazada siendo soltera. No era sólo su consideración de “buena chica” la que estaba en juego, sino la relación con sus personas significativas, especialmente con su madre.

La pérdida de la virginidad durante la noche de bodas, después de nueve años de noviazgo, se relata con orgullo, aunque distó mucho de ser lo que calificaríamos como una experiencia agradable. La rotura del himen le provocó a María una abundante hemorragia por la que fue necesario avisar al médico del hotel en el que estaban alojados ella y su marido, haciendo de la pérdida de su virginidad un acto casi público. En su relato sobre este acontecimiento se mezclan la vergüenza sentida ante la propia situación y el orgullo ante la demostración fidedigna de su honradez como esposa.

Durante el matrimonio, el miedo al embarazo, aunque alejado de las dimensiones trágicas y morales de la etapa anterior, tiene un sentido mucho más práctico, por ser el embarazo una posibilidad mucho más real. Dada la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, la abstinencia sexual se convierte en el único modo fiable de limitar la natalidad, aunque María, consciente de que no quiere “cargarse de hijos”, parece ser la única preocupada realmente por ello. Así, el sexo aparece nuevamente como motivo de conflicto entre María y su marido, y el riesgo de quedarse embarazada se convierte en un impedimento para disfrutar de las relaciones sexuales. Pero el embarazo no es la única causa que limita el poder disfrutar del sexo, la consideración del sexo como algo deshonesto no desaparece con el matrimonio, sino que se racionaliza con teorías que hablan de una mayor predisposición de los varones hacia la sexualidad, o se individualiza, achacándolo a que ella era “muy vergonzosa”. Esta última interpretación se refuerza y se carga de culpa en el contexto actual: María siente que si hubiera sabido tanto como las jóvenes actuales acerca del sexo, si hubiera estado más dispuesta a mantener relaciones sexuales, hubiera podido hacer más feliz a su marido.

Existe una fuerte tensión entre los valores morales de su juventud y los imperantes en la actualidad, puestos de manifiesto especialmente en la relación con sus hijos. María siente que ha tenido que asimilar cambios muy profundos de una manera muy rápida, por lo que en ocasiones parece confundida y hasta cierto punto “estafada”: lo que antes era bueno en una mujer, la reserva, el pudor, la virginidad, el sacrificio, ahora no sólo no tiene importancia, sino que son cualidades totalmente disonantes con el modelo de mujer independiente vigente en nuestra sociedad. Al perder valor todo lo que María ha pretendido ser, ella misma se siente desvalorizada. Pero, por otra parte, se siente hasta cierto punto responsable de salvaguardar esos valores que ella aprendió, por respeto a su marido difunto, y por la necesidad de reconocerse ella misma y reclamar un valor que siente que los cambios sociales le han arrebatado.

El discurso en torno a los hijos está cargado de ambivalencia: por una parte, la maternidad aparece como una experiencia excepcional, que reafirma su feminidad y dota de sentido a su matrimonio y a ella misma; los momentos de ocio, tanto en el pasado como en la actualidad, están íntimamente ligados a la relación con sus hijos. Pero por otra parte, reconoce que han sido una gran carga de

trabajo que le ha impedido disfrutar de la vida tanto como hubiera querido.

María sólo ha acudido al ginecólogo para el control de sus embarazos y partos, es decir, que desde 1974 no se ha realizado ningún control de salud sexual. Parece que la fuerte asociación entre sexualidad y reproducción, y la vinculación a una única pareja sexual (después de la muerte de su marido María no ha tenido más parejas), podría tener consecuencias en los cuidados de salud que María considera necesarios. Cerrada su etapa reproductiva y su vida en pareja, María parece cerrar definitivamente su sexualidad y todo lo que tenga que ver con ella, incluidos los controles de salud.

#### Discusión/Conclusiones:

Como se ha comentado más arriba, el método biográfico aparece como una herramienta enormemente útil para aproximarnos a grupos de población insuficientemente singularizados, categorizados de un modo homogenizador que dificulta el conocimiento de los matices y particularidades que nos pueden ayudar a comprender las motivaciones, circunstancias y problemáticas de los grupos habitualmente silenciados.

El caso de la sexualidad de las mujeres mayores es uno de los mejores ejemplos de este silenciamiento. Aunque estamos intentado superar el mito que afirmaba que las mujeres mayores no eran sexualmente deseables, no deseaban mantener relaciones sexuales y físicamente no eran capaces de mantenerlas (9), es necesario ir más allá, permitiendo emerger la diversidad de deseos y necesidades que presentan estas mujeres. La mayor parte de los estudios sobre sexualidad y envejecimiento se centran en los aspectos exclusivamente fisiológicos, proponiendo soluciones supuestamente universales a situaciones que son absolutamente singulares. En la sexualidad, como en todas las facetas de nuestra vida, el componente fisiológico no es más que un elemento que carece de sentido si no somos capaces de ponerlo en relación con la experiencia personal y el contexto social. Por este motivo, si nuestro objetivo es proporcionar una atención holística a la salud de las mujeres mayores, que incluya su salud sexual, es necesario que tratemos de aproximarnos a sus experiencias singulares, ya que sólo de este modo podremos planificar una atención en salud que dé respuesta a sus necesidades reales.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Aparicio Gómez, R. (dir.) Identidad y género. Mujeres magrebíes en Madrid. Dirección General de la Mujer: Madrid, 1998. (p. 27)
- (2) Gagnon, N. Datos autobiográficos y praxis cultural. En: Marinas, J.M; Santamarina, C. La historia oral. Métodos y experiencias. Debate: Madrid, 1993. (p. 195)
- (3) Kohli, M. Biografía: relato, texto y método. En: Marinas, J.M; Santamarina, C. La historia oral. Métodos y experiencias. Debate: Madrid, 1993. (p. 177)
- (4) Devillard, M.J; Pazos, A; Castillo, S; Medina, N. Los niños españoles en la URSS (1937-1997): narración y memoria. Ariel: Barcelona, 2001. (p. 16-17)
- (5) Folguera, P. Cómo se hace historia oral. Eudema: Madrid, 1994. (p. 8)
- (6) Del Valle, T. Metodología para la elaboración de la autobiografía. En: Sanz Rueda, C. (coord.) Invisibilidad y presencia. Dirección General de la Mujer: Madrid, 1995. (p. 288-289)
- (7) Del Valle, T. et al. Mujer vasca: imagen y realidad. Anthropos: Barcelona, 1985. (p. 281)
- (8) Sarabia, B. Documentos personales: historias de vida. En: García Ferrando, M; Ibáñez, J; Alvira, F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Alianza Editorial: Madrid, 1996. (p. 234-235)
- (9) Benbow, S. M; Jagus, C. E. Sexuality in older women with mental health problems. Sexual and Relationship Therapy 2002; 17(3): 261-270

**AUTOR/ES:**

Autoras. Marta Durán Escribano y M<sup>a</sup> Teresa Miralles Sangro.  
Profesoras del Departamento de Enfermería. Universidad de Alcalá (Madrid).

**TÍTULO:**

ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE DETERMINAN EL CONTEXTO DE LOS VALORES DEL CUIDADO IDENTIFICADOS POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Palabras Clave. Valores / Cuidados / Aprendizaje.

**RESUMEN.-**

Este estudio se enmarca en la línea de investigación de Educación por Valores (EpV) que se inicia en el año 2003 con los estudiantes de primer año de los estudios de enfermería de la Universidad de Alcalá, por las mismas autoras de este trabajo. Para centrar este estudio se determinan variables independientes en dos orientaciones; de una manera aquellas que describen las actitudes de afrontamiento por parte de los estudiantes en la determinación de los valores y, de otra parte aquellas que describen el contexto y la procedencia donde se generan tales valores. El estudiante, cuando representa cada uno de los valores que hace significativo, deberá describir en forma de texto, el contexto en el que identifica cada valor, pasando a constituir estos textos la base documental objeto de este estudio.

**OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.-**

- Conocer el grado de representación de valores que realizan los estudiantes de enfermería durante las prácticas del primer año.
- Clasificar la representación de valores por los estudiantes en relación con su capacidad para hacer significativos los valores en su aprendizaje personal.
- Determinar el contexto de procedencia en el que se generan los valores representados por los estudiantes.

**HIPOTESIS CONCEPTUAL.-**

- Los valores del cuidado están implícitos en la acción de cuidar y son constitutivos del aprendizaje del estudiante.
- La representación de valores durante el periodo de las prácticas clínicas por parte del estudiante, favorece el aprendizaje significativo de los valores del cuidado enfermero.

**MÉTODO:****Sujetos de estudio.**

- Población total: 91 estudiantes de primer curso de enfermería de la UA.
- Total de Valores representados y estudiados: 559.

Diseño del estudio: Estudio cualitativo descriptivo.

**INSTRUMENTOS.-**

- Análisis de textos elaborados por los estudiantes en la experiencia significativa de aplicación de los valores durante las prácticas de primer curso.
- Análisis de variables:

a) Dependientes. Características del perfil personal y sociocultural de los estudiantes.

b) Independientes.

1.- Variables de afrontamiento (Esta es la característica que define si el estudiante hace significativo el valor o no), a) Desarrolla el principio de acción b) No desarrolla el principio de acción.

2.- Variables contextuales. (Esta es la característica que define el origen del contexto del cuidado en el que se genera el valor), a) En la relación con los profesionales, b) En relación con las personas/familia que cuida, c) En relación con la organización, d) En relación con una vivencia personal del estudiante.

PROCEDIMIENTO:-

Lectura e interpretación de los textos producidos por los estudiantes. Se toma como unidad de estudio el texto completo de cada uno de los estudiantes y se valora la actitud de afrontamiento en la descripción de los valores, asignando a cada estudiante en el grupo que determina cada una de las variables de estudio.

Segunda lectura de los textos, una vez seleccionados aquellos que desarrollan el principio de acción y desechando todos los trabajos que no determinan el contexto en el que se dan los valores representados. Esta lectura se hace tomando de forma independiente cada uno de los valores descritos como unidad de estudio. Se clasifican en función de la procedencia de la representación del contexto en el que se genera el valor, bien sea como valor positivo o, si se representa la ausencia del valor.

Tercera lectura de los textos. Se analizan las expresiones de los estudiantes buscando líneas de enunciación simbólica para hacerla objetiva, considerando el contexto educativo y social como referentes del significado del discurso.

RESULTADOS.-

Valores seleccionados por los estudiantes;

o Ético: Respeto

o Emocional: Sensibilidad

o Práctico: Responsabilidad.

Grado de cumplimentación del registro de valores 95%

Representan los tres valores seleccionados 71%

Amplían la representación de valores 29%.

Variables de afrontamiento:

Hacen significativo la representación de valores, 58 estudiantes.

No lo hacen significativo, 19 estudiantes.

No cumplimentan el registro, 4 estudiantes.

No cumplen los criterios del registro, 13 estudiantes.

Variables focales:

El 39% de los valores surgen de la relación con los profesionales, como valor positivo. El 11% se representa por ausencia del valor.

El 13'23% de los valores surgen de la relación con las personas/familia que cuidan, como valor positivo. El 3'75% se representa por ausencia del valor.

El 4'65% de los valores surgen de la relación con la organización, como valor positivo. El 0'002% se representa por ausencia del valor.

El 25% de los valores surgen de la identificación con una vivencia personal del estudiante, como valor positivo. El 0%, se representa por ausencia del valor.

## DISCUSIÓN.-

Del estudio y análisis de los textos producidos por los estudiantes podemos concluir que:

- Existe diferente motivación por parte de los estudiantes para identificar valores en la actividad de cuidar. El rango de dispersión está, desde el estudiante que se limita a cumplimentar el registro hasta el estudiante que amplía la representación de valores y hace extenso el desarrollo del contexto llevándolo a su experiencia personal.
- La observación de valores por parte del estudiante de primer año, se centra fundamentalmente en los profesionales de la asistencia como modelo al que han de imitar, destacando aquello que les parece más positivo y aquello que rechazan como representación negativa por ausencia de valores.
- Los valores representados en los pacientes, tienen mayor relación con la gratitud y el reconocimiento a los profesionales, así como los valores detectados por ausencia lo relacionan con falta de respeto y reconocimiento a la labor profesional.
- Cuando el estudiante hace significativo el valor y lo representa en forma de vivencia personal, siempre lo hace en forma positiva, utilizando expresiones de como le gustaría a él que lo trataran y cuidaran.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Morin E. 2004. "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro". Paidós, Barcelona.
- 2.- Morin E. 2003. "El método. La humanidad de la humanidad". Catedra Grupo Anaya, Madrid.
- 3.- Coffey A. y Atkinson P. 2005. "Encontrar el sentido a los datos cualitativos". Universidad de Alicante.
- 4.- Morse JM. 2005. "Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa". Universidad de Alicante.
- 5.- Crosmy N. 2003. "La (Des)educación". Ed Crítica, Barcelona.
- 6.- Monereo C. y Pazo. "La universidad ante la nueva cultura educativa". Ed SINTESIS, Madrid.
- 7.- Cid JM y cols. 2001 "Valores transversales en la práctica educativa". Ed. SINTESIS Madrid.
- 8.- Yarce J. 2004. "Valor para vivir los valores". Ed. Belacua, Barcelona.
- 9.- Haydon G. 2003. "Enseñar valores. Un nuevo enfoque". Ministerios de Educación. Ed Morata, Madrid.
- 10.- Medina JL. "La Pedagogía del cuidado. Saberes y Práctica". Ed Laertes, Barcelona.
- 11.- Pérez morales A. 2002. "Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios" Enfermería Clínica 2002;12(3):109-16.

**AUTOR/ES:**

Alonso Naharro Álvarez, M<sup>a</sup> Teresa Quesada Pérez, Carlos Álvarez Leiva, Juana Macias Seda, M<sup>a</sup> Carmén Álvarez Leiva, Jaime Rodríguez Alarcón. Universidad de Sevilla; Master de Enfermería de Urgencias y Emergencias; SAMU-Sevilla.

**TÍTULO:**

CALIDAD DE LA ENSEÑANZA DE POSTGRADO EN ENFERMERÍA: MASTER DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES, UNIVERSIDAD DE

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** La convergencia europea en educación superior reclama una docencia de calidad, supone que el alumno desarrolle habilidades para enfrentarse a situaciones de emergencia como profesionales competentes. Competencias, según Field (1994), "Posesión de habilidades, conocimientos y actitudes apropiadas para ejecutar exitosamente los roles de la vida". Preparar al alumnado mediante procesos que los conecten con las demandas concretas de las profesiones que van a desempeñar, y no simplemente formarlos en una serie de contenidos teóricos-técnicos que podrían ser cuestionados en su potencialidad y utilidad en el ámbito de la práctica real. El formar para la realización profesional lleva asociados una serie de presupuestos como son el romper con modelos de formación tradicionales-academicistas en los que prima por encima de todo el contenido transmitido como receta exclusiva que te permite una serie de "pequeñas seguridades". El formar desde esta perspectiva supone considerar que el "buen" profesional despliega, como si se tratase de un artista, una variedad de formas para resolver los distintos problemas de su práctica para los que no existen recetas, sino el haber desarrollado una serie de habilidades que le permiten enfrentarte a las situaciones problemáticas con suficiente soltura, es decir forma a profesionales competentes.

**OBJETIVO DEL TRABAJO:** Medir la calidad del proceso docente de postgrado del master de Enfermería de Emergencias de la universidad de Sevilla a partir de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos por los alumnos al finalizar el proceso formativo. En concreto evaluar los módulos de Soporte Vital Avanzado (SVA) y Soporte Vital Avanzado Traumatológico (SVAT)

**DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA A DESARROLLAR:** El objetivo general de este proyecto es aumentar la calidad de la enseñanza a través de la reflexión y observación continuada del desarrollo del proceso formativo. Nuestro grupo tras la reflexión se pregunta ¿Es la docencia impartida en el postgrado de Enfermería un proceso formativo con calidad docente?. Vamos realizar un análisis del proceso docente en el postgrado universitario en concreto en el Master de Enfermería de Emergencias para identificar la calidad docente, y concretamente valoraremos la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes en la aplicación del Soporte Vital Avanzado y traumatológico.

**MUESTRA:** Realizamos el proceso enseñanza-aprendizaje con 20 enfermero/as seleccionados mediante pruebas físicas, psicotécnicas y entrevista personal. Durante un año los alumnos desarrollarán un aprendizaje teórico-práctico en escenarios de diseño y en escenarios reales (empresa de emergencias SAMU, hospitales, y zonas afectadas por catástrofes). El grupo será por tanto de 20 alumnos de la X edición del Master de Enfermería de Emergencias del curso 2004/2005.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo y comparativo de una muestra de 20 alumnos. Valoración realizada en el momento previo a la formación, durante y al finalizar el proceso docente en la que hemos recogido información referentes a:

1.- Conocimientos pre/post proceso docente:

- Examen pre/post módulo SVA y SVAT. Los datos se recogerán de las pruebas tipo Test que hasta ahora se estaban utilizando para evaluar a los alumnos. Las pruebas, distintas según el módulo de conocimiento constarán de 40 preguntas tipo test pasadas previo al módulo y como evaluación al finalizar del mismo. Esto nos permitió obtener resultados sobre el grado de conocimientos con que los alumnos comenzaban el módulo y como han mejorado o cambiado sus conocimientos.
- Encuesta sobre conocimientos pre/post. Encuesta de 33 ítems, diseñada para identificar de forma general los conocimientos teóricos en 33 situaciones clínicas definidas por la frecuencia con la que aparecen en un servicio de urgencias: Soporte Vital Avanzado (4 ítem), Soporte Vital Avanzado al Trauma (5 ítem) resto de ítems temas anexos a las emergencias. Los alumnos se autoevaluarán con un valor de 1 a 5: 1 No se nada sobre el tema, 2 Mis conocimientos sobre este tema son insuficientes y no me permiten enfrentarme a un paciente en dicha solución, 3 Mis conocimientos son básicos, por lo que sólo podría instaurar medidas iniciales

Encuesta sobre conocimientos pre/post. Encuesta de 33 ítems, diseñada para identificar de forma general los conocimientos teóricos en 33 situaciones clínicas definidas por la frecuencia con la que aparecen en un servicio de urgencias: Soporte Vital Avanzado (4 ítem), Soporte Vital Avanzado al Trauma (5 ítem) resto de ítems temas anexos a las emergencias. Los alumnos se autoevaluarán con un valor de 1 a 5: 1 No se nada sobre el tema, 2 Mis conocimientos sobre este tema son insuficientes y no me permiten enfrentarme a un paciente en dicha solución, 3 Mis conocimientos son básicos, por lo que sólo podría instaurar medidas iniciales de manejo, 4 Mi preparación teórica es adecuada, por lo que sería capaz de manejar al enfermo hasta su estabilización completa y 5 Tengo un conocimiento profundo sobre el tema.

2.- Valoración de habilidades y actitudes:

Evaluación de habilidades. Se está trabajando en el perfeccionamiento de Instrumentos de evaluación de ejercicios prácticos tanto individuales, como grupales. Aunque se utiliza habitualmente varios registros concretos para evaluación de habilidades se está trabajando en homogeneizar los instrumentos y que a su vez reflejen habilidades concretas de cada módulo de conocimiento.

Encuesta pre/post de destrezas y actitudes. Encuesta de 26 ítems diseñada para identificar de forma general las habilidades prácticas necesarias en la enfermería de emergencias e incluidas en el programa práctico del master. Dividida en tres apartados: Técnica de enfermería (11 ítem), Utilización de Material Electromédico (10 ítem) y Pruebas Complementarias (6 ítem). Los alumnos se autoevaluarán con un valor de 1 a 3. 1 Lo realizo en general adecuadamente, 2 Aún necesito insistir más en ella y 3 No he tenido oportunidad de hacerlo

Test de personalidad, 16 PF-5 previo y posterior para adquisición de actitudes. Se planificó y discutió con un psicólogo rasgos de personalidad, actitudes y habilidades necesarias para el trabajo en Urgencias y Emergencias (extraídos en su mayoría del mapa de funciones para enfermeros de la RAC por la SEEUE) Se decidió pasar 2 pruebas psicotécnicas completas (16 PF 5 “de Catell” y TPT “Test de personalidad de TEA”), con los objetivos de elaborar un perfil de personalidad de los alumnos que acceden a realizar la formación de postgrado, perfil de los mismos al terminar el proceso docente y comparación de ambas en busca de posibles variaciones. También se obtendrá la valoración de un Índice de éxito en la profesión, reflejado en el TPT. Esto nos permitirá adecuar nuestra formación, definiendo los rasgos o actitudes susceptibles de modificación, planificando líneas de aprendizaje y evaluando habilidades y actitudes en emergencias.. Para esto las dos pruebas serán cumplimentadas y evaluadas por un psicólogo dos veces por curso académico, una al principio del master y otra vez al final del Master.

RESULTADOS:

1.- Conocimientos:

En SVA examen pre/post de 53% a 86% de preguntas acertadas y en SVAT de 25,38% al 82,13% con lo que los alumnos han mejorado dentro de nuestras previsiones principalmente el SVAT donde quizás los conocimientos pregados previos al Master son más deficitarios y por lo tanto hay que hacer mayor hincapié.

Encuesta de conocimientos: A nivel general (valorado de 1 a 5): Los alumnos han mejorado 0,93 puntos pasando de nivel Básico (2,6) a nivel adecuado (3,53). Concretamente SVA (1,59) y SVAT (1,06). Específicamente se encuentran mejoras, > de 1 punto, en conocimientos ya tratados aunque susceptibles de seguir mejorando, tales como tratamiento eléctrico de arritmias (1,85), politrauma (1,21) o extricación de pacientes(1,39). A nivel individual: Todos los alumnos han mejorado el 78,56% por encima de 0,5 puntos casi la mitad (42,85%) por encima de 1 punto. Destacan negativamente 2 alumnos con valores de 0,46 y 0,36, uno ha permanecido un mes en Mauritania por ayuda humanitaria y otro a mostrado en varias ocasiones sus dificultades con mantener el ritmo del master. Una tercera persona a empeorado, pensamos que puede ser por un defecto del instrumento o que ha mostrado que comenzó el master con más conocimientos de los que creía, ya que disponía de experiencia profesional.

## 2.- Valoración de habilidades:

El 80% consiguió una IOT simulada en menos de 30seg e identificaron y trataron ademadamente el protocolo de asistolia y el protocolo de FV.

Encuesta de destreza: A nivel general (valorado de 1-ade cuadamente, 2-insistir y 3-Sin oportunidad): Los alumnos han mejorado 0,6 pasando de 2,13 (necesitan insistir en las destrezas) a 1,53 (lo controla o realiza adecuadamente). Las mejoras más evidentes se producen en técnicas de enfermería (0,72) y material electromédico (0,8) que controlan adecuadamente aunque necesitan insistir y mejorar en las pruebas complementarias (mejora de 0,02) principalmente a causa de que creen controlar adecuadamente desde el inicio del curso los EKG y gasometría y analítica básica pero no controlan la Rx de torax y la TAC. Concretamente han mejorado mucho en destrezas propias del SVA (IOT-1,03/Desfibrilación-1,2/respirador portátil-1,06...etc) aunque en menor medida en las de SVAT (Collarines-0,65/Técnicas de inmovilización-0,51/Férulas-0,51). Técnicas propias de la enfermería (Vías periféricas, sondajes y pulsioximetría han mejorado levemente puesto que son muy practicadas durante la carrera).

A nivel Individual: El 78,52% de los alumnos han mejorado significativamente (mejoras > de 0,33) pasando a valorarse como adecuadamente. Destacan negativamente 4 alumnos, 2 de ellos han mejorado poco (0,26 y 0,23) pero se terminan valorando como adecuado, los otros dos corresponden a los mismos alumnos que tuvieron inconvenientes en la encuesta de conocimientos.

3.- Valoración de actitudes: Encuesta (Se catalogan como personas cooperativas y responsables. En situaciones de emergencias valoran la experiencia y la iniciativa, menos la destreza). Test de personalidad (Al analizar los resultados posteriores del 16PF 5 destaca que los alumnos han ganado en autosuficiencia, diferencias de 0,9 en decatipos, siendo capaces de tomar más decisiones por su cuenta aunque siguen atendiendo al grupo).

DISCUSIÓN: Para decir que un proceso docente ha sido de calidad hay que evaluar todos los aspectos del aprendizaje. Nuestros alumnos han adquirido conocimientos (reflejados mediante examen teórico), han demostrado adquirir destrezas (habilidades específicas en emergencias para enfrentarse a situaciones de SVA y atención al politraumatizado) y ha habido cambios en las actitudes ante las emergencias. Pero hemos encontrado dificultades para evaluar actitudes como son: capacidad para solucionar problemas, ser resolutivo, tomar decisiones, trabajar en equipo, el autocontrol y las capacidades de mando/liderazgo en situaciones de crisis, tan importantes para el mundo de las emergencias. La utilización de pruebas de personalidad pueden ser orientativas pero difícilmente detectan gra

## BIBLIOGRAFÍA:

Elliot, J. (1993). The assault on rationalism and the emergence of the social market perspectives. En J. Elliot (Ed.), *Reconstructing teacher education*. London: The falmer Press, 20-31.

Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: The falmer Press

Field, B. (1994). The skills and competencies of beginning teachers. En B. Field y T.

García Del Corral, Miguel. Calidad de la docencia, ¿para cuando? revista de enseñanza universitaria 1992

García Rodríguez P, Coronel Llamas J. M.: Las herramientas de la calidad: evaluación y formación. En Oretaga Romero A; Casteñeda Barrera R; Villar Ángulo LM. *Materiales para la calidad*. Actas de las II Jornadas andaluzas de calidad en la enseñanza Universitaria Vol 1. Instituto Ciencias de la Educación Universitaria Sevilla 2000.

Gimeno Sacristan, J. *La pedagogía por objetivos. La obsesión por la eficacia*. Madrid: Morata 1988.

Goodson, I.F. (1993). Forms of Knowledge and teacher education. *JET, International Analyses of teacher Education*, 217-229.

Mobililia, H; García-Varcárcel, A. Reflexiones sobre la calidad de la enseñanza Superior. *Revista Española de Pedagogía* 208; 509-524: 1997

Perez Gomez A. (1988). El pensamiento crítico del profesor: Impliaciones en la formación del profesorado. En A. Villa (Coord.), *Perpectivas y problemas de la función docente*. Madrid: Narcea, 128-148.

Sanchez del Rio Vazquez, M.E.; Ramos Hidalgo, E.: La participación de los alumnos en la mejora del servicio docente. *Universidad de Sevilla, España revista de enseñanza universitaria* 1992.

Tudela, P y colaboradores (2003). *Las competencias en el nuevo paradigma educativo para europa*. Papel fotocopiado. Vicerrectorado de Planificación, Calidad y Evaluación. Universidad de Granada.



**AUTOR/ES:**

Eulália Novais

**TÍTULO:**

The life strengths eclipse - narratives of women with breast cancer

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Breast cancer is the most common form of cancer in women. In Portugal there are between 3000 and 3500 new cases of breast cancer every year. According to Health Department statistics, in the year 2000 it claimed the lives of 1554 women.

Although statistics can tell us that treatment is improving and life expectancy is increasing, they do not tell us about the individual's response to the illness, its diagnosis and treatment. This paper aims to underline the importance of inter-personal communication and its role in promoting individual and collective growth; to lift the veil off cancer, and to change attitudes towards it, in an effort to ensure more successful recovery.

Breast cancer is an illness that does not discriminate as to age, race, social class, sexual orientation or geographical location. Being a woman is the sole factor that determines risk from breast cancer – no other factors are involved.

The implications of the diagnosis and treatment are not just physical. There are a number of other repercussions in all areas and at all levels of a patient's life. There is the stigma and the myths that surround the word 'cancer', the redefinition of roles in family and social life, and the changes and restrictions imposed by the illness such as the loss of a breast, changes in appearance and reduced time for work and leisure.

This can lead the patient to a period of self-doubt and low self-esteem, to insecurity about herself and her body. She questions her attitudes, her behaviour. She rethinks her feelings, beliefs and value systems as well as her goals in life. She reassesses her quality of life and finds it changed. The first point we make in this research can be expressed in a question - 'how have breast cancer patients experienced their diagnosis and treatment?' The purpose of the study is to discover the truth behind the experiences of women with breast cancer - their responses, feelings, attitudes, and needs. To achieve this objective we carried out a qualitative study on the basis that each person's experience constitutes its own individual reality: as Denzin and Lincoln (1994) have said, 'Qualitative Inquiry enables researchers to find answers to questions about social experience, how it came about and how it gives meaning to human life'.

As health professionals, 'it is important to clearly understand and give meaning to the experience lived by our patients, to enter into the world they inhabit, and to understand the social bases of health issues and human illness'. (Thorne 1997, in Steubert; 2002: 1)

Only in this way can we understand, describe and interpret the human experience of health and illness.

We opted to apply the interpretive hermeneutic phenomenological methodology, because, as Streubert (2002: 61) says, 'A hermeneutic phenomenological approach constitutes, essentially, an interpretation of the phenomena that appear in both in written texts and the spoken word'.

Such a study aims to comprehend a phenomenon by extracting its essence from those people who are living or have lived the experience under consideration' (Fortin, 2000:148).

We carried out twelve interviews with women suffering from breast cancer. There were various bases on which interviewees were selected. Diagnosis of the condition had to have been made less than five years before the start of the interviews, and all participants had to be between 35 and 60 years old. We were concerned with women of working age who had gone through at least two of three possible types of treatment: surgery, chemotherapy, or radiotherapy.

We collected our data through structured interviews in which we asked open questions based on the appreciative inquiry methodology. Each participant could speak openly and freely about her experiences of, and feelings about, breast cancer, which made the conversation more of an informal exchange of ideas than a formal interview.

The appreciative inquiry method was developed by David Coopirreder, and is based on the idea that change in an organization can be brought about by identifying that which works, and then analysing what needs to be done to make it work better.

The appreciative questionnaire contains the following types of questions:

- leading questions, to encourage participants to open up;
- appreciative questions, to give value to the participants and to what they are saying;
- applicative questions, for clarification purposes;
- rhetorical questions, to highlight the qualities of the participants as individuals and as a group, and to encourage a positive, collaborative attitude.

With these objectives in mind, and with reference to prior experience of using this methodology, we drew up the interview plan. Below is a sample of the questions we asked:

1. What are the main values by which you lead your life? In what ways are they helping you through this period of your life?
2. What aspect of this experience has been the most inspiring, educational, or rich, or has been most instrumental in leading you to take some kind of action?
3. What positive thing can you get out of this experience?
4. What do you most value in yourself, and in life?
5. When was your relationship with your family at its very best? And with your friends?
6. What were your first feelings in the initial phase of this experience? And what are your feelings now?
7. What made you do something about the illness?

We believe that the appreciative inquiry gave us the information we were looking for. But the difference is that the method itself positively affects the interviewee's perception of her condition and treatment, both now and in the future, by valuing and validating them. In Cooperrider's (1999) words, 'the appreciative inquiry is a method that can bring about changes in our social systems, by using the best of what exists or has existed in these systems to create a collective image of a new and better future'.

After collecting our data from the interviews we carried out an analysis using the Co-ordinated Management of Meaning model.

This model, created by Barnet Pearce and Vernon Kronen (1989), includes an interpretive analysis of the interviews and the hierarchical levels of communication implicit in them, with a view to seeing / the patient as a whole person, or holistically.

This is a brief summary of what we did:

1. After the interviews we recorded our initial and global impressions of them.
2. We transcribed the interviews, taking care to respect the confidentiality both of the interviewees and the individuals and services they spoke about.
3. We divided up the conversations in terms of the questions asked and the categories of analysis identified in Co-ordinated Management of Meaning (culture, self, relationships, speech acts).
4. We tried to identify the most significant level in each interview.
5. We analysed the most relevant areas of the subjects' experience of the illness and the support provided by their families and the intra and inter relations between these areas.
6. Finally we asked questions aimed at enabling a continuation of the dialogue. The main conclusions of the study were:
  - We found that women who are married with children both ask for and receive most help from their children. It seems that the role played by the husband is secondary.
  - Unmarried women seek help from their friends.
  - Women try to hide their diagnosis from their parents for as long as they can, or at least until signs of their illness become evident.
  - Recourse to professional psychological help was little mentioned, even where such assistance is available in the hospital the women attend.
  - Subjects feel detached from everything and everyone, even if they are married with children.
  - Even when faced with all the negative aspects of the illness, the participants carry on, not just because of the lack of symptoms, where that is the case, but because of the patients' inner strength.

- Some participants see the illness a 'divine punishment'.
- The onset of the illness has changed the way some participants see life.
- Other participants believe the disease is a way of telling the body to stop for a while so they can reflect on life.
- Will-power is what most helps them get through the illness.
- Relationships with family and friends change and get stronger and are a major source of support.
- Relationships with health care professionals can sometimes be difficult but are always based on the participants' trust.

We can also say that the psychological well-being of the participants reflects and is reflected by their handling of control, anxiety, fear and depression, and their understanding of the illness and its treatment; as well as this, spiritual well-being in the form of hope, uncertainty, religiosity and inner strength underpins the experience of the illness.

We observed that some sufferers see the illness as the natural outcome of events in their life for which they have harboured repressed guilt for many years: as a necessary evil that will bring about change. The revisiting of their spiritual life is motivated by their need to question the meaning and value of life.

For these reasons we can affirm that an illness as specific as breast cancer, one that is wrapped in myth because there are no known causes and only uncertain prognoses, takes each sufferer on a journey that is sui generis or one of a kind, in which each person is a person. The fact that sufferers have an illness in common does not make them the same people, and they should never be treated as such.

To conclude this research we would like to echo the words of the participants:  
the sun might go down, but it will rise again.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- BEZ, Gabriel; JASMIN, Claude – Cancer , sida et société – Paris : ESF Editeur; 1993
- BURR, Vivien; - An introduction to social constructionism – London: Editora Routledge; 1995
- COOPERRIDER, David; SRIVASTVA, Suresh. – Appreciative management and leadership – Ohio: Williams Custom Publishing.; 1999.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN Yvonna S.; - Handbook of Qualitative Research – Londres: Sage Publications Inc.;1994
- HABER, Sandra; et al – Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico – Barcelona: Ediciones Piados Ibérica; 2000
- HAMMOND, Sue Annis– Appreciative Inquiry – Publicações CSS Co; 1996.
- KASPER, Anne S., FERGUSON Susan,– Breast cancer: society shapes and epidemic – New York: St. Martins Press; 2000.
- LITTLEJOHN, Stephen W.; - Theories of human communication – 3ª edição; California: Wadsworth Publishing; 1989
- MORSE, Janice M.– Qualitative nursing research – London: Sage Publications Inc.
- OLSON, James S. – Bathsheba's breast, women, cancer & history – Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002
- PARSE, R. et al– Nursing research qualitative methods – USA, Brady Communications Company Inc.; 1985
- PATTON, M.Q – Qualitative evaluation and research methods – 2ª edição, Newbury Park: Sage; 1990
- PEARCE, W. Barnett; - Interpersonal communication: making social words – New York: Harper Collins College Publishers; 1994:
- POTTER, Jonathan; – Discourse analysis as a way of analysing naturally occurring talk. – in SILVERMAN D.; Qualitative Research. London: Sage Publications Inc. ;1997
- SIMONTON, O. Carl; SIMONTON, Stephanie M.; CREIGHTON, James (1978) – Getting well again – Londres: Bantam Books
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R.; - Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista – 2ª edição; Loures: Lusociência; 2002.
- WEISMAN, A.D.; WORDEN, W.J.; – The emotional impact of recurrent cancer – Journal of Psychosoc Oncology, 3(4):5; 1986

**AUTHOR/S:**

Ya-Lie Ku(1) • Ching-Yi Yao(2) • Hui-Ping Fan(3) • Shih-Ming Kuo(4) • Mei-Ling Kuo(5)  
• Ching-Yuan Kuo(6)

**TITLE:**

Exploration of Health Care Professionals' Perception of Spiritual Care for Cancer Patients

**TEXT:**

Cancer is the leading number one cause of mortality in Taiwan. A literature review indicates that the majority of cancer patients explore the spiritual needs. Health care professionals are often frequently busy with performing clinical tasks, and not familiar with cancer patients' spiritual care. Therefore, the purpose of this study is to explore health care professionals' perception of spiritual care for cancer patients. This study is to survey 48 health care professionals with 9 doctors and 39 nurses. The subjects' ages ranged from 22 to 50 and 62.5% under 30 years old, more than half were married and had more than five-years working experiences, majority were associate (56.3%) and college (41.7%) graduates, 33.3% were Buddhist, 20.8% were Taoist, 6.3% were Christian, and 39.6% were atheists. The survey scales included three parts: general opinions about spiritual care, 1-5 point scale for ranking agreement of 25 spiritual nursing interventions, and 22 outcomes criteria for cancer patients. In part one, 50% of health care professionals perceived themselves as generally understanding of spiritual distress symptoms for cancer patients, 35.4% for spiritual nursing interventions, and 37.5% for outcomes criteria. Nevertheless, 75% of health care professionals perceived that patients often have spiritual distress and 52.1% of them perceived themselves as having frequent spiritual distress. Therefore, 100% thought cancer patients need spiritual care and 98% considered their need the training of spiritual care for cancer patients. In part two and three, 25 items of nursing interventions and 22 items of outcomes criteria have been analysed by principal component factor analyses, which identified 8 and 5 major factors that can explain the 76.37% and 76.03% of variance of spiritual distress significantly. The majority of 48 health care professionals have identified the need for spiritual care for cancer patients and the training programs required for spiritual care. Also, health care professionals indicated 8 major factors from 25 items of nursing interventions and 5 major factors from 22 items of outcomes criteria. Clinical cancer nurses can design nursing interventions based on the 8 major factors as well as outcomes criteria based on 5 major factors. Future studies can evaluate the effectiveness of 8 nursing interventions for alleviating the spiritual distress of cancer patients by following the 5 outcomes criteria.

**BIBLIOGRAPHY:**

Ya-Lie Ku(1), RN, MSN, PhD Candidate, Senior Lecturer of Nursing Department, Fooyin University

Ching-Yi Yao(2), RN, BS, Head Nurse of Cancer Unit, Chang Gung Memorial Hospital

Hui-Ping Fan(3), RN, BS, Head Nurse of Cancer Unit, Chang Gung Memorial Hospital

Shih-Ming Kuo(4), MS, Senior Lecturer of Science Center, Fooyin University

Mei-Ling Kuo(5), RN, BS, Supervisor of Cancer Unit, Chang Gung Memorial Hospital

Ching-Yuan Kuo(6), RN, Chief Doctor of Cancer Unit, Chang Gung Memorial Hospital

**AUTHOR/S:**

Morris, R, MacNeela, P, Scott, A, Treacy, P, Hyde, A, Drennan, J, Byrne, A.

**TITLE:**

AN INVESTIGATION INTO THE CORE ELEMENTS OF IRISH MENTAL HEALTH NURSING CARE USING CONSENSUS METHODOLOGY

**TEXT:****Background**

In Ireland the idea of 'making nursing visible' has become an important issue in recent times. Clark (1999) notes that nursing is poorly understood and as a result, it is undervalued. Without full knowledge and understanding of what nurses do and how nursing activities and interventions impact on patient/client outcomes it is extremely difficult to evaluate the impact of nursing care on health care delivery as a whole.

The objective of the current research is to increase the visibility of nursing work through a multi-method, nurse-led research approach.

**Method**

This study describes the use of a three round Delphi study to gain consensus agreement on the core elements of mental health nursing care in Ireland. The Delphi study consists of three rounds to enable consensus to be achieved from a sample of community and acute mental health nurses on the patient problems, nursing interventions, coordination of care activity and nursing outcomes that nurses agree to be core to their nursing work. Data was analysed using both quantitative and qualitative research techniques.

**Findings/Conclusions**

Overall, the results of this study identified a number of items that are emerging as the core elements of mental health nursing in Ireland. This research was conducted as part of a larger research programme to develop an Irish Nursing Minimum Data Set and to investigate the nature of clinical judgement and decision-making among nurses in Ireland. Its implications for nursing work include a wider understanding of nursing work for managers, researcher, educators and policy makers.

**BIBLIOGRAPHY:**

Clark J., (1999), A language for nursing, Nursing Standard 13(31) pp 42-47

**AUTHOR/S:**

Fariba Bolourchifard

**TITLE:**

Comparing the effects of the non-adherent hydro cellular and the dried gauze dressings on diabetic foot ulcer.

**TEXT:**

Diabetes is an endocrine disorder, where disturbances in carbohydrate, fat and protein metabolism are associated with raised blood sugar and other wide-ranging complications (1). The feet in diabetes are subject to sepsis and ischemia from deficient nerve function and poor circulation. Foot problems are the most common indicator for hospitalization of people with diabetes mellitus, consuming \$1 billion in health care annually. Approximately 15% of all patients with diabetes will develop a foot or leg ulcer during the course of the disease (2); up to 3% will have a lower-limb amputation(3). One recent study found that the particular triad of minor trauma, cutaneous ulceration, and wound healing failure preceded 72% of amputations, often in combination with gangrene and infection(2).

The well-established widely used Wagner wound classification system(4)and the new University of Texas(UT) diabetic wound classification system(5) both provide descriptions of ulcers to varying degrees(3). The University of Texas Diabetic Wound Classification System is a comprehensive staging system for foot ulcers according to wound depth and the presence of infection and ischemia(2). Both wound classification systems are easy to use among health care providers, and both can provide a guide to planning treatment strategies (3).

Foot care is very important if patients with diabetes are to avoid ulceration complications (1). Dressing is a protective covering placed over a wound (6). The ideal dressing should protect the wound and provide for adequate hydration (2). Gauze dressings are commonly used to cover wounds. These dressings come in various sizes and are commercially packaged as single units or in packs. The non-adherent hydro cellular dressing is applied to the wound and serve to absorb drainage (allows drainage to pass through and be absorbed by the centre or outer absorbent layer). These are permeable to air but are impermeable to liquids and protect the wound from contamination or injury. These protective dressings prevent outer dressings from adhering to the wound and causing further injury when removed. Their advantages include less frequent dressing changes (approximately every 5 days to 7 days), and mechanical protection of the wound (6, 7). The plan of care for the client with a wound will be effective if the client has a healed wound, has remained free of infection, and can carry out wound and dressing care by him, if needed.

The aim of this study was to determine which of the two types of wound management; the non-adherent hydro cellular or the dried gauze dressings are the effective types of dressings on diabetic ulcer healing.

This research is a clinical trial that has been conducted to comparing the effects of two types of dressings (non-adherent hydro cellular dressings and dried gauze dressings) on diabetic foot ulcer in the educational hospitals, attached to the medical universities in Tehran – Iran, 2002-2003.

A total sample of 30 patients was divided into two groups: Using aseptic technique, a sterile normal saline was applied to cleanse the wound. A sterile non-adherent hydro cellular dressing was used for case group (15) (Every 7 days) and sterile dried gauze dressing was used for control group (15) (Daily). Groups were matched according to the age, sex, the type of diabetes and management, and duration of diabetes. Clinical evidence of healing includes: grade and stage (University of Texas), color classification (black, yellow, red), drainage (absent, small, moderate, large), ulcer condition (granulating, moist tissue, necrotic), and ulcer size were recorded, patient were followed up until healing or for 3 weeks. Descriptive and inferential statistical methods were used for purpose of data analysis.

There were no correlation between demographic variables, and the effects of two types of dressings on diabetic foot ulcer. The results identified that there were significant correlation between clinical evidence of healing includes: Color, drainage, grade and stage, and the types of dressings.

According to the results of this research, the non-adherent hydro cellular dressings and the dried gauze dressings are effective to diabetic ulcer healing. Clinical evidence of healing includes: Color, drainage, grade and stage appears faster with a non-adherent hydro cellular dressing.

**BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Springett K. Foot ulceration in diabetic patients. Nursingstandard. 2000 Jan; 14(26):65-72.
- 2.Haplin-Landry J,Goldsmith S. Feet first diabetes care. AJN.1999 Feb;99(2):26-33.
- 3.Oyibo SO,et al. A comparison of two diabetecic ulcer classification systems. Diabetes Care .2001Jan ; 24(1):84-87.
- 4.Wagner FW:The dysvascular foot:a system ofdiagnosis and treatment.Foot ankle2,1981:64-122.
- 5.Lavery LA,Armstrong DG,Harkless LB:Classification of diabetic foot wounds.Foot ankle Surg,1996:528-531.
- 6.Taylor C,Lillis C,Lemone P.Fundamentals of Nursing care. 4th ed.Philadelphia:J.B.Lippincott co; 2001.
- 7.Boulton AJM.Foot problems in patients with Diabetes mellitus.In textbook of Diabetese .Vol.2.PickupJC,Williams G,Eds.Oxford,U.K.,blackwellScience,1997:58.

**AUTHOR/S:**

Zohar Nir & Aviva Weisel-Eichler

**TITLE:**

A Structured Nursing Intervention Directed at Achieving Independence and Decreasing Medication Errors for Aged Stroke

**TEXT:**

Among stroke survivors living in the community, approximately two-thirds are over 65 years old. Older survivors have more disabilities and increasing numbers of chronic illnesses and polypharmacy. 1,2,3 Drug therapy after stroke is particularly complex and requires giving careful instructions to the patient, especially if the patient is being treated with anti-coagulants in addition to other prescribed medications.4 Also, stroke patients often suffer from depression5 and this may contribute to poor medication compliance.6,7 In addition, patients after stroke are generally advised to follow a specific dietary regimen in order to prevent recurrence of stroke, and to facilitate the effects of medication therapy.5 Several studies mention noncompliance to medical and dietary regimen as a critical issue for stroke recovery and rehabilitation.4,7,8,9 These factors define aged stroke survivors as a risk group needing careful instructions in order to minimize incorrect use of medications and to prevent life-threatening complications. 2,3,5,7

The purpose of this study was to examine the hypothesis that a structured, multifaceted, tailored nursing intervention, in addition to a usual rehabilitation program, would improve knowledge and skills concerning the correct use of medications and dietary habits during the first six months following stroke, as compared to stroke survivors undergoing a usual rehabilitation program alone. The study was conducted in the geriatric rehabilitation ward (GRW). The sample consisted of 155 stroke seniors. Stroke and the side of brain damage were defined by neurological symptoms and by CT. Patients with brain stem infarct, sensory or global aphasia, active psychiatric co-morbidity such as major depression, epilepsy, and advanced dementia were excluded from the study. A stratified random sampling technique, controlling for age, gender and ethnicity, generated two comparable groups. There were 82 patients in the control group and 73 patients in the intervention group. Patients in both groups received the usual rehabilitation program. The intervention group, in addition, participated in a structured intervention. All participants were discharged to their homes at the end of the rehabilitation period. The study was approved by the institutional medical ethics committee, in accordance with the Declaration of the World Medical Association and all participants gave informed consent to participate in the study. No compensation was offered for study participation.

The patients were evaluated at three points: during the first week of admission to the GRW (baseline data) and after three and six months. In the second and third evaluations, there were 72 and 68 control patients, and 71 and 69 intervention patients, respectively. Ten patients died, seven moved to other cities and one refused to continue with the study. The total amount of time for data collection was 2 years.

The Nursing Intervention began in the first week following admission to the GRW and continued at home after discharge. It was adapted to suit the particular needs and difficulties of each individual patient, based on discussions and consultation, follow-up and feedback8. The intervention emphasized the broad care approach that believes in the ability of a person to be active, responsible for his condition and responsible for returning his wellbeing to himself.10,11 In addition the intervention was multifaceted in that it focused on affective, cognitive and instrumental domains of correct use of medication. Specific aspects that were emphasized were: recognition of medications (name, color, shape), how to take medications, how many times a day, times to take medications, dose, how to respond to specific adverse effects that are expected with the medications (warning signs), and understanding of the importance of follow up visits and monitoring by clinical tests.12,13 If the patient was incapable of taking responsibility for his medication therapy, then the caregiver was taught these skills.



The study instruments included The Assessment of the Correct Use of Medications Form. This instrument consists of 8 items that indicate correct knowledge of medications on a yes/no format. Patient was asked if he knows the name, color, shape, dose, number of times per day of his medications; if he takes prescribed medications according to his physician's instructions; if he knows the specific adverse effects that are expected with his medications, if he stops taking the medication and calls the physician when side effects occur; and if he comes for follow-up visits according to the physician's instructions. The reliability coefficients of the 8-item scale as measured by Alpha Cronbach at the three points of time were 0.73, 0.69 and 0.69 respectively. Then, patient's Dietary Adherence was assessed by describing which food items, from a list of ten food types were eaten according to physician's instructions. The score was the number of these items the patient eats according to the physician's instructions.

Analysis of variance (ANOVA) with repeated measures was used to assess whether the two groups behaved differently over time. Chi-square tests were used to measure the frequencies of nonparametric variables.

The demographic and functional characteristics of the study population show that they were disabled, frail and at risk. Forty percent were visually impaired in some way and 26% suffered from hearing difficulties. Their socioeconomic status was average to poor, their educational level low to moderate, they were restricted by many chronic illnesses and half of them were widowed. Patients took an average of six different medications. The most common medications used by the patients were: antihypertensives 70%, anti-coagulants 62%, pain relief agents 52%, anti-constipation agents 43%, and NSAIDs 40%. This demonstrates a high rate of comorbidity and polypharmacy. Six months after stroke, FIMTM scores indicated lingering disability and need for care from others.<sup>8</sup>

Results revealed that at baseline, there were no differences between the groups. After 3 and 6 months, intervention subjects were significantly better than controls in knowledge of shape ( $p < 0.01$ ) and dosage ( $p < 0.05$ ) of their medications. They also showed better knowledge of side effects ( $p < 0.0001$ ) and correct response to side effects ( $p < 0.001$ ). In addition, they had better adherence to their dietary restrictions ( $p < 0.05$ ). However, for knowledge of color and daily schedule of medications, differences were diminished after 6 months due to an improvement in knowledge in the control group. In addition, there was no difference between groups in knowledge of names of medications at either 3 or 6 months. Only about half the patients in each group knew the names of their medications at all three time points. With respect to dietary adherence, the intervention group subjects were more careful about following their dietary recommendations than were the control group subjects.

We found that this intervention resulted in significant short- and long-term improvements in knowledge and behavior regarding medications, and better adherence to dietary recommendations. However, in knowing names of medications and dosages, up to 50% and 65%, respectively, of intervention patients did not acquire the desired information necessary to become self-sufficient, and were, therefore, probably still dependent on caregivers to manage their medications. It may be that the success of this intervention was limited because of age-related<sup>12</sup> together with stroke-related decline in cognitive resources, and therefore, our patients may have been less likely to organize and remember new information about medications.

Even though the intervention was very intensive, and generous time was devoted to the topic of medications, most patients did not improve sufficiently in their knowledge to become independent in taking their medications safely. Perhaps a similarly structured intervention which spends more time on cognitive strategies that help to compensate for cognitive declines would be more beneficial. Although it may be very difficult to achieve complete independence in correct self-administration of medications among aged stroke survivors, in order to maximize correct use of medications in this group, nurses should periodically provide written instructions and monitor medication behavior.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Hoenig H, Nusbaum N, Brummel-Smith K: Geriatric rehabilitation: State of the art. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1371-81.
2. Bours GJJW, Ketelaars CAJ, Frederiks CMA, Abu-Saad HH, Wouters E FM: The effect of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: A systematic review. *J Adv Nursing* 1998; 27:1076-86.
3. Karch AM: 1999 Lippincott's Nursing Drug Guide. Philadelphia, Lippincott, 1999.
4. Williams CM: Using medications appropriately in older adults. *Am Fam Physician* 2002;66:1917-24.
5. McCabe SM: Management of patients with neurologic dysfunction, in Smeltzer SC, Bare BG (eds): *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 8th ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1996, pp 1705-1749.
6. Murray MD, Callahan CM: Improving medication use for older adults: An integral research agenda. *Ann Intern Med* 2003;139:425-29.
7. Bronstein KS, Popovich JM, Stewart-Amidei C: *Promoting Stroke Recovery: A Research-Based Approach for Nurses*. St.Louis, Mosby-Year Book, 1991.
8. Nir Z, Zolotogorsky Z, Sugarman H: Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83:522-29.
9. Warlow C, Dennis M, Hankey G, et al: *Stroke: A Practical Guide to Management*. New York, Blackwell Science, 1996
10. Orem ED: *Concepts of Practice*. New York, McGraw-Hill, 1991
11. Antonovsky, A: *The Sense of Coherence and the Mystery of Health*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
12. Morrow DG, Leirer VO, Andrassy JM, Tanke ED, Stine-Morrow EAL: Medication instruction design: Younger and older adult schemas for taking medication. *Hum Factors* 1996;38:556-73.
13. Eng K, Emlert CA: SRx: A regional approach to geriatric medication education. *Gerontologist* 1990;30:408-10.

**AUTOR/ES:**

A. Quintanar Rioja, B. Bonet Serra, C. Moreno Pérez, R. García Moya, I. Sánchez Vera  
FUNDACIÓN HOSPITAL DE ALCORCÓN; UNIVERSIDAD SAN PABLO CEU

**TÍTULO:**

INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL GRADO DE CONTROL METABÓLICO EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCION:**

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia (1-3). Asociada a la misma, y según el grado de control metabólico, pueden presentarse múltiples complicaciones (4). De hecho, la diabetes es la principal causa de ceguera y de insuficiencia renal en los países occidentales, dependiendo dichas complicaciones, en gran parte, del grado de control metabólico (5-7). En éste pueden influir múltiples factores, entre los que se incluyen la educación terapéutica en diabetes, la edad del paciente, la aceptación de la enfermedad, etc (8).

Con los antecedentes existentes, los objetivos planteados en el presente trabajo fueron estudiar el grado de control metabólico en niños de diferentes edades y determinar si varía con el tiempo de evolución de la Diabetes, y evaluar si los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) al debut difieren según la edad del niño.

**METODOS:**

La población de estudio fue de 38 pacientes a los que se les diagnosticó Diabetes Tipo 1, en la consulta de Pediatría del Hospital Fundación de Alcorcón de Madrid, desde enero de 1998 hasta Septiembre de 2003. En el momento del debut y durante el ingreso, todos los pacientes recibieron educación terapéutica en diabetes. Tras el alta, los niños fueron seguidos en la consulta, continuando su educación diabetológica, inicialmente y durante el primer mes con visitas semanales. Posteriormente las revisiones se realizaron cada dos o tres meses, individualizando en cada caso según las necesidades del paciente. En todas las visitas se revisaron los controles de glucemia capilar y en aquellos donde éstos fueron irregulares, a las 2-3 semanas se les solicitó que mandasen por fax o correo electrónico los valores de sus glucemias, llevando a cabo un ajuste de la dosis de insulina, telefónicamente o por correo electrónico. Anualmente, y según el grado de control metabólico, se llevaron a cabo 2-5 determinaciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Para evaluar los efectos de la edad en el grado de control metabólico, los niños se dividieron en 3 grupos: niños con edades menor o igual a 5 años (menor o igual a 5), niños con edades comprendidas entre los 5 y 12 años (5-12) y finalmente niños con edades igual o mayor a 12 años (mayor o igual a 12).

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

Los niveles de HbA1c al debut, obtenidos de cada grupo no presentaron diferencias significativas entre los tres grupos de niños estudiados, siendo dichos valores de  $8.95 \pm 0.46$  en el grupo menor o igual a 5, de  $10.5 \pm 1.15$  en el grupo 5-12 y de  $11.07 \pm 1.48$  en el grupo mayor o igual a 12. Los niños que a lo largo del tiempo que duró el estudio presentaron unos valores medios de HbA1c menores o iguales a 8 fueron considerados con un grado óptimo de control metabólico, mientras que los que presentaron HbA1c entre 8 y 9,5 se les consideró con un grado de control metabólico medio y a los que presentaron valores superiores a 9,5 se consideró que presentaban un mal control metabólico. Atendiendo a este criterio de control metabólico, observamos que un 43,17% del total de los niños estudiados presentaron un óptimo control, un 36,56% presentaban un control medio, mientras que el 20,26% restante mostraron un mal control metabólico.

En todos los controles realizados durante los 5 primeros años de evolución de la Diabetes, en todos los niños estudiados, no se observaron cambios en la concentración de HbA1c, con la salvedad del periodo comprendido entre los 6 y 12 meses inmediatamente posteriores al debut, donde se observó un ligero descenso, si bien no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se dividieron todos los niños estudiados en los tres grupos experimentales antes descritos según la edad, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de HbA1c, siendo los valores de  $8.51 \pm 0.31$ ,  $9.44 \pm 0.66$  y  $8.06 \pm 0.38$ , respectivamente para los grupos menor o igual a 5, 5-12 y mayor o igual a 12. A pesar de no existir diferencias significativas, si existía una correlación inversa ( $r = -0.419$ ;  $p < 0.05$ ) entre la edad del debut y la HbA1c, es decir a mayor edad de debut, menores son los niveles de HbA1c, al menos durante los dos primeros años de evolución, ya que pasado este periodo de tiempo la correlación se pierde. Cuando el análisis se llevó a cabo agrupando la población de estudio según el sexo, no se observaron diferencias entre los niños y las niñas.

Finalmente se analizó de forma individual la variación de la HbA1c en cada niño a lo largo de los 5 años de estudio, observándose una mínima variación en las concentraciones determinadas, lo que podría sugerir que los niveles de HbA1c estarían influenciados por características intrínsecas del paciente, además del tiempo de evolución y de las medidas que se hayan podido implementar para mejorar el control de la diabetes.

#### CONCLUSIONES:

Los niveles de HbA1c al debut de la Diabetes son similares entre los 3 grupos de niños de diferentes edades estudiados (menor o igual a 5, 5-12 y mayor o igual a 12), lo que sugiere un tiempo y grado de hiperglucemia similar entre los grupos. No se observan diferencias en los valores de HbA1c a lo largo de los 5 primeros años de evolución, lo que permite sugerir que en el control metabólico existe un cierto factor intrínseco.

Por otro lado se observa que el periodo de luna de miel aumenta según aumenta la edad del debut, llegando incluso a ser en algunos casos de varios años.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Karjalainen J, Salmela P, Ilonen J, Surcel HM, Knip M. A comparison of childhood and adult type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1989; 320(14):881-886.
2. Krolewski AS, Warram JH, Rand LI, Kahn CR. Epidemiologic approach to the etiology of type 1 diabetes mellitus and its complications. *N Engl J Med.* 1987 Nov; 317 (22):1390-1398.
3. Atkinson MA, Maclaren NK. The pathogenesis of insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1994 Nov; 331 (21):1428-1435.
4. Goday A, Serrano-Rios M. Epidemiología de la diabetes mellitus en España. Revisión crítica y nuevas perspectivas. *Med Clin (Barc).* 1994; 102:306-315.
5. Pinkney JH, Bingley PJ, Sawtell PA, Dunger DB, Gale EAM, The Bart's-Oxford Study Group. Presentation and progress of childhood diabetes mellitus: a prospective population-based study. *Diabetología.* 1994; 37: 70-74.
6. Amiel SA, Sherwin RS, Simonson DC, Lauritano AA, Tamborlane WV. Impaired insulin action in puberty. A contributing factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. *N Engl J Med.* 1986; 315(4):215-219.
7. Hramiak IM, Dupre J, Finegood DT. Determinants of clinical remission in recent-onset IDDM. *Diabetes Care.* 1993 Jan; 16 (1):125-132.
8. Tattersall R. Psychosocial aspect of diabetes in childhood and adolescence. *Pediatric Annals* 1987 Sep; 16:728-740.

**AUTOR/ES:**

Pilar González Carrión, Justa Lafuente Lorca, M<sup>a</sup> del Mar García Calvente, M<sup>a</sup> Carmen Fernández Morales, M<sup>a</sup> Luisa Cambil Martínez, Matilde Celma Vicente.

**TÍTULO:**

Valoración y diagnóstico enfermero en el domicilio a niños con tratamiento oncológico

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En las últimas dos o tres décadas, en los países desarrollados, las neoplasias en la edad pediátrica han ido adquiriendo una importancia creciente debido a la mejora de los resultados obtenidos en su tratamiento y a la disminución de la mortalidad.(1)

En España la incidencia anual de tumores se encuentra entre 135 y 145 por millón de niños menores de 15 años. Estas cifras son similares en países de nuestro entorno como Francia e Italia.(1,2)

Sobre el cáncer en los niños se hace énfasis en el impacto psicológico tanto en el niño como en la familia, debido a las características limitantes e invalidantes de este proceso así como a la amenaza explícita o no de muerte.(3)

En relación a las necesidades, en la bibliografía se describen necesidades de los padres respecto a la información sobre la enfermedad de su hijo y necesidades de apoyo, abordándose también la implicación de los padres en el cuidado y en las decisiones concernientes al tratamiento.(3,4,5)

Así mismo se detecta que las enfermeras para ofrecer cuidados de calidad a estos niños y sus familias, deben realizar una valoración detallada de las necesidades básicas de salud e identificar las que se encuentran alteradas por el proceso de la enfermedad.(6)

Para el niño, la enfermedad y la hospitalización constituyen un riesgo significativo en su desarrollo, ya que supone sacarlo de su entorno habitual, para introducirlo en otro desconocido para el, agresivo y hostil, con tratamientos a menudo invasivos y dolorosos. También supone una crisis para toda la familia, más aun tratándose de una enfermedad oncológica.

La familia, se considera parte activa en el tratamiento de la enfermedad y por esto, se debe conseguir una integración óptima del niño, padres y personal sanitario en los cuidados. Los enfermeros debemos valorar de forma sistemática las necesidades de salud para poder dar una respuesta eficaz y adecuada.

La atención hospitalaria esta ampliamente desarrollada, y son los cuidados a domicilio los que suponen un paso mas hacia la atención integral al niño y su familia. En este trabajo hemos querido conocer las necesidades expresadas por los protagonistas implicados (niños y su familia) para conseguir una asistencia sanitaria adaptada a las necesidades individuales de atención cuando están en su domicilio.

En nuestro medio es habitual permanecer en el hospital durante el tiempo imprescindible para el diagnóstico y tratamiento, acudiendo para hospitalización diurna cuando precisa quimioterapia y siempre acompañado de sus padres. El niño es dado de alta cuando está estable y la capacidad cuidadora de la familia puede cubrir las necesidades de salud de este.

Para las valoraciones de los niños se va a tener en cuenta el modelo teórico de Virginia Henderson (7) y para la identificación de los diagnósticos enfermeros se ha utilizado la taxonomía NANDA(8).

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación de dos años de duración, becado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (Expte: 223/03)

**OBJETIVOS:**1-Identificar los diagnósticos enfermeros y los problemas interdisciplinarios de los niños con cáncer en su domicilio a partir de las valoraciones realizadas por la enfermera. 2-Conocer como perciben los cuidadores de los niños con cáncer las necesidades de atención en su domicilio

**MÉTODOS:** Diseño: 1 -Valoración objetiva de las necesidades de cuidados. (Se ha diseñado un registro que recoge las necesidades básicas propuestas por V. Henderson basándonos en el registro de enfermería existente en el hospital y adaptándolo al entorno domiciliario).2 -Estudio cualitativo de opinión, utilizando como metodología las entrevistas semiestructuradas.

**Sujetos de estudio:** Niños y niñas menores de 15 años diagnosticados de cáncer que se encuentran con tratamiento oncológico y están en su domicilio. Cuidadores familiares de estos niños.

**Tipo de muestreo:** Intencional.

Criterios de inclusión para las valoraciones de enfermería y entrevistas: Niños diagnosticados de cáncer que reciben tratamiento oncológico y han estado ingresados en los Hospitales Universitario Virgen de las Nieves y San Cecilio de Granada en el periodo de Enero de 2004 a Mayo de 2005. Y sus cuidadores para las entrevistas.

Categorías de análisis: Las necesidades básicas de cuidados de los niños, desglosadas en preguntas. Los problemas de salud presentados en el domicilio y sus decisiones para solucionarlos. Relación con los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora realizadas por los cuidadores.

#### RESULTADOS:

##### 1.- VALORACIONES REALIZADAS A NIÑOS

Se han realizado valoraciones de enfermería a 14 niños en fase de tratamiento activo con quimioterapia y/o radioterapia. Estos niños llevan con dicho tratamiento mas de 2 meses y menos de 1 año. A sus cuidadores se les ha hecho una entrevista semiestructurada para conocer las necesidades del niño en el domicilio. A partir de los datos de valoración obtenidos en relación al estado de las necesidades básicas de cada niño, se han identificado los diagnósticos enfermeros y los problemas interdisciplinarios presentados que figuran a continuación.

Diagnóstico enfermero detectado y nº de veces presentado: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (2), Diarrea, (1) Desequilibrio nutricional por defecto (6), Nauseas (1), Deterioro de la mucosa oral (5), Estreñimiento (5), Deterioro movilidad física (6), Fatiga (1), Deterioro del patrón de sueño (4), Deterioro de la integridad tisular (1), Hipertermia (9), Temor (4), Trastorno imagen corporal (3), Deterioro de la interacción social (12), Interrupción de los procesos familiares (14). Todos ellos relacionados principalmente con el tratamiento y los efectos secundarios de este.

Problemas interdisciplinarios presentados y nº de veces: Vómitos (7), Edemas en miembros inferiores (1), Flebitis (1), Fiebre (6) ante: Infección del Port-a-Cath, faringitis, inmunosupresión, Dolor múltiple y generalizado (4), Dolor posoperatorio (1) y Dificultad respiratoria (1)

##### 2.- NECESIDADES DE CUIDADOS PERCIBIDAS EN EL DOMICILIO POR LOS CUIDADORES Y DETECTADAS EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.

De los 14 cuidadores entrevistados, 13 eran madres y 1 padre. Destacamos lo siguiente:

Problemas de salud presentados en relación con la enfermedad y tratamiento, expresadas por los cuidadores: Fiebre en 9 niños, temblores en 1, flebitis en 1, herpes en 1 y leucopenia en 10 niños. Necesidad de extracción de analítica en 12 niños, administración de medicación en 2 y dudas de medicación en 1 ocasión. No se ha presentado ninguna necesidad en 2 niños. Estos problemas los han resuelto: 11 cuidadores, siempre llamando al Hospital y 1 a través de su Centro de Salud.

La relación que mantiene con los profesionales del Centro de Salud, médico, enfermera, trabajadora social es la siguiente: Buena, pero va al hospital siempre, lo expresan 2 cuidadoras. Administra la medicación la enfermera y le realiza extracción analítica en el Centro, cada vez que lo precisa su hija, lo dice 1 madre.

Conocen el caso el pediatra y trabajadora social pero no hay relación en 1 de los casos. 2 cuidadoras expresan desconfianza de su pediatra del Centro de Salud. Visita esporádica de la enfermera al domicilio ocurre en 1 caso y en 4 acuden al Centro de Salud para adquirir recetas.

Les gustaría que la atención sanitaria que recibiera su hijo en el domicilio fuera: Recibir más atención en la casa (analíticas, medicación IV) y menos visitas al hospital lo expresan 2 madres. Contar con apoyo de enfermería, reglado, en forma de visitas al alta y durante la estancia en el domicilio, consideran que aumentaría la seguridad y tranquilidad y así lo expresan 7 madres. Es buena, no tiene quejas a nivel domiciliario lo señalan 2 cuidadoras. Están satisfechos con la atención recibida en el hospital y expresan no necesitar nada en el domicilio lo manifiestan 4 cuidadores.

Al preguntarles: ¿Necesita de alguna otra atención o ayuda para conseguir el bienestar de su hijo?. Las respuestas fueron: Disponer de un teléfono o servicio de atención 24h. para consultar dudas, lo demandan 2 cuidadoras. Ayuda económica para medicamentos y transporte lo demanda 1 madre. Apoyo pedagógico oficial que permita continuar el curso escolar lo demanda las madres con los niños en edad escolar. Hasta ahora esta ayuda ha sido a través de asociaciones de voluntarios.

3 cuidadores expresan no necesitar otra ayuda.

Cuando les preguntábamos si tenían otras informaciones que darnos: 2 madres hacen hincapié en la necesidad de tener más información en todas las etapas del proceso de enfermedad de su hijo, considerando que esto haría disminuir su ansiedad.

**DISCUSIÓN:** Los problemas de salud presentados en los niños se han resuelto con facilidad en el domicilio, la mayoría de las ocasiones, con ayuda principalmente de los profesionales del hospital a través del teléfono. Si no había mejoría iban al hospital.

Los síntomas secundarios al tratamiento es algo que está presente en estos niños, quedando de manifiesto, en la revisión de la literatura sobre este tema realizada por Woodgate and Degner.(9), que existen suficientes estudios sobre como mejorar en el niño algunos síntomas como las nauseas, los vómitos o el dolor quedando por explorar otros muchos como por ejemplo la fatiga. Existen suficientes fármacos, así como técnicas de relajación y visualización, que pueden ayudar ante todos los efectos secundarios al tratamiento médico.(10)

La coordinación entre Atención Primaria y Atención especializada, para el cuidado de los niños y niñas con esta patología, es escasa y muy puntual. De ahí que los padres mantienen el apoyo y contacto con el medico y enfermeras del hospital y acuden a este cuando es necesario. En este sentido aunque se van dando algunos pasos queda mucho por hacer, y los niños y sus cuidadores siguen teniendo una gran dependencia de los profesionales del hospital

Conseguir la interrelación entre niveles asistenciales para los niños y niñas con problemas oncológicos, garantizaría la atención necesaria en el medio más adecuado para su recuperación.

El informe de enfermería al alta que en estos momentos se esta iniciando en nuestro hospital para niños con otros problemas de salud, esta resultando útil para fomentar el acercamiento entre el Hospital y el Centro de Salud. Según se desprende de nuestras entrevistas, el que los enfermeros de Atención Primaria estén más y mejor informados, se traduce en que los padres y los niños tienen una mayor confianza en estos profesionales. De ahí que sea necesario empezar a realizar informes de enfermería al alta también para los niños con cáncer.

La demanda de un mayor apoyo pedagógico de forma oficial, es una preocupación de los padres, ante la falta de asistencia al colegio y la consiguiente perdida de curso escolar.

Tras las entrevistas con los cuidadores se detecta que todos los miembros de la familia están afectados por el proceso de enfermedad del niño y requieren ayuda, tanto a nivel psicológico, como apoyo a nivel social y económico. En este sentido se coincide con un estudio nuestro anterior.(11)

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002/2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
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. Shields G, Schondel C, Barnhart L, Fitzpatrick V, Sidell N et al. Social work in pediatric oncology: A family needs assessment. *Social Work in Health Care* 1995; (21): 39-54
- 4.- Williams H. Comparing the perception of support by parents of children with cancer and by health professionals. *Journal of Paediatric Oncology Nursing* 1992;9:180-186.
- 5.- 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.
6. Ruiz D, Font M<sup>a</sup> A. Los padres de los niños que sufren procesos oncológicos valoran nuestros cuidados de enfermería. *Notas de Enfermería* 1990; 1: 37-41.
7. Henderson V. *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después.* Madrid: Interamericana- McGraw-Hill, 1994.
8. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.* Madrid: Elsevier, 2003.
9. 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.
10. Holland J, Lewis S. *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre.* Barcelona: Herder; 2003
11. González P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure Investigación.* 2005; 16:1-15.

**AUTOR/ES:**

Teresa González Gil

**TÍTULO:**

Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una unidad de cuidados intensivos pediátricos

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## 1-Introducción:

En un contexto social y temporal donde la muerte infantil es algo poco habitual, un colectivo de profesionales se ven expuestos a la muerte infantil con relativa frecuencia. La muerte infantil toma parte de su realidad cotidiana y forma parte implícitamente de su trabajo. La muerte se identifica en la mayoría de los estudios sobre estrés laboral como uno de los principales factores precipitantes. Por otro lado es sabido que un conjunto de personas que trabajan juntos en un grupo desarrollan valores, creencias y formas de actuar similares que forman parte de lo que se denomina cultura organizacional. Estos recursos culturales compartidos les hacen adaptarse a su trabajo del día a día y hacer frente a los problemas cotidianos.

## 2- Objetivos:

## General:

-Describir, analizar e interpretar un problema de la vida cotidiana para entenderlo mejor y crecer y ayudar a otros a hacerlo personal y profesionalmente.

## Específicos:

-Analizar cuál es la conceptualización que los profesionales sanitarios hacen de la muerte infantil en un contexto concreto, una Unidad de Cuidados intensivos (UCIP)..

-Analizar estrategias colectivas (socio-culturales) de afrontamiento al proceso de la muerte infantil en una UCIP.

## 3-Método:

## Diseño:

Estudio observacional descriptivo, siguiendo una metodología cualitativa, de carácter etnográfico y desde una perspectiva antropológica.

Locus de estudio: UCIP. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Edificio Materno-Infantil. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. Área 1 de Salud. Ubicación dentro del Hospital Materno Infantil: 2ª planta, unidad D. Dotación de camas: 11 camas, de las cuales 2 camas son para pacientes aislados, 3 camas de cuidados intermedios y 6 de cuidados críticos. Unidad polivalente (patología médica y quirúrgica) y con abanico de edades muy amplio (0-14 años).

Sujetos de estudio: Todos aquellos profesionales que trabajan en la UCIP del Hospital Gregorio Marañón durante el turno de tarde (7 enfermeras (todas mujeres), 4 auxiliares de enfermería (todas mujeres), 1 médico residente (varían mujeres y hombres), 1 médico adjunto por turno de trabajo (varían mujeres y hombres).

Recogida de datos: La recogida de datos se realizó mediante observación participante (desde finales de noviembre 2004 hasta finales de Marzo 2005, 2 días en semana durante 2 horas en el turno de tarde 17-19 horas), 1 entrevista grupal, y 1 entrevista en profundidad.



Confidencialidad: La confidencialidad de los datos de los actores fue respetada en todo momento. Los datos originales han sido conservados en una base de datos a la que sólo tiene acceso el investigador. Los actores son identificados mediante un código. Los nombres de los niños que aparecen en los registros aparecen con iniciales ficticias.

Se utilizó un procedimiento de disociación, con carácter previo al tratamiento de los datos, de modo que la información que se ha obtenido no pueda asociarse a persona identificada o identificable (base de datos disociada o fichas de actores).

#### 4-Resultados:

La UCIP puede ser considerada una institución en el sentido en que está aislada del exterior tanto por barreras físicas como simbólicas. El trabajo en la UCIP es considerado diferente al del resto de servicios del hospital y requiere de personal especializado. La muerte está presente en la cotidianidad del trabajo en UCIP. En un principio, el cuidado de niños críticos y la asumida cotidianidad de la muerte en este tipo de unidades produce recelo, temor y respeto. Sin embargo, cuando se habla con profesionales consolidados en la unidad, la perspectiva de la realidad cambia. Para ellos, el cuidado del niño crítico es un cuidado exquisito que les realiza como profesionales y, el manejo de la muerte pierde esa connotación trágica y omnipresente para ser un complejo y trabajado concepto. La muerte adquiere connotaciones específicas y se construyen clasificaciones cognitivas que reconstruyen la realidad de la muerte. Así, en la UCIP no todas las muertes son iguales. La UCIP como institución, implica que estas construcciones culturales en torno a la muerte infantil que se generan en un contexto concreto, no tienen porqué ser válidas fuera de la misma. Las barreras simbólicas que separan la UCIP del mundo exterior hacen que la mayor parte de las construcciones vividas en la misma se queden en la propia UCIP.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, éstas se pueden clasificar en estrategias pre muerte y post muerte. Las primeras tendrían por objetivo no establecer una relación estrecha y sentimental con los niños y, las segundas tienden a alejar la realidad de la muerte trasladando a los profesionales a otras realidades menos dolorosas.

La estrategia pre muerte identificada hace referencia a un retraso en la antropomorfización de los niños. En la medida en que a un niño no se le asigna identidad de niño, es tratado como caso clínico lo que favorece el cuidado aséptico y una menor sensación de pérdida en caso de que el niño fallezca.

En cuanto a las estrategias post muerte, se han identificado tres estrategias que a continuación se explican:

1-La metáfora: La metáfora actúa como elemento generador de movimiento que nos traslada a otra realidad esquivando así el dolor que genera la pérdida. Así se recurre a la metáfora del alta médica en situaciones de salida de la UCIP por fallecimiento.

2- El "arreglo": El "arreglo" (lavado, peinado, vestido) de los niños que fallecen constituye un ritual funerario a través del cual los profesionales se auto ayudan para afrontar la pérdida. La condensación de significados atribuye al cuerpo muerto características del niño vivo.

3- Evitación de símbolos condensados: Aunque se reconoce la presencia de la muerte en determinados signos y síntomas, y en determinadas intervenciones asociadas a situaciones de extrema gravedad; el símbolo, por excelencia denso y claramente condensador de la presencia y evidencia misma de la muerte, es el sudario. El cerrar la cremallera "cosifica" al niño fallecido en cadáver, cuerpo muerto y denota un fin, un "acabose", una despedida franca. En este sentido, aunque el uso del sudario constituye una norma institucional (a nivel de hospital), en la UCIP no se utiliza si no es estrictamente necesario (en casos de autopsias).

#### 5-Discusión/Conclusiones:

Parece claro que el conjunto de profesionales que comparten un mismo contexto de trabajo desarrollan estrategias para afrontar aquellos factores estresantes derivados de su trabajo. Los profesionales se van socializando en una cultura compartida, en un conjunto de valores, creencias, símbolos, conceptos..., y formas de actuar que les ayudan a sobrellevar el cuidado del niño crítico y la muerte infantil. La muerte infantil en UCIP no pasa desapercibida, el proceso de pérdida es afrontado a través de la construcción de estrategias culturales. A través de los símbolos, metáforas, rituales y clasificaciones cognitivas compartidas, los profesionales de la UCIP reconceptualizan el fenómeno de la muerte infantil.

La realidad cotidiana está llena de connotaciones socioculturales que reconstruyen nuestra realidad y nos ofrecen recursos para adaptarnos a ella. Así mismo, se puede considerar que los sentimientos no son universales sino que se construyen en función de los contextos socioculturales.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Rosa Gómez Redondo. La mortalidad infantil española en el siglo XX. Centro de investigaciones sociológicas. Siglo XXI. España Editores. Madrid 1992.
- Facultad de Ciencias Políticas y sociología. Mortalidad en la infancia en Madrid. UCM. Edita: Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. CAM. Madrid 1999.
- L-V Thomas. La muerte. Una lectura cultural. Ed. Paidós. Barcelona 1991.
- Mary Small, Arthur J. Engler, Cindy H Rushton. Saying goodbye in the Intensive Care Unit: helping caregivers grieve. Pediatric Nursing. January- February 1991. Vol 17. Nº 1 (103-105)
- Peggy A. Millar, Sarah Forbes, Diane K. Boyle. End-of-life care in the intensive care unit: a challenge for nurses. A journal of critical care. July 2001, Vol 10, Nº4.
- David Sudnow . Passing on. The social Organization of dying. Ed. Prentice- may. New Jersey, 1967.
- Erving Goffman. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 2001.
- P. Gómez Díaz. Profesiones sanitarias. Más allá de la técnica. HUMPROSAN, Ed. Rol. Madrid 2000.
- P. Pérez Sales, R. Lucena. Duelo: una perspectiva transcultural mas allá del rito. La construcción social del sentimiento de dolor. Psiquiatría pública. 200, 12(3); 259-271.
- V. Henderson. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Mc Graw Hill. Madrid, 1998.
- M. Palanca Maresca, P. Ortiz Soto. La muerte del niño: procesos de afrontamiento en el paciente, la familia y el equipo médico. Anales Españoles de Pediatría. 2000; 53: 257-260.
- L-V Thomas. La muerte. Una lectura cultural. Ed. Paidos. Barcelona 1991.
- L-V Thomas. Rites de mort pour la paix des vivants. Payot. París, 1975.
- Victor W. Turner. El proceso ritual. Ed. Taurus. Madrid, 1988.
- Claude L. Strauss. La identidad. Ed. Gassset. París, 1977.
- Nancy Scheper- Hughes. La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Ariel. Barcelona 1997.
- David de Breton. Antropología del cuerpo y modernidad. Ed. Nueva Visión

**AUTOR/ES:**

González Torrente, Susana; Bennasar Veny, Miguel; Pericas Beltran, Jordi; Girauta Reus, Helena.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA JOVEN EN UN INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE LES ILLES BALEARS

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es la edad proclive a los excesos de todo tipo, animados por la aventura, la curiosidad, la rebeldía, la audacia, etc. Por todo ello, esta es una edad especialmente vulnerable por daños, enfermedades y accidentes. Es muy importante que nuestros jóvenes entiendan lo que es un estilo de vida saludable y lo adopten para conseguir grandes frutos y beneficiarse de una mejor calidad de vida en su futuro como adultos. (Díez E, et al., 1998).

En el caso de los jóvenes, los compañeros de estudio, la calle, los medios de comunicación, etc., son agentes externos de gran influencia en el comportamiento y en la actitud de los chicos en estas edades. El estilo de vida, en general para todas las personas, está influenciado por los hábitos, costumbres, valores y la moda existente en cada momento en la comunidad y son factores aprendidos y modificables a lo largo de toda la vida. Es por ello por lo que resulta evidente la necesidad de conocer estos hábitos, costumbres, modas y valores. (Díez E, et al., 1998).

En el sector que nos ocupa -los jóvenes- parece evidente que son la relación con los amigos en la calle y los medios de comunicación, los factores externos más determinantes en influenciar sus estilos de vida, y por tanto fundamentales a tener en cuenta si queremos profundizar en su estudio. Entre los elementos que se han detectado como "desfavorecedores" –es decir, que pueden estar dificultando estilos de vida sanos o potenciando prácticas de riesgo para la salud- destacaremos por su importancia y frecuencia entre los jóvenes (Brenner N, et al., 2004):

- El abuso de drogas
- La moda de fumar en los adolescentes
- La insolidaridad como valor en alza
- La cultura de la violencia y la agresividad
- El inicio precoz y mal uso de las bebidas alcohólicas
- Los hábitos de relación sexual incorrectos
- El fomento de la competitividad

Buena parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad entre la población tiene relación con sus hábitos y costumbres (alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conducta sexual...), lo cual confirma una vez más, el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de salud. La promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que más y mejor pueden contribuir a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población. No obstante, la adquisición, modificación o eliminación de hábitos no es nada fácil. Muchos profesionales se sorprenden primero y se angustian y se desesperan después, cuando comprueban que tras informar a los jóvenes de las conductas a seguir para evitar determinadas patologías ("deja de fumar", "modera tu consumo de alcohol", "haz ejercicio físico de forma regular", "utiliza el preservativo") éstos siguen desarrollando las conductas "menos" saludables. (Díez E, et al., 1998).

Los datos de que disponemos, indican que la información, aún siendo una condición necesaria para llevar a cabo el cambio en determinadas conductas, no es suficiente. En la actualidad, resulta obvio que cuando se quieren facilitar cambios conductuales o quieren implementarse determinadas prácticas han de analizarse otros factores además de la información. Entre estos factores cabría señalar:

- Las actitudes, los valores y las creencias del individuo respecto a la conducta que se quiere modificar y respecto a la que se quiere implementar. Por ejemplo, ¿Cómo valoran los jóvenes el sexo sin penetración? ¿Qué papel de iniciación juegan aún ciertas drogas? ¿Cómo valoran los jóvenes el concepto de riesgo?...
- Las habilidades necesarias para la realización eficaz de la conducta saludable que se desea facilitar.
- La importancia de la existencia y accesibilidad de recursos que ayuden a llevar a cabo los hábitos saludables propuestos. Por ejemplo, ¿Son realmente accesibles a los jóvenes económica y socialmente los preservativos? Cuando un joven quiere dejar de beber o fumar ¿Sabe dónde puede buscar asesoramiento?. Los centros de información sexual ¿Son suficientemente accesibles en cuanto a horarios, distancia, trato a los adolescentes? ¿A dónde puede acudir un joven con problemas de anorexia?...
- El medio social del sujeto (amigos, familia, colegio, etc.).
- Los comportamientos de riesgo (consumo de drogas, relaciones sexuales...).

Según el Plan de Salud 2003-2007 de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares hay tres áreas prioritarias de intervención en adolescentes: Conducta alimentaria, embarazos no deseados y drogas.

La población adolescente, es la que menos frecuenta los Centros de Salud, dándonos la impresión de que este grupo de edad queda un poco descolgado o alejado de nuestras intervenciones en educación sanitaria. Ante esta realidad y ante la falta de recursos y la necesidad objetiva de la implantación de una asignatura de educación para la salud en el proyecto curricular de los institutos de enseñanza secundaria, los profesionales sanitarios del Centro de Salud Trencadors empezamos un proyecto de formación para adolescentes.

Con este proyecto pretendemos demostrar la importancia del papel de los equipos sanitarios de Atención Primaria como asesores en materia de salud y dinamizadores de la comunidad.

La consulta joven es un programa basado en la estrategia de acercamiento de la atención sanitaria a espacios propios de los jóvenes y en la coordinación entre los profesionales sanitarios y de educación. Esta coordinación es institucional y va mucho más allá de la Educación para la Salud de forma aislada. Además de la educación grupal que ya realizamos, se oferta una atención en consultas individuales o grupales para la información sobre cuestiones de salud y la detección precoz de los problemas ya instaurados.

Cabe destacar, que esta iniciativa de la consulta joven ya se está llevando a cabo en otras comunidades como Andalucía, Cataluña o Madrid (Clavero M, et al., 1999; Suárez F, 2000) y en otros países (Santelli J, et al., 1996; Kisker E, et al., 1996; Kaplan D, et al. 1998).

## OBJETIVO

En la presente comunicación se pretende caracterizar algunas de las variables que intervienen en el desarrollo de una consulta joven en un instituto de enseñanza secundaria, con el fin de evaluar y optimizar su eficacia.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario cumplimentado por los autores a partir de los datos originados en la interacción con 134 jóvenes, que acudían, a demanda, una vez por semana y durante una hora y media, a la consulta joven en el Instituto de Educación Secundaria Arenal de Lluçmajor, desarrollada por los profesionales de enfermería del Centro de Salud Trencadors, perteneciente a la red asistencial de Atención Primaria del Ib-Salut (Illes Balears).

Las variables estudiadas son: el género, la edad, el curso, si acuden solos o acompañados, los temas de consulta y el tipo de intervención que el profesional lleva a cabo respecto a la misma.

Tras la introducción de los datos en una base Excel, fueron tratados estadísticamente mediante el programa SPSS v. 12.0. Fueron comparadas las variables cualitativas mediante el Test de Chi Cuadrado de Pearson. Se consideró como nivel de significación estadística una  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

En 6 meses han sido realizadas 134 consultas. La media de edad es de 13,46 años (DE:1,36), IC95% (13,23; 13,70). Los que más frecuentan la consulta, con gran diferencia, son alumnos de 1º de ESO (74,6% de las visitas). Tres quintas partes son del género masculino (61,2%). El 42,5% acude acompañado por otro alumno. Los temas de mayor interés son la sexualidad (59,7%) y las drogas (57,3%). Cabe resaltar que el 9% de los clientes fueron derivados a servicios sanitarios y sociales. En cuanto a diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el género, en los más jóvenes acuden más chicos que chicas, en tanto que en los mayores es a la inversa. También existen diferencias entre géneros en los temas de consulta. Así, a las chicas les interesa más la anticoncepción y a los chicos las enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a drogas, los chicos se muestran significativamente más interesados que las chicas, siendo la más cuestionada el tabaco. La mayoría de las consultas se pudieron solucionar mediante información oral o escrita (folletos, trípticos, etc.). La totalidad de los jóvenes derivados fueron chicas y de éstas el 41,7% estudiaban 1º de ESO. En la consulta además se han tratado diversas problemáticas como el abuso sexual, mobbing por compañeros/as de clase, embarazos no deseados...

## DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

Estos datos nos dan una idea de la buena acogida que tiene la consulta joven, remarcando así, la orientación comunitaria de la enfermera de atención primaria hacia un sector de población que frecuenta poco los centros de salud. Al mismo tiempo, se respalda la necesidad de apoyo e información que los más jóvenes demandan a los profesionales de enfermería y nos dan una orientación hacia los temas que son de su máximo interés. Además de ser un buen método de educación para la salud, la consulta joven, nos ha servido para detectar tanto patologías como problemáticas sociales de suma importancia que han podido ser derivadas -en sus inicios- a profesionales especializados.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Astray L (coord). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. I Recomendaciones PACAP. 2ª edición. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2004.
- Aten MJ, Siegel DM, Roghmann KJ. Use of health services by urban youth: A school-based survey to assess differences by grade level, gender, and risk behavior. *J Adolescent Health* 1996;19:258-66.
- Brener N, Kann L, Kinchen S, Grunbaum J, Whalen L, Eaton D. Methodology of the youth risk behavior surveillance system. *MMWR Recomm Rep*. 2004 Sep 24;53(RR-12):1-13.
- Clavero M, Espina J, Jiménez C, Moguel A, Ayuntamiento (Almonte, Huelva). Consulta de información sexual para jóvenes. *Index Enferm* 1999;27:72-3.
- Conselleries d'Educació i Cultura i de Salut i Consum. L'educació per la salut en els centres educatius a partir de projectes intersectorials. En: [http://weib.caib.es/Recursos/salut2/educacio\\_salut.pdf](http://weib.caib.es/Recursos/salut2/educacio_salut.pdf)
- Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, et al. Confidentiality in health care: A survey of knowledge, perceptions and attitudes among high school students. *JAMA* 1993;269:1404-7.
- Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de Secundaria: comportamientos sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998;12:272-80.
- Kaplan D, Calonge B, Guernsey B, Hanrahan M. Managed care and school-based health centers. Use of health services. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:25-33.
- Kisker E, Brown R. Do school-based health centers improve adolescent's access to health care, health status, and risk-taking behavior?. *J Adolescent Health* 1996;18:335-43.
- Suárez F. Consulta joven en los Institutos: Una experiencia a compartir. *Medicina de Familia (And)* 2000;1: 84-6.
- Walter HJ, Vaughan RD, Armstrong B, et al. Characteristics of users and nonusers of health clinics in inner-city junior high schools. *J Adolescent Health* 1996;18:344-8.

**AUTOR/ES:**

L Prieto Gil de San Vicente, E Vélez Vélez. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.  
R Hidalgo García. Unidad de Investen. Madrid

**TÍTULO:**

CONCEPTUALIZACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. RESULTADOS FINALES

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN.-**

Cuando se habla de respeto a la intimidad en el contexto sanitario se entiende aspectos tales como la confidencialidad de los registros médicos, la seguridad de la identidad del paciente en publicaciones ó la aplicación ética de las novedades biotecnológicas. Olvidándose que la intimidad es el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior como expresión de su identidad y cuya salvaguardia es un derecho.

La pérdida de la intimidad del paciente hospitalizado es un agente desestabilizador que puede desencadenar cuadros de ansiedad y regresión y otras expresiones somáticas desestabilizadores. Son escasos los estudios sobre la percepción del respeto a la intimidad de los pacientes hospitalizados y aunque en la legislación vigente se aborda el derecho a la intimidad, no existen suficientes estudios que analicen los identificadores de estos derechos ni el grado de concordancia de los mismos entre los pacientes y el personal de enfermería

**OBJETIVOS:**

- Averiguar el grado de concordancia entre los derechos relacionados con la intimidad que el paciente identifica como propios con los identificados por los profesionales sanitarios (enfermeras, auxiliares)
- Analizar el nivel de concordancia entre los derechos identificados por los pacientes hospitalizados en el sector público con los identificados por los pacientes del sector privado
- Analizar el nivel de concordancia entre los derechos identificados por los profesionales que trabajan en el sector público con los identificados por los profesionales que trabajan en el sector privado
- Elaborar una carta de estos derechos del paciente hospitalizado en relación con la intimidad

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal en las unidades de hospitalización de la Fundación Jiménez Díaz. Los sujetos del estudio son pacientes y personal de enfermería (enfermeras y auxiliares). Se ha diseñado un cuestionario a partir de la literatura y de la aportación de expertos. El tipo de muestreo es no probabilístico de casos consecutivos, los pacientes y el personal de enfermería están distribuidos al 50% en el sector privado y público. El tamaño muestral de pacientes es de 196; y el del personal de enfermería de 178. En cuanto al análisis estadístico, se han empleado medidas de estadística descriptiva, con cálculo e media y desviación para las variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas. El estudio de concordancia y asociación entre variables se ha realizado mediante la prueba prueba chi-cuadrado y se calculó la OR con sus intervalos de confianza para ver hacia donde se dirijan las diferencias.

**RESULTADOS:**

- 1.-Para analizar el porcentaje de acuerdo hemos establecido como bueno una coincidencia en la respuesta elegida por las diferentes poblaciones de estudio igual o superior al 65%.
  - Ha existido concordancia entre los derechos que el paciente identifica como propios con los identificados por los profesionales sanitarios (enfermeras, auxiliares) en 15 respuestas de un total de 23 (65,2%).
  - Ha existido concordancia entre los derechos identificados por los pacientes hospitalizados en el sector público con los identificados por los pacientes hospitalizados en el sector privado en 17 respuestas de un total de 23(73,9%)

• Ha existido concordancia entre los derechos identificados por los profesionales sanitarios que trabajan en el sector público con los identificados por los profesionales que trabajan en el sector privado en 18 respuestas de 23(78,2%)

2.-Sólo 50 de 196 (25,5%) de los pacientes encuestados y 62 de 178 (34,8%) de los profesionales encuestados conocen la existencia de la carta de derechos y deberes del paciente.

#### DISCUSIÓN:

Se realiza un análisis de los resultados del cuestionario dividiendo el mismo en 4 dominios: dominio de trato, dominio de vida social y familiar, dominio de bienestar y comodidad y dominio de entorno-privacidad; a partir de este análisis hemos podido identificar aquellos derechos que tanto los profesionales como los pacientes identifican como derechos del paciente hospitalizado. Estos derechos los hemos reflejado en la que denominamos “carta de derechos del paciente hospitalizado” con la que pretendemos mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes y de los profesionales sobre el derecho a la intimidad. Asimismo el cumplimiento de estos derechos lleva implícita una mejora en aquellos aspectos implicados en el cuidado del paciente.

La Carta de Derechos del Paciente Hospitalizado es la siguiente:

#### CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN RELACION CON LA INTIMIDAD

- El Personal de enfermería deberá identificarse al paciente por su nombre y cargo que ocupa
- El paciente tiene derecho a la presencia de un acompañante durante su estancia en el hospital
- El paciente tiene derecho a disponer de una sala de ocio para leer, para permanecer con las visitas, participar en juegos de mesa, etc.
- El paciente tiene derecho a una cortina / biombo o cualquier elemento de separación en el caso de compartir habitación con otro/s pacientes
- El paciente tiene derecho a que la puerta de su habitación permanezca cerrada y que el personal de enfermería llame a la puerta antes de entrar
- El paciente tiene derecho a poder vestir durante su ingreso hospitalario con su pijama y su bata
- En la habitación del paciente hospitalizado debe existir un teléfono que le permita comunicarse con el exterior
- El paciente tiene derecho al uso del teléfono móvil en el recinto hospitalario, salvo en las zonas convenientemente señalizadas
- El paciente tiene derecho a ser ayudado para su aseo por personal de enfermería de su mismo sexo y considera que su opción debe ser respetada
- En situaciones terminales el paciente tiene derecho a una habitación individual
- El paciente tiene derecho a recibir ayuda espiritual dependiendo de su religión
- En paciente tiene derecho a ser informado por el personal de enfermería de todas aquellas pruebas o actividades previstas para el día

Proyecto de Investigación financiado por el FIS nº PI020121

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Botkin, JR., McMahon WM., Smith KR, Nash JE. Privacy and confidentiality in the publication of pedigrees: a survey of investigators and biomedical journals. JAMA 1998 Jun 10; 279(22): 1808-12.
- Chur-Hansen A. Preferences for female and male nurses: the role of age, gender and previous experience – year 2000 compared with 1984. Journal of Advanced Nursing 2002;37:192-198
- Esteva, C. Bioética. La protección de los derechos humanos en biología y medicina. Offarm 2000;19:146-151
- Faas A. The intimacy of dying: a personal reflection. Dimens Crit Care Nurs. 2004 May-Jun(3):122-4
- Magnusson A, Lutzén K. Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. Nurs Ethics 1999 6 (5) 399-410.
- Prieto Gil de San Vicente L, Juan Montero P, López Revuelta Y, Martínez Gala P, Moñino Sanz MA, Velez Velez E. Conceptualización del Derecho a la Intimidad del Paciente Hospitalizado. Resultados preliminares. Libro Ponencias VII Encuentro de Investigación en Enfermería, Investen - ISCIII. Zaragoza. Nov. 2003. ISBN:84-688-6692-X
- Roberto, KA., Wacker RR., Jewell, EM., Rickard, M. Resident rights. Knowledge of and implementation by nursing staff in long-term care facilities. J. Gerontol Nurs. 1997 Dec; 23(12):32-40.
- Seaus. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Los derechos y deberes de los usuarios. Guías SE AUS. Líneas estratégicas básicas en atención al Usuario. AÑO 2001; 13-22.
- Trujillo Galván, FJ. Conocimiento de los derechos humanos del paciente hospitalizado. Desarrollo Cientif Enfer. 1996 Abr; 4(4):19-25.
- Williams, A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. Journal of Advanced Nursing. 2001 Mar; 33(5):660-7 (62 ref).



**AUTOR/ES:**

Francisco Avalos Martinez(a), Inmaculada Giménez Cervantes(b), Juan Máximo Molina Linde(c).  
(a) Licenciado en Antropología. Enfermero. Servicio Andaluz de Salud. Granada.  
(b) Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. Granada. (c) Licenciado en Psicología. Granada

**TÍTULO:**

Vivencias, Concepciones y Significados de Enfermedad y Muerte de Enfermos Terminales y Cuidadores en el Hospital S. Juan Dios, Granada.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Resumen.

El objetivo de este trabajo es describir de forma comprensiva las vivencias y significados de enfermedad y muerte en enfermos, cuidadores y enfermeros que ingresan, cuidan y trabajan respectivamente en el Hospital de S. Juan de Dios de Granada, centro de referencia para el ingreso de enfermos que están incluidos dentro del Programa de Cuidados Paliativos (PCP) del área norte de Granada. Para ello se han utilizado entrevistas estructuradas, de carácter descriptivo, a través de una metodología cualitativa. Los sujetos de estudio son 6: 2 Enfermos integrados dentro del PCP, ingresados en dicho Hospital; 2 Cuidadores de estos enfermos; 2 Enfermeros que trabajan a diario en planta con este tipo de enfermos. Los resultados ponen de manifiesto que la muerte- como proceso que forma parte de la vida-, por parte de los enfermos es aceptada. No hay miedo a la muerte en sí, sino al propio sufrimiento que puedan ocasionar a sus familiares. Lo que genera más ansiedad es el propio dolor antes de morir; el medio hospitalario es la mejor opción en situaciones límite, por encima del propio domicilio. Lo que habría que preguntarse es en qué medida las percepciones sociales tienden a medicalizar la enfermedad y muerte; qué consecuencias va a tener el cambio de la estructura familiar en la provisión de cuidados en el domicilio y si en el medio hospitalario se dan las mejores condiciones para llevar a cabo los cuidados.

Palabras clave: vivencias, concepciones, significados, enfermos terminales, cuidadores, enfermería. Introducción.

A través de los siglos, el ser humano se ha empeñado constantemente en conocer, dominar y controlar su mundo, pero ha debido de rendirse ante la enfermedad que conlleva al acontecimiento inevitable de la muerte. La enfermedad y la muerte son de las experiencias más significativas en la vida de los seres humanos, tal vez sólo igualada por las de la procreación y el nacimiento. Al mismo tiempo, la muerte, constituye el gran tabú en la época contemporánea, superado por el del envejecimiento y la vejez (1-4).

El cambio inducido por las nuevas enfermedades contemporáneas parecería ir asociado a un cierto declive-desplazamiento del hospital al domicilio como centro prioritario de los cuidados hacia el enfermo. Es decir, habrá que estudiar al enfermo como sujeto activo en el ámbito de la Salud y no sólo como objeto/enfermo del hospital (5-6).

Al mismo tiempo, el hospital no es sólo el lugar de la construcción y tratamiento del cuerpo medicalizado, sino el ámbito del drama moral, del sufrimiento y del temor humanos, de la confrontación con la enfermedad y la muerte, tanto por parte del enfermo como por parte de los encargados de sus cuidados: personal sanitario y familiares-cuidadores(7-11).

El enfermo canceroso irrecuperable es asistido por el personal sanitario y por los familiares que son quienes hasta el último momento velan por su salud física y psíquica. Al mismo tiempo, el espacio hospitalario e incluso domiciliario del enfermo terminal, es generalmente rechazado y es un medio tabú: "el día que allí entre será porque me estoy muriendo" (12-14).

Pero, ¿sabe el enfermo terminal que va a morir? Gloser y A. Strauss(1) proponen 5 tipos de respuesta:

- 1.No saber nada: el enfermo no reconoce la muerte inminente, aunque todos los que lo rodean lo sepan.
- 2.Sospechar algo: el enfermo sospecha lo que los otros saben y trata de confirmar o invalidar su sospecha.
- 3.Como si nadie supiera nada: cada parte define al enfermo como que manifiesta su ira, pero cada cual pretende hacer creer que el otro no lo sabe.
- 4.Todo el mundo sabe: situación en la que el personal y el enfermo saben que éste va a morir y actúan abiertamente, reconociendo el hecho.

5.No se plantea la cuestión: situación en la cual se puede no tomar en consideración lo que el paciente sabe (los prematuros, los comatosos).

Quedan todavía algunas otras cosas que justificar, como es la dificultad de la promoción de técnicas de aprendizaje para profesionales: el personal sanitario no está preparado para tratar la muerte, ya que ésta se produce en hospitales para agudos y no en centros especializados en el cuidado de enfermos terminales. En segundo lugar porque ese mismo personal, como miembro de la sociedad, considera la muerte como un tema del que mejor no hablar y por lo tanto admite su enmascaramiento(15-16).

Por otra parte, la dureza de la enfermedad, la ansiedad, la falta de confort y descanso, la cronificación de la enfermedad, los cambios en los perfiles familiares, las deficiencias en su propio autocuidado, hacen que los cuidadores/as enfermen a medida que pasan los días y se produzca además un gran cansancio en el desempeño de su rol de cuidador. Estos problemas se agravan, cuando el cuidador/a vive lejos del hospital o tiene un bajo nivel socioeconómico, por la dificultad de turnarse con otros miembros de la familia y por el déficit de conocimiento sobre su autocuidado (17).  
Objetivos.

Conocer la percepción de la enfermedad y muerte que poseen los enfermos terminales y miembros clave de la unidad doméstica(cuidador principal). Analizar las creencias y comportamientos de los cuidadores en la forma de tratar, cuidar y comunicarse con sus familiares enfermos. Reflexionar sobre los sentimientos experimentados al pensar en la propia muerte. Temores y miedos. Aspectos de la muerte que generan esos temores. Averiguar si los cuidados en el medio hospitalario se consideran mejores y de mayor calidad, al disponer de mejores medios técnicos que en el propio domicilio. Entender y considerar qué factores culturales han desempeñado un papel importante dentro de la propia enfermedad.

Sujetos y Método.

Los sujetos de estudio son 2 enfermos que padecen enfermedades cancerosas terminales, varones, de 23 y 64 años de edad; sus 2 cuidadores: padre y hermana de los enfermos citados y 2 enfermeros que trabajan con este tipo de enfermos, hombre y mujer de 54 y 48 años de edad, con 33 y 22 años de experiencia profesional respectivamente. El ámbito de estudio y observación se desarrolló en el Hospital de S. Juan de Dios, segunda planta -con una capacidad de 30-35 camas-, perteneciente al Área Sanitaria Norte de Granada, cuya población de referencia de esta área es de unas 440.000 personas, distribuidas en distintos distritos sanitarios(Granada, Granada Nordeste, Metropolitano, Granada Sur y Zona Básica de Salud de Alcalá Real).

La metodología utilizada es cualitativa, tratando de enfocar los problemas de modo descriptivo, a través de entrevistas estructuradas. El número de entrevistas han sido 6 (universo de análisis).

La guía de preguntas se dividió en:

A. Identidad y perfil de los enfermos, cuidadores y enfermeros.

B. Percepción de la enfermedad, tanto en el enfermo como el cuidador: cómo han influido en el desarrollo de la propia enfermedad valores como las formas de alimentación (hábitos); demografía: lugar de procedencia; higiene: actitudes; formas de vida; género; religión; espiritualidad (18).

C. Percepción de la muerte: si el enfermo sabe que va a morir; si el cuidador sabe si el enfermo va a morir y si los profesionales están preparados para afrontar la muerte(19).

D. Medio hospitalario: si es la opción mejor para morir, priorizándolo sobre el propio domicilio.

E. Relaciones familiares y personales.

F. La propia modalidad de entierro una vez que se produzca la muerte. Si va a ser en la ciudad o en pueblo. Si va a ser enterrado o incinerado. Si el enfermo ha dispuesto sus últimas voluntades. Cuáles son las costumbres en su ambiente familiar.

Resultados.

Al ser un trabajo donde interesa más la opinión personal del entrevistado, quizás la representatividad de los resultados siempre se ponga en duda, pero también no es menos cierto que un muestreo aleatorio de casos para un estudio no sea representativo de un determinado universo.

Con respecto a:

Percepción de la enfermedad: tanto enfermos, cuidadores y enfermería están totalmente de acuerdo en que es bueno y hay que ser conscientes del conocimiento de la propia enfermedad, aunque eso signifique que están en primera línea para recibir la información que se le pueda ir aportando.

Los enfermos saben que van a morir, ya que la calidad y expectativa de vida no son buenas a esta altura de la enfermedad. El síntoma físico que más destacan que sufren es el dolor.

Percepción a la muerte: los enfermos no le tienen miedo, aunque no quieren morir con dolor y están totalmente de acuerdo en que se les administren sedantes y analgésicos para no sufrir. Los cuidadores y enfermería creen que en la fase final de la enfermedad hay cansancio y paradójicamente deseos de "llegar a la muerte". Los enfermos opinan que son sus familiares directos, quienes tomen la última decisión con respecto a la sedación terminal, si ellos caen en la inconsciencia; no conocen el documento del Testamento Vital, excepto Enfermería.

Medio hospitalario - domicilio: los enfermos son partidarios de estar ingresados en el Hospital; se sienten más protegidos y opinan que deberían estar ingresados para una sedación terminal o por dolor incontrolado fundamentalmente, aunque reconocen que la situación de morir en este Hospital es muy similar a la de hacerlo en su propio domicilio, con un ambiente tranquilo y rodeado de sus familiares.

Relaciones familiares y personales: éstas han mejorado desde el diagnóstico de la enfermedad, con mayor acercamiento e intimidad, aunque reconocen los enfermos que son ellos quienes deben ir preparando a los familiares para cuando llegue la hora de morir. Tienen miedo a hacer amistad entre los propios enfermos, ya que la persona que han conocido puede morir al poco tiempo de conocerla.

Modalidad de entierro: todos los entrevistados prefieren el enterramiento y serán enterrados respetando las costumbres familiares.

#### Discusión

Lo que busca este trabajo es intentar y comprender la propia realidad por la que enfermos y familiares pasan ante la enfermedad y muerte, a través de los distintos comportamientos y actitudes humanos, difícil de manejar, pero habría que preguntarse en qué medida las percepciones sociales tienden a medicalizar la enfermedad y muerte y si en el medio hospitalario se dan las mejores condiciones para llevar a cabo los cuidados y cuáles son los factores que más influyen en el cambio de ubicación del enfermo a lo largo de su proceso de enfermedad, así como las consecuencias que el cambio de la estructura familiar va a tener en la provisión de cuidados en el domicilio.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Thomas LV. Antropología de la muerte. México. Fondo de Cultura Económica, 1993.
2. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona. Grijalbo Mondadori, 1975.
3. Kübler-Ross E. La rueda de la vida. Barcelona. B, 2000.
4. Nuland S. Cómo morimos. Madrid. Alianza Ed, 1998.
5. Conde F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:395-408.
6. Azulay A. Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte. Rev Med Paliativa, 2000, 7(4): 145-156.
7. Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Barcelona. Bellaterra, 2003.
8. Limonero JT. Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y estrés, 1997, 3(1):37-46.
9. Centeno C, et al. Programa de Cuidados Paliativos en España. Rev Med Paliativa, 2001, 8(2):85-.
10. Colell R, Fontanals A, Rius P. Atención al enfermo terminal: trabajo en equipo. Rev Rol Enferm, 1993, 177:56-58.
11. Callahan D. Death and the research imperative, New Engl J of Med, 2000, 34:654-656.
12. Lopez-Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid. Médica Panamericana, 1998.
13. Tomás J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de Enfermería. Enferm Científica, 2001, 11(3):104-109.
14. Gala FJ, Lupiani M, Diaz M. Sobre las concepciones de la muerte. Rev Rol Enferm, 1991, 159:63-66
15. Allué M. Antropología de la muerte. Rev Rol Enferm, 1993, 179-180:33-39.
16. Sanz J, et al. Recomendaciones de la Secpal. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
17. Celma M. Cuidadoras infomales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. Rev Rol Enferm, 2003, 26(3):190-198.
18. Tomás J, Limonero JT. Comparación de niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería de Egipto y España. Rev Enferm Clín, 2004, 14(6): 328-333.
19. Aries P. El hombre ante la muerte. Madrid. Taurus, 1987.

**AUTOR/ES:**

Joaquín Tomás-Sábado  
Amor Aradilla Herrero  
Isabel Félez Galve

**TÍTULO:**

Perspectiva intercultural de las actitudes ante la muerte. Una comparación entre estudiantes de enfermería árabes y españolas

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción**

Un aspecto fundamental de la enfermería comprende el cuidado de las personas en la última fase de su vida, garantizando el mayor nivel de confort posible en esta etapa, de manera que la persona pueda afrontar la muerte de una forma digna. Es evidente que para conseguir ser competente en este tipo de cuidados, el profesional necesita disponer de una formación adecuada en cuanto a las estrategias de afrontamiento eficaces y haber elaborado sus propios miedos y ansiedades en relación al final de la vida (1, 2). Sin embargo, la preparación de los estudiantes de enfermería para el cuidado de las personas en el fin de su vida presenta considerables carencias, de manera que una gran parte de los estudiantes manifiesta sentimientos de ansiedad y falta de preparación emocional ante el paciente moribundo y su familia (3). También los profesionales expresan con frecuencia que el cuidado del paciente agonizante y su muerte es la situación más difícil con la que han de enfrentarse (4).

Desde la perspectiva de la enfermería transcultural, la muerte tiene una dimensión cultural y social que varía según el período histórico y las costumbres y creencias de la sociedad donde ocurre. El conocimiento del significado que la muerte tiene en cada comunidad es de una importancia fundamental en una sociedad globalizada donde los profesionales de la salud deben proporcionar cuidados de calidad a usuarios de etnias diferentes, durante su vida y al final de ésta (5).

El objetivo de este trabajo ha sido analizar y comparar las respuestas de dos muestras de estudiantes de enfermería, una árabe y otra española, a tres escalas de evaluación de la ansiedad ante la muerte, para poder establecer las diferencias existentes entre ellas.

**Método**

•Sujetos. Participaron en el estudio dos muestras de estudiantes femeninas de enfermería. La primera de ellas compuesta por 132 alumnas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alejandría, Egipto, con una edad media de 20,36 (DT = 0,83); y la segunda por 126 alumnas de la Escola d'Infermeria Gimbernat, de Sant Cugat del Vallès, Barcelona, con una edad media de 21,57 (DT = 4,88) años.

•Instrumentos. Las alumnas respondieron un cuestionario anónimo que contenía las tres escalas de ansiedad ante la muerte siguientes:

- Escala Árabe de ansiedad ante la muerte (Arabic Scale Of Death Anxiety = ASDA) (6). Escala originalmente construida en árabe y traducida al inglés y al español. Consta de 20 ítems con respuesta múltiple de cinco puntos.

- Inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory = DAI) (7). Construido originalmente en español, con versiones en inglés y árabe. Está formado por veinte ítems con respuesta múltiple de cinco puntos.

- Escala de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Scale = DAS) (8). La más conocida y traducida de las escalas de medida de la ansiedad ante la muerte. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso.

•Procedimiento. Las estudiantes respondieron a las escalas en sus respectivos idiomas, árabe y español. Previamente se les advirtió que la participación era voluntaria y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

## Resultados

Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes muestran que las puntuaciones de las estudiantes egipcias son significativamente superiores a las de las españolas en los tres instrumentos ( $p < 0,01$ ).

En la comparación por ítems, se observa que las egipcias presentan una mayor ansiedad ante estímulos externos relacionados con la muerte (por ejemplo, cementerios o cadáveres), pensamientos sobre la muerte y la cuestión de qué sucede después de la muerte, mientras que las españolas se manifiestan más ansiosas por las cuestiones de la aceptación y significado de la muerte.

## Discusión

Los resultados obtenidos concuerdan con los de otros autores que muestran que, en general, los sujetos árabes puntúan más alto que los occidentales, tanto en las medidas de ansiedad general (9) como en las de ansiedad ante la muerte (10, 11). Estas diferencias se han explicado desde diferentes perspectivas, incluyendo características de organización social individualista o colectivista (12), renta per cápita, calidad de vida y niveles de estrés vital (13). Asimismo, se ha apuntado la influencia que sobre la ansiedad ante la muerte puede tener el grado de religiosidad. Como consecuencia de la situación política y social, el mundo árabe, en general, ha experimentado un aumento significativo de la ortodoxia y el integrismo religioso, lo que podría ayudar a explicar que las estudiantes egipcias manifiesten más ansiedad ante estímulos externos, pensamientos sobre la muerte y la vida después de la muerte. Por el contrario, los sentimientos religiosos en la sociedad española han evolucionado de forma muy diferente. En las últimas décadas se ha producido un notable aumento del laicismo y secularismo y muchas personas, especialmente los jóvenes, han abandonado las creencias y prácticas religiosas. Además, la transición política a la democracia, el incremento de las libertades y la incorporación de España al grupo de países europeos económicamente fuertes, ha supuesto un aumento considerable del nivel y de la esperanza de vida, lo que puede asociarse con una disminución del nivel de estrés vital y de la ansiedad, tanto general como ante la muerte. Asimismo, con respecto a las actitudes ante la muerte, la sociedad española ha adoptado el sistema de valores occidental, donde la muerte es un tema casi tabú, restringido a ámbitos institucionales. En esta situación, puede entenderse que las estudiantes españolas manifiestan más ansiedad que las egipcias ante la aceptación de la muerte y su significado. Este trabajo pretende ser una aproximación preliminar al contraste intercultural de las reacciones ante la muerte en el ámbito de enfermería. Desde esta perspectiva, se hace evidente la necesidad de incluir la educación sobre la muerte en los programas de formación de los estudiantes de enfermería, de manera que, en su futuro como profesionales, dispongan de mecanismos de afrontamiento eficaces ante procesos y situaciones que pueden afectar, tanto a la calidad de su trabajo como a su bienestar personal.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *J Nurses Staff Dev* 2005;21:24-25.
2. Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte en enfermería: efectos de un curso de formación. *Enferm Clínica* 2001;11:104-109.
3. Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J. Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *J Nurs Educ* 2005;44:169-176.
4. Tomás-Sábado J, Aradilla A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería. Eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Científica* 2001;234-235:65-72.
5. Tomás-Sábado J, Limonero JT. Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enferm Clínica* 2004;14:328-333.
6. Abdel-Khalek AM. The Arabic scale of death anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Stud* 2004;28:435-457.
7. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Construction and validation of the Death Anxiety Inventory. *Eur J Psychol Assess* 2005;21:108-114.
8. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Psychol* 1970;82:165-177.
9. Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. The Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (KUAS): Psychometric parameters. *Eur J Psychol Assess* 2004;20:349-357.
10. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychol Rep* 2003;93:527-528.
11. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Note on death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychol Rep* 2004;95:1239-1240.
12. Triandis HC. Individualism and collectivism. Boulder, CO: Westview; 1995.
13. Abdel-Khalek AM. Death obsession in Arabic and Western countries. *Psychol Rep*. En prensa..

**AUTHOR/S:**

Professor Mary Chiarella

**TITLE:**

A review and analysis of policy in end-of-life care

**TEXT:**

The purpose of this piece of research was to provide a review of policy on palliative care and end-of-life care, focusing specifically on the UK and US. The review focused on past and current policy, and also explored a number of major issues, which included: the ongoing or continuing legal and ethical debates around end-of-life care; considerations around clinical practice from a range of stakeholder perspectives; and the major lobby groups at both national and international level who are both leading and influencing the debates. In addition, the review examined international trends in policy development, prior to concluding with this chapter on future directions for policy and research. This paper will examine future directions for policy and research. It will examine policy development and implementation, and inter-relate these to education, community involvement and research. Central to each of these topics is evaluation, and a model will be proposed which identifies the role of each in informing and shaping the others. It is clear that end-of-life care is an area in need of strong policy development and research, and in the past five years in particular many recommendations have been made in relation to policy, education, consumer involvement, evaluation and research. These recommendations have been assembled and considered within this paper.

**BIBLIOGRAPHY:**

- National Cancer Research Institute. 2004. Supportive and Palliative Research in the UK: Report of the NCRI Strategic Planning group on Supportive & Palliative Care. London: NCRI.
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. 2001. Building on success: strategic agenda for 2001 to 2004. London: NCHSPCS.
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. 2004. Submission on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. London: NCHSPCS.
- National Hospice and Palliative Care Organisation. Undated. History of hospice care [cited. 6th October, 2004] Available from <http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3285>
- National Institute for Clinical Excellence. 2004. Guidance on cancer services: Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. London: NICE.
- World Health Organisation. 2000. Achieving Balance in National Opioids Control Policy: guidelines for assessment. Geneva: WHO:
- World Health Organisation and International Union Against Cancer, (UICC). 2002. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO.
- World Health Organisation. 2003a. Global Action against cancer. Geneva: WHO.
- World Health Organisation. 2003b. Palliative care: symptom management and end-of-life care: integrated management of adolescent and adult illness. Geneva: WHO.
- World Health Organisation, Europe. 2004a. Palliative Care: The solid facts. Copenhagen: WHO.
- World Health Organisation. 2004b. A community health approach to palliative care for HIV and cancer. Geneva: WHO.
- World Health Organisation, Europe. 2004c. Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: WHO.

**AUTOR/ES:**

M. Plana Nieto, E. Domenech Graells, N. Montellà Jordana, C. Roura Cruzado  
.Area de Vigilancia de la Salud de Prevención de Riesgos Laborales del Ambit Barcelones Nord i Maresme

**TÍTULO:**

HABITOS DE SALUD DE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS SANITARIOS DEL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA BARCELONES NORD I MARESME DEL I.C.S.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Los hábitos de vida son uno de los principales determinantes de la salud en los países desarrollados. En Cataluña, desde 1993 la administración sanitaria plantea como objetivos de salud en la población general la promoción de los hábitos saludables y la reducción de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables: consumo de tabaco, hábitos alimentarios y ejercicio físico. Asimismo también establece reducir el consumo de tabaco entre los profesionales con un papel de modelo social: médicos, enfermeros, farmacéuticos y docentes. En los últimos años se observa una tendencia decreciente del tabaquismo entre estos profesionales, especialmente entre los médicos en los que la prevalencia ha disminuido del 38% al 24% entre 1990 y 2002, y en el caso del personal de enfermería se mantuvo en un 40% hasta 1996 descendiendo progresivamente hasta llegar al 36% en el 2002.

El Institut Català de la Salut (ICS), principal entidad proveedora de servicios sanitarios de Cataluña, realiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad entre sus profesionales a través de las áreas de vigilancia de la salud de las unidades de prevención de riesgos laborales. Según los protocolos establecidos por el Departament de Salut, dichas unidades ofrecen cada año un examen de salud laboral a un tercio del total de trabajadores (sanitarios y no sanitarios), completando el ciclo cada tres años. Estos exámenes son de carácter voluntario, excepto en los casos en que la ley determina realizar el examen de salud cada año por los riesgos a los que están sometidos los trabajadores (por ejemplo profesionales de radiología de categoría A),

La creación de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito de la Atención Primaria del ICS es reciente (desde 2001). Dado que no se dispone de datos sobre hábitos de vida de los profesionales de este ámbito de trabajo es necesario investigar en este campo para poder implantar medidas preventivas.

**OBJETIVOS**

Conocer la prevalencia de tabaquismo, sobrepeso y/o obesidad y sedentarismo en los profesionales de los centros de Atención Primaria del Institut CATALA de la Salut.

**METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional. El universo de estudio fueron los 2.009 trabajadores (sanitarios y no sanitarios) de los centros de salud del Ámbito de Atención Primaria del Barcelonès Nord i Maresme. La población de estudio fueron los 372 trabajadores que en el año 2004 aceptaron el examen de salud laboral (dicho examen se ofreció a 670 trabajadores).

Se recogieron las siguientes variables: sexo; edad (se clasificaron en los siguientes grupos: 18-30a, 31-40a, 41-50a, 51-60a, 60-65a); categoría profesional (médico/a, diplomado de enfermería, auxiliar de enfermería, comadrona, administrativo/a, asistente social); peso, talla y cálculo del IMC (bajo peso <20, normopeso  $\geq 20$  y <25, sobrepeso  $\geq 25$  y  $\leq 30$ , obesidad >30); consumo de tabaco (fumador y no fumador o exfumador) y ejercicio físico extralaboral (realizar como mínimo 45 minutos tres veces por semana o sedentario).



El análisis descriptivo de las variables categóricas se realizó mediante el estudio de las proporciones y se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC95). La distribución de las proporciones se analizó con la prueba de la Chi-cuadrado.

## RESULTADOS

Aceptaron el examen de salud menos del 50% de los médicos. En el resto de categorías profesionales los porcentajes oscilaron entre el 55% de comadronas y auxiliares de enfermería, 65% de diplomados de enfermería y el 80% en el caso de los asistentes sociales.

Del total de los 372 trabajadores estudiados, el 83% (n=309) eran mujeres. Por grupos de edad el 16% (n=60) tenían menos de 30 años, el 26% (n=95) entre 31 y 40a, el 39% (n=146) entre 41 y 50a, el 18% (n=67) entre 51 y 60a. y sólo un 1% tenían más de 60 años. El 30% eran médicos, el 32,5% diplomados de enfermería, el 24,2% administrativos y el 7,3% auxiliares de enfermería. El conjunto de profesionales sanitarios representó el 74%.

Un 27,2% (IC95: 23%-32%) eran fumadores. El 31,7% (30%-40%) presentaban exceso de peso: el 19,9% (16%-24%) sobrepeso y el 11,8% (8,5%-15%) obesidad. Declararon no realizar ejercicio físico extralaboral el 46,5% (41%-51,6%) de los profesionales.

Por categorías profesionales, los menos fumadores fueron los asistentes sociales (12,5%) y los más los administrativos (32,2%) sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El porcentaje de médicos con exceso de peso (16%) fue significativamente inferior al resto de categorías ( $p<0,005$ ): administrativos un 44% y entre 34%-36% el resto. Eran sedentarios el 54% de comadronas y administrativos, el 45,5% de diplomados de enfermería y el 40% de los médicos, sin diferencias estadísticamente significativas entre categorías profesionales.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de los hábitos de vida no saludables en el conjunto de trabajadores de los centros de Atención Primaria es similar a la de la población general de Cataluña. Por categorías profesionales, los administrativos son el grupo con más factores de riesgo cardiovascular. En cambio los médicos son los que presentan menor sobrepeso y los que realizan más ejercicio físico. Estas diferencias podrían en parte explicarse por el hecho de que los profesionales sanitarios tienen mejor conocimiento de los riesgos que comportan estos malos hábitos.

Como limitaciones del estudio cabe destacar que se trata sujetos que han aceptado la realización del examen de salud por lo que puede existir un sesgo de selección. Esto puede ser especialmente relevante en el caso de los médicos ya que menos del 50% aceptaron el examen. Si el hecho de aceptar está relacionado con la presencia de hábitos más saludables los resultados no serían extrapolables al conjunto de trabajadores médicos. No disponemos de esta información.

Creemos que el profesional que valora y considera importante tener unos hábitos de vida saludables lo transmite mejor a los usuarios. Por este motivo en el 2005 se ha iniciado formación a todos los trabajadores, incluso en algunos casos intervenciones individuales, con el fin de sensibilizar de la necesidad de adquirir dichos hábitos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Autores: Cabeza C., Jané M., Marín D., y cols. Titulo: Dona i Tabac ( Mujer i Tabaco). Capitulo: L'habit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya. Edita: Direcció General de Salut Publica. Editorial: Prous Science,S.A. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat I Seguretat Social, 2002.

Enquesta sobre l'habit tabaquic en alguns grups professionals de Catalunya 1986-2002 (informe técnico). Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya

**AUTOR/ES:**

Hernández Pascual, M.; Jurado Gómez, A.; Martín Lagunas, M<sup>ª</sup>L.

**TÍTULO:**

Cobertura de la vacuna antigripal e incidencia de la Gripe en población diabética del Area 8 de Madrid.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

La Gripe es una enfermedad infecciosa producida por el virus Influenzae que, en la actualidad, sigue siendo un importante problema de Salud Pública a nivel mundial, debido a su facilidad de transmisión y a la morbimortalidad que provoca, sobretodo en pacientes con edad avanzada y con patología crónica asociada (1, 2). Hasta este año, las recomendaciones de vacunación no han sufrido modificaciones significativas desde la década de los 90 (3), en las que se incluyen, entre los principales grupos de riesgo, a pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus (DM) (4). En estos pacientes la morbi-mortalidad se ven aumentadas a causa de las complicaciones respiratorias y/o metabólicas que puede desencadenar este proceso infeccioso. El método preventivo principal con el que contamos en la actualidad es la inmunización activa mediante la administración de la vacuna antigripal, que se realiza de forma anual en toda España, en los meses de Octubre y Noviembre .

El objetivo de nuestro estudio va dirigido a determinar la cobertura vacunal de la gripe en la población diabética del Área 8 de Madrid atendida en Atención Primaria (AP) durante la campaña de vacunación 2003/2004, y analizar posteriormente la incidencia de la enfermedad gripal en esta población.

Se trata de un estudio descriptivo transversal cuya población diana es la población del Área 8 de Madrid, área sanitaria que se divide en tres distritos, Móstoles, Alcorcón y D. Rural, este último engloba 6 zonas básicas de salud. Los datos analizados se registraron entre los meses de Septiembre 2003 a Mayo 2004 en la historia clínica informatizada mediante el programa OMI-AP, que utiliza la CIAP como codificador de problemas de salud. Analizamos los códigos de Diabetes Mellitus (T90) y Gripe ( R80-R81).

Los resultados se presentan en porcentajes, siendo los intervalos de confianza del 95%. Para la comparación de variables cualitativas se empleo el test de Chi-cuadrado. El nivel de significación se estableció en 0.05, y se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.5.

**Resultados:**

La población adscrita al Área 8 era de 457.068 habitantes (corte de TSI en Diciembre/03). Del total de población, 16.831 tienen en su historia clínica individual el episodio de Diabetes Mellitus (T90), obteniendo un porcentaje de diagnóstico del 3,7% (IC95%:3,63-3,74).

Durante la Campaña de vacunación antigripal 2003/04, se utilizaron un total de 67.550 vacunas de gripe administradas a la población total del Área. De éstas, el 14% se emplearon en pacientes con diagnóstico de Diabetes. En valores absolutos, nos encontramos que fueron vacunados 9.281 diabéticos, alcanzandose en esta campaña 2003/04 una cobertura vacunal en población diabética de un 53,9% (IC95%: 53,2-54,7).

En cuanto a las coberturas alcanzadas por sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas, siendo del 53% en varones diabéticos, y de un 55,8% en mujeres diabéticas, no siendo esta resultado relevante para la práctica clínica.

La variable edad se analizó en dos grupos, recogiendo las indicaciones etarias vigentes en la campaña 2003/04(2). La cobertura en personas diabéticas menores de 65 años fue del 43,2 %, y en los mayores de 65 años del 65,3%.

El porcentaje de diabéticos vacunados por distritos sanitarios fue de un 54,9% (IC95%:53,8-56,0) en Móstoles, 54,9% (IC95%:53,7-56,1) en Alcorcón y 46,9% (IC95%:44,8-49,1) en la Zona Rural.

Al analizar los datos de cobertura por distritos y por edad, sin embargo, vemos un incremento importante de cobertura vacunal en población mayor de 65 años en el distrito Rural (68%), frente a las alcanzadas en los distritos urbanos de Móstoles( 56,5%) y Alcorcón (60,9%), mientras que en el grupo de diabéticos vacunados menores de 65 años, el porcentaje obtenido es similar en los tres distritos, siendo de 43,5%, un 39,1% y un 32%, en Mostoles, Alcorcón y D.Rural.

Una vez cuantificada la cobertura antigripal de la población con Diabetes del Área, nos planteamos analizar la incidencia de la Gripe como enfermedad en la población a estudio, basandonos en el diagnóstico clínico evidenciado por los facultativos del Área y con registro codificado (R80-R81), en la historia clínica informatizada OMI-AP.

Los resultados obtenidos nos muestran 4905 casos de Gripe en el Área entre la semana 40 del año 2003 y la semana 20 del año siguiente. De ellos, 97 casos fueron en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus (2%). La incidencia de total de Gripe en los pacientes con diagnósticos de DM fue del 0,57%. Como objetivo general del estudio constatamos que en el grupo de DM vacunados la incidencia de enfermedad gripal fue del 0,4% (34 pacientes), mientras que en la población diabética sin vacunar alcanzó un 0,8 % (63 pacientes).

Comparamos los datos resultantes con la tasa de incidencia semanal de nuestro Área con los datos que ofrece el Centro Nacional de Epidemiología, observando gráficos superponibles y extrapolables con los datos presentados por la red de vigilancia de la Gripe y red de médicos centinelas.(4)

Discusión:

- La prevalencia de la Diabetes en el mundo Occidental, según la O.M.S. se estima sobre el 6%, porcentaje que aumenta con la edad, llegando hasta un 16% en mayores de 65 años. En España, la prevalencia de diabetes conocida oscila sobre el 4,4 % (5). Según los datos obtenidos sabemos que existen cerca de un 38,5% de personas diabéticas aún sin captar en nuestro Área. En este porcentaje debemos englobar tanto la llamada "diabetes desconocida", como la "diabetes ignorada".(1) Una vez disponemos de estos resultados, desde Atención Primaria deberíamos proponer nuevas actividades encaminadas a la detección de esta enfermedad crónica. En nuestra práctica enfermera diaria, nos deberíamos dirigir hacia la identificación activa de población susceptible de padecer dicha enfermedad, indagando entre la población general los posibles factores de riesgo individuales, mediante una exhaustiva anamnesis, interrogando antecedentes familiares y personales, obesidad, sedentarismo y malos hábitos alimenticios (OMS), ya que la detección precoz de la Diabetes y su posterior tratamiento y control condiciona la aparición de complicaciones derivadas de esta enfermedad metabólica. No obstante, la Educación para la Salud, debemos dirigirla hacia la promoción de actitudes positivas de la población con el fin de mantener la Salud y de proporcionar directrices saludables para potenciar su autocuidado.

- En la Campaña de la Gripe 2003/04 se vacunaron aproximadamente a la mitad de los diabéticos del Área 8, por lo que señalamos que a otro 50 % de diabéticos "conocidos", a pesar de la indicación de la vacunación, no se les administró la inmunización antigripal. A su vez, estos datos nos hacen pensar que debemos de modificar el abordaje a estos pacientes ya diagnosticados, pacientes que ya han accedido al Sistema Nacional de Salud en algún momento de su enfermedad, proporcionándoles una Educación Sanitaria más integral, dirigida a la potenciación de su autocuidado, la promoción de la salud y la prevención, en este caso, de la enfermedad gripal(6). En nuestra práctica clínica, la Atención al paciente con Diabetes Mellitus, y la vacunación de la Gripe a población de riesgo, son servicios que ofertamos dentro del Plan de Actuación Sanitaria (P.A.S.), teniendo la posibilidad de informarles, en la numerosas consultas que estos pacientes realizan a lo largo de todo el año, bien desde la consulta médica o desde la de enfermería, de la importancia de la administración de la vacuna durante los meses de Octubre y Noviembre, haciendo incapie a la prevención no sólo de la Gripe, sino de las posibles complicaciones tanto respiratorias, como metabólicas que puede derivar este proceso infeccioso.

- Por otro lado, detectamos que entre la población diabética parece tener un mayor peso para vacunarse el factor edad que el factor "enfermedad crónica" ó población de riesgo, como así se ha identificado en otros estudios realizados a población de riesgo (7). El objetivo que se propuso la Comunidad de Madrid en dicha campaña en población mayor de 65 años, fue alcanzar una cobertura de al menos el 60 % (2). Dentro de los datos obtenidos en nuestro Área, observamos que en el grupo de pacientes con Diabetes mayor de 65 años, se alcanzaron coberturas medias del 62 %, cumpliendo con ello el objetivo propuesto por nuestra Comunidad.

- Los datos obtenidos por distritos indican un aumento de cobertura en diabéticos vacunados mayores de 65 años en el distrito rural, estadísticamente significativo con respecto a los núcleos urbanos. Estos resultados son debidos al mayor envejecimiento de la población en la zona rural, respecto a la urbana, como así lo recoge la distribución porcentual por grupos de edad de los censos de población de la Comunidad de Madrid (8).

-Así mismo, observamos que la inmunización activa reduce a la mitad la incidencia de Gripe en la población diabética vacunada, comparandola con la población diabética no vacunada, por lo que se confirman los datos de la efectividad de la vacunación como medida de prevención(9). Existen estudios clínicos que nos demuestran que la efectividad de la vacunación depende tanto de la vacuna administrada, como de la edad, y patología concomitante de las personas que la reciben, pero se presume que la efectividad debería ser similar a la observada en sujetos de la misma edad pero sin comorbilidad (10). En cuanto a la población mayor de 65 años, diversos estudios demuestran que la vacuna de la gripe reduce la enfermedad y la mortalidad asociada a la infección gripal (11). Además, se conoce que cuando el virus circulante es similar al incluido en la vacuna de la vacunación puede evitar uno de cada cinco casos de gripe, uno de cada cuatro ingresos por neumonía y gripe, y uno de cada cuatro fallecimientos tra el ingreso por neumonía y gripe(12).

Los organismos competentes en Sanidad y Salud Pública vienen desarrollando funciones que desde su nivel de participación central, deben de conseguir diseñar estrategias de vacunación para aumentar la captación, sobretodo de los grupos de riesgo, elaboración de material educativo e informativo y su distribución, elaborar las recomendaciones de vacunación (13), además de analizar y detectar "puntos flacos" que contribuyan con su modificación a mejorar los diseños de las sucesivas campañas. De esta manera, durante este año 2005 estamos constatando modificaciones relevantes, como la reducción etaria de vacunación a los 60 años, aunque desde el día a día creemos que la información dirigida a los profesionales, debería de realizarse durante los meses previos de vacunación, con el fin de poder diseñar a nivel local, actividades divulgativas de información y Educación para la Salud adecuadas, utilizar todos los recursos disponibles (como la prensa y medios de comunicación local, elaboración de folletos...). De la misma manera, desde el ámbito local o de centro debemos de tener en cuenta los diferentes espacios de intervención de los que disponemos, tanto a nivel individual, como grupal o el comunitario.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Martín Zurro, A. y Cano Pérez, JF. Manual de Atención Primaria. 4ª edic. Harcourt.
2. SAMFYC. Epidemiología de la Diabetes Mellitus.  
[www.cica.es/aliens/samfyc/epidem-1.htm#prevalencia](http://www.cica.es/aliens/samfyc/epidem-1.htm#prevalencia)
3. Juan J. Picazo. Guía práctica de vacunaciones. Madrid, 2004.
4. Vacunación Antigripal. Campaña 2003-2004. D.G. de Salud Pública, Alimentación y Consumo de la Consejería de Sanidad de la CCMM. .
4. C.N.E. Informe sobre vigilancia de la Gripe. España. Temporada 2003-2004.  
<http://193.146.50.130/htdocs/ve/ve.htm>
5. Amos AF, McCarthy DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabet. Med. 1997; 14
6. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Mazarrasa-German- Sanchez M- Sanchez G.- Merelles-Aparicio. McGraw-Hill. Interamericana.
7. Mayo E, Jimenez R, Hernández V., Carrasco P. Coberturas vacunales antigripales en la Comunidad de Madrid. Evolución entre los años 1993 y 2001. XIII Jornadas Internacionales sobre Actualización en Vacunas.
8. Indicadores Municipales de la Comunidad de Madrid.  
<http://www8.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/otros/im00.htm>
9. Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD001269.
10. Conferencia de Consenso sobre Gripe. A.E.V. Junio 2005.
11. Beckles GL, Engelgan MM. Influenza and pneumococcal vaccination coverage in adults with diabetes, 1993.
12. Colquhoun AJ, Nicholson KG, Botha JL, Raymond NT. Effectiveness of influenza vaccine in reducing hospital admissions in people with diabetes. Epidemiol Infect 1997; 119: 335-341.
13. CDC. Prevention and Control of Influenza Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices ACIP. MMWR 2001.

**AUTOR/ES:**

M José Santomá, Sonia Carvajal, Joan A Caylà, Èlia Díez, Antonia Ferrer, Patrícia García de Olalla, Agapita González, Dolors Minguell, Enrique Muñoz, Ángela Prats, Isabel Ricart, Palmira Rodrigo, Gloria Rovira, Carmen Sardó, Eugenia Sureda, Laura Caballé, Isabel Vera García, Olga Juárez.

**TÍTULO:**

Intervención vacunal contra las Hepatitis A(HA) y B(HB) en saunas de hombres homosexuales (HMS) de Barcelona

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

La HA es una enfermedad vírica, transmisible, de distribución mundial. Su presentación puede ser esporádica o epidémica. El causante es un virus ARN del grupo de los Picornavirus Enterovirus. La incubación es de 15 a 30 días y es infectiva durante las dos semanas anteriores y las 3 posteriores a la aparición de los síntomas. El reservorio son los humanos y demás primates infectados. Resuelta la infección no hay reservorios ni pacientes crónicos. La principal vía de transmisión es la fecal-oral. Los patrones epidemiológicos están condicionados por las costumbres sexuales de algunos colectivos. La vacuna, que se empieza a aplicar en nuestra ciudad en el año 1998, tiene un 90% de efectividad. Desde 2003, la Generalitat de Catalunya recomendó la vacunación de la HA a todas las personas de riesgo. Tres cuartas partes del planeta tienen una endemicidad por HA media y alta. Canadá, Estados Unidos, Europa y Australia mantienen una baja endemicidad.

**JUSTIFICACIONES DE LA CAMPAÑA**

- 1-La HA es una enfermedad vírica que produce inmunidad, por lo tanto, es vacunable y prevenible.
- 2-En Barcelona se estima que hay aproximadamente 3.800 hombres HMS (entre el 2 y el 5% de la población masculina).
- 3-Debido a que en la ciudad, después de la aparición de la vacuna en 1998, aumentaron las declaraciones de HA entre los HMS en 2002 y 2003 y a las características de la transmisión, se diseñó un plan preventivo de comunicación y vacunación.
- 4-Se aprovechó la intervención para vacunar también para la HB, de pronóstico más grave.
- 5-Los HMS son una población conocida de riesgo.
- 6-La OMS, el CDC y protocolos nacionales de prevención recomiendan su vacunación.
- 7-La vacuna está disponible en el Sistema Nacional de Salud y es muy efectiva.
- 8-En Barcelona, el aumento de HA en HMS se relaciona con la frecuentación de saunas.

**EPIDEMIOLOGIA**

La incidencia aumentó de forma significativa en los años 2002 y 2003, con sendos picos epidémicos.

**OBJETIVOS**

- 1- Reducir la incidencia de HA y aumentar la cobertura vacunal de los HMS de Barcelona, especialmente de los que frecuentan locales de intercambio sexual.
- 2- Describir las características de los vacunados
- 3- Valorar el impacto de la campaña.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

La campaña se llevó a cabo en varios centros de ambiente homosexual masculino: tres saunas, un hotel exclusivo y diversos pisos de Barcelona durante un periodo de 18 meses. La población participante fueron los hombres HMS de más de 18 años y sus parejas sexuales que concurrían a dichos centros.

El diseño fué el de un estudio quasi-experimental pre-post, sin grupo de control. Se eligió este diseño por su gran viabilidad y su escasa interferencia en el curso de los hechos.

La intervención consistió en una campaña de comunicación en centros, discotecas, bares y medios homosexuales y posteriormente una campaña de vacunación directa en lugares de encuentro (saunas) y en centros sanitarios con entrega de folletos informativos y toda la información oral que demandaron..

Los instrumentos de medida fueron los Registros de Vacunaciones, el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria y la Encuesta de Monitorización de Hábitos Sexuales.

## RESULTADOS

La cobertura de la población para la primera dosis fué del 38%, con 1.700 vacunados.

Antes de acabar el período de vacunación, la incidencia bajó a cero y se mantuvo así durante medio año.

## LIMITACIONES

Falta un grupo de control.

No podemos asegurar una asociación causal entre la disminución del número de enfermos y la campaña, ya que, según el gráfico de 15 años la incidencia aumenta periódicamente para disminuir el año siguiente. Necesitamos más tiempo para determinar su causalidad.

Hay una infra-notificación de las enfermedades de declaración obligatoria que no permite detectar pequeños brotes ni ajustar las tasas a la realidad.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se debe seguir la evolución de los casos de HA y HB para detectar nuevos brotes.

Hay posibilidad de que el brote haya saltado a otras comunidades autónomas debido a los visitantes de paso que se detectaron durante la campaña.

Se han de realizar campañas informativas periódicamente.

De debe aumentar la cobertura vacunal del colectivo HMS.

El papel de enfermería ha sido determinante en la consecución del programa: determinar contactos, conseguir adhesiones, desvanecer desconfianzas, vacunar e informar.

## BIBLIOGRAFÍA:

Epidemiologia i prevenció de les malalties de transmissió sexual (MTS). J. A. Caylà, Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Presentación en la Universitat Autònoma de Barcelona, Noviembre de 2004.

Tríptico informativo EVITE LA HEPATITIS A. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC.

Campaña de vacunación contra la Hepatitis A en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Tesina del Máster de Salud Pública de la Universitat Pompeu Fabra. Tesinanda: Sonia Carvajal. Febrero de 2005.

**AUTOR/ES:**

Olga Monistrol Ruano, Maria Riera Blasi y Lidia Casado Vázquez

**TÍTULO:**

Evaluación de un programa educativo para la prevención del VIH y otras enfermedades en internos en centros penitenciarios.

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

La infección por el VIH/sida es una epidemia que afecta a todos los países y que puede afectar a cualquier miembro de la comunidad siendo las mujeres, las personas inmigradas de otros países y en condiciones de vida precaria, los internos en centros penitenciarios (CP), los jóvenes y los usuarios de drogas ilegales los grupos más vulnerables (1). En los CP encontramos a un gran número de internos que cumple uno o más de estos criterios de vulnerabilidad delante de la infección por el VIH y otras enfermedades como la hepatitis B y C. En efecto, los consumidores de drogas suelen ingresar en los CP por delitos relacionados con el consumo de drogas. A su vez, en los CP se detectan ciertas prácticas de riesgo tales como la realización de tatuajes sin el material estéril necesario, tener prácticas sexuales sin protección, o el hecho de compartir el material de inyección de drogas. Una de las dificultades al intentar cuantificar estos datos es la escasa publicación oficial existente. Los datos de los que se disponen son que en Cataluña, el 22% de la población carcelaria está infectada por el VIH siendo la coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC) del 47 % (2). Ante esta situación y teniendo en cuenta las repercusiones de estas enfermedades para la salud de los internos, la asociación Àmbits-esport, en colaboración con el departamento de salud y de Justicia de la Generalitat de Cataluña, puso en marcha en los CP catalanes de la provincia de Barcelona, un programa dirigido a la educación, información, asesoramiento y prevención de la infección del VIH y otras enfermedades infecciosas. Después de un largo periodo de funcionamiento de dicho programa se plantea su evaluación para poder conocer los efectos inmediatos de este en la población diana.

**Objetivo general:**

Evaluar la efectividad de una intervención educativa dirigida a internos en centros penitenciarios para evitar o minimizar los riesgos de infección por el VIH y otras enfermedades infecciosas.

**Material y Métodos:**

Para poder evaluar la efectividad del programa educativo se realizó un estudio comparativo utilizando mediciones antes-después de la intervención en un solo grupo (sin grupo control). El muestreo fue de conveniencia siendo los psicólogos de los dos centros penitenciarios (CP) de adultos de Barcelona (CP Brians y Quatre Camins) los que formaban grupos de 10 a 15 internos para asistir al grupo de intervención. Los candidatos eran internos infectados o con prácticas de riesgo de infección por el VIH (generalmente por consumo de drogas por vía endovenosa). Se consideraba criterios de exclusión el padecer algún trastorno psiquiátrico que dificultara la integración en el grupo de intervención. La participación era voluntaria y podían retirarse del grupo por motivos relacionados con su condena o por motivos personales. A su vez podían ser expulsados del grupo si tenían conductas que distorsionaran el buen funcionamiento del grupo. Las intervenciones eran grupales y consistían en 12 sesiones de hora y media de duración con una frecuencia semanal. Consistían en clases teóricas, ejercicios grupales y dinámicas participativas sobre los siguientes temas; salud desde una perspectiva holística (bio-psico-social), infección por el VIH, hepatitis y otras ETS, tratamientos, reinfección, prevención, métodos anticonceptivos, prácticas de reducción de daños, recursos sanitarios externos al centro penitenciario, sexualidad y consumo de drogas. Los objetivos específicos del programa eran:

1) Adquirir la suficiente información sobre cómo se transmite el VIH, Hepatitis y otras ETS así como formas de prevención y promoción de la salud.



2)Profundizar sobre los conceptos de salud en general y sobre las repercusiones de la infección del VIH para la salud.

3)Propiciar la adopción de medidas preventivas para evitar las reinfecciones y la transmisión del VIH y otras ETS.

4)Favorecer la discusión de creencias relacionadas con la infección del VIH, hepatitis y otras ETS.

5)Potenciar l'adquisición de habilidades sociales y de comunicación trabajando las actitudes y tomas de decisiones responsables dirigidas a mejorar la salud a nivel bio-psico-social.

Para evaluar la intervención se utilizó como instrumento de medida una adaptación del cuestionario del programa Lluna (3). Se trata de un un test auto aplicable, el pretest se administraba previo al inicio del grupo de intervención y el mismo test junto con algunas preguntas socio-demograficas y personales, a la semana de la finalización del grupo. Dicho cuestionario fue creado por el Equip Lluna (3) a partir de la adaptación para medio penitenciario del utilizado por Ubillos (4) (5).

El cuestionario se compone de las siguientes partes:

- 1) Datos socio-penitenciaros,
- 2) Practicas sexuales, seropositividad y practicas de riesgo,
- 3) Conocimientos sobre VIH,
- 4) Percepción de estar informado sobre el VIH,
- 5) Escala de percepción de riesgo de infección del VIH,
- 6) Uso del preservativo
- 7) Beneficios e inconvenientes del uso del preservativo.

Análisis estadístico: Se han realizado análisis descriptivos con frecuencias y porcentajes en el caso de las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se ha utilizado la prueba Ji-cuadrado para detectar posibles diferencias significativas entre los grupos de sujetos según edad, sexo, ser portador del VIH, conocimientos sobre el VIH, percepción de riesgo y percepción de estar bien informado.

Además se han aplicado las pruebas de McNemar, prueba T y la no paramétrica de Wilcoxon para datos apareados con el fin de detectar cambios estadísticamente significatos entre las respuestas del pre y post test.

Resultados:

Durante el año 2004 se realizaron un total de diez grupos de intervención educativa. Cinco en el CP de Brians (2 en el módulo de mujeres y 3 en el de hombres) y cinco en el CP de Quatre Camins. Formaron parte de los grupos 120 internos de los cuales solo 72 cumplimentaron el cuestionario antes y después (pre y post test) de la intervención. Estas pérdidas, relacionadas con el sistema penitenciario (regresiones, cambios de módulo o salidas a recursos externos) no han podido ser contabilizadas según causas.

Respecto a los datos socio-demográficos destacamos que el 86,7% eran hombres versus el 13,3% que eran mujeres. La media de edad era de 32 (DT 5,8) años y en cuanto al nivel de estudios el 58% de los participantes habían finalizado la básica completa. Referente a datos relacionados con la salud de los participantes el 34% estaban infectados por el VIH y que el 89% habían consumido drogas por vía endovenosa. Destaca que el 93,1% tiene algún tatuaje en su cuerpo y que el 63,9% dice haberselo hecho en el CP. En relación al uso del preservativo, un 40,3% afirma no usarlo en las relaciones con la pareja estable pero sí lo usan en un 60% cuando las relaciones son esporádicas.

Si comparamos las prácticas de riesgo para el contagio del VIH (Tatuajes, consumo de drogas por via parenteral, compartir material de inyección y uso de preservativo) según género no aparecen diferencias significativas para el tatuaje y el uso del preservativo mientras que si hay diferencias en el compartir material de inyección siendo los hombres los que más comparten material.

La comparación entre los resultados obtenidos en el pre test y post test indican que los participantes presentan un buen nivel de información sobre el VIH/SIDA. De esta manera, en una escala de 0 a 11(0=ningún conocimiento y 11=máximo conocimiento) la mediana de conocimientos sobre la infección del VIH es de 8.07 (DT 1,53) en el pre-test y de 9.05 (DT 1,05) en el post-test ( $p=0.001$ ). Destaca que el nivel de conocimientos sobre VIH es superior en la población seropositiva que en la seronegativa aunque la mejora solo es estadísticamente significativa en el grupo de personas seronegativas.

Esta mejoría de conocimientos aparece en los temas relacionados con la reinfección y el riesgo de contagio en la práctica del sexo oral.

Los resultados sobre si se sienten bien informados sobre el VIH indican que hay una mejora en el post test con un nivel de significación de  $p=0,014$ .

Respecto a los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo solo aparece una mejora estadísticamente significativa en el post test en dos preguntas; estas se refieren a la forma de retirar el preservativo después de su utilización y a como utilizar el reservorio para evitar roturas durante la utilización. Después de la intervención, los internos siguen citando desventajas respecto al uso del preservativo pero mejora la percepción de las ventajas para la prevención de ciertas enfermedades de transmisión sexual y sobre la tranquilidad y seguridad que se obtiene con su utilización.

#### Conclusiones y Discusión:

Los resultados indican que el nivel de conocimientos sobre el VIH y formas de transmisión es bueno antes de la intervención pero que los conocimientos y actitudes mejoran tras las sesiones educativas. En efecto, la literatura indica que la información es necesaria pero no es una condición suficiente para reducir las conductas de riesgo (5). Por ello proponen utilizar técnicas participativas para informar sobre riesgos a la vez que se dan herramientas para aprender formas de evitarlos.

En este artículo sólo se presenta la evaluación de resultados en términos de conocimiento y actitudes inmediatos después de la intervención. Sin embargo, un elemento importante de la educación para la salud es poder evaluar la efectividad de la intervención realizada mediante el seguimiento de los participantes a largo plazo. De esta manera, planteamos, en un futuro próximo, hacer un seguimiento de los participantes para determinar si los conocimientos aprendidos han servido para evitar infecciones y reinfecciones, para tatuarse de forma higiénica, para negociar el uso del preservativo y para disminuir los riesgos de exposición a ETS.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) UNAIDS. 2004 report on the global AIDS epidemic. Analitic summary. <http://www.unaids.org>
- (2) Generalitat de Catalunya. Departament de Justicia.. Informació estadística bàsica. Serveis penitenciaris, rehabilitació i justícia juvenil. Publicació semestral, 8 de juny de 2005.
- (3) Programa Luna. Talleres de sexo + seguro y consumo de drogas de menos riesgo en el medio penitenciario. Guía de intervención. AVACOS. Ministerio del interior. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2ª edición revisada y completada. Valencia. 1999
- (4) Ubillos, S. Guía de educación sexual para jóvenes 2. Diputación Foral de Guipúzcoa, Donostia-San Sebastián, 1995: 43-64.
- (5) Bayés, R. SIDA y psicología. Ed. Martinez Roca. Barcelona, 1995.

**AUTHOR/S:**

Heidar Ali Abedi: BSN, MScN, PhD. Associate Professor:

Mojgan Khademi, Reza Daryabegi and Nasrollah Alimohammadi. Academic members

ADRESS: Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, The Islamic Republic of IRAN

**TITLE:**

The influence of attending in hospital as caregivers for their elder relative - on their health and family situations- a phenomenologica

**TEXT:**

Introduction:

With increasing the life expectancy, the number of older adults is increasing and the demand for geriatric health care services will rise. The aged population is the greatest user of insufficient health resources because of their high incidence of chronic and acute illnesses. Related to this is the issue of impaired independence in activities of daily Living (eating, bathing, continence, mobility, communication leisure activities , and social skills) in other hand, contributing factor is the lack of community health nursing in Iran, which, if resolved, might reduce community health problems in this country. This lack has resulted in admitting the elderly patients in hospital and family members feel responsibility to attend to the hospital for taking care of them.

Hence it is necessary to study the experiences of such caregivers in order to recognise their needs and submit to health policy makers. They play a role as a member of care giving team and they need caring themselves as they are under numerous tensions. So taking care of them, who are the most important part of caring network for elderly population, is necessary. Discovery of the meaning of their lived experiences reflects of every day facts of our society.

Objective: To describe the structure and essence of impact of attending in hospitals as caregivers on their health and family situations.

Method: The qualitative phenomenological research was employed and the sample was chosen amongst the source of data, the family caregivers of hospitalized elderly patients from one of the hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. The sampling method was purposive and sample size was dependent on the data saturation and a total of 12 participants were chosen in the end. The data were collected by deep interviews and analyzed using parsi method.

Results : The findings of this study showed core concepts expressing participants' experiences, including: economics problems, disturbances in family and social life and, facing physical, emotional and psychological complications

Conclusion:

The roles of caregivers are strained that may change their role from a caregiver to a care recipient. Complications of this problem can threaten not only the patient but also his/her family, society and formal caring system. This study also showed the role of supportive resources in modifying caregiver role strain and preventing of its complications. Knowing this phenomenon reveals the importance of supporting family caregivers in their role . According to the findings, support of family caregivers should be a priority . Function of formal caring system and policies in support of these persons should be changed.

**AUTHOR/S:**

Dr Kathy Murphy

**TITLE:**

Nurses' perceptions of quality care for older people living in long-term care

**TEXT:****Aim**

The aim of this research was to determine nurses' perceptions of the attributes of quality care and the factors that facilitate or hinder high quality nursing care for older people in long-term care settings in Ireland. A mixed method sequential exploratory research design was used.

**Method**

The first phase, which involved 20 interviews with staff working in long-term care, was a qualitative exploration of nurses' perceptions of quality care for older people and the factors that facilitate or hinder quality care. Respondents were asked to illustrate their accounts with examples from their practice setting and to describe the reality of care within their practice setting.

The second phase, which followed phase one, used interview data to build a self-response questionnaire. Information was collected from 498 nurses working in long-term care settings within the Health Board, in order to determine the extent to which perceptions and factors could be generalised to the population as a whole. A 68% response rate was achieved. Factor analysis was used to identify facilitating and hindering factors of quality care for older people. Survey participants were also asked to identify the extent to which elements of quality care were achievable within their care setting and information was sought in relation to four indicators of quality care for older people.

**Findings**

The findings of this study indicated that nurses perceived quality care for older people in Ireland as holistic, individualised, family centred and focused on promoting independence and autonomy and facilitating choice. The research revealed however that care in many practice environments was not individualised, patient choice and involvement in decision making was limited and some areas engendered dependency rather than independence. Following analysis of the survey data six facilitating and three hindering factors of quality were identified.

**Conclusion**

The role of the ward manager was identified as essential to high quality care but not sufficient as other aspects of quality were deemed important also. A self assessment audit tool and workbook was devised for ward managers as an empowering tool to help develop practice further. This research has implications for all nurses working with older people and makes recommendations for organisational change, practice development and nursing education

**Relevance, Originality and Usefulness**

This research identifies nurses' perspectives of quality care for older people and the factors that facilitate or hinder that care in Ireland, no other research was identified that focuses on this area of nursing in Ireland. While previous studies have focused on quality of care of older people (Mattiasson and Andersson, 1997; Raynes, 2000) none were identified which focused specifically on the facilitating and hindering factors of quality care

**BIBLIOGRAPHY:**

Mattiasson, A. C. & Andersson, L. (1997) Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*. 26 (6), pp 1117-1124.

Raynes, N. (2000) Quality Care: the inside story. *Elderly Care* 11 (10), pp 8-10.

**AUTOR/ES:**

AM Tomás Vidal, Petra Lull Caldentey, Amelia Pérez Alvarez, Teresa Oliver Valls, Margarita Bauzá Nebot, T Baena Panadero. Servei de Salut de les Illes Balears.

**TÍTULO:**

Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## 1.- Objetivos:

Para cualquier enfermera evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) es un reto. Además, este importante problema de salud pone a prueba la capacidad de un equipo de cuidados, que ha de demostrar su saber profesional y una correcta organización con el fin de asegurar la detección precoz del riesgo, la instauración de medidas terapéuticas y la continuidad de los cuidados (1,2).

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo de UPP son escasos en nuestro país y muestran cifras de prevalencia elevadas en pacientes de riesgo (29% a 51%) (1,3,4,5). Tanto las cifras mencionadas como la magnitud de las consecuencias que se derivan de este problema, sugieren la existencia de déficits en la aplicación de medidas preventivas y, por estos motivos hemos considerado necesario seguir estudiando este tema (6,7,8).

Los objetivos que animaron la realización de este trabajo fueron dos: estimar la prevalencia de úlceras por presión en una muestra representativa de pacientes encamados, ingresados en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, e identificar la presencia o no, en ellos, de los factores de riesgo descritos en la bibliografía

## 2.- Métodos:

Se planteó un estudio transversal y descriptivo. Los sujetos de estudio se seleccionaron en función de las siguientes características: pacientes de 18 años o más, ingresados en el Hospital Son Dureta durante más de 48 horas, en 15 unidades de hospitalización médico-quirúrgica, incluida la unidad de cuidados intensivos, que permanecieran en cama o silla, sin deambular, durante más de 48 horas.

Se realizó un muestreo aleatorio sistemático y se estudiaron tres tipos de variables: personales (edad y sexo), variable dependiente (úlceras por presión) y variables independientes (factores de riesgo de padecimiento de úlceras por presión: déficit de autonomía, déficit de sensibilidad, déficit de hidratación, déficit de oxigenación tisular, déficit nutricional, déficit inmunitario, incontinencia, fiebre, factores externos que aumentan el efecto de la presión, administración de cuidados de prevención, contacto de la zona ulcerada con un plano duro).

Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas, registros de actividad y entrevista con pacientes, familiares y equipo asistencial, utilizando un formulario validado y una guía para la cumplimentación. Asimismo se validó la información obtenida por las encuestadoras, constatándose su concordancia antes y durante la recogida de datos .

### 3.- Resultados:

Se estudiaron 161 pacientes (58,4% mujeres y 42,6% hombres) cuya media de edad fue de 69,86 años.

De los 161 pacientes, el 52,2% pasaban el día acostados o sentados y el 47,8% estaban siempre en cama. Presentaron úlcera el 44,7% y las úlceras, en su mayoría, se localizaron en extremidades inferiores (45%) y tronco (47%). La prevalencia fue de 44%.

El 86,3% de pacientes presentaban déficit de autonomía para movilizar la zona afectada. Del resto de variables independientes, las que se identificaron en un porcentaje de pacientes superior al 50% son: déficit de oxigenación tisular (68,3%), déficit nutricional (64,6%), déficit inmunitario (66,4%), incontinencia (54,6%) y administración de cuidados de prevención (73,3%).

Todos los pacientes tenían la zona ulcerada en contacto con un plano duro. Al 51% se le había realizado valoración de susceptibilidad.

### 4.- Discusión:

Las cifras de prevalencia obtenidas, entre un 36% y 52%, son similares a las que muestran los resultados de otros estudios nacionales, sobre pacientes de riesgo. El 92% de úlceras se localizaron en extremidades inferiores y tronco, lo que también es coincidente con la información obtenida de la bibliografía consultada (1,3,4,5).

Además, se observó una frecuencia muy alta de déficit de autonomía para la movilización en los pacientes estudiados. En cuanto al resto de variables independientes, todas, excepto la fiebre, se identificaron en más del 40% de los casos y son destacables los resultados obtenidos con relación a las variables: déficit de oxigenación (68.3%), déficit inmunitario (66.4%), déficit nutricional (64.6%), incontinencia (54.6%).

Esta constatación anima a estudiar la relación de causa-efecto entre estas variables y el resto de las contempladas en el diseño del proyecto, con la variable dependiente, para poder comprobar si son o no factores suficientes para que se produzca una úlcera por presión.

Parece significativo que, aún existiendo constancia escrita de algún cuidado de prevención para el 73% de los pacientes, sólo al 58% se le realizó valoración de susceptibilidad. Este hecho invita a estudiar las posibilidades de mejora en este aspecto mediante el diseño e implantación de programas de prevención de úlceras por presión, cuyos resultados se determinen con cortes de prevalencia periódicos, realizados por personas expertas en epidemiología sin vinculación directa a las unidades de hospitalización en las que se realicen, con la finalidad de garantizar la fiabilidad y la validez de la información obtenida y de asegurar la comparabilidad.

Referente a la metodología, y como primera aproximación a un posible análisis cualitativo de los factores que se pueden relacionar con la aparición de úlceras por presión, parece interesante exponer una reflexión acerca de la información no reflejada de forma numérica, obtenida en las visitas realizadas a las unidades de hospitalización.

Después de revisar 161 historias clínicas y entrevistar a pacientes, familiares y profesionales de enfermería, es aconsejable poner en cuestión la validez de la constancia escrita de una pauta de cuidados como indicador de la atención que reciben los pacientes, tanto en lo que se refiere al tipo de medidas como a la regularidad de las mismas. En sentido contrario, en ocasiones se prestan cuidados sin que de ello quede constancia escrita en los registros de enfermería.

Los resultados obtenidos animan a continuar investigando si el déficit de autonomía para movilizar una zona del cuerpo, unido al contacto de esta zona con un plano duro, son factores de riesgo de padecimiento de úlceras por presión, sin el concurso de los cuales no aparecen estas lesiones. También, si dada la naturaleza multicausal de esta patología, pueden existir otras condiciones extrínsecas e intrínsecas del paciente que pueden favorecer la aparición de UPP.

La ventaja de demostrar que únicamente el déficit de autonomía para movilizar una zona es condición suficiente para la aparición de úlceras, supondría que no es necesario utilizar escalas de valoración adicionales (9,10,11,12) a la valoración clínica básica y que bastaría con incluir la valoración de autonomía para la movilización y la situación de encamamiento para diagnosticar el riesgo de UPP. El resto de factores serían coadyuvantes y sólo mostrarían un nivel mayor de susceptibilidad. De esta forma, la valoración de riesgo se facilitaría y se realizaría sistemáticamente a todos los pacientes, aumentando las probabilidades de realización precoz de cuidados de prevención.

Vistos los resultados de este estudio el Servei de Salut de les Illes Balears ha constituido el Grupo Asesor para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión, cuya misión será el diseño de un sistema de información sobre prevalencia para todo el Ib.salut, la elaboración de un programa de prevención y detección precoz y la elaboración de guías clínicas e instrumentos para la valoración de susceptibilidad.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Grupo de Enfermería del Institut Català de la Salut. Úlceras por presión: método de consenso como estrategia de la mejora de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica* 1998; 8 (3):110-115.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa, 1996.
3. Ignacio E et al. Incidencia de las úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 1997; 8 (4):157-164.
4. Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Rioja. *Gerokomos-Helcos* 1999; 10 (2):75-78.
5. Torra JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. *Rol de Enfermería* 1997; 224:22-30.
6. Tomás AM, Sánchez MI, Acosta MD, Torres M, Vidal C. Úlceras por presión. ¿Son realmente un problema?. *Enfermería Clínica* 1992; (2):98-104.
7. Tomás AM. Úlceras por presión: un problema ignorado. Editorial. *Enfermería Clínica* 1992 (2) 5:167-168.
8. Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva Torre de Babel. *Rol de Enfermería* 1998; 238:75-88.
9. Fuentelsaz C et al.. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 2001; 11 (3):97-103.
10. García FP et al. *Enfermería viva*. Valoración de dos escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión: Gosnell y Nova-4. *Rol de Enfermería* 1999; 22 (10):685-687.
11. Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. *Enfermería Clínica* 1998; 8 (49):151-155.
12. Pelardo F et al. Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchik. *Medicina Clínica* 1996; 107:45-49.

**AUTOR/ES:**

JA Péculo Carrasco, M Rodríguez Bouza, S Pérez Castro, HJ Rodríguez Ruiz, JL Avecilla Sánchez, J Gómez Escorza, MA Mendoza Corro, MM Casal Sánchez, OC Pérez de los Santos, JP Jiménez Cordero

**TÍTULO:**

PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN LAS DEMANDAS ASISTENCIALES URGENTES DE PACIENTES DEPENDIENTES

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El cuidador informal es pieza clave para el sistema sanitario, en tanto que su salud física, psíquica y emocional garantizan cuidados a personas dependientes en el seno del hogar. Cuidar puede resultar, en algunos casos, una tarea ardua, que no está exenta de riesgos para la salud del propio cuidador. La Enfermería de urgencias y emergencias extrahospitalarias encontramos en los domicilios a cuidadores sobrecargados y agotados con su labor. Hay ocasiones en las que la patología del paciente no es tan llamativa como el estado en el que se encuentra su cuidador. Es precisamente en estos momentos en los que deberíamos tener previsto qué hacer con el cuidador. En nuestras asistencias no disponemos de un factor fundamental para estas personas: el tiempo. No podemos dedicar tiempo a hacer una valoración en profundidad, diagnosticar, intervenir... Pero sí que podríamos derivar el caso a la Enfermería de Enlace (ECE). Para conocer qué caracterizaba a estas personas, y en especial, a las que presentaban el diagnóstico enfermero de "Cansancio en el rol del cuidador", se inició un proyecto de investigación, aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS nº PI040913) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expte. Nº 62/04). Se presenta el primer objetivo general de éste, "Conocer el perfil del cuidador principal en las demandas asistenciales urgentes de pacientes dependientes".

**Objetivo.** Describir las características que definen al cuidador principal en las demandas asistenciales en las que intervienen enfermeros del servicio 061 en la provincia de Cádiz. Conocer la presunción diagnóstica de Cansancio en el rol del cuidador en las demandas asistenciales en las que intervienen enfermeros del servicio 061 en la provincia de Cádiz.

**Metodología.** Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Eran sujetos de estudio los cuidadores principales de pacientes que fueron atendidos por equipos de urgencias y emergencias extrahospitalarias de 061, así como aquéllos cuidadores que fueron asistidos y diagnosticados de procesos relacionados con estados de ansiedad y/o depresión. Para ser incluido en el estudio el cuidador debía ser el principal, y los pacientes ser mayores de 65 años. También se incluían a los menores de 65 años cuando estuvieran afectados por procesos crónicos incapacitantes (patologías osteoarticulares, vasculares, obstrucción crónica del flujo aéreo, neurológico, deterioro cognitivo, deterioro funcional), pluripatológicos o con procesos terminales que requirieran cuidados paliativos. Se comenzó a recoger datos en mayo de 2005, en la provincia de Cádiz. Se realizó estadística descriptiva con tablas de frecuencias para variables categóricas, así como media, desviación estándar (DE) y mediana para variables continuas.

**Resultados.** En este periodo fueron asistidas 134 pacientes con criterios de inclusión en el estudio. De ellas el 40,3% no necesitaba ser cuidado, eran independientes, aunque tuvieran más de 65 años. Hubo un 4,5 % de pacientes que, precisando ser cuidados no tenían ningún cuidador habitual. En el 5,9% de los casos el cuidador habitual no estaba presente en el momento de la asistencia, y en el 2,9% de los casos el cuidador habitual no quiso participar en el estudio. El 83,3% eran mujeres, tenían una edad media de 53,3 años (DE 13,4, mediana 55 años), con un grado de parentesco de hijo/a en el 46,6% y conyuge en el 36,6%. Un 76,7% convivía con el paciente, y un 36,7% dormía en la misma habitación. El tiempo medio que llevaban prestando cuidados fue de 4,87 años (DE 4,25, mediana 4,0 años). El 86,7% de los cuidadores decía que dedicaba mucho tiempo diario al cuidado, y un 30% cuidaba, además, a otra persona. El 40,0% y 60,0% manifestó no recibir ayuda familiar o ayuda externa para el cuidado, respectivamente. Tan solo el 31,2% conocía de la existencia de la ECE. Hasta un 50% manifestó que tenía dificultades para seguir cuidando de su familiar, y un 20% reconocía que no podía seguir cuidándolo durante más tiempo. Por último, a juicio del enfermero de urgencias y emergencias, hasta un 43,3% de estos cuidadores presentaba el diagnóstico de "Cansancio en el rol de cuidador".



Discusión. La persona que cuida a pacientes mayores y/o con alguna dependencia, es una mujer en la mayoría de los casos, hija o conyuge del paciente, de mediana edad y que convive con el paciente. La mayoría siente que no recibe ayuda externa para el cuidado, y la mitad no conocía a la ECE. Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios y encuestas. La sospecha diagnóstica de Cansancio en el rol de cuidador conlleva la derivación a las ECE, de ahí la importancia de ser muy específicos. No obstante, es necesario continuar con el proyecto y analizar los datos que simultáneamente están recogiendo las ECE de estos pacientes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(3).

Frías A, Pulido A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index de Enfermería*, 2001; 34: 27-32.

Early Supported Discharge Trialists. Servicios destinados a reducir la duración de la atención hospitalaria para pacientes con accidente cerebrovascular agudo. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

Schulz R, Beach SR. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. *The Caregiver Health Effects Study*. *JAMA*, 1999; 282: 2215-9.

Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 2003; 32: 77-83.

García Calvente MM., Mateo Rodríguez I. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: Investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999

García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, López Fernández LA. Sistema informal de atención a la salud: modelos de relación con los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993.

**AUTOR/ES:**

Zabalegui A, Bover A, Sáenz de Ormijana A, Rodríguez E, Juandó C, González A, Gual P, Izquierdo MD, López L, Pulpón A, Ramírez A, Gallart A, Díaz M y Cabrera E.

**TÍTULO:**

NECESIDADES PERCIBIDAS POR EL CUIDADOR INFORMAL

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El envejecimiento poblacional y el aumento de la dependencia de las personas de edad avanzada requieren más cuidados informales en nuestro país. Por otro lado, los profesionales sanitarios necesitan conocer y comprender cuál es la realidad sobre los cuidadores para poder actuar de forma efectiva, atender sus necesidades y proponer intervenciones de apoyo desde su punto de vista y no desde la perspectiva del personal sanitario.

Acorde con la revisión de la literatura realizada por RIMARED durante el año 2003, se identificaron cuatro áreas temáticas principales: el perfil del cuidador informal de personas mayores, las actividades realizadas por el cuidador, los recursos disponibles y las consecuencias del cuidar en sus vidas. El perfil del cuidador en España y las actividades que realiza, está bien definido a través de diversos estudios<sup>1-2-3</sup>. A su vez, las repercusiones negativas que el cuidar tiene sobre los cuidadores (la sobrecarga, el estrés y la depresión) también han sido estudiadas en profundidad en la literatura nacional e internacional, mientras que las repercusiones positivas son un campo emergente en la literatura de cuidadores y necesita más conocimiento sobre el tema.<sup>4</sup> Por otro lado, la literatura referente a los recursos disponibles para los cuidadores pone de manifiesto que la mayoría de intervenciones están dirigidas a disminuir las repercusiones negativas del cuidar consiguiendo efectos positivos inmediatos pero que no benefician a los cuidadores a largo plazo.<sup>5</sup> Esto podría ser debido a la falta de entendimiento de las necesidades que tiene el cuidador informal o a la poca integración de los resultados de las investigaciones en las intervenciones propuestas.<sup>6</sup>

Por lo tanto, el equipo investigador, partiendo de la premisa de que las intervenciones deben estar dirigidas a cubrir las necesidades de los cuidadores desde su punto de vista, se planteó:

- Comprender las necesidades que expresan los cuidadores de personas mayores de 65 años en Andalucía, Canarias, y Cataluña y si quedan cubiertas con los recursos de los que disponen.
- Conocer y profundizar los cuidados que proporcionan los profesionales sanitarios a los cuidadores de personas mayores de 65 años en Andalucía, Canarias y Cataluña. Y
- Conocer la percepción de los profesionales de la salud en relación a las necesidades que tienen los CI de personas mayores de 65 años en las tres comunidades autónomas (Andalucía, Canarias y Cataluña).

**METODOLOGÍA:**

Se utilizó metodología cualitativa fenomenológica. Se empleó la técnica de investigación de grupos focales, siendo la patología de la persona cuidada la variable estructural para segmentar la población de estudio. A la vez, en cada comunidad de estudio se organizó un grupo focal de profesionales pertenecientes a la Atención Primaria y domiciliaria. El estudio se llevo a cabo en las ciudades de Barcelona, Málaga, Sevilla y Tenerife durante los meses de mayo a julio de 2004. Se organizaron nueve grupos, con muestreo intencionado y un tamaño de 7-9 personas por grupo. Para asegurar la validez de los datos se realizaron discusiones de los resultados entre los distintos investigadores que lideraron los diferentes grupos.

**RESULTADOS:**

1- Grupos focales de cuidadores informales.

Los resultados se han agrupado en 3 categorías: 1.1 VIVENCIA DE LA EXPERIENCIA DE CUIDADO: Llama poderosamente la atención, la gran cantidad de tiempo que dedican a los participantes a compartir sus vivencias, sin haber sido demandado por el moderador del grupo.

Como positivo, los cuidadores manifiestan estar satisfechos con la responsabilidad tomada de cuidar a su confinado. "Yo hago lo que puedo en realidad, no me siento mal ni nada porque si lo hago es porque quiero realmente". Como dificultad, destaca el gran cambio en toda la esfera de vida del/a cuidador/a que el desempeño de la tarea de cuidado supone. "Es que rompe lo que es la vida familiar de cada día"... "Yo tengo que dejar mi casa para ir a atenderla a ella".

1.2. RECURSOS IMPLICADOS: Identifican como tales los recursos formales: residencias, hospices (en la comunidad donde los hay) o centros de día y no consideran como tal aquellos que son de un seguimiento más continuado, crónico y a largo plazo, como son los equipos de atención primaria o atención a domicilio. También identifica como recurso disponible a su propio grupo familiar o redes informales entorno a él: "Yo le digo a mi hija, pues mira papá está peor tienes que venir porque no puedo yo sola, entonces viene mi hija". La escasez e insuficiencia de recursos así como la dificultad de acceso a los mismos son los dos principales argumentos en la valoración que los/as participantes. "Vas a pedirle ayuda a domicilio, vas a ver al trabajador social y te pone delante una lista de papeles que tienes que llevarle y todo lo tienes que hacer por la mañana." 1.3. NECESIDADES DE RECURSOS DE APOYO: Parece difícil para el/la cuidador/a hablar de su propia necesidad sin hacer de ello, una demanda dirigida hacia el sistema. Se trata, en general, de solicitar incrementos o mejoras de los ya existentes. En general centran sus necesidades en el apoyo del desempeño de su tarea, la sobrecarga y la soledad. "Es una tensión de todo tienes que estar pendiente de otra persona de la casa de si tienes hijos, si trabajas, es una tensión muy grande". Otro tipo de apoyos que el/la cuidador/a demanda de manera unánime es la escasez de plazas de residencias y centros de día, ayudas para minimizar el impacto del cuidado informal: refuerzos económicos, medios físicos y adaptaciones, reformas del hogar, ayudas para el transporte. "tengo que comprar una silla, un colchón se lo tengo que comprar. A mí personalmente no me han dado nada". La información y la formación es otra de las necesidades, no solo en relación a tareas físicas sino a nivel psicológico y emocional. "Hay veces que no puedo, no puedo, me vengo abajo, tanto física como moralmente".

2- Resultado de los grupos focales mantenidos con los profesionales.

Se plantean cinco categorías: 2.1. RECURSOS DE APOYO AL CUIDADOR INFORMAL: Al igual que el colectivo de cuidadores/as, los profesionales encuentran dificultad para identificar los recursos de apoyo al cuidado informal. Reconocen como tales a los propios/as cuidadores/as, la familia, algunos profesionales sanitarios, las instituciones sociosanitarias y otros recursos sociales. "Si el cuidador tuviera que ingresar con una operación o tuviera que tener un tiempo a domicilio tuviese un recurso donde poner a esta persona mayor"... "lógicamente habría que aumentar los centros de día o habría que aumentar personal dedicado exclusivamente a esto y es verdad que los médicos nos tenemos que implicar más". 2.2. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DE APOYO AL CUIDADO INFORMAL. Los profesionales hacen una apreciación de los aspectos positivos y negativos de la persona del CI. Evalúan la implicación de las familias y de los otros profesionales. Además, describen la situación de las instituciones y las políticas sociosanitarias y de contexto cultural. "la familia está mucho más disgregada el núcleo familiar es más pequeño incluso muchas familias son monoparentales"... "nosotros sí que tenemos hombres y bueno sí que responden distinto a las mujeres"... "el tema cultural, educacional, ambiental, influye". 2.3. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS POR PARTE DE LAS PERSONAS CUIDADORAS PERCIBIDA POR LOS/LAS PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS. Existe una escasa manifestación, aunque destacan como positiva la atención domiciliaria. "Con respecto a lo que es la atención domiciliaria el ir a las visitas y ver al paciente y sobre todo por como los pacientes te lo agradecen". En negativo, los profesionales manifiestan la elevada burocracia para conseguir servicios y recursos de apoyo, escasa atención de los equipos sociosanitarios a sus demandas y temor a expresar críticas del sistema. "facilitar porque la burocracia es algo horrible para las personas mayores, para solicitar un servicio de ayuda tienen que ir a cinco sitios"... "la intervención multidisciplinar hay que mejorarla"... "también tienen miedo a quejarse". 2.4. NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS PROFESIONALES EN APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS. Expresan sus diferencias en las necesidades según el tipo de recurso. Destacan la familia, los/las profesionales sociosanitarios, las instituciones sociosanitarias y políticas de protección de la dependencia y de la sociedad en general. "lo primero sería falta de apoyo... venga de un familiar o venga del doctor, personal sanitario o de los servicios sociales". 2.5. NECESIDADES EXPRESADAS POR LAS PERSONAS CUIDADORAS SEGÚN LAS/LOS PROFESIONALES. Perciben que las personas cuidadoras demandan una verdadera atención integral en cada caso particular. También expresan una necesidad de información y formación que sea progresiva y paralela al proceso de dependencia. Además, manifiestan percibir una necesidad de mayor tiempo libre y de contactos sociales, así como de apoyo y acompañamiento en su responsabilidad diaria. "tú planteas y no siempre coinciden tus impresiones de por dónde deben ir las cosas a la necesidad que tiene la cuidadora"... "se queja del tiempo libre, que necesita más tiempo libre... que se quejan de que nadie las ayuda, de que están solas para los cuidados, de que

de que están solas para los cuidados, de que se sienten aisladas”.

#### DISCUSIÓN:

La realidad de los diferentes contextos del estado español con diversidad en las políticas sociosanitarias, producen gran variabilidad en los recursos de atención sociosanitario. No obstante, no era finalidad del estudio recoger las diferencias entre las distintas CCAA, sino averiguar si se conocían que recursos son los que tienen al alcance. Cabe destacar, la similitud entre los grupos de cuidadores y de profesionales en encontrar dificultades a la hora de nombrarlos y a la hora de proponer nuevos recursos.

Los participantes critican sobretudo el método establecido por el sistema para tramitar la obtención de los recursos, destacando una difícil accesibilidad de horarios y servicios restringidos, nada organizados, con escasa capacidad de respuesta y lenta resolución de las situaciones problemáticas, con una rebuscada y complicada burocracia. Todas estas dificultades no hacen sino reflejar una importante falta de conciencia social y política acerca de la figura, el rol y la tarea del cuidador informal.

Siguiendo por el camino de la concienciación, nos encontramos con la dicotomía que presenta el profesional al atender al cuidador como cliente que precisa de una atención específica por parte del equipo de profesionales o como agente de cuidados considerado como un recurso necesario a proteger para la atención a las personas. El propio cuidador suele abandonar el mismo su papel como cliente del sistema centrando toda su atención a su confiando y además, siendo promovido y asumido por los profesionales y el sistema sociopolítico, el mantener a éstas como máximas responsables de la atención, retrasando así la participación del sistema formal de cuidados y evitando costos. Por lo tanto, se debe adecuar la atención a las nuevas demandas aparecidas al fenómeno del cuidado informal, referidas a una mayor sensibilidad y formación hacia la dependencia, con un abordaje multidisciplinar y una necesaria real coordinación de los recursos sociosanitarios, explicando la positiva experiencia de las figuras de enlace entre el mundo sanitario y social así como el seguimiento entre los diferentes niveles de atención que permita una verdadera continuidad de cuidados.

Estos elementos, además, pueden apuntar importantes líneas a seguir en posibles estudios futuros sobre el colectivo de personas cuidadoras, teniendo en cuenta las cuestiones que interfieren en este tipo de fenómeno, no solo en relación a las cuestiones físicas como nivel de dependencia, sino otras

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Observatorio de Personas Mayores. 2002 Madrid.
2. García Calvente MM, Mateo Rogríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria 2000; 25:181-6.
3. Hunt CK. Concepts in caregiver research. Journal of Nursing Scholarship, 2003; 35(1):27-32.
4. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo M.D, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, Corrales E et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15 (4): 199-208.
5. Pillemer K, Suitor JJ, and Wethington E. Integrating Theory, Basic Research, and Intervention: two case studies from caregiving research. The Gerontologist 2003; 43, Special Issue 1, 19-28.

**AUTOR/ES:**

Eugenia Ancizu Irure

**TÍTULO:**

Los Hombres como cuidadores informales de personas discapacitadas

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** La finalidad de este trabajo es contribuir a que hombres y mujeres, participen más equitativamente en los cuidados informales de personas allegadas discapacitadas.

Ante el aumento de la longevidad de la población y de un mayor número de personas adultas discapacitadas, surge la pregunta: de qué va a hacer nuestra sociedad para cuidar a estas personas discapacitadas.

Sin perder la perspectiva más global (política, económica, etc.) este trabajo, se centra, exclusivamente, en las relaciones de desigualdad que a nivel de género se observan en el Estado Español, en el cuidado de estas personas. Actualmente, son las mujeres quienes principalmente se encargan del cuidado informal no retribuido, sin embargo, se cuestiona cada vez más que sean las mujeres quienes en el futuro deban o puedan seguir realizándolo.

Respecto a por qué cuidan las mujeres, qué les supone cuidar, etc., disponemos de teorías y estudios que nos posibilitan el conocimiento y también, cuento con mi experiencia profesional. No sucede lo mismo con los pocos hombres que cuidan, estadísticamente representan un 15% o 20%. Por ello me ha parecido de interés dar voz a estos hombres que cuidan a personas mayores discapacitadas de mi comunidad, de forma no retribuida; conocer sus valores y motivos, saber qué significa para ellos, cómo elaboran su mundo afectivo, qué costes y beneficios obtienen, etc.. Todo ello puede ayudar a detectar si emergen en estos hombres cambios o rupturas con el proceso de socialización masculina, lo cual puede ser de importancia para ir adecuando los cuidados informales tanto en calidad como en el reparto de éstos.

**MARCO TEÓRICO:** Se definen diferentes conceptos respecto al cuidar versus curar, citando a Josep M<sup>a</sup> Comelles y Josep Canals. También se define el concepto de persona adulta dependiente y el cuidado informal versus cuidado formal, según describe, entre otros autores, Gregorio Rodríguez Cabrero. Se recogen varios estudios en los que se pone de manifiesto qué supone ser cuidadora principal, qué costes supone, el perfil de esta persona, etc.. Entre otros autores, se cita por su relevancia a M<sup>a</sup> Angeles Durán. En el marco teórico se profundiza en los factores relacionados con esta situación. De entre las aportaciones de diferentes disciplinas, se destaca la teoría del Género, entendiendo ésta, según varias autoras, como: "la construcción cultural que toda sociedad elabora sobre el sexo anatómico y que va a determinar, al menos en alguna medida, y según la época y cultura de que se trate, el destino de la persona, sus principales roles, su estatus y hasta su identidad en tanto identidad sexuada". Por último, se recoge en el marco teórico, la necesidad de que se establezcan cambios en este campo por distintas razones: disminución del potencial de mujeres cuidadoras sin retribución económica, cambios en los modelos familiares y estilos de vida, y también porque esta desigualdad genera sufrimiento y humillación.

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer la actividad de los hombres cuidadores informales no retribuidos económicamente, buscando elementos que permitan cambios para el futuro, en búsqueda de una equidad de género en los cuidados.

**METODOLOGIA:** El diseño empleado para la consecución de los objetivos ha sido cualitativo. La metodología cualitativa es imprescindible para identificar la naturaleza profunda de las realidades, sus sistemas de relaciones, su estructura dinámica. Como técnicas se utilizan 5 entrevistas en profundidad y un grupo de discusión en el que participaron siete hombres. Se elaboró un guión, previamente validado en una entrevista piloto.

En la selección de la muestra de personas para entrevistar, se adoptaron los siguientes criterios: Hombres; residencia en Pamplona; que entre los hombres entrevistados hubiera: mínimo un hombre que llevara poco tiempo cuidando, otros ya asentados, y otro u otros que hubieran dejado recientemente de cuidar; que el tipo de relación cuidador / persona cuidada fuese familiar

y que el entrevistado fuera el cuidador principal; por último que la edad oscilara entre 45 y 65 años (al igual que la mayoría de las mujeres cuidadoras principales). Para la selección del grupo de discusión se siguieron los mismos criterios.

Los contenidos de las entrevistas y del grupo de discusión se agruparon en diferentes unidades de análisis y sus categorías correspondientes, acompañadas de citas textuales. Estas unidades de análisis son: 1.-Motivos y cómo cuidan. 2.-Elaboración del mundo afectivo. 3.-Distancia emocional que ponen con el cuidado y con la persona cuidada. 4.-Costes y Beneficios que les supone cuidar; 5ª.- Perspectivas del cuidado para el futuro.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Con respecto a la 1ª unidad de análisis: Motivos y Cómo cuidan. La incorporación del hombre al cuidado de personas adultas discapacitadas, se relaciona con aspectos circunstanciales aunque también intencionales. El motivo principal para cuidar es el deber: "Es una especie de...de deber moral, es algo que yo le debo a mi madre,...es por el deber ése, es un pagar un algo que pienso que ha hecho por mí..." . Pocas referencias al afecto como motivo. El afecto se considera como fruto de la naturaleza del ser humano, adquirido de forma innata, es algo natural; le otorgan menor valor que al deber o la responsabilidad: "Afecto y cariño siempre tienes pero...no es lo predominante...". Las relaciones previas con la persona a cuidar, hayan sido o no de calidad, son tenidas en cuenta como un factor importante a la hora de asumir o no los cuidados. No se trasluce presión social como un elemento que participe en las causas que les han llevado a cuidar. Sienten y así lo expresan, que pueden tener, incluso, una justificación social si deciden no cuidar. Coincidiría con lo que se desprende del marco teórico, en el sentido de que, en la mujer el cuidar es una obligación, algo "natural", mientras que en el hombre es un valor humano, producto de una decisión personal, de trabajo, de renuncia a algunas actividades, adquiriendo por lo tanto una mayor valoración social. Con respecto a las formas de cuidar: Realizan todas las tareas de cuidado; comparten los cuidados, valoran positivamente la planificación de cuidados y procuran hacerlo.

2ª Unidad de Análisis: Elaboración del Mundo Afectivo: Se aprecia escasa expresión de las emociones por parte de los hombres que han participado en este estudio. Tampoco manifiestan sentimientos de culpabilidad. El sentir y exteriorizar enfado, malestar, expresar deseos de muerte de la persona que cuidan, nos les genera culpa: "Sí que es cierto que una persona mayor, puede llegar a agobiar y fastidiarte la salud, claro, es que al otro día hay que trabajar..." . Ante el comentario de la entrevistadora respecto a la posible relación entre enfado y culpa un entrevistado comenta: "culpa... de nada (taco) - se ríe, a carcajada - lo que faltaba..." , parecido ocurre en el grupo de discusión. Como se recoge en diferentes estudios, los hombres están socializados en prácticas disciplinarias de razonamiento que inciden, en menor medida que en el caso de las mujeres, en el sentimiento de culpa.

3ª Unidad: Distancia Emocional: La estructuración del mundo afectivo en el proceso de socialización de los hombres, exigiéndoles una mayor fortaleza emocional, les posibilita que en general no presenten problemas para poner límites al cuidado, que puedan establecer horarios fijos, espacios de relevo sistematizados, lo que les permite desconectar temporalmente del cuidar. El autocuidado es muy valorado, lo relacionan con la necesidad de separarse de los cuidados: "yo en que me voy fuera, yo estoy...o sea me...desconecto, sé que es como una medicina y que tengo que recuperar.". El proceso de socialización de roles, asignados de acuerdo a las identidades masculinas y femeninas, sigue operando, siendo un factor de importancia a la hora de situar las vivencias de los hombres y mujeres ante el cuidado.

4ª Unidad: Costes: se derivan fundamentalmente de la reducción de tiempo para ellos. No se aprecia grandes costes laborales, ni económicos, tampoco en salud, sobre todo en salud mental a diferencia de lo que ocurre entre las mujeres. Con respecto a los beneficios, se sienten gratificados en la medida que cumplen con sus motivos para atender a la persona que cuidan. Algunos hombres relatan como beneficios el mayor grado de autoconocimiento que les está aportando el cuidar, así como la adquisición de aprendizajes y el desarrollo de nuevos valores, útiles para otros aspectos de su vida: "Yo igual...al vivir solo era totalmente egoísta y de hecho todavía sigo siendo en muchos aspectos...y ... igual empiezo a romper moldes..." .

5ª Unidad: Perspectivas del cuidado para el futuro: Existe un rechazo mayoritario a las grandes residencias, pero, no desean que sus hijos e hijas sientan el deber de cuidarlos: "pero no quiero, no es la alternativa para mí que me cuiden mis hijas... no quiero..." . Como alternativas a su futuro plantean bien el seguir viviendo en su domicilio habitual, atendidos por personas contratadas ex

profeso para ello, o bien la agrupación con otras personas con las que tienen vínculos de amistad. En su mayor parte valoran la eutanasia como una salida digna a un estado muy avanzado de incapacidad.

**CONSIDERACIONES FINALES:** En este estudio, emergen algunos elementos de cambios en los procesos de socialización masculina. Los hombres que han participado dedican tiempo a prestar cuidados, asumen como propias las funciones que desempeñan en el cuidado, no cuestionándolas desde una perspectiva de género. La atención directa y la responsabilidad en el cuidado, en algunos de los hombres que han participado en el grupo de discusión o han sido entrevistados, les ha llevado a adquirir una visión diferente, alternativa, de lo emocional y de lo racional. Llegan a reconocer la importancia de los sentimientos en la vida privada, pero también en los espacios públicos, en el trabajo y entre su grupo de pares. Algunos hombres resaltan que en la realización de estas actividades de cuidado, han ido modificando algunas de sus vivencias anteriores, llegando a adquirir nuevas percepciones y valoraciones que les son útiles para otros aspectos diferentes de su vida. Desde luego, en el trabajo realizado aparecen elementos que nos indican una ruptura con la naturalización de la vida emocional que tanto contribuye a la separación en las representaciones y en las experiencias de hombres y mujeres.

El establecimiento de relaciones sociales igualitarias entre sujetos, no es un resultado natural, sino algo cuyo cultivo es trabajoso y muchas veces difícil. Requiere de cambios en varios aspectos: sociales, culturales, económicos, políticos, etc. Entre otros, sería preciso que se dieran cambios en los procesos de socialización de hombres y mujeres, para que éstos no fueran posibilitadores de desigualdad y sufrimiento. Y también, sería un gran cambio el que se valore y posibilite el establecimiento de relaciones interpersonales de calidad, que incluyan el intercambio recíproco y el apoyo emocional, donde se valore social e individualmente el cuidar y el cuidarse.

Lineas que considero de interés para trabajar desde Salud (especialmente en Atención Primaria) con Actividades de Promoción y Educación para la Salud que contribuyan a un reparto del cuidado más igualitario entre hombres y mujeres.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- BOUKE, J., 1997, "Cambio social y organización del tiempo en los países escandinavos", Revista Internacional de Sociología, Nº 18.
- BUENO, A.H., 2000, "Filosofía, Género y Pensamiento Crítico", Secretaría de publicaciones e intercambio editorial, Universidad de Valladolid, Valladolid.
- CANALS, J., 1998, "La mujer femenina de la enfermera", Rol de enfermería, Nº 172.
- CARRIL BERRO, E., 2002, "Femenino/masculino. La pérdida de ideales y el duelo", Foros Temáticos, Palabras claves: Cuidado & Género, (Internet).
- COLLIÈRE, M.F., 1993, "Utilización de la antropología para abordar situaciones de cuidados", Rol de Enfermería, Nºs 179-182.
- COMELLES, J., 1992, "Cuidar y curar", Rol de Enfermería, Nº 172.
- DEL VALLE, T., y otras, 2002, Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género, Narcea S.A., Madrid.
- DURÁN, M.A., 1999, Los costes invisibles de la enfermedad, Fundación BBV.
- GARCÍA C. M., 2000, "Las mujeres como cuidadoras de salud en el sistema informal", Atención Primaria, Vol. 26.
- IZQUIERDO, M. J., 1998, El malestar en la desigualdad, Ediciones Cátedra, S.A., Madrid.
- MUNÁRRIZ, B., 1999, Cuidar a quien cuida, Departamento de Bienestar Social, Deportes y Juventud del Gobierno de Navarra.
- PARRINI, R., 2000, "Apuntes acerca de los estudios de masculinidad. De la hegemonía a la pluralidad", Red de masculinidad, FLACSO, Chile.
- PEREZ JARAUTA, M<sup>a</sup>J., ECHAURI, M. 2001, Cuidar y Cuidarse, Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.
- ROCA, M y otros., 2000, "Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares", A.P. 2000, Vol XXVI, Nº 4.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G., 1998, "La Protección Social de la dependencia", Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- SANCHO, M.T., 2002, "Dependencia y cuidados en la vejez", IV Encuentro de Investigación en Enfermería, Madrid.

**Textos de los Pósteres Científicos \***  
**Texts of the Scientific Posters \***

\* Este libro de ponencias recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido ni de su formato, ortografía o gramática.

\* This book contains entirely and exactly the texts sent by the authors. The Organisation is not responsible for opinions expressed, nor for the content or grammar.



**AUTOR/ES:**

Francisca Escarpa Araque, Rosalia Godino Muncharaz, Encarnación Luna Avilés, Cristina Moreno Bartolomé, Cristina Polo Calleja

**TÍTULO:**

Efectividad de un programa educativo sobre riesgos biológicos en paritorio

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Planteamiento del problema: Se plantea la ejecución de este proyecto de investigación debido al potencial peligro de contagio e infección al que se ve expuesto el personal que trabaja dentro del área de paritorio. Antecedentes del problema: Existen pocos trabajos que hagan referencia al colectivo de matronas, a pesar de que la exposición a riesgos biológicos es mayor en los quirófanos y salas de parto que en el resto de las áreas del hospital. También es importante destacar la infradeclaración existente en este entorno de trabajo. Por eso se considera esencial formar e informar a los profesionales sobre los riesgos biológicos existentes durante el desempeño de sus funciones. Fundamentación teórica: Se ha elegido el modelo conceptual de Dorotea Orem ya que define el autocuidado como las acciones que el hombre necesita realizar para mantener su vida, su salud y su bienestar. Y por tanto en este autocuidado se incluyen las acciones que la matrona debe realizar en el paritorio para mantener su salud y su bienestar, que incluye la prevención frente los accidentes biológicos. Hipótesis: o La aplicación de un programa educativo sobre riesgos laborales a las matronas, mejora la actitud frente a conductas de riesgo. o La aplicación de un programa educativo sobre riesgos biológicos a las matronas aumenta el uso de Equipos de Protección Individual (EPI). o La aplicación de un programa educativo sobre riesgos biológicos a las matronas y disminuye el número de accidentes biológicos. o La aplicación de un programa educativo incrementa los conocimientos frente a los riesgos biológicos. Objetivos: Valorar y cuantificar la eficacia del programa en la disminución de la incidencia de accidentes biológicos, y en el cambio de actitud positivo de los profesionales, aumentando la correcta utilización de equipos de protección individual. Plan de la investigación: Diseño: Se realiza un estudio cuasiexperimental con un diseño pre-post ensayo y con grupo control no equivalente. Población: Todas las matronas y residentes de matrona que trabajan en el Hospital Universitario "La Paz" de Madrid durante el mes de febrero de 2006, lo que representa un total de 86 trabajadores siendo éstos: 66 matronas y 20 residentes de matrona. Medidas: Cuestionario pre y post. Limitaciones: Mediante asignación voluntaria garantizamos la inclusión en el Programa Educativo de las personas interesadas al impartirse éste fuera del horario laboral, con lo que las pérdidas serán escasas. Utilizaremos una clave de identificación con el fin de garantizar el anonimato en los cuestionarios. Otra limitación puede ser la obtención de permisos para la realización del estudio en la Gerencia y Dirección de Enfermería del Hospital.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1).- Bragado Jiménez, MD; Fernandez Rodriguez, M; Mena Buendia, Y; Minaya Bravo, A. "Accidentes biológicos: ¿sabías que todos tendremos al menos uno? Disponible en URL <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-15.html>
- (2).- Cruzet Fernandez, F. "Las consecuencias derivadas de los accidentes biológicos y su prevención. Experiencia práctica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Rev Adm Sanit 2004;2(4):633-652
- (3).- López Valverde, MA; Martínez Díaz, JD. "Exposición ocupacional a agentes biológicos del personal de enfermería de Cuidados Intensivos en un hospital de I Nivel". TEMPUS VITALIS 2002;2(1) enero/abril 2002 [www.tempusvitalis.com/revista02/original/original.htm](http://www.tempusvitalis.com/revista02/original/original.htm)
- (4).- Plana Nieto, M; Doménech Graells, E; Roura Cruzado, C. "Registro, control, seguimiento e investigación de los accidentes por causas biológicas, entre el personal sanitario de los centros del ámbito del barcelonés Nord-Maresme del Institut Català de la Salut, mediante el programa informático EPINETAC". Excelencia Enfermera enero 2005 nº 2 .
- (5).- Peinador Aguilar R. Riesgos relacionados con el medio ambiente del trabajo. Excelencia enfermera (revista online) febrero de 2005 (fecha de acceso 20 de mayo de 2005). (3). Disponible en: [http://www.ee.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo\\_EE/plantilla\\_articulo\\_EE&numRevisa=3&idArticulo=1105975510283](http://www.ee.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevisa=3&idArticulo=1105975510283)
- (6).- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de 1995 de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 269 de 10/XI/1995).
- (7).- Ley 54/2003 de Reforma del marco normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.
- (8).- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- (9).- Real Decreto 664/1997 sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

**AUTOR/ES:**

Beatriz Díez Díez, Víctor A. Fradejas Sastre

**TÍTULO:**

Estudio de los alumnos sobre las prácticas clínicas de Enfermería Médico Quirúrgica

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción. La motivación de este trabajo es conocer el grado de satisfacción de los alumnos de la escuela de enfermería de Valladolid sobre los profesores asociados sanitarios que tutorizan las prácticas y el personal de enfermería con los que realizan sus prácticas clínicas. En esta escuela se cuenta con 40 profesores asociados, número insuficiente y que tiene como consecuencia que los alumnos de enfermería de los 3 cursos sigan recibiendo buena parte de la formación práctica de los profesionales que realizan el trabajo cotidiano. (1). Los responsables de las E.U.E. han analizado la complejidad y algunas dificultades que impiden que las prácticas alcancen su óptimo desarrollo (2).

-Objetivos: 1. Realizar un estudio sobre la satisfacción de los alumnos de las prácticas de Enfermería Médico-Quirúrgica. 2. Estudio comparativo entre la eficacia de la enseñanza por parte de los profesores asociados sanitarios y el personal de Enfermería.

-Métodos: La herramienta utilizada para su realización fue un cuestionario de satisfacción de las prácticas clínicas con 16 preguntas divididas en: Bloque I, Atención recibida por el profesor responsable de la asignatura. Bloque II Relación con el profesor asociado sanitario de prácticas clínicas. Bloque III Atención en la unidad de hospitalización y por los profesionales. Bloque IV, Utilización de procesos y procedimientos de la enfermería. Y un apartado de sugerencias. El cuestionario se implantó por 1ª vez en el curso 04/05. Ha sido cumplimentado por 122 alumnos que cursaban 2º curso de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Valladolid que realizaban prácticas clínicas de E.Médico-Quirúrgica. La puntuación establecida oscilaba entre 0 y 5 puntos, siendo 0 valoración nula y 5 Totalmente satisfactoria. Se resumieron las respuestas obtenidas con porcentajes.

Resultados: En el bloque I, se refleja una valoración del 39% como muy satisfactoria y un 32% como totalmente satisfactoria. En el bloque II se refleja una valoración media del 30% como Totalmente satisfactorio y un 25% como muy satisfactoria. En el bloque III, se refleja una valoración media del 20% como totalmente satisfactorio y un 38% como Muy satisfactorio en relación a la colaboración con el resto de profesionales e integración en el grupo. En el bloque IV los 3 primeros ítems se responden con Sí o No. En el 1º "¿Crees que se pone en práctica el proceso de enfermería en la unidad?", el 69% no lo cree. En el 2º "¿Has realizado procedimientos correspondientes a tu nivel y curso?", el 84% cree que sí. En el 3º "¿Crees que está siendo adecuada tu trayectoria de formación práctica?", el 90% cree que sí. El 43% de los alumnos cree tener un conocimiento satisfactorio sobre las competencias que debe asumir al finalizar sus estudios.

-Discusión: En relación con la atención recibida por parte de la profesora titular de la asignatura E. Médico-Quirúrgica, se concluye que el alumnado está muy satisfecho, por lo que consideramos una buena coordinación de las prácticas desde la escuela. Respecto al profesor asociado destacamos que un 29% de los alumnos ha estado menos de 5 veces con él durante sus prácticas, como consecuencia un porcentaje similar se manifestó poco satisfactorio respecto a la enseñanza recibidas por él. En lo referente al personal de enfermería, un porcentaje muy elevado de alumnos (90%), está muy satisfecho o totalmente satisfecho con relación al interés de los mismos para enseñarle. Este dato nos invita a reflexionar sobre si la función del profesor asociado no es cumplida en parte por los enfermeros. Por otro lado un 70% afirma que no se aplica el PAE en la unidad, debido a la descoordinación existente entre la teoría en la escuela y el que aún no esté implantado en todas unidades, pero vemos que un 85% afirma haber realizado los procedimientos que corresponden a su nivel, por lo que nos planteamos que no entendiesen el PAE como una función de la enfermería actual, pero creemos que ese objetivo se cumple en los seminarios que los profesores asociados deben realizar. Para concluir creemos que el profesor asociado debe existir siempre que lleve a cabo su función, ya que si no, el peso de la docencia debiese recaer sobre el personal de enfermería

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Guerra Cuesta, I. , Mateo Herrero, M., Mayo Iscar, A: Análisis de las practicas clínicas de la titulación de enfermería: un camino hacia la calidad. Libro de ponencias. VII Encuentro de Investigación en Enfermería.2004
2. Ferrer MA, Rojo C, Fernández AM, Guerrero M Cruz J. Análisis situacional de las practicas clínicas en la Escuela U. De Enfermería de Soria. Metas 2002;44:18-22.

**AUTOR/ES:**

Juana Robledo Martín. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.  
Correo electrónico:juanainvestigacion@satse.es

**TÍTULO:**

"La red de mujeres cuidadoras a lo largo del siglo XX"

**TEXTO DEL TRABAJO:****Objetivos:**

1. Describir las transformaciones que se producen en el papel de la mujer como cuidadora familiar a lo largo del siglo XX.
2. Describir el entramado social que se establece en torno al cuidado.
3. Describir los cambios producidos en el entramado social de la cuidadora a lo largo del siglo XX.

**Métodos:**

Se optó por un abordaje cualitativo tomando como unidad de análisis la experiencia de las cuidadoras familiares primando una visión emic. Para ello se realizó 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:**

En las primeras décadas del siglo las mujeres, son las únicas prestadoras de cuidados como forma de asumir ese papel se crean "redes de mujeres" que tienen como eje central el cuidado, pero que se amplían a otros ámbitos.

" Cuando me puse mala eran las once la noche que estaba dando de cenar a éste (su marido), que comíamos en casa sus hermanos, que allí lo único que no hacíamos era acostarnos, y yo me vine, le dije a mi tía Paulina "mire tía, yo me voy que me parece que estoy un poco mala esta noche" dice "bueno ya como está tu madre allí ya no me voy yo contigo", a la dos de la mañana ya había nacido la Dolores" (Pepa, 1915)

Coincidiendo con la nuclearización de la familia y a partir de los años 60 se produce un debilitamiento progresivo de estas redes. En la actualidad el entramado social en el que se desenvuelve la mujer está básicamente constituido por el marido, los hijos y un número reducido de vecinas o amigas íntimas.

"Unidos, lo que es unidos pues a poquísimos, a poquísimos, o sea que, mi familia..., lo que es mi marido y mis hijos estamos muy unidos, más mi hermana, mi hermana sobre todo, porque con mi hermano Toñín también tenemos, pero mi hermana. Y por ejemplo, ya pasaríamos casi a amistades..." (Milagros, 1963)

A su vez empiezan a surgir en los últimos 15 años asociaciones que forman nuevas redes.

"Entonces necesitaba salir de casa, sino hubiese caído con una depresión a mi la asociación entonces me valió mucho" (Dolores, 1947)

**Discusión:**

Las diferencias que se establecen entre las redes de principios del siglo XX y las actuales viene fundamentalmente marcadas porque las actuales no toman como eje central de su actividad el cuidado y no tienen como base mayoritaria el sistema de parentesco.

Estos hechos nos muestran las repercusiones que los cambios estructurales tienen en las vidas de las mujeres y más concretamente en su rol de cuidadoras, permitiéndonos en base al conocimiento de ese contexto plantear estrategias para disminuir la sobrecarga del cuidador dirigidas a la implicación de otros miembros de la familia en el desempeño del rol de cuidador y a la búsqueda de apoyos fuera del núcleo familiar.

**AUTOR/ES:**

Chabrera Sanz, Carolina; Llinàs Pûente, Roger; Viaplana Sole, Dolrs

**TÍTULO:**

Búsqueda Bibliográfica: Cuidados de Enfermería a pacientes quemados

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

Se entiende por quemaduras un conjunto de fenómenos locales y sistémicos que resultan de la acción de muy alta temperatura, electricidad o agentes químicos (1).

Las quemaduras son el resultado del contacto y/o exposición del organismo a una fuente de calor que produce una lesión tisular. La rápida destrucción del tejido cutáneo y la importante pérdida de líquido diferencian las quemaduras de otras lesiones (2).

Se estima que el 1% de la población sufre una quemadura que requiere tratamiento por un profesional de salud entrenado (1)(3).

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2001, se registraron un total de casos urgentes hospitalizados de 54.179, de los cuales 34.489 eran varones y 18.690 eran mujeres (4).

Las secuelas de este tipo de lesiones que suelen incluir graves deformidades y limitaciones funcionales, necesitan una intervención terapéutica multidisciplinar. Un equipo de atención avanzada y con experiencia es crucial en el tratamiento de lesiones titulares.

## Objetivos del estudio

- El objetivo de nuestro estudio es describir lo que existe en la literatura a propósito de los cuidados de enfermería a pacientes quemados.
- Examinar las acciones más adecuadas a cada diagnóstico de enfermería asociado a esta patología.
- Profundizar en la importancia del trabajo del equipo multidisciplinar.

## Material y Métodos

El ámbito de estudio ha sido en la Universitat Internacional de Catalunya. Es un estudio observacional descriptivo. Consulta bibliográfica obtenida a través de bases de datos: PubMed, Cuidem, c17, Bdie y Cinhal.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos desde 1990 hasta la actualidad.
- Artículos de revistas de enfermería (nacionales y norteamericanas).
- Documentos y protocolos de fuentes oficiales.

De los 27 documentos encontrados, se obtuvo una muestra final de 14. De las cuales 9 son artículos de revistas (4 nacionales y 5 internacionales), 4 páginas de Internet y un manual de emergencias de la Generalitat de Catalunya.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1). Ferrada R. Pacientes quemados. Departamento de cirugía Universidad del Valle; 1996, (20): 218-235.
- (2). Escola de Bombers de Catalunya. Manual de emergencias y soporte sanitario;1998, (3): 313
- (3). Casamada N. Tratamiento de las quemaduras de segundo grado superficiales y profundas con apósitos hidrocoloides en Atención Primaria. Metas Enferm.1999;6 (16): 21-29.
- (4). Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.es](http://www.ine.es) Acceso Noviembre 19, 2004.

**AUTHOR/S:**

ISZLAJI, Rosemari. AVELAR, Maria do Carmo Querido.

**TITLE:**

MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL CUIDAR DE PORTADORES DE TUBERCULOSIS PULMONAR – CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES EN ENFERMERÍA.

**TEXT:**

**TÍTULO:** Medidas de Protección al Cuidar de Portadores de Tuberculosis Pulmonar-Conocimiento de los Estudiantes de Enfermería.**PALABRA-CLAVE:** estudiantes de enfermería, conocimiento de las medidas de protección, tuberculosis pulmonar.**INTRODUCCION:** Los estudiantes de enfermería en su aprendizaje en campo clínico se encuentran frente a la posibilidad de cuidar de un portador de tuberculosis pulmonar (tbc), sin diagnóstico previo. Un estado continuo de alerta para las acciones eficaces en relación al cuidado de los pacientes, exige el conocimiento seguro sobre las medidas de protección.**OBJETIVO:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los estudiantes de Enfermería sobre medidas de protección cuando cuidan de pacientes con sospecha de ser portadores de tuberculosis pulmonar. **METODOLOGIA:** Estudio de campo, descriptivo, transversal, cuantitativo, con 67 (sesenta y siete) estudiantes del último semestre del Curso de Enfermería. Después de la aprobación del Comité de Ética, de la autorización de la Dirección del Curso y del consentimiento de los entrevistados fueron colectados los datos en sala de clase, con día y hora marcados, incluyéndose los presentes. Fue usado un cuestionario estructurado conteniendo: datos socio-demográficos y nueve cuestiones sobre el conocimiento de las medidas de protección en el cuidado con el portador de tuberculosis pulmonar. Fueron tratados los datos en número y porcentajes y expuestos en tablas y figuras conforme el objetivo del estudio. **RESULTADOS:** Con los resultados se identificaron los fallos en el conocimiento de los estudiantes sobre las medidas de protección muy importantes ao cuidar de los portadores de la enfermedad. Del total de los entrevistados, 89,50% eran mujeres solteras; 43,28% trabajavam como auxiliares o técnicos de Enfermería y 31,34% solo estudiaban. Sobre los conceptos de tuberculosis pulmonar, 70,67% de las respuestas estaban correctas y 82,04% referianse a signos y síntomas correctos sobre la enfermedad. Mencionaron como acciones para controlar la enfermedad: el aislamiento del paciente (32,83%) y el uso de máscara N95 por parte del personal de Enfermería (52,32%). Cuando haya sospecha de que el paciente sea portador de tuberculosis pulmonar referieron como prioridad el aislamiento respiratorio (78,80%), colecta de esputo (59,70%) y máscara N95 (47,70%). Obtuvieron informaciones sobre tuberculosis pulmonar durante el Curso (85,00%), estaban preocupados con la falta de orientación del personal de enfermería sobre el uso de "Equipo de Protección Individual" (EPI) (40,20%) y con la demora del diagnóstico de la enfermedad (20,80%). 28,30% refirieron que el personal de salud ignoraba el riesgo de exposición al contagio y 23,80% mencionaron despreocupación del personal con el uso de Equipo de Protección Individual. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:** La conducta inadecuada de la asistencia al portador de tuberculosis contribuye para su creciente incidencia en la población. Las estrategias de programas de control de la enfermedad priorizan el diagnóstico y el tratamiento precoz. El atraso en el diagnóstico puede ser un comprometedor para la exposición al riesgo de contagio, siendo la medida más urgente de protección. Como institución formadora, la escuela de enfermería tiene el compromiso de adecuar los programas de orientación sobre el tema de la tuberculosis, como eje integrador, incluyendo el tema en las disciplinas de Enfermería, principalmente aquellas de la práctica clínica. La implementación de la interdisciplinaridad como estrategia, posibilita introducir los contenidos curriculares con conocimientos específicos sobre precauciones y control de la enfermedad en módulos integradores. En este estudio fueron generadas informaciones que subsidiarán la elaboración de propuestas de módulos integradores sobre el tema para programas de las disciplinas curriculares del Curso de Enfermería.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Colustil CP, Teixeira SR, Osgui SK, Mendes CF. Impacto da automação no diagnóstico de infecções por micobactérias. *J Bras Patol Med Labor*. 2002; 38(3):167-173.
2. Rossetti MLR, Valim AR de M, Silva MSN, Rodrigues VS. Tuberculose resistente: revisão molecular. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):525-532.
3. Schechter M, Marangoni DV, editores. Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
4. Santos LAR de. Recomendação para a redução do risco de transmissão da tuberculose em serviços de saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica – Divisão de tuberculose. 1997.
5. Conde MB, Kritski AL, Souza GRM. Tuberculose: do ambulatorio à enfermaria. 2a ed. 2000. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
6. Avelar MCQ, Neves MA, Carbone TAC. Pacientes com tuberculose pulmonar e tempo de internação sem diagnóstico num hospital universitário. *Rev. Paul. Enf.* (no prelo)
7. Mathia S, Hodgdon AK. Resurgend of tuberculosis: implication for emergency nurses. *J Emerg Nurs* 18\997; 23(5):425-428.
8. Everson W. Occupational exposure to mycobacterium tuberculosis. *AAOHN J* 1999; 43(8):373-382.
9. Santos ACCF, Marques BMS, Bernardes MMR. Sentimentos dos auxiliares de Enfermagem no cuidado a pacientes em investigação de tuberculose pulmonar. *Rev Enferm UERJ* 2001; 9(1):45-51.



**AUTOR/ES:**

FJ Gala León; M Lupiani Giménez; JL Romero Palanco; A Bernalte Benazet; T Miret García y J Dávila Guerrero. Grupo Investigador CTS-386- PAI. E.U. de Ciencias de la Salud.Universidad de Cádiz.

**TÍTULO:**

Dimensiones que estructuran la actitudes del P.de Enfermería hacia la Clonación, obtenidas a través de la validación de un instrumento.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

La Clonación provoca polémicas y reacciones fruto de actitudes contrapuestas (1), en un debate que alcanza al Personal Sanitario y, en concreto, al Profesional de Enfermería (P.E.), protagonistas esenciales de esta tecnología para los que varias Organizaciones Científicas reclaman el derecho a Objetar Conciencia allá donde se permita. Casi toda la Comunidad Científica se opone a la Clonación Reproductiva, pero la Terapéutica no debería plantear mayores problemas ni reservas; sin embargo, se plantea un dilema difícil de solventar pues afecta a embriones humanos, por lo que se impone un análisis Bioético, Antropológico y Psicosocial (2). A este respecto la Sociedad Internacional de Bioética (3) recomienda "reflexión y estudio cuidadoso de esta técnica".

En este marco nos planteamos como HIPÓTESIS CONCEPTUAL que las actitudes del P.E. (y del P.S.) se condicionan por variables tales como el tener o no una personalidad prejuiciosa y/o las creencias religiosas; articulada en los siguientes OBJETIVOS: a) Conocer las actitudes del P.E. hacia la clonación humana. b) Analizar cómo se estructuran.c) Mensurar si correlacionan con prejuicios y/o estilos de personalidad prejuiciosa, y d) Constatar con qué otras variables -p.ej. las creencias religiosas- correlacionan (4).

Para cubrir los objetivos y falsear la hipótesis elaboramos un instrumento para medir tales actitudes y que nos indicara las dimensiones que las estructuran. Así, para conocer tales Dimensiones/Factores, hemos efectuado la Validación del Instrumento (ESCALA C) mediante dos Aplicaciones Piloto, en dos muestras de Alumnos y P.E. de 108 y 83 sujetos respectivamente, determinándose su validez de Contenido, Criterio, Constructo o Estructural y Aparente (5). En cuanto a la ESTRUCTURAL (6), inicialmente establecimos conceptualmente 14 factores que, tras la matriz correlacional de cada uno con el total y con los demás y el Análisis Factorial, quedaron en 10, más uno transversal, que conforman el espectro actitudinal del P.E. hacia la Clonación Humana y se articulan, en la Escala, en diversos ítems a favor o en contra del enunciado, en un continuum bipolar. A continuación ofrecemos su descripción y su correlación ( $r^2$ ) con el total:

-1-En los primeros estadios el embrión no es un ser humano -¿preembrión?- luego no es persona ni sujeto de derechos,(0,87).

-2-La libertad de investigación está por encima de todo: Prelación del derecho al progreso y al avance científico,(0,79).

-3-La clonación se justifica por su fines: La utilización de embriones, sobre todo si son supernumerarios de FIVTE, es un mal menor asumible por los bienes que reporta, (0,91).

-4-Jerarquía de derechos: El derecho reproductivo y a la salud están por encima del derecho del embrión, sobre todo si es supernumerario,(0,82).

-5-La clonación humana es una veterinización del ser humano y, como tal, degradante,(0,48).

-6-La clonación no es mala en sí, depende de las intenciones o de su utilización,(0,67).

-7-Prohibir la investigación en clonación es propio del fanatismo y contrario al progreso,(0,79).

-8-Hipocresía: Se admiten socialmente el aborto y las técnicas de FIVTE, sin hablar de genocidios, guerras y pena de muerte, y, sin embargo, se es escrupuloso con la clonación; en el otro extremo, sectores "progresistas" se manifiestan contra las plantas transgénicas y no ante la clonación,(0,73).

-9-El miedo o la inquietud ante la clonación humana es fruto de una respuesta irracional y emotiva y no de una reflexión racional o científica,(0,73).

-10-Diferenciar clonación reproductiva y terapéutica es una verdadera trampa verbal para calmar y aliviar las conciencias; además, una llevará a la otra,(0,70).

Transversal: A favor o en contra de la Clonación reproductiva, terapéutica o de ambas,(0,80).

Así, las actitudes hacia la clonación se estructuran sistémicamente por dimensiones articuladas en el esquema axiológico personal (7), por lo que su delimitación y análisis es imprescindible para diseñar campañas o intentos de sensibilización o cambios de actitud al respecto en el P.E.(8).

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Márquez D : Células madre: La revolución de la Biomedicina. Andalucía investiga 1:5-10, 2003.
- (2) Jan-Ryn Z : La clonación humana: Aspectos Psicológicos y Antropológicos. Cuadernos de Bioética (Ed. especial sobre Genética, clonación y ética) 38:433-437, 2000.
- (3) Sociedad Internacional de Bioética (Comité Científico): Declaración Biética de Gijón. Ed. Grafymak S.L. Gijón, 2000.
- (4) Gala FJ; Lupiani M; Gómez A et al : The relevance of an analysis of the attitudes of Medical Staff towards human cloning. Presentation of the initial design of a study. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 2005.
- (5) APA : Standards for Educational and Psychological tests and Manuals. APA Publications. Washington, 1966.
- (6) Nunnally J y Bernstein I : Validez, en J Nunnally y I Bernstein, Teoría Psicométrica (pp 92-127).Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1995.
- (7) Herrera M y Seoane J : Actitudes e Ideología, en A Rodríguez y J Seoane, Creencias, Actitudes y Valores. Tratado de Ps. General (Volumen 7) de J Mayor y J Pinillos (Edits). Alhambra Universidad. Madrid, 1989.
- (8) Cantero FJ; León JM y Barriga S : Actitudes: Naturaleza, formación y cambio, en JM León, S Barriga, T Gómez et al (Edits), Psicología Social (pp 117-131). Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1998

**AUTOR/ES:**

Herrera-Espiñeira C., Rodríguez del Aguila MM., Quero Rufian A., Rodríguez del Castillo M., Martínez Cirre C., Aguayo e Hoyos E.

Hospital Virgen de las Nieves de Granada

**TÍTULO:**

RELACION DEL PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS PACIENTES CON LA SATISFACCION POR EL MEDIO HOSPITALARIO

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Junto a la confianza que genera los avances tecnológicos en sanidad en los usuarios de centros hospitalarios, existe otro de inseguridad ante su propio desconocimiento y el del medio que le rodea: desconoce a las personas, los pasillos, el mobiliario y el mecanismo que ha de seguir para llegar al objeto de su interés: la resolución de su problema de salud.

Las diferentes expectativas sobre la estancia hospitalaria están en función de múltiples aspectos, entre ellos la cultura y el conocimiento previo que tenga sobre un hospital y sus mecanismos de funcionamiento. La bibliografía recoge diferentes características sociodemográficas relacionadas con la satisfacción como la edad, estatus socioeconómico o educación.

Teniendo en cuenta que los aspectos más demandados por el usuario: Información, proximidad de trato y relación con el personal son coincidentes tanto en nuestro sistema sanitario como en otros países es objetivo de éste trabajo:

- Determinar nivel de satisfacción por el medio hospitalario: confort, privacidad, hostelería, información recibida y relación con el personal que le atiende.
- Relación de variables socio-demográficas, de información y clínicas, con la satisfacción con el medio hospitalario y la relación con el personal sanitario.

**METODOLOGIA:**

Se escogieron durante 4 meses los pacientes de 16 años o mas, con buen estado cognitivo, con capacidad auditiva para contestar preguntas por teléfono, ingresados para cirugía traumatológica programada. En total 152 casos sobre los que se realiza un estudio transversal analítico recogiendo en una encuesta inicial de variables sociodemográficas, de información y clínicas y una encuesta telefónica tras el alta de grado satisfacción por el medio hospitalario.

Variables. sociodemográficas: edad, sexo, nivel cultural, número de personas que conviven en el domicilio habitual, tipo de vivienda (en propiedad o no), estado civil, número de hijos, número de habitantes del lugar de residencia por decenas de mil, cuidador informal (sin cuidador, padres, hijos, pareja, otros), sexo del cuidador, información recibida de su operación o complicaciones, número de días ingresados, procedimiento quirúrgico realizado y diagnóstico principal según el código Internacional de Enfermedades.

Análisis de Datos: Análisis descriptivo de frecuencias de variables cualitativas, medias y desviaciones típicas para las cuantitativas y regresión Logística Multivariante.

**RESULTADOS:**

Se sintieron poco o nada satisfechos un 17,8% de los pacientes con el medio hospitalario, destacando confort y privacidad como los más negativos, un 17,1% con el personal que le atendió destacando negativamente el 9,2% al personal médico, y otro 9,2% el personal de enfermería, entre el 25 y el 29% no se sintieron satisfechos con la información sobre su operación o sus complicaciones. y un 22,4% con el confort para el cuidador.

En el análisis univariante la variable edad no era significativa al relacionarla con la satisfacción por el medio hospitalario pero sí cuando se la dicotomizaba, como describe la bibliografía: los pacientes con más de 65 años tienen un 67% (Odds Ratio 0,33) menos riesgo de no estar satisfechos con el o que los mayores de esa edad. Un tipo de diagnóstico principal también estaba relacionado pero la significación se perdía al estar controlada por la edad.

Los pacientes con cuidador informal tenían un 70% (Odds Ratio 0,30) menos riesgo de considerar la relación con el personal que le atiende poco o nada cordial que los que no tenían cuidador. Los habitantes de áreas urbanas de 10 mil hasta 100 mil tenían 4,45 más riesgo de considerar poco o nada cordial la relación con el personal que los de áreas de menos habitantes, así como un tipo de diagnóstico principal. En el modelo final de Análisis Multivariante las tres variables independientes descritas mantenían su asociación con la variable: relación con el personal.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Abramowitz, S. Cote, AA. Berry, E.

Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach.

Qual Rev Bull 1987; 13(4): 122-30

Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care.

Med Care. 2001 Jun;39(6):635-41.

Bermejo. J.C.

Humanizar la Salud. Ed. San Pablo 1997

Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.)

La Asistencia Sanitaria en España I y II

Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1991;53

Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, Madrid, 2004

Encuesta Andaluza de Salud 1999. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla

Gracia Guillen, Diego

Ética y Salud. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Pag 18-19. 1998

Heidegger, T; Husemann, Y; Nuebling, M at col.

Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria.

Br J Anaesth. 2002 Dec;89(6):863-72

Wasser, T; Pacuale, MA; Matchett, SC; Pascuale, M.

Establishing reliability and validity of critical care

**AUTHOR/S:**

Iniesta Sánchez J., Martín Lozano R., Rodríguez Mondéjar J.J., Pérez Pérez R., Almada Fernández M.B., Carrión Tortosa F.

**TITLE:**

VENTILACION NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA DE PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS.

**TEXT:**

Introducción.- Los pacientes inmunodeprimidos afectados de neoplasias, tanto de órgano sólido como hematológicas, están especialmente predispuestos a infecciones respiratorias. Es por ello que en el tratamiento de estos procesos se intenta evitar la intubación endotraqueal para prevenir la neumonía nosocomial. La utilización de ventilación no invasiva (VNI) ha mostrado reducción de la tasa de intubación, aumentando la supervivencia de estos pacientes.

Objetivos: Comparar la efectividad y seguridad de la VNI en el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y cáncer diseminado comparándolo con pacientes inmunocompetentes. Analizar los factores de riesgo para éxito de la VNI y mortalidad hospitalaria en esta población afectada de IRA.

Métodos.- Estudio prospectivo observacional de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de IRA y necesidad de VNI, durante un periodo de 8 años (1 de junio 1996 a 31 agosto 2004). Los pacientes diagnosticados de neoplasia de órgano sólido diseminado, linfoma, leucemia o mieloma fueron agrupados y comparados con los pacientes sin cáncer. Los criterios de inclusión: frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto, contracción de la musculatura respiratoria accesoria, ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 y disnea importante. Las contraindicaciones son: parada cardiorrespiratoria, obstrucción vía aérea superior y sangrado digestivo activo. El éxito de la VNI se define como evitación de intubación y persistir vivo sin IRA en planta al menos 24 horas tras el alta de UCI. Las variables cuantitativas se expresan como medias y las cualitativas como porcentajes. La comparación entre dos variables cualitativas se realiza por la prueba Ji<sup>2</sup>, y entre cualitativa y cuantitativa por T de Student. Las variables que mostraban asociación significativa fueron introducidas en un modelo multivariante.

Resultados.- Fueron estudiados 1682 pacientes. De ellos 115 (6.8%) fueron oncohematológicos (OH). La edad del grupo OH era menor (62 vs 69 años, p<0.001) y la gravedad, SAPS II, mayor (49 vs 43, p<0.001). La etiología del fallo respiratorio difería en los dos grupos, predominando la neumonía y SDRA en el grupo OH (45.2%) y el edema cardiogénico y patología respiratoria crónica en el grupo sin cáncer. La PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> antes de VNI no difería de forma significativa entre ambos grupos (146 y 153). El éxito de la VNI (evitación de intubación y supervivencia al alta de UCI) fue de 55.7% en OH y 72.7% en grupo sin cáncer (p:0.001), y la mortalidad hospitalaria 53% y 27% respectivamente (p<0.001).

Discusión.- Los pacientes con procesos oncohematológicos y fallo respiratorio presentan mayor tasa de fracaso con VNI. Sin embargo en análisis multivariante son los índices de gravedad, parámetros respiratorios y gravedad del fallo multiorgánico los que se relacionan con el fracaso de la VNI. Estos hallazgos deberían de cambiar la opinión extendida en los profesionales que trabajan en cuidados críticos ante un paciente oncohematológico, donde el éxito de la VNI y la supervivencia final depende más de la gravedad que de la misma presencia de un cáncer.

**BIBLIOGRAPHY:**

- 1.- Ewig S, Torres A, Riquelme R, et al. Pulmonary complications in patients with haematological malignancies treated at a respiratory intensive care unit. *Eur Respir J* 1998; 12: 116-122.
- 2.- Guerin C, Girard R, Chemorin C, De Varax R, Fournier G. Facial mask noninvasive mechanical ventilation reduces the incidence of nosocomial pneumonia. A prospective epidemiological survey from a single ICU. *Intensive Care Med* ,1998; 24:27.
- 3.- Antonelli M, Conti G, Bui M, Costa MG, Lappa A, Rocco M, Gasparetto A, Meduri GU. Noninvasive ventilation for treatment of acute respiratory failure in patients undergoing solid organ transplantation. *JAMA*.2000;283:235-241.
- 4.- Denardo SJ, Oye RK, Bellamy PE. Efficacy of intensive care for bone marrow transplant patients with respiratory failure. *Crit Care Med* 1989; 17: 4-6.
- 5.- Crawford W, Schwartz DA, Petersen FB, Clark JG. Mechanical ventilation after bone marrow transplantation. Risk factors and clinical outcome. *Am J Respir Crit Care Med* 1988; 137: 682-687.
- 6.- Tognet E, Mercatello A, Polo P, Coronel B, Bret M, Archimbaud E, Moskovtchenko JF. Treatment of acute respiratory failure with non-invasive intermittent positive pressure ventilation in hematological patients. *Clin Intensive Care* 1994; 5:282-288.
- 7.- Conti G, Marino P, Cogliati A, Dell'Utri D, Lappa A, Rosa G, Gasparetto A. Noninvasive ventilation for the treatment of acute respiratory failure in patients with hematologic malignancies: a pilot study. *Intensive Care Med* ,1998; 24:1283-1288.
- 8.- Hilbert G, Gruson D, Vargas F, Valentino R, Gbikpi-Benissan G, Dupon M et al. Noninvasive ventilation in immunosuppressed patients with pulmonary infiltrates, fever, and acute respiratory failure. *N Engl J Med* 2001; 344: 481-7.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Luisa Barrera Uriarte, Núria Barrera Uriarte (ICS), Montserrat Martínez Aguilà (Hospital S. Pau i S. Tecla). Tarragona

**TÍTULO:**

VALIDACIÓN DE LA INTERVENCIÓN "REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA" (NIC) DEL PROYECTO NIPE

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

Nipe, proyecto Nacional iniciado el año 2000 tras el acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería de España, tiene como finalidad establecer un lenguaje común para describir la práctica enfermera. Una de las fases del proyecto es validar las intervenciones (NIC)\* Nursing Interventions Classification

**OBJETIVO:**

Analizar la intervención : " REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA"

**METODOLOGIA:**

- Validación científica mediante búsqueda bibliográfica (Grupo Monitor)
- Validación teórica mediante dos cuestionarios Delphi enviados a expertos previamente seleccionados (Grupo Experto)

**RESULTADOS:**

Concluida la validación científica, el Grupo Monitor hace la siguiente propuesta al Comité Técnico de Normalización:

- Cambiar la etiqueta de la intervención: Regulación de la temperatura por Regulación de la temperatura corporal
- De las 21 actividades analizadas: Se modifican 7 y se añade una nueva actividad (n<sup>a</sup> 22)

1. Comprobar la temperatura al menos cada dos horas, si procede " Comprobar regularmente la temperatura corporal del paciente"

4. Controlar la presión sanguínea, pulso y la respiración, si procede " Controlar la tensión arterial, pulso , la respiración y nivel de conciencia

12. Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario " Colocar al recién nacido en incubadora o cuna térmica, si es necesario"

13. Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos de exceso de frío, si procede " Concienciar a través de campañas de prevención, la importancia de la termoregulación y los posibles efectos negativos tanto del exceso de frío como de calor".

17. Utilizar un colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede " Utilizar el método de recalentamiento: externo (activo o pasivo) o interno (calentamiento central) según el grado de hipotermia: leve, moderada o severa"

19. Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos " Administrar la medicación prescrita para evitar o controlar los escalofríos"

21. Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede " Utilizar los métodos de enfriamiento según el grado de hipotermia"

22. Favorecer el contacto inmediato piel con piel con la madre para mantener la temperatura corporal del recién nacido

**DISCUSIÓN:**

- Consideramos de gran interés validar las intervenciones NIC ya que la terminología empleada no se adapta a la práctica enfermera desde nuestro contexto socio-cultural y geográfico.
- Creemos de gran valor la aportación del Comité Técnico, una vez se establezca el grado de concordancia de los dos grupos que intervienen en el estudio, donde se conjuga la evidencia, la práctica y la experiencia en el campo de la enfermería
- La validación teórica está pendiente de conclusiones por parte del Comité Técnico de Normalización.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.Herrero Botin. M. Termorregulación: fisiología, patología y cuidados de enfermería. Enfermería Científica. 1985; 39.
- 2.Naja E. Fiebre: la subida del termostato corporal. Nursing. 1999.
- 3.Hellín Martínez M.J et all. Mantener la temperatura del recién nacido sano. Medios artificiales frente al calor materno. Revista de enfermería Rol. 2000;23(1).
- 4.Lopez Gonzalez A. et all. Golpe de calor. Enfermería científica. 2001: 232-233.
- 5.Gómez Ciriano J.I. et all. Síndrome febril en atención primaria. Jano. 2003; 65 (1497):14-20.
- 6.Marcia F. El cuidado del paciente hipotérmico. RN; 2 (3 ).
- 7.Carmona Simarro, J et all. Enfermería extrahospitalaria: actuación en el golpe de calor. [revista a Internet]. Disponible a: <http://enfervalencia.org/ei/articulos/articulos17.htm>.
- 8.Cabrera Montesinos R et all. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Revista Cubana de enfermería 1997; 13 (2): 80-5.
- 9.Actuar ante las emergencias invernales. Nursing. 2000; 18 (6).
- 10.García Alvero MC. et all. Sistemas para determinar temperatura corporal. Revista de Enfermería Rol. 2000; 23(9).
- 11.Marín Fernández B. et all. Temperatura corporal. Diferentes sistemas de medición. Revista de enfermería Rol. 1999; 22(12).
- 12.García Rey J. et all. Manta térmica. Revista de Enfermería Rol;162
- 13.Herrera B. et all. Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto. Index de enfermería. 1999; 8 (24.25 ).
- 14.Sidebottom J. Cuando el exceso de calor puede producir la muerte. RN; 2 (2) .
- 15.Diccionario de la Lengua Española. 22a ed. Madrid: Espasa. 2001. Temperatura p.2151. Calentador p. 400.
- 16.Perez de la Plaza E y Fernández Espinosa A M<sup>a</sup>. Auxiliar de enfermería. 2a ed. Madrid: McGraw-Hill; 1996.
- 17.García Berman R. et all. Método canguro. Revista de Enfermería Rol. 2004; 27 (1):63-66.
- 18.McCloskey Joanne C, Bulechek Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2003.
19. et all



**AUTOR/ES:**

Carmen Cortina Trias, Lourdes Egea Soldevila, Dolors Roca Carrillo, Irene Gonzalez Marquez, Anna Fortuny Peralba, Maribel Pasarín Rúa

**TÍTULO:**

Detección de déficits visuales en niños/as escolarizados de 4-5 años en colegios públicos de Barcelona

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Desde 1975 los equipos de salud de los 10 distritos de Barcelona hacían exámenes de salud en las escuelas a niños/as de diferentes cursos. La alta cobertura del Programa del Niño Sano en la Atención Primaria de Salud (APS) de toda la ciudad hace pensar que seguir haciendo exámenes de salud en la escuela pueda ser una actividad ineficaz por su duplicidad. Con la reforma del APS , en el año 1992 se decidió centrarlo en alumnos de escolarizados de P-4

Los ESC tienen la hipótesis de que siguen existiendo déficits visuales desconocidos por la familia.

**OBJETIVO**

El objetivo del estudio es conocer el % de déficits visuales detectados por los ESC desconocidos por la familia y confirmados posteriormente en la fase diagnóstica.

**METODOLOGIA**

Ámbito de actuación: la ciudad de Barcelona y sus 10 distritos municipales. En Barcelona hay un Equipo de Salud Comunitaria ( ESC ) en cada uno de los 10 distritos , que conforman el Servicio de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de la ciudad.

Durante el curso 2003-2004 profesionales de los ESC hicieron cribado visual a 4753 niños de P-4 de 160 escuelas públicas de toda la ciudad ( excepto el distrito de Ciutat Vella -el más deprimido socioeconómicamente - que lo hicieron en las 11 escuelas públicas y 6 concertadas ), utilizando como herramienta de medición el TOPCON o en su defecto la E de Snellen.

Los ESC creen que el hacer el cribado a todo el grupo de clase, habiéndose explicado previamente como un juego, hace que los niños colaboren positivamente y en un ambiente relajado.

Se analiza la cobertura de cribado así como el % de detección (% de cribados positivos y % de anomalías finalmente confirmadas).

**RESULTADOS**

Cobertura del cribado 94 %

Porcentaje de positivos en el cribado 6,9%

Porcentaje de anomalías encontradas 4,4%

**CONCLUSIONES**

Dado que:

a) la detección y corrección precoz de los defectos visuales mejora en muchos casos el pronóstico , y que

b) este examen físico se deja de hacer en el ámbito de la escuela ya que está contemplado como una actividad en el Programa del Niño Sano de Pediatría de la APS, desde la Agencia de salud Pública se valoraran estrategias para incrementar la cobertura del cribado visual en estas edades dentro de la consulta de pediatría de la Atención Primaria de Salud

**AUTOR/ES:**

Dolors Roca Carrillo; Irene Gonzalez Marquez; Carme Gonzalez Trias; Lourdes Egea Soldevila; Agapita Gonzalez Vivar; Maribel Pasarín Rua

**TÍTULO:**

Los profesionales de Salud Comunitaria en la promoción de una alimentación saludable: El menú escolar

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

En Barcelona hay 10 Equipos de Salud Comunitaria (ESC), uno por cada distrito de la ciudad, y su ámbito de actuación es preferentemente el escolar.

Una de las áreas de trabajo es la promoción de una alimentación saludable entre los escolares de primaria y secundaria de la ciudad

Previamente se acordó por parte de un grupo de trabajo del Servicio de Salud Comunitaria, un protocolo de actuación y se diseñó una herramienta que permitiera homogeneizar la intervención de los 10 ESC de la ciudad.

**OBJETIVOS**

- Conocer el grado de adecuación del equilibrio de los menús escolares, en la ciudad de Barcelona, con el fin de promocionar hábitos de alimentación saludable .
- Analizar la metodología empleada para valorar de forma homogénea los menús escolares.
- Revisar la necesidad de intervención en cursos futuros

**METODOLOGIA**

1- Ámbito de intervención : ciudad de Barcelona

2 -La valoración la realizaron los los profesionales de los 10 ESC de la ciudad , compuestos mayoritariamente por personal de enfermería

3 - Se revisaron los menús de 4 semanas consecutivas de los comedores escolares de educación primaria y secundaria de la ciudad ( N = 338 )

4 - Se identificaron las raciones semanales de los diferentes tipos de alimentos y se compararon con las recomendadas.

5 - Análisis : Se calcula el porcentaje de escuelas en las que se recomienda introducir modificaciones importantes ( necesidad de rectificar en más de una semana ), modificaciones leves, y las que no precisan modificar los menús.

6 - Se entrega un informe escrito a cada escuela con los resultados de la valoración , con copia a la dirección, responsables del comedor escolar, jefe de cocina o catering y a la AMPA ( Asociación de madres y padres de alumnos ).En este informe se hacen recomendaciones en aquellos aspectos que son susceptibles de cambio. En los que se recomendaban modificaciones se realizaba una segunda valoración pasados tres meses y se comprobaban los cambios efectuados.

**RESULTADOS**

- La revisión del menú escolar ha detectado cerca del 12% de escuelas en las que se han recomendado introducir modificaciones en más de 1 semana de las 4 revisadas ( Modificaciones importantes )
- Un 61% de los centros necesitan modificaciones leves, es decir, hay que introducir un pequeño cambio, pero el menú es bastante adecuado.
- Un 27% de los menús ya corresponden a una programación adecuada y no necesitan modificaciones.

**CONCLUSIONES**

- El estado de equilibrio de los menús escolares es bastante bueno, aunque mejorable.
- Valorando los resultados, el Servicio de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona decide realizar de nuevo la revisión de menús de todos los centros escolares de la ciudad, para conocer la efectividad de los consejos dados, en el siguiente curso.
- Hay que tener en cuenta que para influir en la adquisición de hábitos saludables en la alimentación infantil, otros ámbitos de actuación serían las familias, educadores de tiempo libre, monitores...etc.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego. Escuela Ciencias de la Salud (Universidad de León, Campus de Ponferrada); Hospital "Río Carrión" Palencia (España). e-mail: arb@enf.uva.es

**TÍTULO:**

La Metodología Colaborativa En Las Aulas de Enfermería

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

El compromiso con la cotidianeidad asistencial enfermera, exige una formación previa en la responsabilidad y para la responsabilidad. Dentro de un planteamiento de renovación de la metodología docente en el aula, en el que la investigación acción es un eje fundamental, se pretende establecer una dinámica de más compromiso por parte del alumnado en su formación como futuros profesionales enfermeros y más tarde en su propia labor profesional. Compromiso entendido como formarse en la responsabilidad y para la responsabilidad. Entendiendo a las metodologías colaborativas como eficaces instrumentos en la consecución del hábito del compromiso, de la respuesta.

**Objetivos:**

- Establecer la educación democrática en el aula.
- Analizar el acto docente.
- Analizar las respuestas del alumnado en base a sus compromisos previos.

**Métodos:**

Estudio longitudinal con la aplicación de la metodología propia de la Investigación acción y sus círculos característicos: Observar, reflexionar, planificar, actuar, observar y vuelta empezar... La población elegida ha sido los alumnos/as de enfermería, de 2º y 3º curso, matriculados en el curso académico 2004/2005. La muestra corresponde a los matriculados en la asignatura de diagnósticos enfermeros, impartida en el 2º Cuatrimestre del curso (de 16 de febrero a 1 de Junio). La intervención es el establecimiento de la educación democrática en el aula, expresándose en los siguientes términos: negociación de contenidos, metodologías colaborativas, actividades cooperativas y evaluación (autoevaluación, heteroevaluación). Las técnicas de recogida de datos: observación participante, cuadernos de campo. Análisis de los datos a través de la aplicación de la técnica de análisis de contenido a los diferentes documentos elaborados en el proceso.

**Resultados:**

- a) Categorías resultantes de los compromisos del alumnado: asistencia, participación, realización de tareas, cuadernos de campo, aprender a escuchar, aprender a ver los problemas que se plantean en el mundo sanitario de una forma razonada, reflexionar / valorar día a día lo que se va dando y aprendiendo, puntualidad, actitud referente a compañeros y profesorado.
- b) Categorías resultantes del análisis de los cuadernos de campo: contenidos vertidos en clase, selección de fragmentos, consecución metas individuales, mejoras, opiniones y conclusiones.
- c) Categorías a partir de registros observación participante: hace falta más tiempo, falta de iniciativa por parte del alumnado, excesiva participación del docente, desconocimiento de la metodología.
- d) Categorías valoración por individuo: participación, hablar en público, trabajar, escuchar.
- e) Categorías resultantes a partir de la evaluación: respuesta en base a los compromisos positiva, valor máspreciado la asistencia a clase, valor más difícil hablar en público, valor descubierto aprender escuchando y compartiendo, cuadernos de campo deficientes, corporativismo.

**Discusión:**

Este planteamiento metodológico exige un mayor compromiso del alumno/a, que en un principio, al no haber examen, le resulta más fácil y asequible, pero una vez avanzando en el proceso aprecia una mayor exigencia en el día a día. Verbalmente han expresado encontrar más productivo el "hacer" que la pasividad del habitual método magistral. La cultura establecida del profesor dicta y el alumno toma apuntes está muy enraizada. Entre las fortalezas encontradas: concienciación, diálogo y respeto. Se espera que la respuesta que han tenido respecto a sus compromisos de aprendizaje se convierta en hábito para responder ante sus compromisos como profesionales enfermeros en su cotidianeidad profesional, deseo expresado en la introducción.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Anguera MT. Observación en la escuela. Barcelona: Grao;1998.
- Apple M W, Beane JA. Escuelas democráticas. Madrid: Morata; 2000.
- Blanco R. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. Metas de Enfermería 2005 ; 8 (1) : 60-66
- Carr W, Kemmis S. Teoría Crítica de la enseñanza. Barcelona: Martínez Roca; 1988.
- Colina J, Medina J L. Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. Rol de Enfermería 1997; 232 : 23-30.
- Dewey J. Democracia y educación. Buenos Aires: Losada; 1967.
- Elliot J. La investigación-acción en educación. Madrid: Morata; 1990.
- Marin S, Blazquez F. Aprender cooperando. El aprendizaje cooperativo en el aula. Madrid: Junta de Extremadura; 2003.

**AUTOR/ES:**

PABLO ALONSO VILLAR

**TÍTULO:**

ACUERDOS Y DISCREPANCIAS EN ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y FORMALES DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL DEL ÁREA DE VIGO

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

El motivo del siguiente estudio es conocer la opinión sobre determinadas cuestiones a nivel de metodología de trabajo y tratar de decidir sobre la conveniencia o no de su utilización.

**OBJETIVO**

Averiguar si entre los profesionales sanitarios de la red de Salud Mental existe unanimidad de criterios sobre utilización de uniformes, pijamas, conveniencia de unidades abiertas o cerradas, utilización de contenciones mecánicas, habitaciones vigiladas y normas de funcionamiento interno.

**DESARROLLO**

Se ha optado por utilizar una técnica de investigación cualitativa consistente en un estudio de búsqueda de consenso.

La población estudiada está compuesta auxiliares psiquiátricos, enfermería, psicólogos/as, psiquiatras y residentes.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta diseñada para recoger las opiniones respondiendo a través de una escala de Likert.

**CONCLUSIONES**

Existe una postura común de todos los colectivos en la mayoría de las cuestiones consultadas, especialmente entre auxiliares psiquiátricos y enfermeras/os, siendo los psicólogos el colectivo con menor indecisión y los residentes el de mayor indecisión.

Mayoritariamente se está de acuerdo en que:

1. El uniforme del personal es necesario, no así la utilización de pijama y bata por los pacientes.
2. Se reconocen ventajas tanto en unidades cerradas como abiertas, pero se cree que estas últimas influyen favorablemente en la evolución de los pacientes.
3. Las contenciones mecánicas suponen una buena medida en ciertos casos y casi unánimemente se opina que en su utilización debe primar la seguridad y existir protocolo.
4. Las habitaciones vigiladas resultan adecuadas en pacientes que exijan vigilancia continua sin que ello vulnere su intimidad, aunque se reconocen alternativas a su uso.
5. Debe permitirse fumar, siempre que tabaco y mechero estén a cargo del personal.
6. No debe permitirse el uso del teléfono móvil, debiendo utilizarse el teléfono de la unidad o la cabina telefónica de manera regulada.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Rigol Cuadra A, Ugalde Upalateguy M. Historia de las ideas en psiquiatría. Master de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2001.
2. Aparicio V. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. Aran: Editorial Ela; 1997.
3. Colección Saúde Mental nº 0. Serie Reforma Psiquiátrica. Documentación Básica; SERGAS, 1990
4. Agustín Ozamiz J. Un modelo de estrategia para la evaluación de servicios en Salud Mental. Psiquiatría Pública; 1994; Vol 6 nº 3 (mayo-junio).
5. Díaz González R. J. et al. Optimización de recursos en un servicio de psiquiatría. Incremento de la calidad y de la relación coste-efectividad. Todo Hospital 2002 (junio).
6. Argimón P. JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª edición. Editorial Harcourt. P. 373- 376.
7. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 319-321.
8. Fernández de Pinedo I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Documentación NTP 15: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
9. Rodríguez Martínez M P, Losana Perales F, Chicao Saura C, Miñano Sarabia D, Ruiz Ortega JM, Cánovas Inglés A. Propuesta de mejora en la uniformación del personal sanitario asistencial y no asistencial en el Servicio Murciano de Salud. Secretaría Sectorial de Atención al Ciudadano, Calidad Asistencial y Drogodependencias. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la región de Murcia. 2003.

**AUTOR/ES:**

M. Casellas, M Gallart, M Carol, M Antolín, M Llopis, F Guarner, J-R Malagelada.  
 Unidad de Investigación de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

**TÍTULO:**

LA EXPOSICIÓN DE LA MUCOSA DEL COLON A DICLOFENACO FAVORECE LA ALTERACIÓN DE LA BARRERA MUCOSA POR BACTERIAS NO PATÓGENAS

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal se caracteriza por una respuesta inflamatoria exagerada a la flora comensal y se ha sugerido que ésta puede originarse por un defecto en la integridad de la barrera. El diclofenaco altera la permeabilidad de la barrera mucosa interaccionando con los fosfolípidos y desnaturalizando la capa de surfactante. En un estudio previo, nuestro grupo ha demostrado que el diclofenaco altera la interacción entre bacterias de la flora comensal y las células inmunocompetentes y condiciona la respuesta inmune innata.

**Objetivo:** Estudiar los cambios en la permeabilidad a macromoléculas de la mucosa del colon producidos por la molécula de diclofenaco y una cepa no patógena de Escherichia coli (E. coli ATCC35345) (Ec).

**Material y métodos:** Se efectuó la extracción del colon de ratas macho Sprague-Dawley (n=12). Se montaron seis piezas adyacentes por rata de manera polarizada en Cámaras de Ussing y se realizaron distintos tratamientos en el compartimiento mucoso. Para estudiar la permeabilidad a macromoléculas se introdujo en el compartimiento mucoso una concentración conocida de peroxidasa de rábano (HRP, 0.4mg/mL) y se valoró el paso de HRP en el compartimiento seroso mediante la determinación de su actividad enzimática. El diseño experimental fue el siguiente: en el compartimiento mucoso se añadió diclofenaco (Diclo, 100mg/mL) durante 1h y después de un lavado exhaustivo se introdujo la HRP y Ec (10E6UFC/mL). Se recogieron muestras del compartimiento seroso cada 30. Se estudiaron la viabilidad tisular y bacteriana al final del estudio. Se diseñó un segundo grupo de experimentos para estudiar la participación del surfactante en los cambios de permeabilidad. Después de la incubación con diclofenaco y con el objetivo de regenerar la capa de surfactante, se realizó una incubación de 30 minutos con una emulsión de fosfolípidos (PL).

**Resultados:** Las incubaciones con Ec o Diclo no aumentan de manera significativa la permeabilidad a las 3 horas respecto a la condición blanco. Sin embargo, cuando la mucosa se incubaba de forma secuencial con Diclo y Ec (Diclo+Ec) se produce un aumento espectacular en la permeabilidad, que es muy superior al de ambas condiciones por separado (tabla) La adición de PL a la mucosa después de la incubación con Diclo no tiene efecto significativo en la permeabilidad (Diclo: 9961.1±3233 pmol/cm<sup>2</sup> vs. Diclo+PL: 3493.6±2350.8 pmol/cm<sup>2</sup>). En cambio, cuando la mucosa se incubaba de forma secuencial con Diclo y Ec, la adición de PL previene totalmente el aumento de la permeabilidad a macromoléculas (Diclo+Ec: 69934.6±7129.1 pmol/cm<sup>2</sup> vs. Diclo+PL+Ec: 7516.7±5570 pmol/cm<sup>2</sup>; p<0.05) La viabilidad tisular es similar en las distintas condiciones experimentales y cercana al 100%. La recuperación de Ec es semejante en las condiciones estudiadas y muy próxima al inóculo.

Blanco	Ec	Diclo	Diclo+Ec
457.7±145.8	1237±253.4	2294.7±421.5	11514±2493.9*#

Los resultados se expresan como media±desviación estándar del área bajo la curva de flujo de HRP (pmol/cm<sup>2</sup>) en 3h.\*p<0.01 v.s. Ec. #p<0.01 v.s. Diclo.

**Conclusión:** El diclofenaco favorece que una cepa no patógena de E. coli aumente la permeabilidad a macromoléculas. Este efecto podría ser debido a la disrupción de la capa de surfactante fosfolipídico de la mucosa.

**AUTOR/ES:**

M González, C Yagüe, T Ferro, G Lloret, I Blanco, R Bayés

**TÍTULO:**

Formación post-grado y preocupación por enfermar

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Antecedentes:** Diferentes estudios demuestran que la población sobrestima la preocupación por enfermar (1-6). Existe poca literatura sobre si los profesionales sanitarios (enfermeras/os) tienen una percepción correcta acerca de padecer enfermedades cardiovasculares, degenerativas o neoplásicas. Sin embargo, creemos que es importante valorar este aspecto, porque desconocemos su implicación en la práctica diaria, es decir, si el profesional tiene una distorsionada percepción del riesgo de enfermar podría modificar la percepción de la población a la cual asiste. No sabemos si la exposición al conocimiento (formación continuada) o a la enfermedad (experiencia laboral) pueden modificar dicha preocupación.

**Objetivo:** Evaluar que preocupación tienen los profesionales sanitarios en periodo de formación postgrado ante patologías como el Infarto Agudo Miocárdico (IAM), el Alzheimer (Alz) y el cáncer de mama (CM).

**Método:** La muestra escogida al azar ( $n = 303$ ) son profesionales de la salud, donde grupo experimental (GE) está formado por 256 enfermeras/os y grupo control (GC) por 47 Psicólogas/os, que acuden a cursos de postgrado/master en 6 universidades de la provincia de Barcelona entre Febrero y Mayo 2005. Respondieron a un cuestionario auto administrado donde se recogen las variables edad, sexo, curso al que asisten, experiencia laboral, antecedentes familiares, y preocupación por padecer IAM, Alzheimer y CM. La preocupación por enfermar se valora mediante una escala numérica en tres momentos diferentes (en el próximo año, a los 10 años y a lo largo de la vida) con valores que van del 0 a 10 (0 = ninguna preocupación y 10 = máxima preocupación). Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS (11.0) y los resultados se presentan como media  $\pm$  desviación estándar. Para el análisis de la variable preocupación por cáncer de mama solo se tuvieron en cuenta al sexo femenino.

**Resultados:** GC edades oscilan 23-53 años, con una media de  $27.60 \pm 5.35$ . GE edades comprendidas 21-59 años,  $33.5 \pm 9.5$  y  $11 \pm 9.3$  años experiencia. Los resultados obtenidos GC vs. GE

Preocupación al año IAM  $1.2 \pm 2$ , Alz  $0.7 \pm 1.5$ , CM  $2.6 \pm 2.8$ . IAM  $1.5 \pm 2.4$ , Alz  $1.4 \pm 2.5$ , CM  $3.8 \pm 3.2$ . Preocupación a los 10 años IAM  $2.7 \pm 2.7$ , Alz  $2 \pm 2.7$ , CM  $5.6 \pm 2.5$ . IAM  $3.1 \pm 2.8$ , Alz  $2.9 \pm 3$ , CM  $6.1 \pm 2.7$ . Preocupación a largo vida IAM  $3.9 \pm 3.2$ , Alz  $5.1 \pm 3.6$ , CM  $6.3 \pm 3.1$ . IAM  $5.1 \pm 3$ , Alz  $6.5 \pm 2.9$ , CM  $7.5 \pm 2.7$ . La preocupación por enfermar es significativamente superior en GE vs. GC. El personal de enfermería en periodo de formación presenta mayor preocupación por padecer CM, seguido de Alzheimer y/o IAM, que la población general. Centrándonos en la patología del CM, valorando las variables edad y experiencia laboral, se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la preocupación al año y a lo largo de la vida, las enfermeras/os jóvenes se preocupan más por padecer CM a lo largo de la vida y en cambio las enfermeras mayores muestran mayor preocupación por padecerlo al año. Esto mismo se repite si tenemos en cuenta la variable años de experiencia.

**Discusión:** La preocupación por el CM es de las 3 enfermedades, la que más preocupa a las enfermeras, aunque sabemos que el IAM es la principal causa de mortalidad. Esta preocupación se sitúa en el tercil superior cuando se pregunta por la preocupación a lo largo de la vida, aun sido personal que maneja datos objetivos del riesgo real. La experiencia aumenta la preocupación por cualquiera de las tres patologías, siendo significativo el incremento de la preocupación por el CM. No se ha podido valorar si estamos ante dos variables independientes. Será importante evaluar si la preocupación por padecer una enfermedad modifica la adherencia a las medidas de prevención primaria o secundaria. Así como disponer o elaborar programas formativos/educativos específicos para cada patología que permitan a los profesionales ajustar su percepción de riesgo a la realidad proporcionando así una atención adecuada (7).



## **BIBLIOGRAFÍA:**

1 Watson M, Lloyd S, Meher L, Eeles R, Ebbs S, Murday V. The impact of genetic counselling on risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer. *Br J Cancer*.1999; 79:868-74.

2 Weinstein N.D. what does it mean to understand a risk? Evaluation risk comprehension. *Monographs: J Natl Cancer Institute*.1999; 19:221-229.

3Hopwood, P. breast cancer risk perception: what do we know and understand? *Breast Cancer Res*.2003; 2,387-391.

4Kevin D, Branstetter A, O'Donnell S, Jacobson K, Quinlan K. A descriptive study of breast cancer worry. *J Behav Med*.1998; 21: 565-579.

5Erblich J, Bovbjerg D, Norman C, Valdimarsdottir H, Montgomery G. it won't happen to me: lower perception of Herat disease risk among women with family histories of breast cancer. *Prev Med*.2000; 21: 714-721.

6Grunfeld E, Hunter M, Ramirez A, Richards M. Perceptions of breast cancer across the lifespan. *J Psychosom Res*. 2003; 54:141-146.

7Powe B. Perceptions about breast cancer among collage students: implications for nursing education. *J Nurs Educ*.2005; 44:257-265.

**AUTOR/ES:**

R Company, A Ruiz, C Vidal, JL Ferrer, JM Taltavull, P Hermoso, MJ Vico, T Baena, R Adrover, M Pisa, L Moreno, grupo líderes de cuidados GAP Mallorca, Grupo Funcional Informatización ib-salut.Servei Balear de la Salut

**TÍTULO:**

Informatización de la Valoración de Enfermería según V. Henderson en la Historia Clínica Electrónica de APS de la CCAA de Balears

**TEXTO DEL TRABAJO:****1.-Objetivos**

Evaluar el proceso de implantación de la Hoja de Valoración Enfermera (HVE) en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Conocer el grado de utilización de la HVE y las dificultades encontradas a los 2 meses de la implantación.

**2.-Métodos**

Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: enfermeras de los equipos de atención primaria de las Islas Baleares informatizados con e-SIAP antes de marzo 2005.

Variables: formación realizada; utilización de la valoración enfermera (número de enfermeras que registraron en la HVE, número de necesidades en la que exista al menos un registro y número de necesidades completadas). Valoración de la aceptación de la herramienta.

Fuentes de información: registro de la formación realizada, explotación del grado de utilización de la valoración través del e-SIAP, aportaciones recogidas en las reuniones con referentes de cuidados de cada centro de salud.

**3.-Resultados**

Se realizaron 14 cursos de formación sobre la historia clínica electrónica, asistiendo 148 enfermeras de Mallorca (39%), además se hicieron 22 talleres de HVE informatizada con una participación de 285 enfermeras.

Valoración enfermera: nº enfermeras que registraron en la HVE 238 (51%). En todas las 14 necesidades de la HVE existe por lo menos registrado algún ítem.

Las necesidades con mayor registro son: comer y beber; respirar; moverse; eliminación; dormir y descansar. Se observa registro de cada una de las necesidades de forma completa en 13 sobre 14 en Mallorca, 7 sobre 14 en Menorca y 3 sobre 14 en Ibiza. Las necesidades mayormente completadas son: respirar, dormir, eliminación, comer y beber, vestirse e higiene.

La mayoría de enfermeras creen necesario adquirir más conocimientos y habilidades en el manejo de la herramienta. Otro de los factores comentados es el aumento del tiempo que precisan para cada paciente en consulta para la realización de la HVE.

**4.- Discusión**

La utilización de la Valoración Enfermera mejora la visión integral de la persona, unifica la práctica profesional y mejora los cuidados de enfermería. El soporte informático va a permitir realizar evaluaciones de la práctica clínica. La informatización ha supuesto para las enfermeras un cambio en la acción de cuidar, para ello se requiere más formación en el manejo de la HCE y de la HVE. A pesar de que consideramos alto el uso de la HVE ya en estos primeros meses se ha detectado la necesidad de mejorar la herramienta. La adopción del modelo de V. Henderson hace necesario un cambio en la práctica profesional.

**AUTOR/ES:**

F. León Larios; J. Macias Seda; A. Guerrero García; A. Valiente Morilla; I Cruz Domínguez; J.L. Álvarez Gómez.

**TÍTULO:**

ACCIÓN TUTORIAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA SOCIAL: OPINIÓN DE LOS ALUMNOS

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Objetivo: Valorar la opinión de los alumnos acerca del proceso tutorial

Material y Método: Oferta metodológica desarrollada en la asignatura Enfermería Pediátrica Social del 2º curso de la diplomatura de Enfermería de la E.U. Ciencias de la Salud durante el curso 2004-05, basada en la realización de trabajos colaborativos complementado con seguimiento tutorial programado.

Resultados. Perfil: 86 alumnos con una edad media de 20,84 años, 82% mujeres y 18% hombres. El 78%, procede de selectividad el 18% FP, titulados 2% y 2% >25 años. El 92% sin formación previa en esta materia y sin experiencia laboral un 82 %. El 64% ha recibido información previa sobre la asignatura, el 24% de antiguos alumnos, el 14% a través de la universidad, un 2% por Internet y un 6% mediante amigos. El 88% posee el programa de la asignatura antes de comenzarla y lo ha leído el 52%. Un 52% conoce los objetivos de la asignatura. El 88% considera que la formación le va ser útil en su vida profesional, y el 86% en su vida personal. Un 24,5% tiene temor a que el desempeño del trabajo en equipo no se realice de forma equitativa, el 18,4% a no ser competente para el desarrollo de los objetivos marcados y el 24, 5% a no tener tiempo para dedicarle a la formación. Un 87% espera aprender los conocimientos, aptitudes y actitudes para realizar los cuidados integrales a los niños. El 81.4% está muy de acuerdo o de acuerdo con que la acción tutorial debe suponer un elemento de apoyo a la docencia llevada a cabo durante todo el curso académico. El 75,6% está de acuerdo en que influye en los resultados globales obtenidos. Un 76,7% piensa que las tutorías de pequeños grupos (2 ó 3 personas) resultan más provechosas que las realizadas individualmente. El 77.9% esta de acuerdo con que la acción tutorial sirve para la selección y uso correcto de la bibliografía necesaria en la preparación de un tema. El 88.4% prefiere la programación de las tutorías mediante cita previa. Un 72,1% conoce o dispone del horario de tutorías. El 61.6% considera interesante la realización de tutorías mediante correo electrónico siempre que las cuestiones a tratar se presten a este tipo de procedimiento El 96.5% cree necesarias las tutorías para la elaboración de trabajos. El 96.7% piensa que la elaboración de un trabajo tutelado ayuda a aprender sobre un tema concreto, el 83.7% que durante la realización de un trabajo tutelado se desarrolla una metodología de aprendizaje útil para el estudio de distintas materias y un 89.5% que debe repercutir en la nota de la asignatura.

Los alumnos están en desacuerdo o en muy desacuerdo con las siguientes cuestiones:

- En la acción tutorial, la función del profesor consiste en explicar de forma personalizada los contenidos desarrollados en las clases teóricas. (66.3%)
- Debe consistir en la discusión de un tema o parte de un tema del programa explicado previamente en clases teóricas. (68.6%)
- Durante la acción tutorial es apropiado el desarrollo de un tema del programa más allá de los contenidos desarrollados en clase (64%)
- El profesor no acude al lugar y hora fijados previamente para la tutoría (98.8%)
- La realización de tutorías es innecesaria para todos los alumnos, solo es útil para los alumnos con necesidades específicas en la asignatura (87.2%)
- La realización de un trabajo tutelado es una sobrecarga inútil para el alumno (86%)

Discusión: Casi la totalidad de los alumnos consideran las tutorías como un proceso continuado y más amplio que la simple aclaración de dudas, ven positivo el programarlas y las prefieren en grupos reducidos. Asumen como útil el proceso de trabajo en grupo, aún a pesar de las dificultades que esto conlleva y solicitan que se valore todo el tiempo empleado en los trabajos tutelados. A pesar de los temores del principio con respecto a la nueva metodología, el 87,4% valoran como muy satisfactoria "4-5" (escala de 1 a 5) el proceso y un 90,2% cree que se ha cumplido con un alto grado (4-5) sus expectativas con respecto a la asignatura.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> ANGELES CIDONCHA MORENO

**TÍTULO:**

EL SUPERVISOR: FIGURA CLAVE EN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS

**TEXTO DEL TRABAJO:****Objetivo:**

Conocer si la presencia del supervisor de enfermería en las unidades, favorece que los registros que se realicen tengan mayor calidad.

**Método:**

- Estudio descriptivo retrospectivo
- Creación de unos ítems de valoración de los registros:
- Toda persona al ingreso tendrá registrada la valoración de los antecedentes personales
- Toda persona al ingreso tendrá registrada la valoración del grado de autonomía
- Existe concordancia entre el plan de cuidados y el registro del evolutivo de enfermería en las actividades que tienen que ver con el dolor y su seguimiento
- Toda persona al ingreso tendrá registrada la valoración del estado psicológico.
- Periodo de estudio: Meses de Enero y Febrero del año 2005
- Primera muestra: Unidades de hospitalización (7) con supervisora. Se valoran 3 historias mensualmente de cada unidad.
- Segunda muestra: Unidad sin supervisora que por aumento de la presión asistencial tuvo que habilitarse durante el mes de Enero y Febrero del año 2005. Se valoran 21 historias cada mes.
- Análisis de los datos a través del programa informático SSPS 12.0

**Resultados:**

- Se encuentra una Chi-cuadrado de Pearson de 0,167 entre los dos grupos en estudio en cuanto al ítem de que toda persona al ingreso tendrá registrada la valoración de los antecedentes personales.
- Se encuentra una Chi-cuadrado de Pearson menor de 0,001 entre los dos grupos en estudio en cuanto al ítem del registro al ingreso del grado de autonomía.
- Se encuentra una Chi-cuadrado de Pearson de 0,061 entre los dos grupos en estudio en cuanto al ítem del registro entre el plan de cuidados y el del evolutivo de enfermería en las actividades que tienen que ver con el dolor y su seguimiento.
- Se encuentra una Chi-cuadrado de Pearson menor de 0,001 entre los dos grupos en estudio en cuanto al ítem del registro del estado psicológico al ingreso.

**Discusión:**

Existe un alto nivel de cumplimentación en los registros de los ítems estudiados, aunque se observa una mayor calidad en los mismos en aquellas unidades donde existe una supervisora.

Las enfermeras tienen interiorizadas determinadas valoraciones que se deben registrar como los antecedentes personales de la persona que ingresa y el seguimiento del dolor, sin embargo en aquellas valoraciones que tienen que ver con el área psicológica o de valoración de la autonomía de la persona, las enfermeras necesitan interiorizar la importancia de ese registro para valorar a la persona en su globalidad, siendo importante el papel de la supervisora para que los cuidados que se oferten y se registren se realicen con la mayor calidad.

**AUTOR/ES:**

E. Ponsell Vicens; P. Ferrer de Sant Jordi; A. Martín Perdiz; D. Pérez Mariano

**TÍTULO:**

Análisis de la formación en enfermería materno-infantil impartida mediante la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Campus Extens es un proyecto de aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC's) a la docencia en enfermería que se inició en año 1997 en nuestra universidad. En la actualidad la totalidad del estudio se imparte mediante este sistema que combina las clases mediante videoconferencia, seminarios presenciales en cada una de las islas y contenidos en red.

**Objetivo**

Analizar las asignaturas relacionadas con la enfermería materno-infantil impartidas mediante NTIC's de nuestra Escuela.

**Métodos**

Las variables a estudio son: a) asignaturas impartidas, b) opciones de la interface, c) utilización por parte del alumnado de las herramientas de comunicación (fórum y correo), d) satisfacción del alumnado en el uso de las NTIC's y, por último, e) opinión del profesorado de la subárea sobre esta modalidad docente.

**Resultados**

a) Dentro de la subárea de enfermería materno-infantil, nuestra escuela imparte dos asignaturas troncales: Enfermería Materno-infantil I y II, y dos optativas: Salud y sexualidad; y Adolescencia y familia.

b) Las opciones que permite la interface son:

1-Material de la asignatura: Presentación de la asignatura, Texto guía (programa), Módulos (temario) y Recursos (bibliografía, enlaces, documentos electrónicos, glosario y biblioteca)

2-Herramientas de comunicación: Correo, Fórum, Calendario y Chat

3-Otros: Utilidades, Ayuda, Introducción a Campus Extens y Agora (acceso a calificaciones)

c) Número de mensajes por asignatura contabilizando las 3 sedes universitarias:

1-Enfermería Materno-infantil I. Matriculados:112. Correos: 6, mensajes al Fórum: 61

2-Enfermería Materno-infantil II. Matriculados: 115. Correos: 66, mensajes al Fórum: 183

3-Salud y Sexualidad. Matriculados: 390. Correos: 30, mensajes al Fórum: 384

4-Adolescencia y familia. Matriculados: 95. Correos: 69, mensajes al Fórum:127

d) El 67% del alumnado califica los materiales en red como Adecuados o Muy adecuados. Como dificultades señalan la escasez de aulas de informática y el no disponer de internet en casa.

e) Las profesoras consideran que las NTIC's permiten adecuar la metodología docente al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y dar respuesta a las necesidades formativas de las islas menores. Señalan como aspectos positivos la disposición del alumnado en los seminarios presenciales y la facilidad de comunicación mediante el Fórum y el Correo.

**Discusión**

La herramienta informática permite una comunicación continuada entre alumnado y profesorado. El temario elaborado por las profesoras ha sido bien valorado por el alumnado.

La utilización de las NTIC's en el programa Campus Extens ha supuesto un primer paso en la adaptación de la metodología docente de nuestra escuela al EEES, que es considerada como positiva tanto por el alumnado como por las profesoras de la subárea de enfermería materno-infantil.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Alba C, Bautista A. Las nuevas tecnologías en la enseñanza: temas para el usuario. 1ª ed. Tres Cantos: Ediciones Akal SA; 2004

Duart JM, Sangrà A. Aprender en la virtualidad. 1ª ed Barcelona: UOC; 2001

Gallego G, Miró M, Martín A, Zaforteza C. aplicación de las nuevas tecnologías a la docencia de la historia de la enfermería. Libro de actas del XII Congrès d'Història de la Medicina Catalana. Nov 10-12; Pollença. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2003

Miró M, Gallego G, Martín A, Zaforteza C. Fundamentos de enfermería y las nuevas tecnologías. Evaluación del proyecto Campus Extens. Libro de actas de las XXIII Sesiones de trabajo de la AEED. Mar 6-8; Tarragona. Madrid: AEED; 2002

RodríguezJM. Internet y Enfermería. Metas de Enfermería dic 2001/ene 2002; 4(10): 62-63

Torres S, Granados MJ. Internet como herramienta educativa. 1ªed. Granada: Edic. La Montaña; 2001

**AUTOR/ES:**

Aurora García Guerrero, Inmaculada Cruz Domínguez, Asunción Valiente Morilla, Josefa Espinaco Garrido, Juana Macías Seda, José Roman Oliver

**TÍTULO:**

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿QUÉ CONOCEN LOS ADOLESCENTES?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

A pesar del conocimiento de las consecuencias devastadoras de las ETS, la mayoría de los adolescentes tienen prácticas sexuales poco cuidadosas. La escasa información sobre las vías de contagio más frecuentes en ETS y la baja percepción del riesgo con las principales causas del aumento de estas entre los adolescentes españoles es lo que nos ha llevado a la elaboración de este estudio, en el que pretendemos saber que conocimientos presentan los adolescentes sobre ETS. Se realiza un estudio transversal descriptivo de una 101 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 20 años, del IES Mateo Alemán, en San Juan de Aznalfarache en Sevilla, en los meses de Febrero, Marzo de 2005. Nos datos han sido analizados con el SPSS. Cuyos resultados más destacados fueron los siguientes: Adolescentes de edades comprendida entre 12 y 20 años. Los adolescentes han mantenido relaciones sexuales completas en el 29,7% de los casos; reconocen como ETS la sífilis el 31,7%; el sida el 99%; los condilomas acuminados el 39,6%; la gonorrea el 29,7%; y confunden también como ETS la rectorragia y tuberculosis el 10,9%; creen que las ETS pueden contagiarse al mantener relaciones sexuales con personas infectadas el 92,1%; al sentarse en un inodoro en el q previamente se sentó una persona infectada un 14,9%; tras mantener sexo anal con persona infectada el 75,2% y sexo oral el 27,7%; La forma de no contagiarse dicen sería abstenerse el 59,4%; utilizar preservativo el 94,1%; lavarse tras mantener relaciones sexuales el 23,8%; mantener relaciones sexuales solo con personas de buen aspecto el 21,8%; dicen reconocer como síntomas propio de alguna ETS el escozor el 49,5%, la anemia el 12,9%, llagas en la zona genital el 54,5%, verrugas genitales el 38,6%, la hipertensión el 14,9%; Cuando se les pregunta a quien acudirían si tuviera síntomas de ETS al médico especialista un 38,6%; Reconocen como verdadero el dolor durante las relaciones sexuales, al orinar y/o en la zona pélvica en un ETS el 14,9%; como falso el tener abundante flujo vaginal y abundante secreción del pene en el hombre el 57,4%; el 59,4% como falso que la perdida de apetito sexual es un síntoma de ETS. Y el 58,4% considera verdadero que todos anticonceptivos previenen de embarazos y de ETS. Por tanto llegamos a las siguientes conclusiones: La mayoría de los adolescentes conocen las ETS más conocidas por la sociedad, un menor porcentaje no reconocen los condilomas o la gonorrea como ETS. Un porcentaje pequeño pero significativo cree q incluso al sentarse en un inodoro en el que previamente se sentó una persona infectada, puede contagiar la enfermedad. Tan solo un porcentaje pequeño dicen que el sexo oral también es una vía de contagio. La mayoría sabe que el preservativo previene de ETS. Como dato relevantemente significativo dicen q al lavarse tras la relaciones sexuales o mantener relaciones sexuales con personas de buen aspecto también. La mitad aproximadamente reconoce el escozor, las llagas y las verrugas genitales como síntomas propios de ETS. durante las relaciones sexuales, al orinar y/o en la zona pélvica en un ETS. Más de la mitad no reconoce como síntomas el aumento de las secreciones genitales. Y creen que los anticonceptivos previenen de ETS y de embarazos. Tras estos resultados, creemos la necesidad de insistir en la educación sexual en los colegios e institutos y que esta información debe ser impartida por profesionales sanitarios cualificados, con el objeto de prevenir conductas de riesgo que puedan afectar a la salud reproductiva.

**BIBLIOGRAFÍA:**

GARCIA IMIA, Ileana, AVILA GALVEZ, Elena, LORENZO GONZALEZ, Antonio et al. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev Cubana Pediatr, sep.-dic. 2002, vol.74, no.4, p.0-0. ISSN 0034-7531. CORTES ALFARO, Alba, GARCIA ROCHE, René, FULLERAT ALFONSO, Raúl et al. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. Rev Cubana Med Trop, ene.-abr. 2000, vol.52, no.1, p.48-54. ISSN 0375-0760.

**AUTOR/ES:**

Beatriz Barco Tavares; Ana Maria Neves Finochio Sabino; Débora Cristina Ferreira; Zaida Aurora Sperli Geraldés Soler

**TÍTULO:**

Madres adolescentes y sus hijos en una ciudad de la provincia de San Pablo, Brasil

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En el presente trabajo se pretende caracterizar las madres adolescentes que dieran a luz en la ciudad de São José do Rio Preto, provincia de San Pablo, Brasil, en 2003 y sus hijos. Se trata de un estudio descriptivo en el que la población fue constituida por 759 adolescentes que dieran a luz y residían en la ciudad. Los datos fueron coleccionados en el banco de datos de la Secretaría de Salud de São José do Rio Preto. Se encontró en 2003, un total de 6797 (100,0%) nacimientos, de estos, 16,8% son hijos de adolescentes, con edad entre 12 y 19 años. Entre estas adolescentes, 45,1% estaban entre los 12 y 17 años; 65,2% tenían de 8 a 11 años de escuela; 0,4% eran analfabetas; 69,3% vivían en pareja (casado/unión libre); 87,2% con actividad económica productiva; 83,6% de la muestra tuvieron el primero hijo; 99,9% realizaron el prenatal y de estas 86,5% fueron a más de 7 consultas perinatales. De 48,9% de las adolescentes cuyo embarazo culminó en parto cesárea, un 90,5% inició su atención prenatal en el primer trimestre y las mismas fueron asistidas por lo menos siete veces. Se constató que 51,0% de los recién nacidos eran del sexo masculino y 41,0% eran del sexo femenino; 90,5% nacieron con edad igual o superior a 37 semanas; 60,6% tenían el peso al nacer superior de 2990 gramos; 91,4% recibieron índice de APGAR superior a 7 no 1º. minuto y 98,6% en el 5º. minuto. Entretanto 9,0% de los recién nacidos eran prematuros, y de éstos 47,1% se efectuó cesárea. Con estos datos se puede concluir que la gestación en esta fase de la vida, traía a las adolescentes consecuencias para toda la vida, pues muchas de ellas abandonarían las escuelas, y esto significa menor calificación, menos oportunidad de competir en un mercado de trabajo más competitivo y con menos oferta, sometiendo al trabajo ilegal y mal pago. En relación al estado civil, estudiosos cuentan que las adolescentes pasan a vivir con el padre de su hijo para recuperar su dignidad, pues tienen que convivir con este compañero y la familia del mismo. La alta incidencia de los partos cesárea es ocasionado por la cultura del Brasil y de varios otros países, de donde el parto cesárea es considerado el parto ideal, pasando a ser mirado como natural. Las adolescentes que tuvieron atención prenatal y hicieron más de siete consultas, se sometieron al parto cesárea. Los recién nacidos presentaron en general un peso adecuado al nacer y con una buena vitalidad. Por tanto, se encontró prematuro probablemente en consecuencia de la edad materna, no como un solo factor, más asociado a los factores psicosociales inadecuados causados por el embarazo en la adolescencia. De acuerdo con esto, son incontestables las necesidades de políticas de salud con actuación en este grupo de la población, juntamente con la conciencia de la sociedad en su papel más actuante para cuidar de sus adolescentes. La actuación de los profesionales de salud y educadores junto a los adolescentes, es una garantía para el futuro mejor de esas mujeres y sus compañeros, y una conciencia para que ellas puedan decidir el momento de ser madres.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia Obstetrícia) - manual de orientação (Br). Saúde da adolescente. Rio de Janeiro: FEBRASGO; [200?].

Chiaravalloti MSM. Cesárea no município de São José do Rio Preto em 1992: estudo exploratório sobre a ocorrência [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1996.

Tavares BB. Expectativa de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento da indicação da cesárea [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

Moraes MS, Baglini V, Chiaravalloti Neto F, Lopes JCC. Cesariana da exceção, à regra. HB Científica 2003;10(1):8-13.



**AUTOR/ES:**

Corton F, Bou A, Sánchez F, Perez J, Zorrilla I, Muñoz A, Puchades A .

**TÍTULO:**

Guía de la manipulación y cuidados en la administración de quimioterapia.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Objetivo. Elaborar una guía clínica sobre los cuidados de enfermería en la administración de quimioterapia, que utilice la nomenclatura CIE (NIC) adaptada a la realidad sanitaria española y consensuada con otros profesionales del ámbito de la oncología.

2. Métodos: Hemos elaborado la matriz temporal, la hoja de verificación y la Hoja de verificación de modificaciones, siguiendo el modelo propuesto por García Caballero J (1991), también hemos utilizado nuestra experiencia anterior en la elaboración de guías Puchades Simó A (2003). Para la identificación de las actividades hemos utilizado la información obtenida en el proceso de Validación de la Intervención Manejo de la Quimioterapia, código 2240, realizado dentro del Proyecto NIPE. La secuencialidad en la realización de las actividades esta condicionada por el esquema terapéutico de cada paciente y por el lugar donde recibe la quimioterapia (sala de hospitalización / hospital de día), lo que hace necesarios documentos específicos para cada esquema terapéutico. No se ha elaborado la hoja de información al paciente ya que en nuestra unidad existe un documento “Manual de cuidados del paciente en tratamiento quimioterápico” que cumple bien el objetivo de la hoja de información dentro de una guía. En la elaboración de resultados se han seguido las sugerencias que aporta La clasificación de Resultados de Enfermería (CRE; Nursing Outcomes Classification NOC, 2000).

3.- Resultados: La secuencialidad en la ejecución de las actividades depende del esquema terapéutico de cada patología. Presentamos dos modalidades de guía, una para la sala de hospitalización y otra para el hospital de día. La guía 1 confeccionada para pacientes hospitalizados corresponde a un esquema terapéutico de Cisplatino (CDDP; día 1) + 5 Fluoracilo (5-FU, días 1 a 5), con intervalos de 21 días entre cada ciclo. La matriz temporal sólo presenta las actividades que se deben realizar cada día. La hoja de verificación de la matriz temporal, incluye el turno de trabajo en que tiene que realizarse la actividad, las casillas blancas indican que esa actividad tiene que realizarse y las casillas grises indican que ese día no se tiene que realizar. El personal de enfermería debe anotar en cada cuadrícula “Si” cuando ha sido realizada la actividad y “No” en caso contrario. La hoja de variaciones entre lo planificado y lo realizado, nos indicara el motivo por el que no se realizó una actividad y la acción tomada (estas anotaciones se realizan en las filas en blanco que tiene esta hoja). La guía 2 elaborada para pacientes que reciben el tratamiento en el hospital de día, corresponde a un esquema terapéutico de CDDP (día 1) + Etoposido (VP-16; días 1 a 3), con intervalos de 21 días entre cada ciclo. La matriz temporal sólo presenta las actividades que se deben realizar cada día. En la hoja de verificación de la matriz temporal el personal de enfermería debe anotar en cada cuadrícula “Si” cuando ha sido realizada la actividad y “No” en caso contrario. La hoja de variaciones entre lo planificado y lo realizado, nos indicara el motivo por el que no se realizó una actividad y la acción tomada (estas anotaciones se realizan en las filas en blanco que tiene esta hoja). El indicador de resultados CRE propuesto es: “el manejo efectivo del régimen terapéutico”.

4.- Discusión: la guía que presentamos en este trabajo cumple la característica fundamental de su objetivo, es decir, que se pueda realizar. Por este motivo han quedado fuera de la guía algunas actividades que en el proceso de validación han sido aceptadas por los profesionales de oncología. También estas guías permiten reducir la variabilidad en la práctica de la manipulación y cuidados en la administración de la quimioterapia, obtener un indicador de resultado y mejorar la calidad de nuestro trabajo.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Lacida M. El lenguaje estandarizado en enfermería. Una Necesidad. Enfermería Oncológica 2002. Vol. 7 nº 3 (20-28).
2. Rumbo, JM; Castro, A; Cobas, E; Movilla, MJ; Rodeño, MA; et al. Proceso de Atención de Enfermería y Cuidados de Enfermería basado en la evidencia científica. Enfermería Científica 1999 Julio-Agosto.
3. Artellano C. NIPE: un proyecto hacia la calidad. Enfermería Global 2002; 1. 12-15.
4. Alberdi, JM,; Artigas, B; Cuxart, N; Agüera, A. Guías para implantar la metodología en enfermería. Rol enferm. 2003. 29(9):645-646.
5. Morales, JM; Gonzalo, E; Martín, FJ; Morilla, JC; Terol, J, et al. Guías de practica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados?. Enfermería Clínica 13(1):41-47. 2003 ene-feb.
6. García, JC. Practica de Enfermería Basada en la Evidencia. Desarrollo Científico Enfermería. 11(8):228-229. 2003 Sep.
7. Puchades, A; Zorrilla, I; Holgado, E; Cortón, F; Muñoz, A. El cuidado de la mucositis en pacientes oncológicos: una propuesta de guía de cuidados. Investigación y cuidados 2003 1(1):22-27.
8. North American Nursing Diagnosis Associaton. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcout 2002.
9. Cisa E, Claveria M, Serra-Prat M, Comas M, Capó M, García A, et al. Papel de los monitores asistenciales en la mejora de la aplicación de las trayectorias clínicas. Metas Enferm 2003. VI (52): 55-58.

**AUTOR/ES:**

Puchades A, Muñoz A, Corton F, Bou A, Sánchez F, Perez J, Zorrilla I

**TÍTULO:**

Validación teórica de la intervención "manejo de la quimioterapia" 2240 NIC.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1.- Objetivo : La Oncology Nursing Society incluye como una de las intervenciones centrales de oncología el Manejo de la quimioterapia. En estos momentos el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Enfermería están validando las intervenciones en el ámbito socio-cultural español, por lo que hemos dirigido nuestros esfuerzos a la validación de la intervención 2240 Manejo de la quimioterapia. El objetivo es obtener un conjunto de actividades normalizadas y adecuadas a nuestra práctica.

2.- Métodos: Hemos empleado dos tipos de métodos dependiendo del objetivo: 1 Búsqueda bibliográfica Diseño Revisión Sistemática de la literatura científica. Ámbito del estudio Literatura publicada en revistas científicas españolas sin límite de tiempo.

Sujetos estudio En la revisión de la bibliografía existente se han consultado las bases de datos: CIUDEN, CUIDATGE, BDIE, IME y ENFISPO. Nuestra pregunta: ¿Qué actividades integran la intervención "manejo de la quimioterapia", en nuestra realidad sanitaria? A través de una búsqueda inicial por lenguaje libre, se introdujeron los descriptores correspondientes a cada uno de los aspectos relevantes para la intervención, utilizando como asociación el operador booleano AND, en la ventana de búsqueda. Se seleccionaron 80 artículos que respondían a las preguntas formuladas en las estrategias de búsqueda. Los estudios obtenidos con la estrategia de búsqueda empleada se han sometido a una segunda revisión, en la que se utilizaron los resúmenes y en los casos que estos no aportaban suficiente información, se solicitó directamente el artículo completo, de esta forma se obtuvo 43 documentos que aportaban información útil para el estudio al incluir actividades relacionadas con la intervención que se estudia. 2 Grupo de expertos

Diseño Mediante método de consenso. Ámbito de estudio Centros sanitarios con servicios de oncología (unidades de hospitalización y hospitales de día) Sujetos a estudio Panel de expertos, se considera experto a profesionales de enfermería con un mínimo de 3 años de experiencia profesional (en los últimos 6 años) en oncología y unidades que traten procesos oncológicos con quimioterapia.

Variables La condiciones que se estudian son: la Intervención "Manejo de la Quimioterapia 2240 NIC" y sus Actividades. Se estudio el nombre de la intervención, su definición y el análisis de cada una de sus actividades. El cuestionario ha sido proporcionado por el grupo coordinador del Proyecto NIPE (proyecto realizado conjuntamente por el Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Sanidad y Consumo). Recogida y análisis de los datos A los participantes se les ha realizado un cuestionario (por correo postal y electrónico) que consta de dos vueltas. El grado de acuerdo para considerar que existe "adecuación de la Intervención y sus actividades a nuestro medio sanitario" se ha fijado en el 85 %. Se seleccionaron 35 participantes, respondieron al primer envío 18 lo que implica una tasa de respuesta del 51 % (10 por correo postal y 8 por electrónico); al segundo envío respondieron 11 que nos sitúa en una tasa final de respuesta del 31 % (todos por correo postal).

3 Resultados: Se ha obtenido acuerdo en 20 de las 30 actividades que propone la clasificación NIC, se ha modificado el nombre y ampliado la definición, Se proponen 5 actividades nuevas, de las cuales 3 son aceptadas por el conjunto de profesionales consultados.

4.-Discusión: El estudio de la intervención ha permitido a todo el grupo actualizar nuestros conocimientos. La información que hemos obtenido ha sido utilizada para la elaboración de una serie de guías para la manipulación y cuidado en la administración de la quimioterapia, una de las actividades que como enfermeras de oncología realizamos diariamente.

Este trabajo forma parte del proyecto FIS convocatoria 2003, expediente 03/10042. Evaluación de la calidad y coordinación de los cuidados de enfermería en el ámbito del Manejo de la quimioterapia oncológica

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Lacida M. El lenguaje estandarizado en enfermería. Una Necesidad. Enfermería Oncológica 2002. Vol. 7 nº 3 (20-28).
2. Payne J. The nursing interventions classification: a language to define nursing. Oncology Nursing Forum 2000; 27 (1): 99-1.
3. Rivero A, Pajares C, Pacheco E, Rodriguez JA, Cozar R, et al. El NIPE como proyecto de normalización. En: Rivero A, Pajares C, Pacheco E, Rodriguez JA, Cozar R, et al. El proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo / Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de España. Madrid 2002 (53-81).
4. Peris I, Puchades A, Muñoz, Holgado E, Zorrilla I, et al. Un lenguaje común en la práctica de enfermería: la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y Proyecto NIPE. Pendiente de publicación en Rev Rol Enfermería.
5. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2002.
6. Cindy S. Haugidal. La utilización de la NIC para describir el trabajo de la enfermera titular en ejercicio. 2003.
7. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- 8 North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt 2002.
9. Calvo C, Blanco JM, Carrión MI, García F. Clasificación de las intervenciones de intervenciones CIE en los diagnósticos NAN
- 10 McCloskey JC, Bulechek GM, Donahue W. Nursing interventions core to specialty practice. Nurs Outlook, 1998. 46(2):67-76.
- 11 Bulechek GM, et al. Report on the NIC project: interventions used in practice. Am J Nurs, 1994. 49(10):59-66.

**AUTOR/ES:**

MJ Albar Marín; M Díaz Benavente; L López Rodríguez; M García Ramírez; ME Acosta Mosquera

**TÍTULO:**

Empowerment, características organizacionales y Síndrome de Burnout en Enfermería Hospitalaria.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

El empowerment ha sido vinculado a importantes variables resultado del contexto laboral, tales como estrés (1,2), burnout y satisfacción en el trabajo (3). Según la teoría de Kanter (4), los trabajadores se sienten con empowerment cuando el ambiente está estructurado de manera que permite participación y flexibilidad, relaciones de apoyo, y acceso a la información y los recursos necesarios para hacer bien el trabajo. En este estudio se define el empowerment en el trabajo en base a las dimensiones identificadas por Spreitzer (1992): significado, competencia o autoeficacia, autodeterminación (autonomía), e impacto (control) y, se explora su papel mediador en la relación entre determinadas características del contexto laboral y las dimensiones del síndrome de burnout.

**OBJETIVO**

Determinar el efecto mediador del empowerment intrapersonal entre características organizacionales del contexto hospitalario y las dimensiones del síndrome de burnout.

**METODOLOGÍA**

Estudio observacional, transversal. Mediante muestreo aleatorio, estratificado por unidades asistenciales, fueron seleccionadas 272 enfermeras pertenecientes a los tres hospitales públicos de Sevilla, que cumplieran los criterios de inclusión de tener un contrato fijo o interino vacante, llevar al menos un años trabajando y acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Para la recogida de información se utilizaron los siguientes instrumentos: un registro de datos sociodemográficos; el Maslach Burnout Inventory (5), que mide los sentimientos de agotamiento emocional, de despersonalización y de falta de realización personal; la escala de Empowerment Intrapersonal y de Características Organizacionales de Spreitzer (6) que mide las dimensiones de Significado del trabajo para el profesional, Competencia, Autonomía y Control y, las Características Organizacionales de apoyo, acceso a la información, a los recursos y cultura en la Unidad de trabajo.

Con el paquete estadístico SPSS 12.0. los datos obtenidos se sometieron a un análisis descriptivo y de correlación y, para probar la hipótesis se llevaron a cabo tres análisis de regresión, controlando por la variable edad.

**RESULTADOS**

La edad media de la muestra es de 40.44 años (DT = 7.56), con una preponderancia de mujeres (72.4%). El 61% de las enfermeras están casadas. En experiencia profesional alcanzan un 16.72 años (DT = 7.45). El 43% realiza su trabajo en Unidades médico/quirúrgicas, un 19.2% en Cuidados Críticos, un 20% en Urgencias y, el 17.8% en Pediatría. En cuanto a los turnos, el 38.8% tiene un rotatorio, un 15.6% fijo de mañana, un 25.5% antiestrés, un 11.4% de 12 horas y, el porcentaje restante corresponde al fijo de noche y de tarde.

El análisis de correlación proporciona apoyo inicial a nuestra hipótesis: 1) el apoyo, el acceso a la información y a los recursos y la cultura de la Unidad relacionan significativamente con empowerment para un valor  $p < 0.01$  ( $r = .45$ ;  $r = .41$ ;  $r = .34$ ;  $r = .35$ ); 2) el empowerment relaciona significativamente con el agotamiento emocional ( $r = -.19$ ), la despersonalización ( $r = -.23$ ); y la realización personal ( $r = .45$ ), para un valor  $p < 0.01$ .

En los análisis de regresión que se realizaron para determinar el efecto mediador del empowerment, se encontró un fuerte apoyo en la dimensión falta de realización personal ( $\beta = .42$ ;  $p < 0.001$ )

**CONCLUSIONES**

Nuestros resultados demuestran que la percepción que tienen los profesionales de determinadas características de su ambiente de trabajo influye directamente en la percepción de empowerment, que a su vez repercute, fundamentalmente, en la Realización Personal. A nivel práctico, sugiere posibilidades de intervención a nivel organizacional para disminuir el nivel de burnout.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Laschinger H.K.S. y Havens D.S. Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice , work satisfaction and work effectiveness. Journal of Nursing Administration 1996: 26, 27-35
2. Hatcher s. y Laschinger H. Staff nurses´perception of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter´s theory of sturctural power in organizartions. Can J Nurs Adm 1996: 9, 74-95
- 3.Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamina J. y Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. J Nurs Adm 2001: 31, 260-272
4. Kanter R.M. Men and Women of the Corporation. 2nd edn. Basic Books, New York, 1993
5. Maslach C y Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory (20 ed.).Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press 1986
6. Spreitzer,G.M. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Acad Manag J 1995 , 38, 1442-1465

**AUTOR/ES:**

M Rich Ruiz; A López Luque; MJ Requena Tapia; P Sánchez de Puerta Morillas; JC Regueiro López; L Rubio Férula; F Ruiz Calzado.

**TÍTULO:**

EFFECTIVIDAD DE UNA VIA CLINICA PARA EL PROCESO RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) EN PRÓSTATA Y VEJIGA

**TEXTO DEL TRABAJO:****OBJETIVOS**

Una Vía Clínica se define como un documento escrito que refleja la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería, y administrativos – pruebas diagnósticas, procedimientos terapéuticos, pautas de nutrición y de actividad, medicación, enseñanza, consultas y planificación del alta – necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial, en un contexto concreto, y manteniendo la suficiente flexibilidad para individualizarse en función de las necesidades de los enfermos. Numerosos estudios apuntan que la incorporación de las vías clínicas a los objetivos de una organización mejora la efectividad y eficiencia en el proceso asistencial. Pero las pretendidas ventajas aun necesitan ser demostradas de forma concluyente.

En el presente estudio pretendemos comprobar la efectividad de las vías clínicas para la mejora de los resultados obtenidos en la atención a pacientes con proceso quirúrgico, los factores que afectan a la misma y diferencias en el proceso de atención.

**MÉTODOS**

Para ello se ha diseñado un Ensayo clínico randomizado, en el que hemos estudiado tanto resultados clínicos (manejo inefectivo del régimen terapéutico al alta y complicaciones dentro del primer mes después del alta), como económicos (indirectos: días de estancia) y resultados centrados en el paciente (satisfacción con la atención).

Sujetos: Se ha seleccionado la técnica quirúrgica de resección transuretral en el proceso Hiperplasia Benigna de Próstata y Carcinoma de vejiga. La muestra estudiada esta formada por 122 sujetos (calculada, según estudio el piloto realizado, para una diferencia relevante entre los grupos respecto a los días de estancia, de 0.74, una desviación típica poblacional de 1.51, un riesgo alfa del 5 % y un riesgo beta del 15 %

Recogida de datos: Básicamente mediante entrevista y revisión de historias.

Análisis: Se ha realizado, en primer lugar un análisis univariante y bivariante, construyendo posteriormente un modelo de regresión lineal multivariante con la variable días de estancia como variable resultado principal.

**RESULTADOS**

En el análisis no se han observado diferencias entre los grupos (vía sí/no) en cuanto a resultados clínicos/ complicaciones dentro del primer mes del alta ( $p= 0,97$ ). Tampoco en cuanto a la variable manejo del régimen terapéutico al alta. ( $p= 0,74$ ) La única de las variables resultado en la que hemos encontrado diferencias significativas ha sido “días de estancia”.

Tomada los días de estancia como variable resultado principal, comprobamos que no existen diferencias significativas en los días de hospitalización respecto al resto de variables consideradas (salvo nivel de estudios).

El modelo de regresión lineal finalmente elegido, tomando como variable resultado los días de estancia, incluye la Vía clínica, con un coeficiente beta de -0,73, es decir, ser incluido en vía clínica supone la reducción de casi de 1 día (0.73) de estancia. Además, aparece como factor protector con un coeficiente beta de 0,79 el nivel de estudios.

**CONCLUSIONES**

Coincidiendo con estudios previos, los datos obtenidos de este primer estudio apuntan a mejoras más de carácter económico-administrativo que de resultados clínicos en sí.

No obstante, tenemos que señalar que (debido a los beneficios de esta práctica), aunque en nuestro estudio hemos intentado evitar la contaminación, se han impregnado también los casos que no han estado sujetos a la intervención. Esto ha contribuido, por tanto, a la disminución de las diferencias entre ambos grupos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Aizawa T, Kin T, Kitsukawa S, Mamiya Y, Akiyama A, Ohno Y, Okubo Y, Miki M, Tachibana M. Impact of a clinical pathway in cases of transurethral resection of the prostate. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*. 2002 Mar; 93 (3): 463-8
- Aragon D, Burton V, Byers JF, Cohen M. The effect of a critical pathway on patients' outcomes after carotid endarterectomy. *Am J Crit Care*. 2002 May; 11 (3): 250-8; quiz 259-60
- Arisawa C, Yokoyama M, Ohno R, Ando M. Usefulness of an all-in-one clinical pathway for transurethral resection of Prostate. *Hinyokika Kiyo*. 2005 Mar; 51 (3): 143-9
- Asano K, Omono H, Sasaki H, Miki J, Naruoka T, Yamada H, Maeda S, Shimomura T, Shiono Y, Sugaya S, Oishi Y. Clinical studies on TUR-P using clinical path: report of 50 cases and review of literature. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*. 2003 Mar; 94 (3): 413-9
- Brinkman MJ, Duffin J, Wilson SK, Delk JR. Fast track transurethral resection of the prostate: application of case map improves length of stay without compromising patient outcome. *Nurs Case Manag*. 1997 May-Jun; 2 (3): 115-21
- Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Chen JI, Kuo HH, Chuang YC, Chang CH. Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes. *J Urol*. 1997 Jan;157(1):177-83
- Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Tsui KH, Lai RH. Does the use of clinical paths improve the efficiency and quality of care under the case payment system for inguinal herniorrhaphy or transurethral prostatectomy?. *Changgeng Yi Xue Za Zhi*. 1999 Sep; 22 (3): 400-8
- Chang PL, Huang ST, Wang TM, Hsieh ML, Tsui KH. Improvement of medical care quality after implementation of a clinical path monitoring program for transurethral prostatectomy patients. *Eur Urol*. 1998;33(6):523-8
- Chang PL, Huang ST, Wang TM, Hsieh ML, Tsui KH. Improvements in the efficiency of care after implementing a clinical-care pathway for transurethral prostatectomy. *Br J Urol*. 1998 Mar;81(3):394-7
- Darer J, Pronovost P, Bass EB. Use and evaluation of critical pathways in hospitals.



**AUTOR/ES:**

Márcia Rodrigues Maciel / Mariana Fernandes de Souza  
marife@denf.epm.br

**TÍTULO:**

Acompañante del adulto en el CTI según la opinión de los pacientes

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Segun la experiencia profesional y la confirmación de la distancia que hay entre el familiar y el enfermo internado en el Centro de Terapia Intensiva ( CTI ) y con autorización del Comité de Etica, realizamos un estudio descriptivo con los OBJETIVOS de: identificar si al paciente adulto internado en el UTI le gustaria tener un acompañante y relacionar la opinión del mismo con las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, gravedad de la enfermedad segun la escala de APACHE II , tiempo de hospitalización y el número de internaciones en el CTI.

METODO: los datos fueron acopiados por médio de un cuestionário respondido por 138 enfermos con un tiempo mínimo de internación de 24 horas.

RESULTADOS: De los participantes del estudio, 44,9% eran mujeres y 55,1% hombres; 72,5% eran casados, 15,2% solteros, 8,7% viudos y los demás incluidos en la categoria otros ( 1,4% divorciados y 3,6% separados ). Del total de enfermos, 41,3% no aceptaron la permanencia de un acompañante, mientras que 58,7% lês gustaria tenerlos. Entre los que quisieron esta compañía, afirmaron que la aceptarían solo despues de que lo hubieron retirado el tubo traqueal y de haber recuperado la consciencia. Entre los que respondieron negativamente, las justificativas que presentaron fueron que se sienten seguros en el CTI y no quieren que los familiares padezcan, porque consideran que el ambiente del CTI es estresante, los familiares no estan preparados y también porque trabajan e no tienen tiempo para ser acompañantes. Hubo relación estadísticamente significativa solamente entre las variables, desear tener un acompañante con el número de internaciones

(  $p = 0,03$  ); y con el sexo femenino (  $p = 0,051$  ). Las demás variables no tuvieron significado en este estudio.

CONCLUSION: Implicaciones para práctica clínica: El acompañamiento del enfermo en el CTI es siempre una decisión realizada por el equipo de salud y la familia. Este estudio mostró la importancia de la pregunta al enfermo, si el desea un acompañante o no y en que momento.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bastos PG, Magalhães AB. Índices prognósticos em CTI. In: Ratton JLA. Medicina Intensiva. 2 ed. São Paulo: Atheneu.1997 cap.56, p. 524-30.
2. Bernat AMD, Tejedor LR, Sanchis MJ. Como valoran y comprenden los familiares la information proporcionada una unidad de cuidados intensivos? Enferm. Intensiva 2000 1(11)p.3-9.
3. Plowright CJ. Intensive therapy unit nurses beliefs about attitudes towards visiting in threedistrict general hospital. Intensive and Critical Care Nursing 1998 6(14) p.262-70.

**AUTOR/ES:**

Guerrero Martín, J; Cantero Regalado, AB; Ruiz Muñoz, E; Ferrer Agualeles, JL; Villa Andrada, JM; Molinero San Antonio, EM.

**TÍTULO:**

Detección de necesidades sentidas y prioridades en materia de EpS entre profesionales de Enfermería de un Área de Salud

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

El concepto de Educación para la Salud (EpS), ha seguido una evolución similar al concepto de salud. Como definición de EpS señalaremos la de Lawrence W. Green, que es escueta pero precisa: "toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables" (1). Como herramienta de promoción de la salud, permite promover la participación en la comunidad del sistema sanitario, convirtiéndose así en la principal herramienta y a su vez en un producto de los procesos participativos con los que comparte diversos elementos (2).

Extremadura, está dando un fuerte impulso a la EpS. Así, se propugna que ésta sea un instrumento de promoción de la salud que ayude al individuo y a la comunidad a responsabilizarse de su propia salud; sea además una actividad participativa y multidisciplinar, que se traducirá en última instancia en la elaboración e implementación del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura (3).

Se ha comprobado que las funciones educadoras de los enfermeros/as no sólo han de ejecutarse en el ámbito extrahospitalario sino también dentro de él de acuerdo con los planteamientos de Riopelle (4). Además, algunos estudios muestran que los profesionales de Enfermería enfrentan dificultades para llevar a cabo proyectos de investigación científica, así como para usar posteriormente los resultados en la práctica clínica (5,6).

## Objetivos

Como objetivo principal nos propusimos conocer las necesidades sentidas y prioridades en materia de EpS entre los profesionales de enfermería hospitalaria del Área de Salud de Badajoz, y su comparación con los de primaria.

## Material y Método

Estudio transversal descriptivo llevado a cabo mediante investigación por encuesta durante el primer semestre de 2005, a través de un cuestionario de valoración, validado en cuanto a su contenido, por un equipo multidisciplinar, que contemplaba 25 Áreas de EpS seleccionadas, y contaba con un apartado de sugerencias con el fin de recoger las aportaciones de los profesionales de enfermería en esta materia.

El cuestionario, recogió información sobre variables sociodemográficas, así como la tabla de valoración de las áreas de EpS seleccionadas.

Se realizó análisis estadístico bivariado aplicando prueba paramétrica (Chi Cuadrado de Pearson) para analizar las diferencias entre enfermeros de atención especializada y atención primaria. La escala de calificación utilizada fue tipo Lickert.

## Resultados

De los profesionales de enfermería que forman parte del Complejo Hospitalario Infanta Cristina de Badajoz, se les hizo llegar a 500 de ellos. Respondieron un total de 243 profesionales. Tasa de respuesta 48.60 %.

El análisis se realizó sobre 243 cuestionarios completos. En 14 áreas existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre ambos niveles asistenciales. Muchos enfermeros/as de atención especializada tenían a priori la idea de que la EpS no es aplicable en el ámbito hospitalario.

## Conclusiones

1. Alta participación de los profesionales de enfermería.
2. Prioridades diferentes en cuanto a las áreas de EpS contempladas para los profesionales de enfermería del primer y segundo nivel.
3. Punto de partida para realizar futuros estudios en el ámbito de EpS.
4. Alto interés de los profesionales de enfermería por la EpS.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.Green LW, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. Health Education Planning: a diagnostic approach. Palo Alto: Mayfield; 1980.
- 2.Sánchez a, Ramos E, Marset P. La Participación comunitaria en la Atención Primaria de salud, 317-339. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid: Mc Craw-Hill, Interamericana; 1998.
- 3.Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
- 4.Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso enseñanza – aprendizaje. Madrid: Mc Craw-Hill Interamericana; 1993.
- 5.Cassiani S, Pela N, Stopa M, Aguilar E. O processo de desenvolvimento de pesquisas clinicas em hospitals: Relato da experiencia de um programa. REBE 1998; 6(1):285-292.
- 6.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):207-212.

**AUTOR/ES:**

Ribeiro, MAS Enfermera UTI P do H. M. Dr. M Gatti, Profesor Master de Católico Pontifical de la Universidad de Campinas – el Brasil - Lopes, MHBM Enfermera, Profesor Asociado de la Universidad de Médico Ciencias de Universidad de Estado de Campinas - el Brasil -

**TÍTULO:**

TITULO: El desafío de la elaboración, aplicación y evaluación de un curso a distancia sobre tratamiento de heridas

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Objetivo: Desarrollar y evaluar un curso de educación a distancia sobre tratamiento de heridas, utilizando el ambiente virtual de aprendizaje Teleduc, a través de la Internet, destinado a enfermeros.

Metodología: El curso sobre tratamiento de heridas tuvo como público alivo a enfermeros de hospitales y escuelas de Campinas (Sao Paulo). La selección de muestras fue dada por conveniencia, a través de invitación verbal para 38 enfermeros de los cuales 28 se inscribieron en el año y 17 (60,7%). Lo concluyeron. Se trató de una pesquisa casi experimental, longitudinal, siendo utilizado pre y post-test. Los datos del curso fueron almacenados en un servidor central, en una área abierta por el centro de computación da la Unicamp (Universidad de Campinas). La carga horaria del curso fue de 20 horas y en el tiempo que se gasto en su preparación fue cerca de 200 horas. El desarrollo del curso fue realizado en las siguientes etapas: elaboración del programa del curso, digitalización de los textos, organización del material digitalizado en archivo HTML, y publicación del curso en el ambiente TelEduc. La evaluación del aprendizaje del alumno fue realizada utilizando las siguientes formas: Diagnostica Processual, Sumativa. La evaluación del curso fue realizada por cinco (5) especialistas en heridas y tres (3) especialistas en EAD a través de un y publicación del curso en el ambiente TelEduc. Para analizar los datos estadísticos fue utilizados los testes Wilcoxon, McNemar, Exato de Fisher y software estadístico The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), version 8.02 SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

Resultados: De los 38 enfermeros invitados para participar de la pesquisa, 28 se inscribieron en el curso y 17 (60.7%) lo concluyeron. Los 11 (39%) enfermeros que desistieron del curso presentaron las siguientes (justificativas) razones: falta de tiempo por acumulo de actividades durante el periodo del curso; problemas con el computador (18%); problemas con el proveedor de Internet (9%) o no justificaron (9%). De los 17 enfermeros que concluyeron el curso, 16 (94%) eran del sexo femenino y un (6%) del sexo masculino, con promedio de edad de 35 (DP: 8,14) años, siendo la edad mínima 22 y máxima de 50 años. Con relación al tiempo de licenciados, se encontró como menor tiempo 1 año y como mayor tiempo, 31 años, siendo en media 12,4 años (DP: 7,93) (con mediana de 10 años). En cuanto al nivel de habilidad, para uso del computador, al iniciar el curso, ocho (8) enfermeros (47.1%) eran sin experiencia, seis (35.3%) tenían conocimientos médicos y tres (17.7%) avanzados (gráfico 1). La evaluación hecha por los especialistas en tratamiento de heridas consideró que el curso era adecuado, pero necesitaba de pequeñas reformulaciones en los siguientes aspectos: autoridad, presentación de las informaciones, confiabilidad de las informaciones y proyecto educacional. El contenido general de las informaciones fue considerado adecuado, pero que necesitaba de reformulaciones. La evaluación hecha por los especialistas en EAD consideró todos los cinco criterios como adecuados, pero que necesitaban de pequeñas reformulaciones. 24% de alumnos en el pre-test y 41% de la evaluación procesual (tabla 01) obtuvieron promedios mayores que 5,0 puntos. Ya 88% de los alumnos obtuvieron promedios mayores que 5,0 en el post-test. Comparando los resultados del pre y pos-test se observó mejor desempeño en el post-test ( $p < 0,0001$ ). La gran mayoría de las alumnos presentó una opinión positiva en relación al curso. Cuánto la evaluación consistencia interna del instrumento usado, con cálculo de coeficiente de Cronbach fue conseguido valor de 0.52.

Conclusiones: El TelEduc fue ajustado según el desarrollo del curso;

El curso fue evaluado e considerado adecuado pero eso que necesitaba, en general, de pequeños reformulaciones; El curso propicio el aprendizaje a los alumnos; Tenían aumento del índice de acerto no pos test; Los alumnos habían evaluado el curso positivamente y el instrumento usado presentó buena consistencia interna.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Ropoli E, Meneghel L, Franco MA, Barcellos M, Castilho RAF, Almeida RQ, et al. Orientación para desarrollo del curso medió por computador. Campinas. 2003. pág.3-9.

Marques, I.R. Enfermería en la Web: El proceso de construcción y validez de una pagina Web sobre la enfermedad arterial coronaria. [tese]. São Paulo (SP): Universidad de São Paulo de Medicina/UNIFESP; 2000.

Trochim WMK. El websites de la evaluación. Cornell Universidad 1996. Disponible: el URL: <http://www.trochim.human.cornell.edu/webval/webques/webques.htm> >. El Acceso: 10 nov. 2003.

Rosero JER, Ferriani MGC, el Dela Coleta MF. Escala de locus de control de la Salud - MHLC: Estudios de validación. Rev Latino-am enfermagem. 2002 -abr; 10(2):179-84.

El Sistema de SAS para Windows (el Sistema del Análisis Estadístico), versión 8.02. SAS Instituto Inc, Cary, NC, USA; 1999-2001.

Ribeiro, MAS, los Medio galope, MHB. M. Medición de las actitudes de enfermeros y médicos acerca del uso de computadores en la era de la Internet. Rev Latino-am enfermagem 2004 abr; 12(2):228-34.

Dirección para contacto:

Ribeiro MAS- [maribeiro@directnet.com.br](mailto:maribeiro@directnet.com.br)

Lopes MHBM-mhbaena@fcm.unicamp.br

**AUTOR/ES:**

ISABEL MARÍA PÉREZ RUIZ  
PROFESORA ASOCIADA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.  
e-mail: isaperez@ual.es

**TÍTULO:**

APOYO FORMAL E INFORMAL EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES (PD)

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

El aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad y los movimientos migratorios generan el envejecimiento demográfico de las sociedades desarrolladas, y éste, junto al aumento de la enfermedad crónica provocan el aumento de personas dependientes (PD) en dichas sociedades.

**OBJETIVO:** Conocer, en función del sexo de las personas dependientes (PD), la ayuda recibida desde el sistema de apoyo formal (público y privado), apoyo informal, además de las ayudas técnicas, fármacos, pruebas diagnósticas e ingresos consumidas.

**METODOLOGÍA**

Estudio observacional transversal. Muestra de 54 PD (59,3% mujeres y 40,7% hombres) obtenida del censo de pacientes UAF (Unidad de Apoyo Familiar) de dos poblaciones pertenecientes a la ZBS (Zona Básica de Salud) de "La Cañada de San Urbano", concretamente esta población y el Alquián, a 5km., al este de Almería ciudad. Siete entrevistadoras mediante cuestionario elaborado recogieron datos de las siguientes variables de estudio: uso y demanda (horas/semana), efectividad, fuente de información, obstáculos de acceso al Apoyo Formal (público y privado) (incluyendo servicios profesionales) e Informal y, Ayudas Técnicas para realizar las AVD [ABVD1 (cuidados personales), ABVD2(compañía), AIVD (tareas domésticas). Además, consumo de fármacos (dosis/semana) y pruebas diagnósticas e ingresos (nº/último mes).

**CONCLUSIONES**

Mayor % de hombres:

- Usan apoyo formal público (social), (1-10 h/s) sobre todo para ABVD2 (ellas para ABVD1 y AIVD, lo valoran mejor y tienen más obstáculos para acceder a este apoyo para todas las AVD), además, ellos le informan de este apoyo por más variedad de personas y lo demandan (1-16h/s) para todas las AVD.

- Visitan servicios profesionales (ellos el de Medicina y ellas el de Enfermería), son informados sobre más variedad de aspectos y profesionales (ellas valoran mejor, tienen obstáculos de acceso y demandan más variedad de servicios).

- Usan el apoyo informal (familiar) informándose con Trabajador/a Social, tienen obstáculos de acceso y lo demandan para más variedad de AVD (ellas valoran mejor este apoyo para más variedad de AVD)

- Usan y demandan más variedad de ayudas técnicas, siéndoles informadas por más profesionales y tienen obstáculos de acceso (ellas valoran mejor más variedad de ayudas técnicas).

Mayor % de mujeres, aunque muy bajo porcentaje, usan apoyo formal privado (1-10h/s) y demandan (1-16h/s), teniendo más obstáculos de acceso y valorándolo mejor para más variedad de servicios y AVD. Además, han realizado más variedad de pruebas diagnósticas e ingresos.

Similar % de hombres y mujeres consumen similar variedad y dosis de fármacos (14-21d/s) (ellos para sistema circulatorio y ellas para músculo-esquelético y hormonal)

Aunque las mujeres consumen similar cantidad de fármacos que los hombres y han usado más pruebas e ingresos que ellos, es decir, parecen estar en similar situación médica, sin embargo, las mujeres reciben menos ayuda del sistema de apoyo formal e informal y, ayudas técnicas que los hombres. Además, las mujeres hacen mayor uso de profesionales de Enfermería y los hombres de Medicina.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Barbosa W, Araujo E, Villaverde C. Aspectos demográficos del envejecimiento. *Scientia*, 2001; 6(1-2):9-17
- Barea J. El entorno económico de las personas mayores. En *II Jornadas Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. El anciano, la familia y la comunidad. Libro Ponencias*. Madrid: Quavita, S.A. 1996
- Bazo MT. El estatus familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de las personas ancianas (segunda parte). *Rev Gerontolo*, 1991; 2: 86-96
- Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers*, 1998; 56:143-161
- Bertrán D, Payas R, Alconchel S, López E, Torres M, Díaz M. Programa de atención de enfermería a la familia del paciente renal crónico. *Enferme Nefrolo*, 1998; III (3):27-33
- Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, Rivas JL, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Atenc Primaria*, 1994; 13(4):188-190
- 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
- Carod-Artal FJ. Medición de la calidad de vida en supervivientes de ictus. *Rev Neurolo*, 1999; 29(5): 447-56
- Dávila M, Vicente MR. Evaluación de los servicios de ayuda a domicilio. Valoración económica y percepción de los usuarios. Gijón: Fundación Municipal de Servicios Sociales. Ayuntamiento Gijón; 2001
- Díaz L., Sánchez M, Penas M. El sistema de salud y bienestar social español: un reto para nuestros mayores y una obligación para todos. [www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/Julio200.htm](http://www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/Julio200.htm) (Consultada el 6/02/02)
- Espejo J, Martínez J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Pérula L., Fonseca FJ. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Atenc Primaria*, 1997; 20(1): 3-11
- Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferme Clínica*, 1996; 6(6):243-248

**AUTOR/ES:**

M. Izquierdo Mora, L. Saavedra Jiménez, P. Carrillo Ojeda. E. Medina Artilles, MA. Hernández Rodríguez, JF. Ferraz Jerónimo

**TÍTULO:**

Vivencia de los usuarios de su experiencia con los centros de salud

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:** Este trabajo forma parte del análisis interno y del entorno del Plan Estratégico de Atención Primaria (AP) 2005-2008 del Servicio Canario de la Salud, para incorporar la visión de los usuarios sobre el funcionamiento de los Centros de Salud (CS) y las áreas de mejora, a través de consultas mediante encuestas y grupos focales.

**Objetivo:** Acercarse a la vivencia que el usuario hace de su experiencia en el CS y de los servicios que, desde éste, recibe, considerándola como elemento básico para la mejora del sistema.

**Metodología:** Perspectiva socio-construccionista, los contextos de vida de los usuarios como generadores de la realidad de éstos en su vivencia de la experiencia en el CS. El usuario como agente de construcción de su realidad con el CS (1).

**Método Interpretativo:** A partir de los discursos transcritos de los participantes, el equipo investigador intenta reconstruir las realidades construidas y compartidas por los usuarios en los contextos generadores de información.

**Técnica:** Grupos focales con usuarios de CS (2). Muestreo teórico a partir del cual se identifican 6 perfiles de usuarios incluyendo las variables: motivo de utilización del CS, edad, estado civil, con o sin hijos y situación de salud (3,4).

**Proceso analítico:** Proceso inductivo y emergente de análisis de contenido llevado a cabo por dos co-analizadoras mediante método de contraste y consenso (5), con el soporte del Atlas-ti.

**Resultados:**

Se realizan 3 grupos focales con un total de 22 participantes, 68% mujeres. El 50% tienen enfermedad crónica, y el resto utilizan los CS puntualmente o son personas cuidadoras.

La vivencia que los usuarios tienen de su experiencia o la de sus familiares en el uso de los CS va construyendo una forma de relacionarse con los mismos.

Si bien existe mala valoración de distintos aspectos del funcionamiento de los centros, los usuarios diferencian la atribución de responsabilidades al sistema, a los profesionales y a los propios usuarios. En lo que se refiere al usuario parece que tiene una actitud pasiva ante el sistema sanitario, siendo mero receptor de servicios, sin participación en la mejora del mismo.

La relación con los profesionales de AP es cercana, frecuente y se manifiesta desde la comprensión de su situación de sobrecarga asistencial o cuestionando la deshumanización en el trato.

Para el usuario la atención especializada es un tema del que hablan de forma inevitable, poniendo el acento en algunos aspectos deficitarios de la misma.

Algunos temas que aparecen de forma global son: a) la dificultad para recibir cita para el mismo día, lo que produce un mal uso de las vías de acceso y provoca una sensación de Inseguridad en el usuario, b) excesivo tiempo de espera en la consulta, que tiene como resultado situaciones de tensión, de mal aprovechamiento de la consulta una vez está dentro y dificultades añadidas para algunos usuarios (6): T.: "pero después de estar allí afuera cuando llego dentro no se lo que le cuento con los nervios que tengo de tantas horas pensando...", c) la diferencia que existe entre unos CS y otros en servicios e infraestructura, desde muy deficiente y poco funcional hasta muy adecuada. T.: "A mí lo que no me parece bien es que unos centros tengan tanto y otros tan poco, que igualen a todos los centros, que no haya centros tan completos, tan maravillosos y tan modernos y centros que se caen, chicos, incómodos, sin especialidades, etc.", d) existe una gran insatisfacción de la atención urgente, fuera de hora o servicios de urgencias extrahospitalarios, lo que genera círculos viciosos en la atención. T.: "Si a ti te amaneca el niño malo tú llamas y te dan hora pa tres días, dentro de tres días yo no se como estará el niño, el niño está malo hoy, y al final tu pides hora y terminas yendo de urgencias, al final aquello hay más urgencias que niños con horas y luego hay horas vacías,...", y e) la percepción de que profesionales hacen todo lo que pueden T.: "La médica la halago, para mi chapó, porque me trata superbien, pero... la pobre no da para más".



**BIBLIOGRAFÍA:**

M. Debus. "Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales". Washington, D.C. : Academy for Educational Development [1988]

M.A. Prieto Rodríguez y J.C. March Cerdía

"Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales"  
Atención Primaria 2002 29(6): 366-373

M.M. García Calvente, I. Mateo Rodríguez. "El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en Salud: diseño y puesta en práctica". Atención Primaria 2000 25(3):115-122

J.M. Morse "Los métodos cualitativos: el estado del arte" Rev. Universidad de Guadalajara 2000. 31-40

J.M. Morse "Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa". En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín Colombia. Universidad de Antioquía 2003 p.28-52.

M.A. Prieto Rodríguez, E. Gil García, C. Heierle Valero y A. Frías Osune

"La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático"  
Rev. Salud Pública Nº 5 2002- 76:613-625

**AUTOR/ES:**

I. Guerra Cuesta\*; A. Aguado de la Fuente\*\*; M.L. Mateo Herrero\* y \*\*; A. Mayo Iscar\*  
\*Escuela de Enfermería. Universidad de Valladolid. \*\* Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid

**TÍTULO:**

Utilidad de dos escalas de Calidad de Vida, en la evaluación de la intervención de enfermería en pacientes con EPOC.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

En los pacientes con EPOC es necesaria una educación sanitaria, tanto para alcanzar una terapia eficiente con broncodilatadores inhalados como para realizar una fisioterapia y una tos eficaz. Sabemos que gracias a ello mejora la intensidad percibida de la disnea, la tolerancia al esfuerzo y se produce también una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) 1. No se ha evaluado la influencia que la educación sanitaria realizada por parte de enfermería puede tener en los pacientes con EPOC al alta hospitalaria. Tampoco conocemos si es más sensible el empleo de una escala específica o general, como la escala de St.George 23 o general como el EUROQoL5D 45 de CRVS para estos fines.

## Objetivos

Evaluar si una escala breve y de fácil aplicación como el EuroQoL5D, presenta ventajas o inconvenientes al evaluar una intervención de enfermería, frente a la escala específica más empleada para evaluar pacientes respiratorios, la escala más larga y compleja de St.George, considerada como el "patrón oro" en EPOC.

## Métodos

La muestra estuvo formada por 100 pacientes consecutivos diagnosticados de EPOC. Evaluamos el conocimiento de los pacientes sobre su salud (administración de inhaladores, oxigenoterapia, hidratación, fisioterapia,...) y la percepción de CVRS al alta. Empleamos las escalas de CVRS EuroQoL-5D y St.George.

## Resultados y Conclusiones

Presentamos los resultados descriptivos comparativos de las distintas dimensiones de las dos escalas de CVRS de los pacientes con EPOC severa. El valor EVA medio observado en nuestra muestra fue de 54% (d.t.=17%). La escala EuroQoL5D parece ser una herramienta tan útil como la escala de St.George, en la evaluación de la CVRS de los pacientes que padecen EPOC. EuroQoL5D es capaz de medir la repercusión sobre la calidad de vida de otras patologías no respiratorias. Muchos de los pacientes con EPOC sufren además otras patologías. EuroQoL5D tiene ventajas en su mayor brevedad de aplicación y posibilidad de aplicarse en reevaluaciones por correo o por teléfono. Por todo ello al planificar una intervención de enfermería, EuroQoL5D tiene claras ventajas.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Martín Escudero JC. Tratamiento de la EPOC. Pag 77-109. En González de la Puente MA. Protocolos EPOC. Sociedad Española de Medicina Interna y Scientific Communication Management. Primera edición. Madrid 2004.
- 2.- Cuestionario Respiratorio St. George. Pag 175-181. En: X. Badía, M Salamero, J Alonso. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición. Ed. Edimac. Barcelona 1999.
- 3.- Jones PW, Quirck FH, Baveystock CM. The St. George Respiratory Questionnaire. Respir Med 1991; 85:25S-31S
- 4.- Euroqol Group. Euroqol, a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208
- 5.- Euroqol-5D. pag 137-144 en :X.Badia, M.Salamero, J.Alonso. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición. Ed. Edimac. Barcelona 1999.

**AUTOR/ES:**

Beatriz Barco Tavares; Ana Maria Neves Finochio Sabino; Daniela Justino Toledo; Zaida Aurora Sperli Geraldés Soler

**TÍTULO:**

FACTORES MATERNOS QUE LLEVAN AL DESTETE TEMPRANO EN BRASIL

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Este es un estudio de revisión de la bibliografía, de artículos y periódicos nacionales con el tema, Lactancia Materna publicados en el periodo de Enero de 2000 a Marzo de 2004. Utilizo como base de estos datos la Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Fueron encontrados 91 artículos, con la palabra-clave lactancia materna, sin embargo después de análisis de los textos fueron seleccionados 14 artículos con metodología cuantitativa, y analizaban los factores socio-económicos y culturales de las madres en relación al tiempo de lactancia. Esos estudios fueron desarrollados en las regiones sur, sudeste y nordeste del Brasil. La población estudiada totalizó 41.650 sujetos, constituida en 95,9% de niños, de estos 94,2% eran menores de 12 meses y 4,1% de madres, de las cuáles 30,1% eran adolescentes. Se constató en 42,9% de los estudios, que la edad de desmame estaba entre 5-6 meses; un 21,4% hizo el destete con edad entre 0 a 2 meses y 29 días, igualmente en la franja de 3 a 4 meses y 29 días. Identificó-se 14 factores de riesgo para el destete temprano, siendo que varios fueron citados en 2 a 6 búsquedas, totalizando 33 (100,0%) citas. Los factores del destete de acuerdo con las citas en los estudios, están presentados a seguir: un 18,2% el nivel de escolaridad materna; un 15,2% la adolescencia, un 9,1% la paridad; un 9,1% renta por cabeza un 9,1% la chupeta; un 9,1% la ocupación; un 5,8% la ausencia del programa materno infantil; un 6,0% por el bajo peso al nacer y un 18,2% citaron otros factores. El nivel de escolaridad materna es un factor de riesgo, pues cuando menor la escolaridad materna mayor es la incidencia del destete. En algunos estudios se asociaron la escolaridad con la renta por cabeza, pues cuando mayor la renta mayor es el nivel de escolaridad y menor el destete temprano. La primera gestación es un factor para el destete, pues la mujer se siente insegura, inmadura y inexperta, que es agravado por ser una madre adolescente. El uso de chupetas y picos artificiales es un problema que ocurre en varios países, haciendo con que la Organización Mundial de Salud (2002) los incluya en los "diez pasos para el éxito del lactancia materna", el paso 9 que consiste en la no utilización de picos y chupetas en los hospitales y maternidades. La actividad remunerada, legal o ilegal, es un factor de riesgo para el destete, pues en el Brasil la mujer tiene el derecho de solamente 120 días de licencia maternidad, y muchas veces cuando ellas retornan al servicio no existe una guardería en la institución o próxima a ella, en la cual pueda quedarse su hijo para continuar la lactancia. La edad materna influencia, pues en la medida que ocurre la adolescencia varios conflictos surgen, propios de la edad, sin embargo son agravados con el embarazo, que muchas veces es indeseado y inconsecuente, reflejando en la falta de cuidado para con una nueva vida. Es necesaria una amplia política de atención a la salud de la mujer, para evitar las gestaciones indeseadas y principalmente en adolescentes, ya que se evitando la gestación en la adolescencia, muchos de los factores relacionados al destete-temprano dejarán de existir. Con la mujer embarazando más tarde, ella tendrá una mayor oportunidad de completar sus estudios y se preparar para el mercado de trabajo, consecuentemente aumentará su renta familiar. Por lo tanto tendrá una mayor oportunidad de ofrecerle a su hijo la leche materna exclusivamente hasta los seis meses y de mantenerlo acrecido de otros alimentos hasta los dos años de vida, como es preconizado por la OMS.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Rev Bras Saúde Matern Infant 2003;3(1):85-93.

Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2003;3(3):305-14.

Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20(1):172-9.

World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. Indian pediatr 2001;38:565-7.

**AUTOR/ES:**

Granados Martín, Mónica y Díaz Rodríguez, Dania Rocío

**TÍTULO:**

Características de la endoscopia digestiva alta y su vivencia por los pacientes atendidos en el Hospital de Fuenlabrada. (presentación p

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

En nuestra unidad de endoscopias digestivas del Hospital de Fuenlabrada uno de los objetivos consiste en prestar cuidados apropiados a las necesidades y expectativas de los pacientes tomando como base el respeto, la seguridad y la comodidad a través de la aplicación del proceso de enfermería.

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento diagnóstico y terapéutico que consiste en la visión directa del recubrimiento del esófago, estómago y duodeno a través de un tubo flexible de fibra óptica . El procedimiento habitual en nuestra unidad consiste en la aplicación de lidocaína tópica en la faringe a través de un aerosol. Durante la prueba el paciente permanece en decúbito lateral izquierdo y las secreciones bucales se recogen a través de un aspirador de saliva similar al utilizado en las consultas de odontología.

Se han realizado estudios sobre el grado de ansiedad de los pacientes sometidos a una endoscopia, observando que si bien la colaboración del paciente no influye en el caso del género, era menor según se incrementaban los valores de ansiedad de estado o de trato , aunque hay estudios que indican que no influyen .

Por otro lado, otros estudios destacan el hecho de que sea la dificultad en deglutir y la duración del procedimiento los responsables de una tolerancia pobre de la gastroscopia, independientemente de la variación del endoscopista y el diagnóstico .

Se ha llegado a afirmar que dependiendo de si es la primera o sucesiva gastroscopia, la tolerancia varía y se puede prever según la aprensión, edad joven, alto nivel de ansia o pobre tolerancia a exploraciones previas .

**Objetivos:**

Describir la percepción subjetiva de los pacientes que acuden a la realización de una gastroscopia, así como los momentos peor tolerados.

**Material y métodos:**

A través de un estudio transversal descriptivo analizamos una muestra por conveniencia de 202 pacientes sometidos a una endoscopia digestiva alta en nuestro hospital durante los meses de mayo y junio de 2004. Los criterios de inclusión fueron

**1. Criterios de inclusión:**

- pacientes cuya gastroscopia se realizó entre el 3 de mayo y 7 de julio de 2004.
- pacientes ambulatorios
- mayores de 16 años.
- mentalmente competentes

**2. Criterios de exclusión:**

- pacientes ingresados en el hospital
- mentalmente incompetentes
- dificultad en la comunicación telefónica o hipoacusia
- alergia o rechazo al uso de anestesia tópica faríngea.

La recogida de datos fue a través de una encuesta. La primera parte: datos de filiación y sociodemográficos se registró el día de la endoscopia, y la segunda parte, los datos específicos para el estudio de satisfacción, se realizó mediante encuesta telefónica a partir del día siguiente a la exploración.

Se informó a los pacientes que la encuesta es anónima y se solicitó previamente la autorización verbal expresa para la realización del estudio a cada paciente.

La información se analizó a través de la base de datos informática SPSS 10.0.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Beare, Myers. "Valoración de Enfermería del aparato gastrointestinal", en Enfermería Medicoquirúrgica. Mosby, 2002. Madrid, 3ª ed. Tomo II. Pp.1462

Trevisani L, Sartori S, Putinati S, Gaudemi P, Chiamenti CM et al. Valutazione del livelli di ansia in pazienti sottoposti ad endoscopia diagnostica. Recenti Progressi in Medicina. Vol 93, nº 4 Aprile 2002. 240-243.

Jones MP, Ebert CC, Sivan T, Spanier J, Bonsal A et al. Patient Anxiety and elective Gastrointestinal Endoscopy. J Clin Gastroenterol. volume 38, Number 1, Jan 2004.

Walmsley RS, Montgomery SM. Factors affecting patient tolerance of Upper Gastrointestinal Endoscopy. J Clin Gastroenterol. Vol. 26 (4) June 1998 253-255.

Campo R, Brullet E, Montserrat A, Calvet X, Moix J, et al. Identification of factors that influence tolerance of Upper Gastrointestinal Endoscopy. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 1999. Vol 11, 2

**AUTOR/ES:**

M Lupiani Giménez; FJ Gala León; JLRomero Palanco; A Bernalte Benazet; T Miret García y J Dávila Guerrero. Grupo Investigador CTS-386-PAI. EU de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz.

**TÍTULO:**

La Escala C: Un instrumento psicométrico elaborado para evaluar las actitudes de los Prof. de Enfermería (P.E.) hacia la clonación humana

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El nacimiento de Dolly, el descubrimiento de las células madre y la clonación de embriones humanos otorgan a las Ciencias de la Salud una potente tecnología que podría manipular la estructura de la vida humana e -incluso- producirla por clonación (reproductiva y/o terapéutica) (1). Pero estos logros generan serios dilemas y conflictos éticos (2) pues, aunque presentan un claro potencial benéfico, se recela de que éste pueda fundamentarse ilícitamente o ser mal explotado (3)...Por ello, nos preocupan las actitudes al respecto de unos de los protagonistas del debate: El Personal Sanitario (P.S.); preguntándonos ahora, en concreto, ¿cuál es la actitud del P.E. hacia la clonación?, precisando para poder responder a esta cuestión de un INSTRUMENTO adecuado para la recogida de datos (4).

De este modo, nuestro OBJETIVO ha sido el elaborar una Escala Psicométrica (fiable, válida, sensible y tipificada) para medir las actitudes del P.E. hacia la clonación humana.

El MÉTODO seguido ha consistido en seguir los pasos establecidos al respecto por la Asociación Psicológica Americana (APA) (5-8). Así acotamos inicialmente -tras revisar exhaustivamente la bibliografía al respecto- 167 preguntas, elaborando con los datos obtenidos un panel de 203 posibles ítems, con lo que se construyó un Primer Cuestionario Piloto de 81 ítems que se aplicó a 108 sujetos (alumnos y P.E.); tras el tratamiento estadístico y psicométrico de rigor vio la luz el Segundo Cuestionario Piloto que se aplicó a una segunda muestra de 83 sujetos, similares a los de la primera aplicación.

Tras este proceso ha surgido la, bautizada por nosotros, Escala "C" que actualmente consta de 59 ítems, de tres opciones cada uno, tipo Likert (9), con un Coeficiente de Fiabilidad de 0,975 (método "par-impar" corregido mediante la fórmula de Spearman-Brown) y un Índice de Fiabilidad de 0,987. Está dotado de una Consistencia Interna -correlación Ítem/Escala- significativa en cada caso al nivel de confianza del 95%. Asimismo, presenta una Validez de Contenido, Criterio y Aparente; en lo tocante a la Validez de Constructo o Estructural, hemos aislado 10 Dimensiones/Factores, más uno Transversal, con una correlación de Pearson con el total superior -en cada caso- al 0,65, salvo en el factor 5, que es de 0,48 (aunque, obviamente, también ha resultado ser significativa).

Con todo ello, podemos decir que se ha cubierto el objetivo al conseguir elaborar un instrumento adecuado y novedoso (puesto que no existe en la literatura ningún otro cuestionario o escala similar para este tema) con el que podremos investigar -medir, contrastar y analizar- las actitudes del P.S. y del P.E. ,en concreto, hacia la clonación humana en general, diferenciando -asimismo- sus actitudes hacia la clonación Reproductiva versus la Terapéutica, en el marco de la financiación de nuestro Grupo Investigador, en el Plan Andaluz de Investigación (PAI).

Habida cuenta que las técnicas de clonación aún no tienen una aplicación clínica directa, es prematuro el evaluar cómo estas actitudes van a influir en la praxis clínica cotidiana, pero a la vista de otros análisis de actitudes del P.E. y del P.S. hacia diversos temas biosanitarios de calado bioético a veces inferior al que nos ocupa (SIDA, Donación de Órganos, Enfermedad Mental, Muerte y Enfermos terminales, Cáncer, Aborto, etc...) se puede aventurar que su impronta y utilidad serán razonablemente importantes (10).

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Nussbaum M y Sunstein C: Clones y Clones. Hechos y fantasías sobre la clonación humana. Ed. Cátedra. Madrid, 2000.
- (2) Wilmut I; Campbell K y Tudge C: La segunda creación: De Dolly a la clonación humana. Ediciones B. Barcelona, 2000.
- (3) López M y Antuñano S: La clonación humana. Ed. Ariel. Barcelona, 2002.
- (4) Lupiani M; Gala FJ; Romero JL et al: Evaluation of the attitudes of Medical Staff towards cloning: Scale C. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 2005.
- (5) APA: Standars for Educational and Psychological tests and Manuals. APA Publications. Whashington, 1996.
- (6) Jara P y Rosel J: Medición en Ciencias de la Salud, en E Fernández y F Palmero (Edits), Emociones y Salud (pp 19-47). Ed. Ariel. Barcelona, 1999.
- (7) Crocker LM y Algina J: Introduction to classical and modern tests theory. Ed. Holt, Rinchart and Winston. Nueva York, 1986.
- (8) Streiner D y Norman G: Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. Oxford Medical Publications. Nueva York, 1992.
- (9) Likert R: Una técnica para medir actitudes, en G Summer, Medición de las actitudes (pp 182-193). Ed. Trillas (3<sup>a</sup> edic.) México, 1982.
- (10) Gala FJ; Lupiani M; Romero JL et al: The relevance of an analysis of the attitudes of Medical Staff towards human cloning. Presentation of the initial design of a study. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 2005



**AUTOR/ES:**

Vanesa Sánchez Martínez. Enfermera Especialista en Salud Mental.

Sonia Cotanda Sancho. Diplomada en Enfermería.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia. UHPB.

**TÍTULO:**

SALUD BUCODENTAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA: RESULTADO DE UNA VALORACIÓN ENFERMERA.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes psiquiátricos presentan una alta prevalencia de problemas de salud bucodental. Con el presente trabajo se pretende cuantificar la presencia de tales problemas y sus factores de riesgo, abordando el tema desde una perspectiva enfermera, empleando herramientas específicas de valoración y el lenguaje estandarizado de la NANDA. Además este trabajo podría servir como punto de partida para la búsqueda de soluciones.

**1. OBJETIVOS:****General:**

Determinar el estado de salud bucodental de los pacientes ingresados en una unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve.

**Específicos:**

1. Cuantificar la presencia de los factores de riesgo y

2. Conocer la prevalencia de los diagnósticos de enfermería de la NANDA relacionados en los pacientes ingresados en la unidad.

**2. MÉTODOS:**

Se valoró sistemáticamente a todos los pacientes ingresados en nuestra unidad, desde el 15 de diciembre de 2004 al 15 de enero de 2005 hasta alcanzar el número de personas que ingresaron mensualmente de media durante 2004 (53).

Se emplearon dos valoraciones, una de ellas para determinar los factores de riesgo, diseñada específicamente para este estudio y otra para determinar las manifestaciones, la valoración OAG-PC (Guía de Valoración Oral para Pacientes Psiquiátricos de Sjorgen y Nordstrom), se trata de una valoración enfermera, adaptada de la de Eilers, de sencilla aplicación y que proporciona información útil y elaborada.

Posteriormente se analizaron estadísticamente los datos obtenidos y se adaptó el lenguaje de las valoraciones al lenguaje enfermero empleado por la NANDA para determinar la prevalencia de los diagnósticos enfermeros "Deterioro de la Mucosa Oral", "Deterioro de la dentición", "Riesgo de deterioro de la mucosa Oral" y "Riesgo de deterioro de la dentición".

**3. RESULTADOS:**

Se obtuvo una prevalencia del 100% para diagnósticos de enfermería entre los reales y los potenciales. De ellos, un 76% presentaban los dos diagnósticos reales, un 22% presentaba un diagnóstico real y uno de riesgo y un 2% presentaba dos diagnósticos de riesgo.

Además, se objetivaba la presencia de más de una manifestación y más de un factor relacionado o de riesgo en muchas de las personas valoradas.

El análisis de los factores de riesgo determinó que los más frecuentes son:

la xerostomía provocada por los psicofármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades mentales (70%), la falta de interés y el consiguiente deterioro de la higiene oral (76%) y el consumo de sustancias nocivas como el alcohol (34%) y el tabaco (70%).

**4. DISCUSIÓN:**

La salud bucodental es un aspecto de la salud de los individuos que suele ser infravalorado por las enfermeras. Sin embargo los resultados del presente estudio manifiestan que es un problema de salud muy frecuente, y que los diagnósticos enfermeros referidos a la salud bucodental deben ser tenidos en cuenta dada la alta prevalencia de los mismos y las graves consecuencias que se derivan de que sean ignorados.

La educación para la salud y el adiestramiento en las técnicas de higiene son posibles soluciones al problema, y el colectivo enfermero es muy capaz de desarrollar estas tareas.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Vigo M, Velasco E: Asistencia odontológica a pacientes psiquiátricos y discapacitados psíquicos y físicos.
- 2- Bullón P, Machuca G: La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Normon, 1996; 599-616.
- 3- Hernandez F, Vivanco B: Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica. Rev. de la Asociación Dental Mexicana, 2002;Vol. LIX, 3: 87-93.
- 4- Stiefel D, Truelove E, Menard T, Anderson V, Doyle P, Mandel L: "A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings". Spec Care Dentist 1990; 10: 6-12.
- 5- Velasco E, Machuca M, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Bullon P: Los factores asociados a los trastornos psicológicos y su efecto sobre la cavidad oral (Mecanismos indirectos). Archivos de Odontoestomatología 1994; Vol 10, 7: 382-396.
- 6- Velasco Ortega E, Velasco Ponferrada C, Valencia Alejandre S, Villasana Cunchillos A, Bullón Fernández P: La necesidad de tratamiento dental en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Avances en Odontoestomatología 1999; 15:41-46.
- 7- Sjögren R, Nordström G: "Oral health status of psychiatric patients". Journal of Clinical Nursing 2000; 9:632-638.
- 8- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y Clasificación 2002-2004, Madrid, 2002 Ediciones Harcourt.
- 9- Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S: Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC, Madrid, 2003, Mosby.
- 10- Cotanda S, Sanchez V: Estado de salud bucodental en pacientes ingresados en una UHPB. XXIII Congreso de la AESM. Cáceres 2005.

**AUTOR/ES:**

Casimiro Fermín López Jurado; José María Martínez Sánchez; María Montaña Vecino Rosado; Carmen Rojas Fernández; María del Carmen Madera Sanguino; José Felipe Sánchez Cancho; Julián Mauro Ramos Aceitero.

**TÍTULO:**

Utilización de tres fuentes de información para el análisis de la situación de cáncer en dos áreas de salud de Extremadura.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivo.-** Analizar la situación del cáncer de las áreas de salud de Don Benito-Villanueva y Navalморal de la Mata de la CA de Extremadura con tres fuentes de información.

**Metodología.-** Para el estudio se utilizó el Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP), Conjunto Mínimo de Básico de Datos al alta (CMBD) y el Registro de Mortalidad de Extremadura. Los datos de mortalidad se refieren a personas residentes habituales en las dos áreas de salud que hayan muerto en Extremadura. Los datos de incidencia, estancia media en hospital y altas hospitalarias se refieren ha personas residentes en las dos áreas de salud. El estudio del CMBD se limita al diagnóstico principal. Las tasas crudas se expresan por cien mil habitantes y para su cálculo se utilizó la población del censo de 2001. Se utilizan los pequeños grupos de causas de defunción del gran grupo II. Tumores [neoplasias], según la CIE10.

**Resultados.-** En el año 2003 se produjeron 759 casos incidentes de cáncer (tasa cruda 392,40), para varones fue de 480 casos incidentes (tasa cruda 493,95) y para mujeres 279 casos (tasa cruda 289,87). Los pequeños grupos de causas con mayor incidencia fueron el tumor maligno de próstata con 102 casos (tasa cruda 104,97) en varones y el tumor maligno de mama con 79 casos (tasa cruda 82,08) en mujeres. La edad media de los casos incidentes fue para ambos géneros, varones y mujeres de 67,03; 67,74 y 65,82 respectivamente. En el año 2003 se produjeron 502 defunciones (tasa cruda 259,53), la principal causa de defunción fue tumor maligno de traquea de los bronquios y del pulmón con 105 defunciones (tasa cruda 54,28). Para varones se produjeron 324 defunciones (tasa cruda 333,42) y la principal causa de defunción fue tumor maligno de tráquea de los bronquios y del pulmón con 96 defunciones (tasa cruda 98,79). Para las mujeres se produjeron 178 defunciones (tasa cruda 184,94) la principal causas de defunción fue el tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados con 22 defunciones (tasa 22,86). La edad media de defunción para ambos géneros, varones y mujeres fue de 74,34; 72,01 y 76,57 respectivamente. En el año 2003 se produjeron 1.312 ingresos (tasa cruda 678,30) por cáncer de los cuales 735 (tasa cruda 756, 37) fueron varones y 577 (tasa cruda 599,48) fueron mujeres. La edad media de los ingresos fue para ambos géneros, varones y mujeres de 62,90; 65,74 y 59,29 años respectivamente. El pequeño grupo de causas con mayor ingreso fue el de tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón. La estancia media en el hospital fue para ambos géneros, varones y mujeres de 10,13; 10,72 y 9,36 respectivamente.

**Discusión.-** Los varones presentan mayores tasas de mortalidad, incidencia y de ingresos. La edad media de defunción es mayor en mujeres que en varones (4,5 años) y la edad media de incidencia es 2 años mayor en varones, esto puede estar influido por el tumor maligno de mama. La edad media de ingresos es 6 años mayor en varones que en mujeres y la estancia media en el hospital es 2 días mayor en los varones que en las mujeres.

Para analizar la situación de cáncer poblacional resulta de gran importancia consultar fuentes hospitalarias y extrahospitalarias.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Ramos JM, Vecino MM, López CF, Martínez JM, Sánchez JF, García P, et all. Cáncer en el área de salud de Navalmoral de la Mata, año 2003. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección de Consumo y Salud Comunitaria; 2005.
- Ramos JM, Rubio C, Vecino MM, López CF, Martínez JM, Sánchez JF, et all. Cáncer en el área de salud de Don Benito-Villanueva de la Serena, año 2003. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección de Consumo y Salud Comunitaria; 2004.
- Dos Santos I. Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos. Lyon, Francia: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer; 1999.
- Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Skeet RG, editores. Registros de Cáncer: Principios y Métodos. Lyon, Francia: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, 1995. IARC Publicaciones Científicas nº95.
- Martínez C, editora, Fornieles Y, Rodríguez M, Miñarro R, Calzas U, García MJ. El Cáncer en Granada. Incidencia y mortalidad. 1988-1990. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
- Alemán A, Rojas MD, Martín JA. Incidencia de Cáncer en las Islas de Gran Canaria y Tenerife. Año 1996. Comunidad Autónoma de Canarias: Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias; 2002.
- Ramos JM, Álvarez MM, Martínez JM, Rojas C. Mortalidad registrada en Extremadura y sus áreas de salud. Año 2002. Mérida: Dirección de Consumo y Salud Comunitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura; 2005.
- De Asís F, Gogorcena MA, Albarracín A, Rubio J, López I. CMBD Insalud Análisis de los GRDs. Año 2001. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Área de Estudios, Documentación y Coordinación Administrativa, Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa; 2002.

**AUTOR/ES:**

M Gallart, M Casellas, E. Varela, M. Antolín, F. Guarnier, R. Vergés\*, J. Giralt\*, J-R. Malagelada.

**TÍTULO:**

ADN FECAL Y CALPROTECTINA COMO INDICADORES DE LESIÓN INTESTINAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:** La radioterapia pélvica puede ocasionar lesiones de la mucosa y de los vasos del intestino. El epitelio intestinal es muy sensible a la radioterapia, que detiene la proliferación de las células de las criptas y que lleva a una atrofia de las vellosidades y a la denudación de la mucosa. Además, la lesión epitelial puede acompañarse de un cierto grado de inflamación. La toxicidad aguda se manifiesta clínicamente con cuadros de diarrea, colitis y proctitis. No existe ningún indicador biológico valorado que evalúe el grado de lesión intestinal secundario a la radioterapia.

**Objetivo:** Estudiar si la lesión intestinal producida por la radioterapia puede monitorizarse mediante la determinación en heces de marcadores de descamación celular (ADN) y/o de inflamación (calprotectina).

**Material y métodos:** Se estudiaron 53 pacientes sometidos a radioterapia pélvica por diversos procesos tumorales: 27 neoplasias de recto (grupo recto), 15 de endometrio, 8 de cervix, 1 de próstata y 1 de vejiga (grupo no-recto). Se recogieron 4 muestras de heces de cada uno de los pacientes (antes de empezar la radioterapia, entre la segunda y tercera semana, al finalizar el tratamiento y a las dos semanas postratamiento) en las que se midió el ADN fecal (PCR a tiempo real del gen de la  $\beta$ -globina en ADN purificado) y calprotectina (ELISA). Los resultados se expresaron en copias ADN/ mg peso seco y mg/ g respectivamente. Paralelamente a la recogida de muestras se determinó el grado clínico de toxicidad aguda mediante la escala de toxicidad CTC (Common Toxicity Criteria) que valora el grado de diarrea (de 0 a 4).

**Resultados:** El porcentaje de pacientes que presentaron toxicidad aguda con diarrea fue del 82%. Los valores de ADN fecal y de calprotectina no se modificaron a lo largo del tratamiento en el conjunto de pacientes. Sin embargo, en el grupo no-recto, el ADN fecal sí que aumentó al final de la radioterapia, mientras que en el grupo recto no se modificó. Los pacientes del grupo no-recto presentaron valores basales más bajos ( $p < 0.05$ ) de ADN fecal (1630, 70 – 31900, mediana y rango) y de calprotectina (45.8, 10.9 – 339) que el grupo recto (ADN: 16800, 568 – 5910000, calprotectina: 162.2, 31.8 – 1884.0). Existe una correlación débil de la toxicidad aguda con el incremento de ADN fecal ( $r = 0.18$ ,  $p = 0.03$ ) y de calprotectina ( $r = 0.22$ ,  $p = 0.04$ ), a lo largo del estudio.

**Conclusiones:** El ADN fecal puede ser un buen indicador en la monitorización de la lesión intestinal secundaria al tratamiento con radioterapia pélvica en pacientes con tumores intrabdominales no de recto.

**AUTHOR/S:**

Anne Ehasalu RN, MA

**TITLE:**

NURSES PROFESSIONAL MATURITY AND PERSONAL CHARACTERISTICS

**TEXT:**

**OBJECTIVES**In Estonia nursing has not been independent, developed profession, but procedure-centered work, where physician has a leading role. Therefore it was important to assess nurses' professional attitude to their profession to avoid probable mistakes reorganizing educational programmes and in advancing nursing profession, comparing the Estonian situation with the situation in other countries. Nursing in Estonia has almost 200- years' history, but only from 21. century the evidence-based data is available. NuRsE- project's empirical data gives a possibility to clarify unclear matters in nursing in Estonia. The aim of this research was to clarify connections between nurses' professional maturity and their personal characteristics. Therefore the objectives of this research are Estonian nurses' professional maturity and their professional characteristics.

**METHOD** The NuRsE-project research topic was concentrated to Estonian, Latvian, Lithuanian and Finnish therapeutic and surgical departments' nurses plus to the nurses who worked in long-term wards in Finland. Data was collected in 1999-2001, using questionnaires, to include possibly more people. Used tool is based on Donabedian's (1969) assessment model in healthcare quality which is widened by Raatikainen (1996), based on van Maanens (1984) modifications. Benner's theory about nurses' professional maturity and E. Erikson's theory about developmental psychology have been used also as a theoretical frame. In questionnaire, which contains in 40 structured questions with 235 subquestions and 2 open questions, are topics about organizational matters in nursing, aims of nursing, time-using in various nursing procedures, professional development, ethical principles, nursing education and nurses' personal characteristics. This particular research is a part from wider research and analyses only 38. and 40. question from Estonian nurses data. In Estonia 640 questionnaires were distributed and 517 (81%) were returned. In analyzing SPSS-programme was used. **Keywords:** nurse, patient, professional maturity, nurses' personal characteristics

**Conclusion** Nurses in Estonia medical and surgical departments are medium 36.4 years old and have 15,5 years working experience. They are mostly in individual-oriented maturity level (B-level) in professional development by Raatikainen-van Maanens classification of professional development levels. 18% identify themselves being on traditional maturity (A-level) in professional development and 15% identify themselves being on community maturity (C-level) in professional development. Correlations between Estonian nurses maturity stages and personal characteristics show that there are positive correlations in all maturity levels with personal characteristics, but differences between stages are big. On traditional (A) - level professional maturity nursing has positive correlations with personal characteristics as trust and willpower. On individual-centered (B) - level professional maturity nursing has positive correlations with personal characteristics as trust, initiative, industriousness, intimacy, integrity, empathy, willpower and leadership. On community (C) - level professional maturity has positive correlations with personal characteristics as trust, autonomy, initiative, industriousness, identity, intimacy, generativity, integrity, empathy, intelligence, willpower and leadership. Even the main conclusion was, that they see themselves not very much in leadership positions, correlations show, that the higher is maturity level, the higher is correlation between development level and leadership. That means, that to develop nursing in Estonia, we have to create leadership not only in clinical setting but in all healthcare setting, where nurses are working. This is possible only through education.

**BIBLIOGRAPHY:**

## REFERENCES

- Baumann A, Deber R, Silverman B. 1998 Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care *Journal of Advanced Nursing* 28(5), 1040-1045
- Benner P. 1984. *From Novice to Expert* Addison-Wesley Publishing Company
- Boughn S, Lentini A 1999 Why Do Women Choose Nursing? *Journal of Nursing Education* Vol.38, No. 4 156-161
- Clendon J. 2003 Nurs-managed clinics: Issues in evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), 558-565
- DiMauro N. 2000. Continuous professional development. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 31(2), 59-62.
- Esterhuizen P, Kooyman .2001. A Empowering moral decision making in nurses. *Nurse Educ Today*. 21(8):640-7.
- Hannigan B & Burnard P. 2000. Nursing, politics and policy: a response to Clifford. *Nurse ucToday* 20 (7), 519-523.
- Hartrick G, Schreiber R, 1998. Imaging Ourselves-Nurses `Metaphors of Practice. *Journal of Holistic Nursing* Vol.16 No 4, 420-434
- Hewitt J. 2002 A critical review of arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing* 37(5) 439-446
- Kesby S. 2000. From reforms to modernisation. *Nurs Stand*. 15(4), 40-46.
- Kolcaba, K, Steiner R. 2000 Empirical Evidence for the Nature of Holistic Comfort. *Journal of Holistic Nursing* Vol 8 No.1, 46-62
- Kukkonen L. & Leino-Kilpi H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 235-241.
- Kunyk D & Olson JK. 2001. Clarification of conceptualisations of empathy. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 317-324.
- Lake M, Keeling P, Weber GJ, Olade R. 1999. Collaborative Care. A Professional Practice Model *Nursing Case Management* Vol.29.No.9.51-56
- McLeod E, Spee RT. 2003. Uncovering meaning: how nursing knowledge changes policy in practice. *Nurs Sci Q*. 16(2), 115-119.
- Raatikainen R 1986 *Itsehoito ja hoitotyö* Helsinkin Yliopisto

**AUTHOR/S:**

Sayed Ali Najji ,RN, MsN, Ph.D student, Faculty Member  
Faculty of Nursing & Midwifery – Islamic Azad University – Khorasgan Branch –Esfahan – IRAN  
E-mail:a\_naji@khuif.ac.ir

**TITLE:**

The Family Contribution in Care of the Elderly People

**TEXT:****Introduction :**

The global population of the elderly is increasing with an estimate that between 1990 and 2015 the population of elderly will increase from 300 million to more than 540 million. It is estimated that more than 420 million people worldwide are older than 65 years of age in 2005. This is about 7% of the world's population. In 1996, 3.9% of the Iranian population was over the age of 65 and over. This proportion will rise to 7% by 2020.

33% of the health care budget is used on services for the elderly people. Many elderly people need long-term care and in Iran , family is the main source of care for the elderly .

**Objective:**

The purpose of this study was to determine the families' contribution situation in caring elderly people.

**Methodology :**

This was a descriptive-analytical study carried out in 2004 in Isfahan. 243 elderly people 65 and over were selected. The method of sampling was cluster . The variables were sex, age, marital status, education, employment, source of income, religion, amusement, sense of comfort and family care situation.

The statistical procedures were descriptive test, chi-square, t-test, ANOVA and Pearson's correlation coefficient.

**Results:**

The results showed that the majority of the samples were male (51%), with elementary education (47.7%), married (56%), Moslems (98.4%) with the mean age 72.4.

The mean families' contribution to elderly care was 86%.

**Conclusions:**

This study showed that the various contributions of families for caring their elderly were based on the different situations of elderly people such as: education, marital status and source of income ( $P < 0.01$ ).

In conclusion, the families paid partial attention to care of their elderly but it must be noted that the elderly population is increasing and need more attention to plan the best palliative care and family education in future.

**Key Words:**

Family Contribution, Care of elderly people



**BIBLIOGRAPHY:**

- 1) Abedi, H.A., & Maggs, C. (1997). Identifying the health needs of elderly people using the Omaha Classification Scheme, *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 698-703.
- 2) Copeland, John, R.M., Abou-Saleh, Mohamed, T., & Blazer, Dan, G. (1994). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester, Wiley.
- 3) Diem, Elizabeth, & Moyer, Alwyn, (2005). *Community Health Nursing Making a Difference*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- 4) Holloway, C.M., & Pokorny, M. (2002). Early hospital discharge and independence, what happens to elderly?, *Geriatric nursing*, 15(1), 24-27.
- 5) Hunt, Roberta, (2005). *Introduction to Community-Based Nursing*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- 6) Johnson, M.L. (2002). *The Meaning of Old Age*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- 7) McClymont, M., Thomas, S., & Denham, M.J. (1999). *Health Visiting and Elderly people, A Health Promotion Challenge*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- 8) Modden, G. (1989). Behavior and Adaptation in Later Life. *Journal Chronic Disease*, 36, 270-275.
- 9) Stanhope, Marcia, & Lancaster, Jeanette, (2004). *Community & Public Health Nursing*. St. Louis, Mosby.
- 9) Travis, Shirley, S. (2003). *Handbook of Geriatric Nursing Care*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

**AUTHOR/S:**

Ylle Ernits MAsc

**TITLE:**

TAKING CARE OF PATIENTS SOCIAL NEEDS IN NURSING IN ESTONIA (THE BALTIC-FINLAND NuRsE-PROJECT 2000)

**TEXT:****OBJECTIVE**

The NuRsE-project research topic was concentrated on Estonian, Latvian, Lithuanian and Finnish therapeutic and surgical departments' nurses plus to the nurses who worked in long-term wards in Finland. Data was collected in 1999-2001, using questionnaires.

Theoretical framework of the study bases on Ritva Raatikainen's (1986) doctoral study "Selfcare and nursing care" and on professional publications about demands on nurses work, connections between social workers and nurses work in hospitals, social nursing activities, human being concepts.

**METHOD**

This particular research is a part from wide research and is concentrated only on Estonian nurses data. In Estonia 640 questionnaires were distributed and 517 (81%) were returned. Questionnaire contained questions about organisational matters in nursing, aims of nursing, time-using in various nursing procedures, professional development, ethical principles, nursing education and nurses' personal characteristics.

**CONCLUSIONS**

- 41% of the nurses participating in the research were at the age from 21 to 30, the length of service of 38% was 1-9 years
  - 60% had a local hospital for working place
  - 58% of the nurses who answered the questionnaire were working in surgical department and 37% in the department of internal diseases, 85% of patients were adults and elderly people
  - 64% of nurses answered that patients did not have many problems connected with religion (64%), 33% of them found that there were no problems connected with religion at all. At the same time the nurses considered important that the patients should have a clear view of the life (65%), a cheerful experience in belief (66%), a confidence in the future (66%). A religious balance was not considered important by 64% of nurses.
  - In connection with somatic or physical well-being the nurses found that there are either quite few problems (7%) or no problems at all (27%) and 22-26% of nurses answered that there are quite many or many or very many problems.
- The most important were considered the normal condition of the skin (92%), normal breathing (94%) and normal waste elimination (90%). 69% considered important that there should not be physical symptoms
- **Mental problems:**  
38% of nurses found that patients have quite few mental problems, 28% found that patients have quite many mental problems and the answer of 18% was that there are many problems. The most important from the aspect of mental well-being were considered satisfaction (90%), finding hope and self esteem (83%). Less important were considered the experiences of love and tenderness (31%), coping with the life crisis (23%) and fearlessness (22%).
  - **Social well-being:**  
41% of nurses found that patients had quite many social problems, 25% thought that there are quite few or many social problems. The most important in connection with social well-being were considered self-activity in the every day life (85%) and maintenance of the friendships (72%). Less important were considered responsibility for the significant others (39%), activity in hobbies (57%), economical security (53%).
- The main result of this research is that nurses in Estonian hospitals in surgical and therapeutic departments are taking care of patients' social needs even more than it was expected.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Andersen C & Adamsen L. 2001. Continuous video recording: a new clinical research tool for studying the nursing care of cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 257 – 267.
- Andershed B & Ternstedt B. 2001. Development of theoretical framework describing relatives involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 554 – 562.
- Benner P. 1984. *From Novice to Expert. Excellence and power in clinical Nursing practice*. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Donabedian A. 1969. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59, 1833-1836.
- Hancock K, Chang E, Chenoweth L, Clarke M, Carroll A, Jeon Y-H. 2003. Nursing needs of acutely ill older people. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 507 – 516.
- Hietanen H, Hopia H, Kallio A. 1999. Aivoverenkiertohäiriö. Potilaan akuuttivaiheen hoitotyön haasteet. *Sairaanhoitaja*, 1/1999, 12 -16.
- Kujala E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto, 67 -69.
- Kuuppelomäki M. 2001. Hengellisyys hoitotyössä. *Sairaanhoitaja*, 6/2001, 28 -30.
- Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M-R & Lwertola K. 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 294 – 306.
- Maanen van HMTH. 1984. Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context health care and examined from multinational perspective. Willis LD & Linwood M. (Eds) *Measuring the quality of care*. Churchill Livingstone, Edingburg, 3 – 42.
- O’Baugh J, Wilkes L, Luke S & George A. 2003. Being positive: perceptions of patient with cancer and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (3), 262 -269.
- Raatikainen R. 1997. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Parviainen T & Pelkonen M. (Toim.) *Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön*. Stakes. Raportteja 217. Helsinki, 55 – 77.
- Roy SC & Roberts SL. 1981. *Theory construction in nursing. An adaptation*

**AUTHOR/S:**

Arménio Guardado Cruz

Nurse Higher School Dr. Ângelo da Fonseca - Health Sciences Research Unit - PORTUGAL.

Telem. : +351 916631039; Email:acruz@eseaf.pt

**TITLE:**

Chronotype, Physical Activity and Immunity

**TEXT:**

The education for health is one of nursing functions that its claims to stimulate healthy behaviours and customs of healthy life between the citizens. The regular experience of physical exercise is one of the aspects that the nurses must stimulate so the benefits of that physical exercise for the human health are recognized by experts in this matter at long time ago. The information to transmit must be actual and rigorous for the education to have bigger efficiency.

So, although we know the benefits of the regular and moderate experience of physical exercise at the different systems, like the immune system, with the increase of our defences for some pathologies, like breath infection and oncologic illnesses, these benefits can be not the same for all people. Actually, there are some individual characteristics that they can modulate the answers of organism at the physical exercise. One of the individual characteristics is the "chronotype" that include two dimensions: "morningness" and "eveningness". As far as the immune system is concerned, the question is whether the effects of regular and moderate experience of physical exercise, practised in different periods of the day, are different or not when practised by morning or evening types? This study was made by this question.

**AIMS**

1 – To understand the influence that moderate physical exercise has on the immune system in "morning" and "evening" types

2 – To compare the effects on the immune system of moderate physical exercise performed in the morning and at the end of the afternoon in a 24 hour period on "morning" types.

3 - To compare the effects on the immune system of moderate physical exercise performed in the morning and at the end of the afternoon in a 24 hour period on "evening" types.

**MÉTHODOLOGY**

Quasi-experimental study with partial counterbalance

Sample: The sample is intentional non probabilistic and consists of 23 people (9 "morningness" types and 14 "eveningness" types) all male, young, university students, in good health, with a sedentary lifestyle and who neither smoke nor drink. Instruments: Morningness-Eveningness Questionnaire (Silva et al., 2002); Lifestyle Questionnaire (of author); Study of Immune function – cellular and humoral immunology.

**RESULTS**

Crossing the variables morningness and eveningness with physical exercise schedules and the immunologic variables we weren't found any results statistically remarkable.

Statistically significant differences were observed as to the level of CD4 (U=23; p= .011) and IgA (U=22,5; p= .009). The subjects that did not invert the times of the physical exercise in the middle of the study had a slight increase in the values of the CD4 (median difference = 4,1) and of the IgA (median difference = 11). In those who inverted the time there was a decrease of the IgA (median difference = -0,5).

In the group of the congruent (time of physical exercise congruent with chronotype) there was a decrease of the CD25 (Wilcoxon: -1,956; p= .05).

**DISCUSSION / CONCLUSION**

1 – Physical exercise of moderate and regular characteristics partially raises the immunocompetence of young sedentary adults.

2 – Chronotype doesn't affect the variation of the immunological parameters.

3 – Regardless of the chronotype, the change of type of the physical exercise from morning to evening and evening to morning diminishes the immunocompetence.

4 – The incongruence of the time of the physical exercise with the cronotypical typol

**BIBLIOGRAPHY:**

- BARATA, J.T. (1997) – Benefícios da actividade física na saúde. In *Actividade Física e Medicina Moderna* - BARATA, J.T. et al.. Odivelas: Europress – colecção Sobre(o)viver.
- FRISINA, J.P.; GAUDIERI, S.; CABLE, T.; et al. (1994) – Effects of acute exercise on lymphocyte subjects and metabolic activity. *International Journal Sports Medicine*, 15, p. 36-41.
- MAZZEO, R. (1994) – The influence of exercise and aging on immune function. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 26, 5, 586-592.
- NIEMAN, D.C. (1997) - Exercise immunology: principal applications. *International Journal of Sports Medicine*, 18 (Suppl. 1) pp: S91-S100.
- NIEMAN, D.C. & PEDERSEN, B.K. (1999) – Exercise and immune function. Recent developments. *Sports and Medicine*, Feb; 27(2): 73-80.
- SHEPARD, R. & SHEK, P.N. (1998) – Physical activity, training and immune response. Boston: Cooper Publisher.
- SILVA, C.F.; SILVÉRIO, J.M.; RODRIGUES, P.J.; PANDEIRADA, J.; FERNANDES, S.M.; MACEDO, F.B. & RAZENTE, S.N. (2002) – The Portuguese version of the Horne and Östberg Morningness-Eveningness questionnaire: its role in education and psychology. *Revista Psicologia e Educação*, Vol. 1, nº 1 e 2, 39-50.
- WOODS, J. A.; DAVIS, J.M. (1994) – Exercise, monocyte/macrophage function, and cancer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26 (2): 147-157.

**AUTHOR/S:**

Katayon, Esmaeili. Parviz Gafary. Shirin, Iranfar

**TITLE:**

VIEW POINTS OF NURSING PERSONNEL ON THE NEED FOR CONTINUED EDUCATION

**TEXT:**

**Backgrounds:** The most valuable asset of a hospital setting is its personnel including nurses and nurse-aids. One of the most important duties of the higher management in each setting is to provide these personnel with proper training and continued education programs. This can help nurses to improve their theoretical and hands-on knowledge by receiving up-to-date information through research results.

Proper management, adequate training, continued education, and research are highly related and depend on each other, which can improve the quality of care and service.

**Methods:** This was a descriptive study. The sampling selection was obtained through randomized cluster. Eighty four subjects (67 female, 15 male), ages between 27-49 years old, including; nurse-aids, nurses with associated degree, and nurses with bachelors degree were participated in this study. The subjects were selected from fifteen university hospitals in the city of Kermanshah, Iran. The average job experience of the participants was 14.7 years (between 4-24 years). 70% of the nurses had a bachelors degree, 30% with associate degree, and the rest were nurses-aids. Average number of the subjects attended to seminars, continued education, courses, and/or in-services was 6.5 (between 1-20) times. 84% of the courses were presented in the local university hospitals, and 15% were out of town/country. 76% of the subjects were working in clinical setting and 19% were head-nurses, 5% were department supervisors/ or working as senior management. The majority of the courses (40%) were taken by the department supervisors and the head-nurses.

The important reasons for attending to these courses was reported (from most important to the least important) including; -To learn about recent scientific/clinical methods and techniques in the area of their interest. -To collect required clinical/ educational hours and points. -To become familiar with the latest research methods/ techniques performed by other fellow nurses/researchers. The most popular subjects were reported as -To learn about/or review the latest techniques of care in trauma and medical emergency care. -To learn about the latest equipment and tools, and their usage. -To become more familiar with usage of computer and its benefits in health care system. In addition, -To review and learn more about management.

**Conclusion:** This study revealed that the higher the nurses education and responsibility were, they were more active in participation in the continued education programs. Further more, it is very important to acquire the personnel's opinions on the subjects for continued education

**BIBLIOGRAPHY:**

- \*Bolander,V."Sorenson and Lokmans basic nursing psycologic approach" philadelphia,W.B .sounders company . 1994
- \*Cole,Grance."Fundamental nurasing ".second edition.Mosby company.(1996).
- \* Esmaeili,K."view point of patients regarding observance of territory and personal space in Kermanshah hospital in Iran. 2003.
- \* Ervin,N. Dawkins,C. " Agency and research co-operation: An exploration of human territoriality" . Journal of Advanced Nursing . 23(3) ,1996 . pp:728-32
- \*Heydary,Sh. " Feeling of patients abouth terriotery and personal space " . Tehran Nursing school . Iran. 2000.
- \* Phipps ,N .Sands,J. March,J ." Medical surgical Nursing :Concept & Clinical Practice" . sixth edition .Mosby Company . 1999.
- \*Rosdahl ,C.B." Text book of Basic Nursing" . sevent eddition. Lippincott company.(1999).
- \*Sawada,Nand etal. "pPersonal an terriotoral space of the patients:A Nursing ethics question " . Med Law. vol (5), 1996 , pp:261-270.
- \*Taylor,c.Lillis ,c.Lemone,p." Fondamental of Nursing " . Fourth edition. Lippincott Company.(2001).
- \*Timby,B.K. " Fondamental skills and concepts in patient care. Sevent edition.Lippincott company.(2001).

**AUTHOR/S:**  
Yumie AOKI

**TITLE:**  
Exploring the Issues in Reflective Practice in Nursing Education

**TEXT:**

<background>

Reflective practice (RP) is new idea in Japan. However, Japanese nurses have reflect on their practice some way. Case studies and clinical experiences are popular metnods for Japanese nurses. However, the auhtor belive that stimulate reflection elicit thinking, feelings, behaviours and theories that may implicitly guide thinking, feeling and doing.

<Objectives >

Purpose of this small study is to explore nursing educators' experience of teaching RP in England for considering reflective curriculum development in Japan.

<Methods>

A qualitative methodology was used. Five nursing educators have over five years experience of teaching and RP in a university in England were interviewed. The interview was recorded and a transcript was taken. Data were analyzed about being an issue in the process of RP.

<Findings>

The findings were categorized under the headings of:

- (1) consideration to the cultural background,
- (2) development of reflective skill,
- (3) to identify student's experience,
- (4) the integration of theory and practice,
- (5) development of educator's abilities as a facilitator,
- (6) lack of definition of RP and that understanding,
- (7) uncontrolled emotion and catharsis,
- (8) accessibility of literatures.

<Conclusions>

The conclusions have implications for those involved in reflective curriculum development in Japan where have different culture, and for those seeking to develop reflective abilities in students and educators.



**BIBLIOGRAPHY:**

Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18, 1188-1192.

Brookfield SD. *Becoming a critically reflective teacher*. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.

Cain P. Using clients. *Nursing Ethics*. 1997; 4, 465-471.

Cotton AH. Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(4), 512-519.

Ghaye A, Ghaye K. *Teaching and learning through critical reflective practice*. London: David fulton Publishers Ltd; 1998.

Gibbs G. *Learning by doing; A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic; 1988.

Hargreaves J. Using Patients: Exploring the ethical dimension of reflective practice in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25, 223-228.

Hulatt I. A sad reflection. *Nursing Standard*. 1995; 9, 22-23.

Johns C. *Guided reflection: Advanceing practice*. Oxfoed: Blackwell Science Ltd; 2002.

Kember D, Jones A, Loke AL, McKay J, Sinclair K, Tse H, et al. *Reflective teaching & learning in the health professions: Action research in professional educatin*. Oxford: Blacwell Science Ltd; 2001.

Sch ö n DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Hampshire: Ashgate Publishing Ltd; 1983.

**AUTHOR/S:**

Miyako Mizutani: Faculty of Medicine School of Health Sciences, Graduate School of Science and Technology. Sachiko Narisawa: Faculty of Medicine School of Health Sciences. Toshiaki Hara: Faculty of engineering, Graduate School of Science and Technology. Niigata University. Japan.

**TITLE:**

Comfortable wheelchair transportation techniques for patients who have undergone abdominal surgery via wheelchair movement analysis.

**TEXT:**

**Objective:** To clarify transportation techniques that are comfortable for patients who have undergone abdominal surgery by experimentally analyzing the movements of a wheelchair pushed over a bump by a nurse.

**Methods:** 1. Thirty-one consenting patients who had undergone abdominal surgery were placed in wheelchairs, which were then pushed over a bump (5-mm high and 40-mm wide doorsill of fire resisting wall in the ward hallway). Sensations experienced by the patients were measured using the Wong-Baker Faces Pain Rating Scale. In order to minimize patient stress, the test was conducted when patients were transported for testing or transfer purposes. Each nurse used her usual technique to push the wheelchair over the bump at a normal velocity.

2. A dummy was placed in the wheelchair, and ten nurses with 5 to 10 years of clinical experience were asked to push the wheelchair over a bump that was 5 mm high and 40 mm wide. Five different transportation velocities were set, and at each velocity, the pushing was performed very carefully or normally. Each nurse decided how the wheelchair should be pushed over the bump. Wheelchair velocity and shock were analyzed by videotaping the wheelchair in motion from multiple angles, employing the direct linear transformation method and using a three-axis accelerometer. In addition, by attaching an electric pressure conductor to the buttocks of the dummy, the contact pressure between the buttocks and the seat was measured.

**Results:** 1. Ward nurses pushed the wheelchair over the bump by slowing down to a mean velocity of  $1.05 \pm 0.2$  m/s. However, the patients experienced pain while going over the bump. Between patients with exacerbated pain and those with no change in pain, there was a significant difference in mean body weight.

2. Two techniques were used to carefully push the wheelchair over the bump; some nurses slowed down before going over the bump (deceleration method), while others stepped on the tipping lever to raise the front casters (tipping lever method). Typical cases were experimentally analyzed. Wheelchair shock was generated, and the amount of shock was greater for the deceleration method when compared with the tipping lever method. Wheelchair shock was velocity dependent and was transferred to the dummy.

**Discussion:** To the best of our knowledge, no studies have scientifically analyzed the movement of a wheelchair pushed by a skilled nurse. Even with a 5-mm bump, which is considered within the range for a barrier-free environment, wheelchair shock was substantial and was transferred to patients. Because the amount of force on patients is determined based on acceleration and weight, heavier patients experience floor-impact shock and more pain.

**Conclusions:** When pushing an abdominal surgery patient over a bump in a wheelchair, the most comfortable technique to minimize shock and pain is to decelerate to a pace of 60 steps/min and employ the tipping lever method.

The present study was conducted with a science grant provided by the Japan Society for the Promotion of Science (JSPS) [Grant-in-Aid for Scientific Research (B) 【12470533】].

**BIBLIOGRAPHY:**

Ohkawa, T.: Wheelchair, Igakushoin, 1999.

**AUTHOR/S:**

Dong Chen, Emi Mori, Yoshimi Mochizuki, Mika Ando, Eiko Kashiwabara, Kuniko Ishii, Eiko Otsuki (School of Nursing Chiba University)

**TITLE:**

Development of Nursing Intervention Program to Reduce Stress of the women undergoing infertility treatment

**TEXT:****1. Objective**

It is to develop a nursing intervention program to reduce stress of the women undergoing infertility treatment.

**2. Methods**

- 1) Analysis of the unsuccessful cases of nursing intervention to improve adaptation of infertile women in the prior studies(Bibliography 1);
- 2) Review of nursing intervention models;
- 3) Development of a nursing intervention program;
- 4) Examination of validity and clinical applicability.

**3. Findings**

- 1) Analysis of the unsuccessful cases of nursing intervention program based on the stress adaptation process theory by Lazarus and Folkman(Bibliography 2) revealed that single intervention session was too short to improve the women's awareness and to demonstrate effects especially when they were receiving treatment for a long period of time. It was also found that the goals should be individualized and progressive.
- 2) The above mentioned theory by Lazarus and Folkman was adequate as a framework to provide nursing care for infertile women undergoing treatment. The nursing intervention model with the focus on stress reduction can eventually promote women's adaptation.
- 3) The objective of the program was to reduce stress of the women during treatment. The nursing goals include:
  - (1) Identification of positive meaning in the self as an infertility patient and undergoing treatment,
  - (2) Combination of predominant confrontive coping, some palliative coping and a little emotive coping to help patients during diverse infertility treatment,(Bibliography 3)
  - (3) Relief of anxiety
  - (4) Enhancement of self esteem.Nineteen sub-objectives and twenty-four concrete programs were identified to develop a nursing intervention program.
- 4) The authors consulted with four experts and researchers in the field of Infertility Nursing in Japan concerning the program. Some suggested that the goals of 1 and 4 are too high, but that the rest is agreeable, indicating validity and clinical applicability.

**4. Conclusion**

Based on the above result, we finalized our draft program of nursing intervention. We will ask the nurses at the ward to try it so that we can further improve the program which can provide more practical and continuous nursing intervention.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Dong Chen : Nursing intervention to promote adaptation for women undergoing infertility treatment, Chiba University graduate school doctoral dissertation, 60-63, 2002.
2. Richard S. Lazarus & Susan Folkman (Hirosi Motoaki, Youtaka Haruki Masami Oda supervising a translation) : STRESS, APPRAISAL, AND COPING, Springer Publishing Company, 25-230, 1991.
3. Dong Chen & Emi Mori : RELATIONSHIP BETWEEN COPING AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN WOMEN UNDERGOING TREATMENT FOR INFERTILITY, Journal of Chiba Academy of Nursing Science, 5(2), 7-12, 1999.

## Poster 73

**AUTHOR/S:**

Rosa María Gudmundsdóttir, M.S. student, R.N., Faculty of Nursing, University of Iceland and Johanna Bernahardsdottir Assistant Professor, R.N. Faculty of Nursing, University of Iceland.

**TITLE:**

Translation and Pre-test of the Beck Hopelessness Scale

**TEXT:**

International collaboration in nursing research has been increasing the last years calling for objective comparison of research results. This development has brought to our attention the need to take into consideration the aspect of language and culture in research and in interpretation of research findings (Jones, Lee, Phillips, Zhang & Jaceldo, 2001; Maneesriwongul, 2004). It is often necessary to translate research instruments or questionnaires into the language of the culture where the phenomena are being studied. To ensure valid and reliable data for cross-cultural comparisons the translation needs to be carefully done with cross translations and pilot tests (Brislin, 1970; White & Elander, 1992; Yu, Lee & Woo, 2004). This is especially important when nursing researchers want to compare the incidence of a phenomena or the effectiveness of different nursing interventions across cultures with the same instruments.

Hope and hopelessness is generally considered to be a nursing concept and an issue of great importance to take into consideration in most nursing plans. Hopelessness is a subjective feeling which is difficult to assess so it can be helpful to have an instrument to support clinical assessment. Research has shown a strong correlation between hopelessness toward the future and risk of suicide and that the Beck's Hopelessness Scale significantly predicts the risk of suicide and is widely used to measure this risk (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; 1995; Rickelman & Houfek, 1995; Kuo, Gallo & Eaton 2004). The authors believed that there was a great need for a valid and a reliable instrument in Iceland to assess hopelessness among, in particular, chronically ill patients for both clinical and research purposes.

The main objective of this study was to translate and pre-test the Beck's Hopelessness Scale (BHS) and to assess the reliability and validity of the Icelandic translation. The BHS is a 20 item true-false questionnaire that measures the extent of negative attitudes towards the future (Dyce, 1996).

The pilot study was conducted in two phases at Reykjalundur, a Rehabilitation Centre in Iceland, first with a sample of 50 patients at the psychiatric section and 50 patients at the chronic pain section. The second phase was done with a sample of 111 patients at the same psychiatric section to measure the mean hopelessness scores at the beginning of rehabilitation. Results showed that alpha reliability coefficient for the total sample of patients was .92, for the psychiatric patients it was .90 and .80 for the patients at the chronic pain section. Results also showed that there was a significant difference between the mean hopelessness scores in the two patients groups. The mean hopelessness scores for the patients at the psychiatric section was 9,86 and for patients at the chronic pain section it was 5,20. The researchers also found significant correlation between mean hopelessness scores and financial status and number of children. Patients who considered their financial status to be poor scored higher on the BHS and people who had children scored lower.

The researchers believe that the Icelandic translation of the BHS shows good reliability and serves well in screening hopelessness in patients with psychiatric disorders and chronic pain. The psychiatric patients in the sample had a mean hopelessness score that implies moderate hopelessness and the patients with chronic pain had a mean score that implies mild hopelessness. We believe that this information can be used to plan nursing and nursing interventions for these patient groups. The researchers plan a further work with the Beck's Hopelessness Scale especially to assess the effectiveness of nursing interventions and to compare results with international data. Further information on the translation and pilot test will be presented on a poster at the conference.

**BIBLIOGRAPHY:**

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.

Brislin, R. W. (1970). BACK-TRANSLATION FOR CROSS-CULTURAL RESEARCH. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.

Dyce, J. A. (1996). FACTOR STRUCTURE OF THE BECK HOPELESSNESS SCALE. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 555-558.

Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. & Jaceldo, K. B. (2001). An Adaptation of Brislin's Translation Model for Cross-cultural Reserch. *Nursing Research*, 50(5), 300-304.

Kuo, W.-H., Gallo, J. J. & Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder and suicidality A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497-501.

Maneesriwongul, W. (2004). METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186.

Rickelman, B. L. & Houfek, J. F. (1995). Toward An Interactional Model of Suicidal Behaviors: Cognitive Rigidity, Attributional Style, Stress, Hopelessness, and Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(3), 158-168.

White, M. & Elander, G. (1992). Translation of an Instrument The US-Nordic Scandinavian *Journal of Caring Sciences*, 6(3).

Yu, D. S. F., Lee, D. T. F. & Woo, J. (2004). Issues and Challenges of Instrument Translation. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 307-320.

## Poster 74

**AUTHOR/S:**

Leili Shahbazi, Tahere Salimi, Hossein Karimi

**TITLE:**

THE SURVEY OF DEPRESSION IN INFERTILE COUPLES REFERRED TO YAZD RESEARCH & CLINICAL CENTER FOR INFERTILITY

**TEXT:**

**INTRODUCTION**

For many Couples a diagnostic of infertility is unexpected and can put in dangers their emotion and psychological balance and many studies have reported that depression and anxiety are highly prevalent among infertile patient. It has been postulated that these psychiatric symptoms may either be the cause of infertility or the consequence of it , or both. Infertility affects about six million or one in six couples according to the American Society for Reproductive Medicine ( ASRM) and about one in infertility centers.

After our previous study about prevalence of depression in infertile women , the aim of this study was to determine prevalence of depression in infertile couples. We believe depressive and anxiety disorders deserve much clinical attention because they greatly affect the patient quality of life.

**Material and Methods**

General objective : To compare depression between the two Groups of infertile couples ( Group I : male factor & Group II Female factor )

Type of study : Analytic study

Sampling Procedure : The samples were 200 infertile couples referred Yazd research and clinical center of Shahid Sadoughi university that divided in to two main Group: infertile couples were caused by A/ male factor and female factor that each divided into two group (wives and husbands)

Data collection : Data gathering tool was a questionnaire consisting of demographic data and Beck depression inventory (BDI)

**Finding (Result)**

In this study the depression score of 400 participants consist A/ 100 women with male factor infertility B/ 100 men with female factor infertility C/ 100 women with male factor infertility and D/ 100 men with female factor infertility were analyzed depression scores presented moderate, severe and very severe in 24% male factor infertility women, 12% male factor infertile men , 38% female factor infertile women and 23% female factor infertile men. The results of this study summarized in tables.

Table 2

Table 1 : The attitudes of infertile couples toward other alternatives following failure in assisted conception treatment

Total Spouse Choice	Male factor		Female factor		Cause of infertility					
	Husband		Wife		Husband		Wife			
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
24.75	99	23	23	26	26	23	23	26	26	Adopt
33	132	36	36	38	38	28	28	30	30	Life without Child
17.50	70	15	15	17	17	17	17	21	21	Gamete Donation
17.75	71	21	21	16	16	19	19	15	15	Unknown
7	28	5	5	3	3	12	12	8	8	Remarriage
100	400	100	100	100	100	100	100	100	100	Total

**BIBLIOGRAPHY:**

BSc in general nursing

MSc in education of community health nursing

faculty member in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of research committee in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of educational committee in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of editorial board in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)

member of educational development center in nursing school of Shahid Sadoughi University(SSU)



## Poster 75

**AUTOR/ES:**

Silvia Regina Secoli, Vanessa Cristina Moraes, Débora Ugayama Bassi, Maria Lúcia Pedras.  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.  
E-mail secolisi@usp.br

**TÍTULO:**

DRUG INTERACTIONS: ANALYSIS OF ANALGESIC ADMINISTRATION SCHEDULING BY NURSES

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objectives:** To create a drug therapy profile for post-operative hemorrhoidectomy patients with regard to: therapeutic classification, organ system toxicity and potential drug interactions as well as to characterize medication administration scheduling carried out by nurses regarding: time of highest medication administration and the quantity of agents administered simultaneously. **Methods:** This descriptive, exploratory and retrospective study was carried out in a private general hospital in the Brazilian city of São Paulo. The sample was composed of 260 medical prescriptions for adult patients who had been submitted to elective hemorrhoidectomies and hospitalized over the period January 1, 2002 to December 31, 2004. A form was used for the collection of data with items that identify the patient and the respective pharmacological therapy. The therapeutic classification of the medications was conducted in accordance with the Alfa System, which classifies the drugs according to their alphabetical/therapeutic/mnemonic aspects. Analysis of the data was performed with descriptive statistics. **Results:** The sample was composed mostly of female (54.6%) patients, who had no preexisting diseases (64.2%), used no alcohol or tobacco (65.4%) and whose mean age was 44.4 years. The mean number of drugs prescribed was 4.33 (standard deviation=1.65), and multi-drug exposure (use of three to six drugs simultaneously) was observed in 77.2% of the sample. The agents most often administered were dipyrone (83.7%), ketoprofen (74.5%), lactulose (70.3%) and omeprazol (59.7%). The most frequently administered class of drugs was the analgesics (57.7%) and agents that act on the digestive system (36.6%), especially non-steroidal anti-inflammatories (39.5%) and laxatives (45.6%). Most of the medications (77.5%) presented the potential for interaction, and the characteristic that predisposed the interactions was their high affinity for plasmatic proteins (60.2%). The central nervous system (58.2%) and the gastrointestinal system (50.1%) were most affected by toxicity. It was observed that 51.1% of the medications were scheduled for the evening shift, and of these 37.5% were administered at 6:00 am. Out of the sample, 85.8% received two or more drugs simultaneously, with the potential for interaction. **Discussion:** Drug interaction is an important line of study, especially for the nursing team, which is responsible for the administration of medication in the hospital. The simultaneous use of drugs with potential interactions can elevate the level of toxicity of the agents, causing adverse clinical manifestations in the patient. The scheduling of medication, as occurs in many Brazilian hospitals, in a bureaucratic, unplanned, Taylorist manner, can greatly affect the safety of the patient. An improved understanding of drug interactions and their respective toxicities can assist nurses in scheduling medication administration and in the implementation of measures geared toward preventing iatrogenic responses from drug interactions, thus avoiding unnecessary expenditures on health services.

Projecto financiado pela FAPESP

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Secoli SR. Interações medicamentosas: Fundamentos para a prática clínica da enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP 2001; 35(1):28-34.
2. Trato DS. Drug interactions facts. Saint Louis: Facts and Comparisons, 2005.
3. Bachmann KA (ed.). Drug interactions handbook. Hudson, Lexi-Comp's, 2003.
4. Secoli SR; Padilha KG. Aprazamento de medicamentos: interações e implicações clínicas em pacientes. Prática Hosp 2005; 7 (37): 78-85:
5. Clemente MCSS; Secoli. Interações adversas: administração concomitante de medicamentos em pacientes coronariopatas. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002; 12 (supl B) : 82.
6. Secoli SR Interações medicamentosas sinérgicas e analgesia pós-operatória. In: Arquivos do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre Dor; 1999; São Paulo. São Paulo: Instituto Simbidor; 1999. p. 403.
7. Kelly WN. Potential risks and prevention. Pt I Fatal adverse drug events. Am J. Health-Syst. Pharm. 2001a; 58(14): 1317-24.
8. Kelly WN. Potential risks and prevention. Pt II Drug induced permanent disabilities. Am J. Health-Syst. Pharm. 2001b; 58(14): 1325-29.
9. Kelly WN Potential risks and prevention. Pt IV Reports of significant adverse drug events. Am J. Health-Syst. Pharm. 2001c; 58(15): 1406-12.

**AUTHOR/S:**

Virtanen H, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Leino-Kilpi H

**TITLE:**

CONNECTION BETWEEN EMPOWERING KNOWLEDGE AND SYMPTOMS AND EMOTIONS OF AMBULATORY SURGERY PATIENTS

**TEXT:****Objectives**

The purpose of this study was to analyse ambulatory surgery patients' expected and received knowledge and patients' physical symptoms and emotions. The ultimate goal was to get information about if ambulatory surgical patients receive such knowledge they expect.

**Methods**

The study was carried out in day surgery unit in one university hospital in Finland. The sample consisted of 200 day surgery patients. The response rate was 73 % (n = 145). 77 of the respondents were women and 68 men. Mean age was 48. Data were collected with two structured instruments developed for this study at admission to hospital and at discharge. The instruments "Expected Knowledge of Hospital Patient (EKHP)" and "Received Knowledge of Hospital Patient (RKHP)" consisted of a demographic data sheet, 45 items measuring empowering knowledge, and two questions measuring patients's symptoms and emotions.

**Findings**

The patients expected to receive most knowledge in bio-physiological and least in experiential dimension. They had received most knowledge in bio-physiological and least in economical dimension. The patients suffered the most of pain, vertigo, tiredness and insomnia at hospital admission and at discharge. About one-fifth of the patients at admission was depressed and anxious. The depressed and anxious patients at admission had greater knowledge expectations in all dimensions of empowering knowledge, but they remained more often without such knowledge they expected than patients without depression and anxious. The patients with negative symptoms at discharge remained more often without such knowledge in bio-physiological, functional, social, and ethical dimension they expected compared to patients without symptoms.

**Conclusions**

Ambulatory surgical procedure indicates many questions and problems to the patients. The patients do not receive enough such knowledge they expected. More attention should be paid to assessing the knowledge needs of ambulatory surgical patients and implementing patient education.

**BIBLIOGRAPHY:**

Virtanen H<sup>a</sup>, Salanterä S<sup>a</sup>, Heikkinen K<sup>a</sup>, Johansson K<sup>a</sup>, Kaljonen A<sup>a</sup>, Leino-Kilpi H<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland

**AUTHOR/S:**

Eleni Lahana , Zoe Roupa

**TITLE:**

Health inequalities in Greece - factors leading to unequal distribution of health and illness in every society

**TEXT:**

Objective: Health and illness are part of all stages of social life and constitute the centre of human activity. Their nature, form and content change and get re-determined according to an interaction of a series of biological, social, financial and cultural factors. Thus, even the effort to ensure health cannot be achieved independently from social and cultural reality.

Methods: The purpose of the present study is to examine the most recent bibliography concerning the factors leading to unequal distribution of health and illness in every society.

Findings: Health inequalities, as the worst form of social inequality, are complex and complicated and are measured and related to several indexes and variables (social class, sex, unemployment etc), while the social structure of the country, the distribution of the social product, the development rate of the agricultural areas as well as the qualitative and quantitative sufficiency of the several health services form these inequalities at the health level of the population.

Conclusions: In Greece, such health inequalities are concrete due to socio-financial factors. The hospital, as the heart of every civil health, should orientate its policies towards the current reality and therefore contribute to the decrease of inequalities by playing a different role applying innovations and introducing different capabilities.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Colley J., Reid D., (1970). " Urban and Social origins of childhood bronchitis in England and Wales ", British Medical Journal, τ. 2, σ. 213,1970.
- Desplanques G., Vallin J.,-N.,(1988), στο Dupaquier J., Historie de la population francaise, τόμος IV, PUF, Paris,1988, σ. 233-286
- Fox A.J.,Goldblatt P.O.,(1982). Longitudinal Study : Sociodemographic Mortality Differentials 1971-1975 in England and Wales, HMSO, London 1982.
- Fuchs V., (1974). Who shall Live? Health, Economics and Social Choice, Basic Books, New York 1974.
- Herzlich. G. « Consommation medicale et categories sociales : des disparites subsistent mais les ecartes se reduisent »,στο C.Brisset e J. Stoufflet, ό.π.,σ. 67.
- Illsley R.,(1986) « Occupational class, selection, the production of inequalities in health », Quarterly Journal of Social Affairs, τόμος 2, τεύχος 2, σ. 151-165,1986.
- Le Grand J., (1986). « Inequalities in health and health care : a research agenda, in (ed) Class and Health, Research and Longitudinal Data, Tavistock, Cambridge 1986.
- MacIntyre S., (1986). « The patterning of the health by social position in contemporary Britain : directions for sociological research», Soc.Sci.Med., τόμος 23,τ.4,σ.393-415,1986.
- Renaud M.,(1994). « Expliquer l' inexplique: l' environnement social comme facteur cle de la sante», Interface, Μάρτιος -Απρίλιος 1994, σ.19-22,1994.
- Waldron I., (1983) «Sex Differences in Human Mortality. The Role of Genetic Factors», Social Science and Medicine, 1983,τόμος XVII, no 6,σ. 321-333.
- Stern J.,(1983) " Social mobility and the interpretation of social class mortality differentials" Journal of Social Policy, τόμος 12, τ. 1, σ. 27-49, 1983.
- White A., Nicolas G., Foster K., Browne F., Carey S., (1991).Health Survey for England, HMSO, London,1991.
- WHO,(1958). The First Ten Years of the World Health Organization, New York, WHO,1958.
- Williams R., (1990). A Protestant Legacy: Attitudes to Death and Illness Among Older Aderdonians, Oxford, Clarendon Press, 1990.

**AUTOR/ES:**

Fernanda Torquato Salles, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Silvia Regina Secoli, Carolina Del Debio, Susana Aron, Cleide M. Baptista, Noemi Marisa Brunet Rogenski  
(Nursing College of the University of São Paulo/ Email: veras@usp.br)

**TÍTULO:**

Cost-effectiveness analysis of two types of dressings used on peripheral catheters

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Aims:** to identify and to compare the direct costs and effectiveness related to the use of two types of dressings for peripheral venous catheters: the traditional (microporous) and transparent film; to perform pharmaeconomics analysis and to verify statistical associations between effectiveness indicators and some qualitative and quantitative variables. **Methods:** the study was carried out in the surgical clinic of the Hospital Universitário of the USP after approval from its Ethical Committee. The sample was composed of 120 adult patients who had their catheters inserted in the unit: 54 used a traditional dressing and 66 transparent film. To measure the effectiveness, two indicators were used: adherence of the dressing to the skin of the patient and the absence of complications from the use of the dressing. For the analysis of the cost and effectiveness elements, a cost-effectiveness and incremental analysis were employed. Statistical associations were investigated with the Pearson Chi-square, Fisher Exact, Kolmogorov-Smirnov, t-Student and Mann-Whitney tests. **Results:** the sample characteristics were homogeneous with regard to sex, age, place of insertion and duration of catheter use. In the cost analysis, the traditional dressing was cheaper than the transparent film. As for effectiveness, the film was more adherent than traditional ones ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference between the groups for the complications indicator. In the pharmaeconomics analysis, we obtained an additional cost of US\$ 8.03 for each patient who maintained the film adhered to the skin. The results didn't show any statistical associations between the indicators adherence and absence of complications and the investigated variables. **Discussion and Conclusion:** due to the short duration of use for the dressings (2.92  $\square$  2.43 days), in terms of the peripheral catheters, the cost for maintaining the adherence of the film without complications was very high. Therefore, further studies in larger groups and with patients using long-term catheters are needed. **Descriptors:** dressings; pharmaeconomics; cost-effectiveness.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Jolicoeur LM, Jones-Grizzle AJ, Boyer JG. Guidelines for performing a pharmacoeconomic analysis. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49: 1741 - 7.

Sacristán Del Castilho JA. Farmacoeconomía y evaluación económica de medicamentos. Introducción. In: Sacristán Del Castilho JÁ, Llach XB. *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos* Madrid, Ed. Medica S.A. 1995. Cap.1, p.19 - 29.

Secoli SR. Pharmacoconomics of analgesic therapy used in postoperative pain [doctoral thesis]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002. <http://www.usp.br/sibi/aleph/icons/por/scan.gif>.

Madeo M et al. A randomized study comparing IV 3000 (transparent polyurethane dressing) to a dry gauze dressing for peripheral intravenous catheter sites. *Journal of IV Nursing* 1997; 20(5): 253-256.

**AUTHOR/S:**

Marcele Pescuma Capeletti Padula; Mariana Fernandes de Souza (marife@denf.epm.br)

**TITLE:**

Classification of intestinal elimination self-care deficits according to a scores scale for nursing actions

**TEXT:**

**Introduction:** In a previous study, the authors used Orem's Self Care theoretical model as a reference for creating a scores scale to assess care necessities of paraplegic patients regarding intestinal elimination self-care deficits. The present study displays the results obtained by the application of this scale for the assessment of patients under such condition.

**Objective:** To identify self-care deficits and nursing activities required for paraplegic patients using the assessment scale for intestinal elimination self-care deficits.

**Method:** This is a descriptive study on the analysis of the sum of scores obtained during patients' assessment performed by the researcher. Each score was attributed according to a list of parameters developed to support the assessment of 15 self-care deficits and the nursing activities that can be performed in order to minimize the deficit. This list of parameters is based upon literature review and the researcher's clinical expertise on the care of disabled patients. The score values follow Orem's classification of nursing actions: 4 for "acting for"; 3 for "guiding"; 2 for "supporting"; and 1 for "teaching". The scores attributed to each deficit for all patients assessed were summed in order to rank the deficits according to the nursing actions demand.

**Results:** The sample comprised 28 paraplegic patients (24 males and 4 females) whose age ranged from 18 to 40 years old. Considering that the higher score for each deficit was 4, the maximum score sum possible was 112. The data showed that the deficits requiring more nursing attention and care were: change of the bowel elimination pattern (score sum = 100); lack of knowledge about the hypertensive autonomic crisis (score sum = 84); inappropriate quality of ingested food (score sum = 65); need of assistance for positioning and transfer to the toilet or commode (score sum = 65); inappropriate fluid intake (score sum = 57); change of feeding frequency pattern (score sum = 54); change of stool characteristics (score sum = 51); inappropriate toileting (score sum = 49); change of the usual defecation place (score sum = 47); use of non-natural laxatives or enemas (score sum = 46).

**Conclusion:** This study points out that paraplegic patients present self-care deficits related to bowel elimination that require very specific nursing care, in order to prevent physiological, psychological and social problems providing those patients with a better quality of life. The high score sums show that most of these patients required "acting for" and "guiding" activities, being highly dependent of nursing care.

**Clinical applications:** The use of the intestinal elimination self-care deficits score scale makes it possible to classify and group paraplegic patients according to nursing care level of dependence. This allows a better assignment and training of nursing staff in order to provide a specific care for these deficits. It also provides a method to evaluate patients' self-care progress by daily registration of scores.

**BIBLIOGRAPHY:**

Padula MC. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Departamento de enfermagem da UNIFESP; 2003.

Orem DE. Nursing. Concepts of practice. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc; 1995.

Badiali D et al. Sequential treatment of chronic constipation in paraplegic subjects. Spinal Cord 1997; 35(2):116-120.

Correa GI; Rotter KP. Clinical evaluation and management of neurogenical bowel after spinal cord injury. Spinal Cord 2000; 38(5):301-308.

**AUTHOR/S:**

Evangelia Kotrotsiou, Emmanouil Argyroudou, Theodossios Paralikas, Georgios Tzavelas, Ioanna Papathanasiou, Elena Lahana

**TITLE:**

The Gypsy's healthcare behaviour considering their methods of health maintenance and promotion

**TEXT:**

**Objectives:** In the literature, the Gypsy society is referred to as a 'closed' society. Its function is based on traditional unwritten laws and rules of conduct, which are usually passed on from one generation to the next by word of mouth. They seldom use the various public health services provided for the rest of the general public. The aim of this research is to explore various views of Gypsy people regarding the methods for health maintenance and promotion.

**Methodology:** The population under study consisted of Gypsy individuals (6 female subjects) who live in the area of Larissa town, Thessaly. Interviewees spoke the Greek language very well and were both psychologically and intellectually capable of active participation in a half-hour interview session. The method used for the collection of data was the open-question type of questionnaire. The data were analysed using the Mayring method of content analysis.

**Results:** The analysis of the content revealed to the following major categories: 1. Health protection concerns the individual alone and is achieved mainly by meeting fundamental life needs such as: food taking, and keeping warm. 2. Health protection is achieved mainly by the following methods: empirical methods and practical means, visiting the doctor and taking medicines, incantation and wishing.

**Conclusions:** Health maintenance and health promotion methods vary and are deeply affected from cultural factors. Gypsy's cultural elements and traditions should be respected and seriously taken into consideration, in order to satisfy their health care needs.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Dousas, D.: Rom und Diskriminierungen. Gutenberg, Athen, 1997.
- Holloway, I.; Wheeler, S.: Qualitative Pflegeforschung, Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1997.
- Korre-Pauli, M.; Spanouli, R.; Kaloudi, K.: Weibliche Roma. Olkos, Athen, 1991.
- Maslow, A.: Motivation and personality 2nd ed. Harper and Row, New York, 1970.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken, 6., Aufl. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 1997.



**AUTHOR/S:**

Yumiko Matsushita 1), Takashi Nishitate 2)

1) Niigata College of Nursing, Fundamental of Clinical Nursing 2) Course of International Studies, Institute of Environmental Studies, Graduate School of Frontier Sciences, The University of Tokyo

**TITLE:**

Effectiveness and Impact of the Education Related to Health Care Wastes for Nursing Students

**TEXT:****[Objectives]**

Every year we have severe accidents related to health care wastes in Japan, such as infection by used needles, marine pollution by illegal dumping, and international problems by illegal export. It's taken these kinds of problems to make people in medical area wake up. The more the causes of problems are clarified, the more we consider the need of education about them. However there is no common frame-work, because nursing education concerning to health care wastes is just getting started. The purpose of this study is to demonstrate the effectiveness and impact of the education about health care wastes at nursing schools.

**[Methods]**

The study was carried out after informed consent was obtained from each student in nursing college. The study sample consisted of 77 nursing students. The questionnaire was focused on their consciousness and opinions concerning the problems of health care wastes.

**[Findings]**

About seventy percent of respondents were interested in general environmental problems, and all the rest of respondents chose middle between interested and not interested in them. Almost all respondents considered that they need more information, and training on health care wastes in basic nursing education. And most of all respondents answered acceptable education styles about health care wastes were field-tours, work-study programs and videos rather than lectures, and discussions. About seventy percent of respondents considered that most important issue to address, concerning to health care wastes, is in-hospital infection and accident by needles. And third serious problem is illegal dumping of health care wastes. There were some who were interested in illegal wastes export, and problems of home medical care wastes. More than 80% of respondents didn't know how and where health care wastes are treated safely, and nobody knew cost of them. Most of respondents considered that they need the education for not only infection control against health care wastes, but also safety wastes treatment system. The reason was that they will become health care waste generators, and have to promote the safety management for them near future as nurses.

**[Conclusions]**

These results show that we, in Japan, have good education related to medical infection accident by health care wastes. However, there is insufficient education and caution for social problems which result from treatment process of health care wastes. However nursing students began to take good conscious and attitude toward the social problems. It means that educational effects, which are fledgling approach, are seen little by little. So if we develop these education much better, including both motivation and training, we can tackle the variety of health care wastes problems from diversified standpoint.

**BIBLIOGRAPHY:**

I am a lecturer belonging to Fundamental of Clinical Nursing and also a public health nurse, Niigata, Japan. My main research subject is medical wastes management, and Environmental education in nursing for all level, such as student and expert. Recently in order to develop the new nursing role for environmental protection, I work on medical wastes problems and investigation into the actual circumstances.

**AUTHOR/S:**

Zoe Roupa , Ioanna Papathanasiou

**TITLE:**

THE BURNOUT SYNDROME AT HEALTH PROFESSIONALS OF ONCOLOGY UNITS

**TEXT:**

**Objective:** The difficult working conditions of the Health Professionals at Oncology Units as well as the unfortunate prognoses of most malignant neoplasias, lead to the development of Burnout Syndrome. Herbert Freudenberger noted that the most dedicated and conscientious Health Professionals constitute high risk groups for developing the Burnout Syndrome and stressed that by losing their idealism, they indicate signs of loss and mourning resulting to their absence from work and a consequential financial cost for health in general. Maslach defined burnout as “a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal achievement which may appear to individuals whose work is related with humans”.

**Methods:** The purpose of the present study is to examine the most recent bibliography concerning the structure and the results of the burnout syndrome of health professionals working at oncology units. The methodology followed included the review of the most recent international bibliography related to this particular issue.

**Findings:** The results of this review showed that, despite the modern developments, the working conditions of Health Scientists – Professionals at oncology units remain difficult. This results to them frequently indicating the burnout syndrome, whose main characteristics are the sense of fatigue, loss of vigorousness (energy) and ideals, emotional obtuseness, lack of satisfaction and lack of ambition for personal success. Some include other characteristics such as: lack of concentration, irritation, insomnia, stress and depression. The burnout syndrome constitutes a long-lasting procedure affecting the professionals at oncology units starting with the appearance of excessive stress which, in the beginning, has a positive influence on the professionals’ effectiveness, but later creates an imbalance among the professional needs and the reward deriving from the work itself. Ascertaining the appearance of stress for a professional is the first step for recognizing the likelihood of burnout syndrome appearance.

**Conclusions:** Burnout is a common phenomenon for health professionals at oncology units and thus, more work and research on this syndrome comprehension is needed. Future research directions concerning the burnout syndrome include its recognition as a psychiatric disorder as well as the role of social support may play for its reduction.

**BIBLIOGRAPHY:**

- 1: Baillet F. The organization of psycho-oncology. *Cancer Radiother.* 2002 Nov;6 Suppl 1:214s-218s.
- 2: Graham J, Ramirez A. Improving the working lives of cancer clinicians. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2002 Sep;11(3):188-92.
- 3: Barrett L, Yates P. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev.* 2002;25(3):109-21.
- 4: Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol.* 2001 Dec;2(12):750-5.
- 5: Akroyd D, Caison A, Adams RD. Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002 Mar 1;52(3):816-21.
- 6: Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol.* 2002 Feb 1;20(3):758-64.
- 7: Gilewski T. The art of medicine: teaching oncology fellows about the end of life. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2001 Nov;40(2):105-13..
- 8: Penson RT, Seiden MV, Chabner BA, Lynch TJ Jr. Caring for colleagues. *Oncologist.* 2001;6(2):197-204.
- 9: Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S, Lesko L. Stress and burnout in oncology. *Oncology (Huntingt).* 2000 Nov;14(11):1621-33; discussion 1633-4, 1636-7.
- 10: Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist.* 2000;5(5):425-34.
- 11: Jones G, Sagar S, Wong R. The effects of stress on oncology staff. *CMAJ.* 2000 Oct 3;163(7):807.
- 12: Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ.* 2000 Jul 25;163(2):166-9.

**AUTHOR/S:**

Krommydas Georgios, Diamanti Elena, Konstantoula Dora, Raftopoulos Vasiliios, Kiparissi Georgia , Zisopoulou Stilian, Efthimiadi Georgia, Kotrotsiou Evangelia

**TITLE:**

LEFT-HANDEDNESS AND VIRAL HEPATITIS

**TEXT:**

Introduction: Left-handed and ambidextrous individuals may represent a group with special pathophysiological features (1). Left-handers may be susceptible to certain diseases, while resistant to others(2,3). Geschwind and Galaburda argued that infectious diseases are less common in left-handers and left-handed subjects may be protected from certain infections , while being more susceptible to others.(3)The aim of this study was to find out the frequency of left-handedness in individuals with some sort of chronic viral hepatitis (including healthy carriers).

Methods and participants: At the beginning, 86 persons with hepatitis B , C and healthy carriers were included in the study. They were outpatients attending the Hematology/ Hepatology Department . Eight of them refused participation, 12 of them had moved out and it was inevitable to trace and two had died. The final sample thus comprised 64 individuals (33 women) aged 16-72 yr old.(mean age and sd: 48.6 +/- 14.2) Questionnaires were filled in by telephone interview. The Edinburgh Handedness Inventory was used for the estimation of handedness(4). The score ranges from -100 for extreme left-handedness to +100 for extreme right-handedness. The criterion of LQ(laterality quotient)<0 was used to indicate left-handedness, in accordance with Oldfield(4).

**Results**

Only one person was left-handed (score-90). one scored 0, three scored 80 , three 90 and two 70. 59 patients were extreme righthanders. As seen in Table 1, a statistical significant difference was noted in our sample regarding the proportion of left-handers in comparison with the expected proportion in the general population. We considered 9% as the expected proportion of left-handedness. According to Fry (5) , the incidence of left-handedness has been estimated to be between 8 and 10% in the general population.(see Table-p<0.05.-x2 of good fitness)

**Discussion**

A behavioral trait , such as left-handedness has been associated with various diseases, especially those of immune origin. It has been proposed that testosterone, or some other substances, which are thought to be responsible for left-handedness may also have a crucial effect on the development of immune system, thus favoring the appearance of certain diseases , as asthma (3,6). On the other hand these substances may cause a chain of immune alterations that modify the host reaction to various infections. For example left-handers may be susceptible to certain viruses while resistant to parasitic infections(3). It has also been stated that pneumonia is less common in left-handers(2). However,in this study hepatitis infection was appeared to be less common in left-handers. Larger samples of patients to confirm this finding are necessary. Moreover, it would be interesting to find out differences in the prognosis of the disease between left- and righthanders in a larger sample of patients. As the control of local inflammation is assumed to be under brain control via neuroendocrine pathways (7), this observation supports the theory of brain and immune system interaction and gives a ground for future research in this field.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Krommydas GC, Gourgoulialis KI, Andreou G, Molyvdas PA. Left-handedness in asthmatic children. *Pediatr Aller Immunol* 2003 : 14: 234-237
2. Kaynar, H., Dane, S., 2003. Prevalence of left-handedness among patients with different respiratory diseases. *Int J Neurosci* 2003 : 113: 1371-1377
3. Geschwind N, Galaburda AM. Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations and pathology III. A hypothesis and a program for research. *Arch Neurol* 1985: 42: 634-654
4. Oldfield RC. The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia* 1971: 9: 97-113
5. Fry CJ. Left-handedness: Association with college major, familial sinistrality, allergies and asthma. *Psychol Rep* 1990 :67: 419-433
6. Krommydas, G.C., Gourgoulialis, K.I., Andreou, G., Kotrotsiou, E., Raftopoulos, V., Paralikas, T., Molyvdas, P.A., 2004 . Fetal sensitivity to testosterone, left-handedness and development of bronchial asthma: a new approach. *Medical Hypotheses* 2004: 62 : 143-145
7. Sternberg EM. Neuroendocrine regulation of autoimmune / inflammatory disease *J Endocrinol* 2001:169: 429-435

**AUTHOR/S:**

Krommydas Georgios, Kotrotsiou Evangelia, Andreou Georgia, Kiparisi Georgia, Raftopoulos Vasillios, Gourgoulianis Konstantinos.

**TITLE:**

Non-right-handedness and asthma prognosis

**TEXT:**

**Objective:** Left-handed and ambidextrous individuals may represent a group with special pathophysiological features (Krommydas et al. 2003). Left-handed persons may be susceptible to certain diseases, while resistant to other diseases. A correlation between asthma and ambidexterity has been proposed (Krommydas et al. 2004a). The aim of this study was the assessment of asthma prognosis in a group of right-handed individuals.

**Sample and method:** All the 624 students of the High Technological Education Institute of Larissa (Faculty of Health Science) and the Department of Special Education of University of Thessaly, aged 18-35 years old were enrolled in the study. In order to assess asthma and handedness respectively, it was used the ECRHS questionnaire and the Edinburgh Handedness Inventory (Oldfield 1971; Burney et al. 1994). The score of the scale ranges from -100 for extreme left-handedness to +100 for extreme right-handedness. The criterion of LQ=60 was used to indicate non-right-handedness (Gaillard & Satz, 1989). 615 questionnaires were completed and were analyzed by using contingency tables and chi-squared test.

**Results:** A total number of 615 students (559 women and 56 men) with a mean age of 21 years old participated in the study. Fifty nine students (1 man and 58 women) reported an asthma diagnosis in the past. Non-right-handedness was traced in 16 students, a man and fifteen women (age range 19-20 years old) among the 59 asthmatic individuals. LQ ranged from -90 to +60 with a mean value of -28.1. One woman out of the sixteen non-right-handed students reported asthma symptoms at the age of 18 years old and she was free of symptoms for at least the past two years. On the other hand 26 of the 43 right-handed students reported persistence of asthma symptoms after the age of 18 years old. A statistically significant difference was found among asthma. Right-handed students (LQ>60) were 1.26 times more likely to have asthmatic attacks after the age of 18 years old than having no asthma attack (Table). The odds for the non-right-handed students were 0.06. Right-handed students have 8.9 times higher chance of suffering from asthmatic attacks after the age of 18 years old than non-right-handed students.

**Discussion:** Despite the fact that non-right-handed asthmatic students experience more asthma attacks in childhood that right-handed students do, a non-right-handed child might be expected to turn into a healthy adult (Krommydas et al. 2004b). A previous publication lend support to this finding (Krommydas et al. 2004b). In accordance with Geschwind and Galaburda (1982) theory, it has been proposed that testosterone or some other substances which are thought to be responsible for left-handedness or non-right-handedness may also have crucial effect on the asthma onset even since fetal life (Smith, 1987). However, testosterone reactions to the immune system may be reversible and symptoms may attenuate after adolescence (Krommydas et al. 2004b). On the other hand central nervous system is able to modulate the immune response as well. It is possible that the immune responsiveness, cytokines' production and probably the activity of sympathetic nervous system depend on brain lateralization (Neveu, 1996). A more active immune system is probably present in left-handed persons (Kaynar, 2003).

**Conclusion:** If non-right-handed persons with asthma finally turn out to have a different prognosis this could lead to a further understanding of the mechanisms that underlie asthma disease and other immune disorders as well as to novel therapeutic strategies and nursing care plans.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Burney P.G, Luczynska C, Chinn S, Jarvis D. The European Community Respiratory Health Survey. *Eur Resp J* 1994; 7:954-960.
- Gaillard F, Satz P. Handedness and reading disability: a development study. *Arch Clin Neuropsychol* 1989; 4:63-69.
- Geschwind N, Behan P. Left-handedness: association with immune disease, migraine and development learning disorder. *Proc Natl Acad Sci* 1982; 79:5097-5100.
- Kaynar H,Dane S. Prevalence of left-handedness among patients with different respiratory diseases. *Int J Neurosci* 2003; 113:1371-1377.
- Krommydas G, Gourgolianis K, Raftopoulos V, Kotrotsiou E, Paralikas T, Agorogiannis G, Molyvdas P. Left-handedness and asthma. *Allergy* 2004; 59:892-893.
- Krommydas G, Gourgolianis K, Andreou G, Molyvdas P. Left-handedness in asthmatic children. *Pediatr Aller Immunol* 2003; 14:234-237.
- Krommydas G, Gourgolianis K, Andreou G, Kotrotsiou E, Raftopoulos V, Paralikas T, Molyvdas P. Fetal sensitivity to testosterone, left-handedness and development of bronchial asthma: a new approach. *Medical Hypotheses* 2004; 62:143-145.
- Neveu P.J. Lateralization and stress responses in mice: interindividual differences in the association of brain, neuroendocrine and immune responses. *Behavior Genetics* 1996; 26:373-377.
- Oldfield R.C. The assessment and analysis of handedness. The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia* 1981; 9:97-113.
- Smith J. Left-handedness: its association with allergic disease. *Neuropsychologia* 1987; 25:665-674.

**AUTHOR/S:**

Yoldashkhan - Mehryar

**TITLE:**

A comparison of intravenous lidocaine effect and saline normal on hemodynamic variation in extubation event

**TEXT:****Method:**

This research is a clinical trial study. Forty patients (ASA physical status I or II) which had undergone elective surgery were included in the study. After obtaining institutional approval and patients' informed consent, patient randomly allocated to two groups (20 patients in each group). In the first group (A) before the termination of surgical operation and administration of reversal drug (muscle relaxant antagonist), I.V. Lidocaine was prescribed. In the second group (B, control) instead of lidocaine, we administered saline normal. Before completion of surgery and administration of reversal drug (anti cholinesterase and atropine) and 2 minutes before extubation in group (A) we prescribed lidocaine I.V. (1mg/kg). In group (B) instead of lidocaine, saline normal (3ml) administered, after suctioning of mouth cavity, patient extubated and transfer to recovery room (PACU). Mean while we were measuring and recording the blood pressure (systolic, diastolic) and heart rates of patient. Our records were triggered in five steps :

Phase 1: Two minute before extubation and before lidocaine injection

Phase 2: One minute after lidocaine injection

Phase 3: At time of extubation

Phase 4: One minute after extubation

Phase 5: At recovery room (PACU)

All of these phases were also applied to group B (control group). But instead of lidocaine in this group, we administered saline normal.

**Result:**

After data collection, the patients in each group were compared. The Pair-T-Test statistical analysis method was chosen for this study. The condition for each case of two group supposed similar, and we were studied of mean value difference.

Systolic pressure, diastolic pressure and heart rate in group (A) at recovery time was in order of (118 ± 14) (72 ± 9) (78±8)mmhg and in group B at recovery time was in order of (135 ± 10 #\*) (81 ± 9 #\*) (91± 7#\*) mmhg (# P < 0.002 for pair data - \* P<0.01 for unpaired data). Then we found that in group (A) increasing of blood pressure and heart rate were suppressed clearly with relation to group (B).

**Discussion:**

Extubation in end of anesthesia provokes the Patient, then contractility and rate of myocardium increasing thereby oxygen consumption in myocardium increasing and need for perfusion in coronary artery ingravescence. Patient with co-existing disease (I.H.D.-C.A.D.) can not endurance of stimulate in this level, therefore our study mention that local stimulation in trachea and hemodynamic variation in extubation level and end of anesthesia can be limited to the minimal value, if we prescribe suitable dosage of lidocaine in the accurate time, the patients with coronary artery disease that may not be able to withstand, tachycardia and hypertension of anesthesia, can be have suitable heart rate with minimum fluctuation in blood pressure.

With this method we can decrease of myocardium oxygen consumption in the end of anesthesia and tracheal tube extubation in critical case.

It is recommended that lidocaine (1mg / kg) be administered two minutes before tracheal tube extubation .:



**BIBLIOGRAPHY:**

- 1-Bidwai A. Stanley T. Blood pressure and pulse rate responses to tracheal extubation with and without prior injection of lidocaine. *Anesthesiology* 1979; 51 : 171-3.
- 2--Bidwai A. Stanley T. Blood pressure and pulse rate responses to tracheal extubation with and without prior topical tracheal anesthesia. *Can Anaesth Soc J* 1978; 50:416-8
- 3-Leech P, Barker J, Fitch W. Changes in intracranial pressure and systemic arterial pressure during the termination of anesthesia. *Br J Anaesth* 1974; 46 : 315-6
- 4-Braunwald E. , control of myocardial oxygen consumption – physiology and clinical consideration - *AM J.Cardiol* , 1971; 27 :416-432
- 5-Philips oc. , Nelson at , Lyons wb. Etal : interavenous lidocaine as an adjuvant to general anesthesia – a clinical evaluation – *Anesthesiology*, 1960; 21 : 112
- 6-Steinhaus J., Gaskin L. : a study of intravenous as a suppressant of caught reflex – *Anesthesiology* ,1963; 24 :258 – 290
- 7-Stoelting RK. – circulatory changes during direct laryngoscopy and tracheal intubation , influence of duration of laryngoscopy with or without prior lidocaine -*Anesthesiology* , 1977;47 : 381 – 384
- 8-Stoelting RK. – circulatory response to laryngoscopy and tracheal intubation with or without prior oropharyngeal viscous lidocaine – *anesth analg (cleve)* 1977;56:618-621
- 9-Bidwai A. Stanley T. Bidwai A. – Blood pressure and pulse rate response to extubation with and without prior topical tracheal anesthesia – *CAN. Anesth. Soc J* , 1980 ;25:416-418
- 10-Downes H., Gerber N. Hirshman C. – I.V. lidocaine in reflex and allergic bronchoconstriction – *Br. J. anesth*; 1980 , 52: 873-878
- 11-Donagan M.F., Bedford RF. – intravenously administration lidocaine prevents intracranial hypertension during endotracheal suctioning – *anesthesiology* 1980;52 : 516
- 12- Snow J.C. *Manual of Anesthesia* – 2nd ed.USA: little,brown ;1982
- 13-Aitkenhead A.R Smith G. *Textbook of anaesthesia* – 2nd ed.Edinburgh London Melbourne and New York :Churchill Livingstone; 1990

**AUTHOR/S:**

Marjolaine Héon, RN, Ph.D. (cand.), & Céline Goulet, RN, Ph.D.  
Faculty of Nursing, University of Montreal, Canada

**TITLE:**

The Effects of Hindmilk on the Short-Term Growth of Premature Infants

**TEXT:**

The goals of nutritional management of premature infants are to achieve a postnatal growth and a rate of nutrients retention similar to a fetus at the same postconceptional age. These objectives are not met by the actual practice that consists in fortifying human milk. With a higher lipids concentration representing 40-60% of the total energy intake, hindmilk could be more suitable to meet premature infants' high nutritional requirements.

**Objectives.** A randomized controlled trial will be conducted to assess the effects of hindmilk on the short-term growth and neurobehavioral development of premature infants. Two hypotheses will be tested: H1: premature infants receiving fortified hindmilk have a significantly greater weight gain, height, and head circumference compared to premature infants receiving fortified human milk after 6 weeks of experimentation; H2: premature infants receiving fortified hindmilk perform significantly better on the Newborn Behavioral Assessment Scale (NBAS) compared to premature infants receiving fortified human milk at 40 weeks of postconceptional age.

**Methods.** In order to detect an effect size of 0.4 (of weight) with 0.80 power, at an alpha level of significance of 0.05, and with an average standard deviations of 0.5, 2 groups of 44 premature infants aged 26-28 weeks of postconceptional age at birth will be recruited at a neonatal intensive care unit and randomly assigned to the experimental group or the control group. The experimental group will receive fortified hindmilk whereas the control group will receive fortified human milk. In both groups, the human milk will be expressed with a double-device electric breast pump and will be fortified with a commercial human milk fortifier according to manufacturer's directives. The human milk will be given by gavage every 2-3 hours in both groups. The quantity of human milk given to premature infants will be determined by medical prescriptions. The anthropometric measures (weight, height, and head circumference) will be taken at baseline and then once a week for 6 consecutive weeks at the same daytime, by the same person and with the same measurement tools (electronic scale, measuring table, and measuring tape). The assessment of neurobehavioral development (NBAS) will be performed at baseline and at 40 weeks of postconceptional age by the same person. Data analysis will be performed with multiple analyses of covariance (MANCOVA) with repeated measures.

**Results.** To come.

**Conclusions.** The results of this innovative study should contribute to the development of the nursing clinical practice in order for premature infants to benefit from a nutrition adapted to their needs for an optimal growth and development. This study has the potential to modify the actual standard of care regarding the nutrition of premature infants.

**AUTOR/ES:**

Alciclea dos Santos Oliveira, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos  
(Nursing College of the University of São Paulo)  
Email: veras@usp.br

**TÍTULO:**

The use of topic iodine and/or compounds in acute and chronic wounds: a systematic review of the literature

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Aim:** to develop a systematic review of the literature regarding the use of topic iodine and/or compounds in the treatment of acute and chronic wounds. **Methods:** the articles of clinical essays type, were found by means of an electronic search at the Cochrane's database, using the following descriptors: iodine, wound, acute ulcer, chronic ulcer, surgical wound, pressure ulcer, leg ulcer, treatment, healing, infection, surgery, surgical. Thirty four studies fulfilled the criteria of inclusion and took part of this review. The articles were analyzed regarding journal and study characteristics, sample, scope, methodological design, results and conclusion. **Results:** Out of the 34 researches 20 (58.8%) were published during the 80's, and were developed mainly in the USA and UK, for acute wounds, and in Sweden for chronic wounds. Patients with surgical wounds were the most frequent (61.8%). After being analyzed, the 34 articles were classified into five groups according to the use of iodine and/or compounds compared to other products: Iodine versus other topic agents (11/ 32.3%); Iodine versus different dressings (7/ 20.6%); Iodine versus saline solution (5/ 14.7%); Iodine versus without Iodine (9/ 26.5%) and Iodine versus Iodine at different concentrations (2/ 5.9%). Favorable results for the use of Iodine and/or compounds occurred in 47.1% of the analyzed studies. Ten out of 16 researches showed no favorable results for prevention and treatment of infection; 4 out of 5 were not favorable when healing was investigated and 9 out of 13 were favorable for the use of Iodine and/or compounds when both objectives were present investigated. **Discussion and Conclusion:** the study offers subsidies to clear the old debate related to the use of topic iodine and/or compounds in the topic acute and chronic wound care.

**Descriptors:** Iodine compounds; wounds; healing; infection; literature review.

**BIBLIOGRAFÍA:**

□ Centro Cochrane do Brasil. Banco de Dados [on line]. Disponível em <<http://www.centrocochranebrasil.org.br>>

□ Cerqueira MCM. Princípios gerais e anti-sépticos. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MZ, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Savier; 1997. p. 435 –39.

□ Doughty D, Waldrop J. Wound-healing physiology. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds nursing management. 2nd ed. Missouri: Moysby Year Book; 2000. p. 17-39.

□ Eaglstein WH, Falanga V. Chronic wounds. Surgical Clinics of North America 1997; 77 (3).

□ Galvão CM, Sawada NO, Trvisan M. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Ver Latino-am Enfermagem 2004; 12(3):549-56.

## Poster 89

**AUTHOR/S:**

Katayon,Esmaeili. Parviz Gafary. Shirin,Iranfar

**TITLE:**

A STUDY ON PATION SATISFACTION

**TEXT:**

A STUDY ON PATION SATISFACTION

**INTRODUCTION:** Patient satisfaction is one of the most important components in medical ethics. It is the patients' physical, psychological, and emotional responds to a proper medical care and service. The amount of the care and service is greatly influential in patients' recovery speed. A good patient care is the key to a successful and high quality service in a hospital.

This is a comparison between the quality of services and patient satisfaction reported by patients admitted in a private hospital vs. a hospital run by government in the city of Kermanshah, Iran.

**METHOD:** This is a descriptive study. One hundred and seventy patients (102 female and 68 male) were randomly selected from two general hospitals in the city of Kermanshah, Iran. The average age of the patients was 34.8 (between 15-53 years old). One of the hospitals was a private hospital and the other was running by Iranian government. The subjects were interviewed upon release from the hospital. The questions used in the interview were obtained as a two-part questionnaire. The first part included ten questions about the subjects' demographics such as age, sex, marital status, occupation, education, hospitalization history, and quality of care. The second part of the questionnaire included thirty two questions about patient satisfaction, the hospital's environment, quality of medical services such as the relationship between the health care providers and the patients, food services, hospitalization expenses, etc.

**CONCLUSION:** The results of this study revealed that the patients admitted in the private hospitals received more satisfactory care in compare to the hospital ran and managed by the government ( $p < 0.05$ ).

**DISCUSSION:** It is suggested that the hospitals managed by governments review their patient care protocols and use a more productive system such as the ones used in the private hospitals. .

**BIBLIOGRAPHY:**

\*Bolander,V."Sorenson and Lokmans basic nursing pysicsologic approach" philadelphia,W.B .sounders company . 1994

-\*Cole,Grance."Fundamental nurasing ".second edition.Mosby company.(1996).

-\* Esmaeili,K."view point of patients regarding observance of terriortory and personal space in Kermanshah hospital in Iran. 2003.

-\* Ervin,N. Dawkins,C. " Agency and research co-operation: An exploration of human territoriality" . Journal of Advanced Nursing . 23(3) ,1996 . pp:728-32

-\*Heydary,Sh. " Feeling of patients abouth terriortery and personal space " . Tehran Nursing school . Iran. 2000.

-\* Phipps ,N .Sands,J. March,J ." Medical surgical Nursing :Concept & Clinical Practice" . sixth edition .Mosby Company . 1999.

-\*Rosdahl ,C.B." Text book of Basic Nursing" . sevent eddition. Lippincott company.(1999).

-\*Sawada,Nand etal. "pPersonal an terriortoral space of the patients:A Nursing ethics question " . Med Law. vol (5), 1996 , pp:261-270.

-\*Taylor,c.Lillis ,c.Lemone,p." Fondamental of Nursing " . Fourth edition. Lippincott Company.(2001).

-\*Timby,B.K. " Fondamental skills and concepts in patient care. Sevent edition.Lippincott company.(2001).