



X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería

10th International Nursing Research Conference

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

**Del 22 al 25 de Noviembre de 2006
November 22nd to 25th, 2006**

Albacete

**Con la colaboración de:
With the collaboration of:**

csai 
Fundación para la
Cooperación y Salud
Internacional CarlosIII

**LIBRO DE PONENCIAS
CONFERENCE`S BOOK**

Colaboran



Ayuntamiento de Albacete

ISBN: 84-690-2248-2

Edita: Instituto de Salud Carlos III - Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2006.

TEXTOS DE LAS CONFERENCIAS Y PONENCIAS 9

Conferencia inaugural.....	10
Jesús María Aranaz. Implantando la cultura de la seguridad clínica en los pacientes.....	10

Mesa Redonda 1 (Bilingüe): Cuidados paliativos y cáncer / Palliative care and cancer 21

Schmidt, J.: El sufrimiento del enfermo terminal. Un tema pendiente.....	21
Pelay-Panés, Neus: Estudio experimental sobre la efectividad de los enjuagues con tomillo + bicarbonato frente a clorhexidina + bicarbonato en la prevención de mucositis en paciente hematológicos sometidos a tratamiento quimioterápico.....	24
Ghanbari, Atefeh: Study Of Research Priorities In Care Of Cancer Patient.....	27
Nunes, Dulce Maria: Cuidando de crianças portadoras de câncer: o significado da linguagem dos técnicos de enfermagem.....	30

Mesa Redonda 2 (Inglés): Children and adolescent healthcare 33

Timmermans, Olaf A.A.M.J.: Coping and Emotional Pressure in Nurses in Child and Juvenile Psychiatry.....	33
Pereira Garcia Galvão, Dulce Maria: Community Health Nurses and Breastfeeding Promotion.....	36
Reis Santos Ferreira, Margarida: Sexual behaviour of high-school adolescents.....	38

Mesa Redonda 3 (Español): Profesión / Gestión en Enfermería 41

<i>García Garrido, M. Lluïsa</i> : Necesidades de aprendizaje y sentimiento de autoeficacia en los pacientes aquejados de un infarto de miocardio o de un angor.....	41
<i>González Pisano, Ana</i> : Red Centinela de Enfermería del Bierzo. ¿Qué cuidamos las enfermeras en el siglo XXI?.....	44
<i>Muñoz Izquierdo, Amparo</i> : Internet recursos para enfermería, ¿útiles?.....	46
<i>Gala León, F. J.</i> : Creencias Religiosas en los Profesionales de Enfermería (P.E.) según un estudio descriptivo-correlacional.....	49

Mesa Redonda 4 (Bilingüe): Cuidados a las situaciones crónicas / Chronic care 52

<i>Mancussi e Faro, Ana Cristina</i> : Enfermedades crónicas en indios Kaingang de la Reserva da Guatita, Redentora, Rio Grande do Sul, Brasil y el cuidar en el contexto de la familia.....	52
<i>Kaprana, Maria</i> : Self-care and health-related quality of life in adult patients with dilated cardiomyopathy.....	54
<i>Vintimilla Castro, Amparito del Rocío</i> : Evaluación del riesgo de la reutilización de jeringuillas descartables para la aplicación de insulina en el domicilio de niños y adolescentes.....	57
<i>Gutiérrez Zornoza, M.</i> : Descripción de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDs) y de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI) de los mayores con dependencia en domicilio de la provincia de Cuenca. Estudio “Cuidados de mayores en Cuenca.....	60
<i>Yaghmaie, F.</i> : Correlation between self-concept and health status aspects in hemodialysis patients at selected hospitals affiliated to Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.....	63
<i>Fernández, Mercedes</i> : Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de cirugía y oncología de hospitales de nivel III.....	66

Mesa Redonda 5 (Español): Cuidados de salud en niños y adolescentes 69

<i>Flores Caraballo, J.</i> : Evaluación de la calidad de cuidados desde la perspectiva de padres y niños de la Unidad de Preescolares y Onco-hematología Pediátrica del H. U. Virgen Macarena de Sevilla.....	69
<i>Gallegos Martínez, Josefina</i> : Hacia un modelo de participación familiar en el cuidado del neonato de riesgo.....	72
<i>Jaimés-Valencia, Mary Luz</i> : Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños/as y adolescentes: adaptación cultural del instrumento KIDSCREEN-52 en población escolar colombiana.....	75
<i>Paes Silva, Maria Júlia</i> : El significado de la muerte, del morir y de la humanización para enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante.....	78

Mesa Redonda 6 (Español): Métodos en investigación 81

<i>Corchón Arretxe, S.</i> : Estudio de la actividad y capacidad investigadora enfermera en un hospital de tercer nivel.....	81
<i>López de Dicastillo, Olga</i> : Uso de diarios en un estudio etnográfico sobre la alimentación y la actividad física de niños de 5 a 7 años y recomendaciones para su empleo en la prevención de la obesidad infantil.....	84
<i>Balboa Esteve, Sonia</i> : Revisión bibliográfica sobre la medida de la ansiedad en pacientes críticos, sometidos a Ventilación No Invasiva.....	86
<i>Rodríguez Mondéjar, J. J.</i> : Análisis comparativo de la investigación en cuidados críticos a través de las comunicaciones a congresos nacionales y la participación de la región de Murcia.....	89
<i>Anes del Amo, Y.</i> : Comparación de la metodología frecuentista y bayesiana en el estudio de la obesidad en Extremadura.....	92
<i>Rodríguez Cala, Ana</i> : Investigación en enfermería: necesidades, dificultades e inquietudes de los colegiados de enfermería de Lleida.....	93

Mesa Redonda 7 (Bilingüe): Cuidadores principales / Caregivers.....	95
<i>Vega Angarita, Olga Marina:</i> Habilidad del cuidado de cuidadores familiares de discapacitados por enfermedad cerebrovascular del Norte de Santander	95
<i>Meneses Jiménez, María Teresa:</i> Experiencia de vivir con un cónyuge alcanzado del cáncer de la próstata, en el contexto español	98
<i>Heierle Valero, C.:</i> Estrategias de Afrontamiento utilizadas por cuidadores familiares (Subvencionada por la conserjería de Salud expediente 218/3.....	100
<i>Vilà, N.:</i> El sistema de apoyo al cuidador principal y sus necesidades.....	103
<i>Placeres Gago, M. A.:</i> El nivel de ansiedad-depresión del cuidador principal del enfermo neurológico al alta y a los 6 meses	108
Mesa Redonda 8 (Español): Docencia en Enfermería	108
<i>Recio Rodríguez, José Ignacio:</i> Valoración de las necesidades de los profesionales de Atención Primaria en Nutrición y Dietética	108
<i>Pedraz Marcos, A:</i> Impacto del aprendizaje basado en problemas en la formación práctico clínica de los estudiantes de enfermería	111
<i>Meseguer Liza, Cristóbal:</i> Adaptación de la asignatura “Legislación y Ética Profesional” al Espacio Europeo de Educación Superior	114
<i>Faro Basco, M.:</i> Satisfacción y opinión por parte de los alumnos de los seminarios de simulación a partir de maniquí y con actor	117
<i>Antolín Rodríguez, Rosa:</i> Situaciones de las practicas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería	120
Mesa Redonda 9 (Español): Cuidados a las situaciones crónicas.....	123
<i>Isla Pera, Pilar:</i> Calidad de vida de los enfermos con trasplante simultáneo de riñón y páncreas (SPK)	123
<i>Alfaro Orozco, C.:</i> Prevalencia de riesgo de depresión en mayores con dependencia en domicilio versus institución de la provincia de Cuenca. Estudio “Cuidados de mayores en Cuenca.....	125
<i>Carratalá Munuera, Concha:</i> Control de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular. Resultados preliminares del estudio PRESEAP.....	128
<i>Hernández, Montserrat:</i> Efectividad de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en pacientes mayores de 65 años con patología cardiaca, respiratoria y cirugía de miembros inferiores	131
<i>Jaen Toro, M.:</i> Factores asociados al no-seguimiento farmacológico en enfermedades crónicas.....	134
Mesa Redonda 10 (Español): Práctica clínica en enfermería / Nursing clinical practice.....	137
<i>Sales, R.:</i> Análisis del proceso de cuidados de enfermería con pacientes psiquiátricos ingresados siguiendo las taxonomías propuestas por NANDA, NIC y NOC. Modelización predictiva del impacto del proceso de cuidados.....	137
<i>González Pisano, Ana Covadonga:</i> Validación de los Diagnósticos de Enfermería como método indirecto para valorar el cumplimiento terapéutico en usuarios de Atención Primaria de Salud.....	140
Mesa Redonda 11 (Inglés): Nursing clinical practice	142
<i>Giesbrecht Puggina, Ana Cláudia:</i> The music and verbal message influence on the vital signs and face expression of the patients in physiological or induced coma	142
<i>Paes Silva, Maria Júlia:</i> Nursing Humanized Care: acting with respect in a University Hospital.....	145
<i>Maynard, Veronica:</i> The Perceived Value of an Evidence Based Practice Module to Evidence Based Practice Skill Development in the Workplace.....	148
Mesa Redonda 12 (Español): Práctica clínica en enfermería	149
<i>Álvarez Nieto, Carmen:</i> ¿Cuántas muestras de semen es necesario analizar para estimar la calidad seminal de un individuo?	149
<i>Jiménez Sánchez, D:</i> Factores de riesgo en pacientes ancianos con fractura de cadera secundaria a caída en Albacete.....	151
<i>Nieto Blanco, Esther:</i> Resultados de un ensayo clínico sobre la efectividad de un plan de cuidados enfermero para el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres.....	153
MESA REDONDA (Sesión plenaria): Atención a la Dependencia y coordinación Sociosanitaria.	156
<i>La colaboración intersectorial en la atención a la dependencia. M^a José de la Fuente Fombellida. Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad de Castilla y León.....</i>	156
Mesa Redonda 13 (Bilingüe): Cuidados de salud en niños y adolescentes / Children and adolescent healthcare	159
<i>Vilhena Abrão, Ana Cristina:</i> Traumas del pezón: identificación de factores asociados	159
<i>Sari, Hatice Y.:</i> Accidents in preschool children	162
<i>Pereira, Sônia Regina:</i> (RE) Construyendo el hospital: la óptica del niño portador de enfermedad renal crónico.....	165
<i>Alhani, Fatemeh:</i> An investigation on the quality of life of the Thalassemic children in 2005.....	168

Mesa Redonda 14 (Inglés): Health promotion	170
<i>Leili, Shahbazi:</i> Educational effects on infertile women quality of life.....	170
<i>Brito, Irma:</i> Effect of a Brucellosis prevention course at shepherd's population	173
<i>Sari, Hatice Yildirim:</i> Improving infant health where are we? A sample from Southeast of Turkiye.....	175
<i>Bektaş, Murat:</i> Health prevention and promotion via identifying health risks in pre-school children	178
Mesa Redonda 15 (Español): Profesión / Gestión en Enfermería	181
<i>Cervera Monteagudo, B.:</i> Categorías de utilización de recursos (RUG- Resource Utilization Groups) en mayores con dependencia residentes en domicilio y residencias de mayores de la provincia de Cuenca. Estudio "Cuidados de mayores en Cuenca".....	181
<i>Zorzi Gatti, Maria Fernanda:</i> La utilización de la música como intervención reductora de la ansiedad de los profesionales de emergencia.....	184
<i>Albert Sobrino, Sonia:</i> ¿Existe el Intrusismo profesional en el ámbito de los cuidados a domicilio?	186
<i>San Martín Rodríguez, Leticia:</i> Los efectos de la intensidad de colaboración interprofesional sobre la satisfacción en el trabajo y el compromiso con la organización de los profesionales de la salud en ámbito hospitalario.....	189
Mesa Redonda 16 (Bilingüe): Profesión y Gestión en Enfermería / Profession and nursing management	192
<i>Verheyen, W.:</i> Qualitative research project : 'The use of computerised Nursing Protocols in a general hospital'	192
<i>Guerriere, D. N.:</i> Determinants and Outcomes of Privately and Publicly Financed Home-Based Services	194
<i>Lumini Landeiro, Maria José da Silva:</i> Medication errors: the problem of medical prescriptions transcription in a paper supported information system	196
<i>García, C.:</i> El Ciclo de Deming como sistema de mejora de las actividades de enfermería.....	197
Mesa Redonda 17 (Español): Cuidados paliativos, cáncer y cuidados a las situaciones crónicas	199
<i>Mansilla López, M.:</i> Conocimiento del Código Europeo contra el Cáncer en estudiantes de enfermería en Ciudad Real.....	199
<i>Arantzamendi, María:</i> Metodología combinada: estudio de las experiencias de las enfermeras hospitalarias que cuidan de pacientes en fase terminal	202
<i>Pereira, Sonia Regina:</i> El Transplante Renal bajo la Óptica de niños Portadores de Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Dialítico – Estudio de Caso	205
<i>Büchele, Fátima:</i> La embriaguez social del beber.....	208
Mesa Redonda 18 (Español): Docencia en Enfermería.....	211
<i>Tomás Sábado, Joaquín:</i> Felicidad, religiosidad y salud percibidas en estudiantes de enfermería	211
<i>Lerma Merino, Sofía:</i> Estudio de la situación de la formación práctica en los estudios de Enfermería y propuestas de mejora en la Comunidad de Castilla y León	214
<i>Durán Escribano, Marta:</i> La participación del estudiante en la evaluación de su propio aprendizaje.....	217
<i>Guerra Cuesta, Isabel:</i> El portafolios como sistema de enseñanza-aprendizaje en las prácticas clínicas de los alumnos de EUE de la Universidad de Valladolid	220
<i>Alfaro Espín, Antonia:</i> Nuevas metodologías: Aprendizaje cooperativo con estudiantes de Enfermería.....	223
Mesa Redonda 19 (Bilingüe): Cáncer y cuidados a las situaciones crónicas / Cancer and chronic care	226
<i>Dean, Sally C.:</i> Potential barriers to adequate blood pressure control in poorly controlled hypertensive patients in primary care ...	226
<i>González Sánchez, M^a Marta:</i> Valores de las mujeres mayores en dos contextos urbanos	227
<i>Martín Iglesias, Susana:</i> Estudio de costes y efectividad de la intervención enfermera en el estreñimiento crónico	230
Mesa Redonda 20 (Español): Promoción y educación para la salud	233
<i>Lima Serrano, Marta:</i> Estudio sobre las modificaciones de conductas producidas al intervenir con un programa de EpS grupal en personas con diabetes mellitus tipo II.....	233
<i>Lana Pérez, Alberto:</i> Dificultades y necesidades para el cumplimiento de los consejos de prevención primaria del Código Europeo contra el Cáncer en familiares de pacientes con cáncer.....	236
<i>Büchele, Fátima:</i> La inserción de la salud mental en la estrategia de salud de la familia: implicaciones para la práctica	239
<i>Jurado, J.:</i> Estudio preliminar de polimorfismos genéticos en las cohortes del North Catalonia Diabetes Study (NCDS).....	242
<i>Gallart, M.:</i> Utilidad de la determinación del ADN fecal humano en el seguimiento de la colitis ulcerosa	245

Mesa Redonda 21 (Español): Cuidados en enfermería materno-infantil	247
<i>Álvarez Nieto, Carmen:</i> ¿Es el embarazo en adolescentes un embarazo deseado?.....	247
<i>Calvo del Valle, M^a Pilar:</i> Atención al embarazo, parto y puerperio en mujeres inmigrantes y no inmigrantes en la Z.B.S. de Rondilla II de Valladolid	249
<i>Lorenzo Díaz, Marca:</i> Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes.....	252
<i>Vilhena Abrão, Ana Cristina:</i> Efectos de la mamoplastía reductora y mamoplastía de aumento con relación al tipo de lactancia- estudio de tipo cohorte.....	255
Mesa Redonda 22 (Bilingüe): Docencia en enfermería / Nursing education	258
<i>Hasson, F.:</i> Health care assistants: exploring students experiences	258
<i>Tahere, Salimi:</i> The Survey Of Clinical Skills Of Final Year Nursing Students In Critical Care Units	261
<i>Bektaş, Murat:</i> A comparison of attitudes of Turkish and Danish nursing students toward the care of persons with HIV/AIDS	264
<i>Peiro Andrés, Amparo:</i> Encuesta sobre las dificultades y motivación en la investigación de los profesionales de enfermería del CHGUV	266
<i>Leili, Shahbazi:</i> Attitudes of nursing and midwifery students on clinical status	269
<i>Beşer, Aysel:</i> Effects of problem based learning on health promotion behaviours of nursing students.....	272
Mesa Redonda 23 (Español): Profesión / gestión en enfermería	275
<i>Núñez Crespo, Fernando:</i> ¿Es útil la gestión por objetivos en las unidades de Enfermería?	275
<i>Cabrera, S.:</i> Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser	278
<i>Rodríguez Mondéjar, Juan José:</i> Medición indirecta de la prescripción enfermera diferida en una gerencia de Atención Primaria.	279
<i>Fagoaga- Gimeno, M. L.:</i> Síndrome de burnout en los profesionales del hospital “Perpetuo Socorro”	282
<i>Muñoz Izquierdo, Amparo:</i> Internet y Enfermería ¿qué consultas hacemos?.....	285
Mesa Redonda 24 (Español): Práctica clínica en enfermería	288
<i>Ortiz Colindres, M^a Consolación:</i> Cuidados de las zonas donantes de piel. Estudio comparativo.....	288
<i>Vadillo-Obesso, P.:</i> Fiabilidad de la determinación de la glucemia a pie de cama en pacientes críticos	291
<i>Sánchez Medina, N.:</i> Desarrollando Buenas Practicas en Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión en el Hospital Universitario Virgen Macarena	293
<i>Tena García, B.:</i> Influencia de los Toques Terapéuticos en el desarrollo de Recién Nacidos Preterminos. Resultados preliminares.....	296
<i>Paes Silva, Maria Júlia:</i> El posicionamiento del enfermero frente a la autonomía de los pacientes fuera de posibilidades terapéuticas	299
Mesa Redonda 25 (Bilingüe): Métodos en investigación / Research Methods	302
<i>Hyde, Abbey:</i> Using focus groups in research with adolescents in understanding sexual health issues	302
<i>Zeinab, Hosseini:</i> Level of Self-Care Knowledge in Type I Diabetic Patients	303
Mesa Redonda 26 (Español): Profesión / Gestión en Enfermería	306
<i>Martínez, Cristina:</i> Impacto de las políticas libres de humo en el personal de un hospital	306
<i>Antonio Oriola, Rosa:</i> Análisis bibliométrico de la producción científica internacional sobre el ambiente psicosocial en enfermería (1980-2005).....	308
<i>López de Lis, C.:</i> Valoración del régimen de visitas en un “hospital de puertas abiertas”. Opinamos todos	311
Mesa Redonda 27 (Español): Promoción y educación para la salud	314
<i>Harada, Maria de Jesus C.S.:</i> Escuelas Promotoras de la Salud: prevención de la morbilidad por causas externas en un municipio de la región metropolitana de Sao Paulo – Brasil.....	314

TEXTOS DE LOS PÓSTERES CIENTÍFICOS 317

3	Puialto Durán, M ^a José: LOS 40 PRINCIPALES. Estresores en la práctica clínica de l@s estudiantes de enfermería	318
4	Robledo Martín, Juana: Resultados preliminares de la percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida	320
5	Honrubia Pérez, María: Valores sociales de los alumnos de Enfermería y rendimiento académico.....	322
6	Quero Rufián, Aurora: La mujer cuidadora: el sentido de cuidar en el hospital	324
7	Pina Roche, Florentina: Actividades educativas en Enfermería para su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior 326	
9	Chaves, E. C.: COPING EN ANCIANOS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	328
10	Robledo Martín, Juana: Reflexiones metodológicas sobre la investigación cualitativa en salud.....	329
11	López López, Guadalupe: Evaluación de un Programa de Entrenamiento en Técnicas de Relajación para trabajadores de un Centro de Salud Urbano	330
12	Alves Grossi, Sonia Aurora: LOCUS DE CONTROL EM SALUD Y AUTO-ESTIMA EN PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2	332
14	Cardo Simón, Llanos: ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA LACTANCIA MATERNA EN R.N. MENOR DE 1500 GR. EN EL AÑO 2003.....	334
15	Bernalte, Alvaro: SOBRE LA OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN ENFERMERO – ENFERMO Y/O CUIDADOR 335	
16	Chaves, Eliane Correa: Lo estudio de la frecuencia de depresión en un grupo de portadores de diabetes mellitus tipo 2.....	337
17	Chaves, Eliane Corrêa: Depresión en pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica	339
18	Folguera Álvarez, M ^a Carmen: ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	341
19	Gómez González, Jorge Luis: Nivel de satisfacción de las enfermeras con la gestión de la historia de salud en la Comunidad de Madrid	343
20	Pollán Rufo, M.: Hábitos saludables en la adolescencia.....	345
21	CIDONCHA MORENO, M ^a ANGELES: LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL ENFERMERO DE UN HOSPITAL DE OSAKIDETZA. ANALISIS DE INTERESES DE FORMACIÓN Y FACTORES INFLUYENTES.....	347
24	Bretãs, José Roberto da Silva: MASAJE EN BEBÉS – ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS	349
29	Acosta Mosquera, M ^a Eugenia: ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS USUARIOS.....	351
30	García Ortega, M ^a Ángeles: Enfermería multicultural.....	353
31	ACOSTA MOSQUERA, M. E.: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DE VIDA DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. RESULTADOS PRELIMINARES	354
33	Ortega Domínguez, E.: Calidad del registro de enfermería en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario de Albacete. Adecuación de accesos venosos periféricos	356
34	Guillen Ayala, José: La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el siglo XXI.....	358
36	López de Fez, M ^a Paz: Identificación de las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen Macarena.....	360
38	Rodríguez Cala, Ana: Material audiovisual de Educación Sanitaria para dar sencillos consejos sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé	362
39	Castaño Andujar, Amparo: ACCIDENTES EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS.....	364
40	BERNALTE, ALVARO: RIESGO ATRIBUIBLE AL FACTOR “SER CUIDADOR”	366
42	Lupiani Giménez, M.: Actitudes Prejuiciosas en los Profesionales de Enfermería (P.E.). Resultados de un estudio descriptivo-correlacional	368
44	Mancussi e Faro, Ana Cristina: Cateterismo vesical intermitente técnica limpia: enseñanza en el laboratorio de enfermería. 370	
48	Prieto Tinoco, Juan: Estándares de calidad en los informes de continuidad de cuidados publicados en la web del SAS.....	372
51	Cotilla Franco, Juan Manuel: Auditoria de calidad del informe de continuidad de cuidados del área hospitalaria Infanta Elena 374	

53	Mateo Herrero, M. L.: EPOC Severa y Calidad de Vida: carencias en los conocimientos de los pacientes sobre su tratamiento e influencia en su calidad de vida.....	376
54	Placeres Gago, M. A.: Prevalencia y educación sanitaria sobre HTA en una zona rural de un país en vías de desarrollo (Bakou – Camerún).....	377
55	Chaves, E. C.: STRÉS EN ANCIANOS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	378
57	Anes del Amo, Yolanda: Morbimortalidad por cáncer de pulmón en Extremadura. 2002 y 2003.....	379
59	Paes Silva, Maria Júlia: Cuando “una palabra de cariño conforta más que un medicamento”: Necesidades y expectativas del paciente bajo cuidados paliativos.....	381
61	Pastor Ballesteros, P: SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA Y NUTRICIÓN ENTERAL: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA.....	383
62	Folguera Alvarez, Mª Carmen: Estudio sobre deshabituación tabáquica grupal en un centro de salud.....	385
63	Mancussi e Faro, Ana Cristina: El cuidador de ancianos y su comprensión de la prevención y el tratamiento quirúrgico de las fracturas de fémur.....	387
65	Jardón Huete, Clara: RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL PUERPERIO EN LAS MUJERES DE LA PROVINCIA DE ALBACETE.....	389
66	Martínez Bienvenido, Esther: LA MATRONA EN LA DETECCION DE VIOLENCIA DOMESTICA EN EL EMBARAZO 391	
67	Cowborn Cuesta, Elena Mª: ¿Son los medios de comunicación una herramienta útil para la educación y la promoción de la salud?.....	393
69	Conde Vicente, Rosa: Influencia de diversos polimorfismos genéticos en la respuesta a una dieta hipocalórica en pacientes obesos.....	395
70	Meseguer Liza, Cristóbal: LOS HIJOS DEL TABACO.....	397
71	García Rosas, Edgardo: LOS PADRES ANTE LA UNIDAD NEONATAL.....	399
72	Acosta Rodríguez, José María: Estudio sobre la posibilidad de que los enfermeros prescriban medicamentos.....	401
73	López García, Eva Pilar: Cuidados paliativos.....	403
74	Meseguer Liza, Cristóbal: PREVALENCIA DEL ORDEN DE LLENADO DE TUBOS EN LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS.....	405
75	Peñas Martínez, Sara: Metodología de trabajo de enfermería en el Hospital Universitario de Lund (Suecia).	407
77	Dotor Hernández, Ángela: ¿Modifican los conductores (o personas de su entorno) sus hábitos de conducción tras haber sufrido un accidente de tráfico?.....	408
79	Gouveia Santos, Vera Lúcia Conceição de: Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in chronic leg ulcers: responsiveness and predictive validity.....	410
80	Dehghan Nayeri, Nahid: Nurses’ Productivity: The Perceptions of Clinical Nurses in Iran.....	411
83	PIRES, REGINA: CLINICAL SUPERVISION IN NURSING – DIFICULTIES AND STRATEGIES.....	413
86	Beşer, Ayşe: Evaluation Critical Thinking Dispositions and Problem Solving Skills of Nursing Students.....	415
87	Joolae, Soodabeh: A new approach for teaching ethics to nursing students.....	417
88	BEKTAŞ, Murat: DENTAL HEALTH IN PRESCHOOL CHILDREN.....	419
89	Nascimento Gonçalves, Carla Alexandra: Clinical Supervision: training needs of nursing teachers supervisors.....	421
91	Katayon, Esmaili: The study of use of the computer technology by physicians in west of Iran in 2005.....	423
93	Tahere, Salimi: Quality of life in fertile and infertile women.....	424
94	Leili, Shahbazi: Knowledge of high school aged –girls concern to mother and child health issues.....	426
96	BEKTAŞ, Murat: THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN CONCERNING THE HEALTH PROMOTION ON THE ANXIETY LEVEL AND THE CONDITION OF BEING POSITIVE HEALTH BEHAVIOURS.....	428
97	PRATA, ANA PAULA: PREVALENCE OF BREASTFEEDING AT THE FIRST YEAR OF LIFE: MAIN CAUSES OF ABANDONMENT.....	430
100	Gouveia Santos, Vera Lúcia Conceição de: Adult patient with an ostomy in the city of São Paulo: a study about the costs of specialized equipment.....	431
101	Tahere, Salimi: STRESS SITUATIONS IN CLINICAL TEACHING.....	432
102	Bastos, Fernanda: Diabetic’s family involvement in adherence to physical activity.....	434
103	Bastos, Fernanda: Diabetics’ perception of health care providers’ recommendations.....	435
104	Gibbs, Annette: Patients’ Knowledge and Concerns Regarding Regional Anesthesia.....	436
106	Gouveia Santos, Vera Lúcia Conceição de: Support surfaces for prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review of the literature.....	437
107	SILVA SARDO, DOLORES: CLINICAL SUPERVISION EDUCATION IN NURSING - WHAT EVALUATION?....	438
108	Matsushita, Yumiko: Nursing Students’ Learning Process of Effective message in Communication.....	439
109	Hassan, Mohammad: THE STUDY OF THE LEVEL OF JOB SATISFACTION IN NURSES WORKING AT YAZD HOSPITALS.....	440

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.

Implantando la cultura de la seguridad de los pacientes¹.

Aranaz JM¹, Aibar C²

1. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.
Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad *Miguel Hernández*.
1. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

Para correspondencia:

Jesús M^a Aranaz Andrés
Dpto. Salud Pública
Universidad Miguel Hernández
Campus de San Juan
Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan de Alicante
E-Mail: aranaz_jes@gva.es

Todos podemos caer en el error, pero sólo los necios perseveran en él.
Marco Tulio Cicerón (106 -43 AC)

La vergüenza de confesar el primer error, hace cometer muchos otros
Jean de La Fontaine (1621-1695)

Errar es humano, pero más lo es culpar de ello a otros
Baltasar Gracian (1601– 1658)

Aunque escritas en épocas pretéritas, las frases que preceden, procedentes de autores famosos por su elocuencia, sutileza, ingenio y agudeza, siguen proporcionando una visión bastante extendida de la actitud de las personas ante los errores y equivocaciones.

Por otro lado, frases mucho menos elocuentes, como: lo cierto es que ¡me equivoqué!; ¡no podía más!; ¡no debiste hacerlo tú solo!; ¡tenías que haber preguntado antes!; parecen, a veces, inadmisibles e inverosímiles en los servicios sanitarios. Cuestiones como: ¿Qué errores cometemos con mayor frecuencia?, ¿Qué factores contribuyen a que sea más probable equivocarse?, ¿Qué actitud tenemos ante los errores? o ¿qué podemos hacer por evitarlos?, rara vez se formulan en los servicios sanitarios.

A modo de metáfora: Los servicios sanitarios, un escenario atribulado

El escenario es la parte del teatro construida para colocar los decorados y representar un espectáculo teatral o el lugar donde se desarrollan las escenas de una película. Idéntica expresión se utiliza también, para referirse al entorno donde ocurre un acontecimiento o al conjunto de circunstancias que rodean a una persona o a un hecho.

Pero además del escenario, para que una película o una obra de teatro tengan éxito, son necesarios: un guión cuidadosamente elaborado, actores con experiencia, un público interesado en el argumento, un empresario que arriesgue patrimonio y prestigio y por último, unos críticos que tras ver la obra, la analicen y la recomienden o la desaconsejen.

En la vida real, los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de atención primaria, consultorios,...) se alejan de la brillantez de los escenarios teatrales y de los decorados de los grandes estudios y presentan rasgos peculiares.

Por un lado, están los espectadores: los pacientes, un auditorio de probada constancia y fidelidad, ya que pese a no acabar de gustarles, ni los actores ni la obra, acuden repetidamente a las distintas funciones. Atestan reiteradamente el aforo de los patios de butacas, obligando a más y más funciones y a colgar frecuentemente el cartel de "No hay localidades".

¹ Estas letras proceden de una síntesis de alguna de las unidades didácticas de los materiales formativos en materia de seguridad de pacientes, elaborados por los autores y de próxima difusión por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

De otra parte, los actores: los profesionales sanitarios, insatisfechos, reivindicativos con sus derechos laborales a un horario racional y una mejor retribución, deseosos de una mejora en la tecnología disponible para realizar su papel, que representan la función con excesiva variabilidad, incertidumbre e insatisfacción con las condiciones impuestas por el empresario.

Por último, completando el panorama, unos empresarios empeñados en la difícil tarea de contener costes y satisfacer al público; y unos decorados, variados y complejos, envejecidos por su uso frecuente.

En la compleja obra que se representa a diario en el escenario de los servicios sanitarios, los profesionales sanitarios y los pacientes son los personajes llamados a alcanzar un compromiso y encontrar un final feliz¹.

El buen profesional

Recientemente, desde la web del British Medical Journal se planteó una encuesta abierta con la cuestión central de quién había sido el mejor médico de la historia, independientemente de que fuera real o de ficción y perteneciera al pasado o al presente². Nombres reales como el persa Avicena, el internista William Osler, el descubridor de la vacuna antivariólica Edward Jenner o el cirujano cardíaco Christian Barnard, compartían honores con personajes de ficción como el Doctor Holograma de la serie *Star Trek* o el Dr. Peter Benton de la serie de televisión *Urgencias*.

Cualidades compartidas por unos y otros son la excelencia en la preparación científico-técnica, la motivación, la eficiencia y dedicación, la creatividad, una actitud positiva ante el trabajo en equipo y la formación permanente, sentido común y particularmente aquellos aspectos relacionados con la relación con los pacientes, tales como la amabilidad, la información, la educación y la asertividad en la comunicación³. El reto consiste en cómo conseguir en la vida real y en el momento actual, un profesional que tenga las mencionadas cualidades en dosis suficientes y sea, además, capaz de sobrevivir sin morir en el intento.

Pacientes del siglo XXI

Los avances sociales y los de la tecnología médica y de la información van a producir, con pocas dudas, cambios importantes en el papel que han de jugar los pacientes en el escenario asistencial. Jaddad et al señalaban como un buen paciente del futuro más inmediato, aquel capaz de⁴:

- Construir una lista de dudas y cuestiones para abordar en la consulta y aceptar respuestas en términos claros y entendibles.
- Implicarse y compartir las decisiones que afectan a la atención a su enfermedad.
- Requerir y recibir una segunda opinión de cara a mejorar el diagnóstico o las decisiones relativas al tratamiento.
- Utilizar teléfono, Internet y otras tecnologías de la comunicación como complemento de la relación personal con el profesional sanitario.

Lo cierto es que mientras que durante un tiempo eran los profesionales de la medicina, quienes mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud y eran tildados, no sin razón, de expropiadores y de perpetuadores de una relación asimétrica con los pacientes⁵; en este momento, periodistas, académicos, economistas, y personas e instituciones de cualificación desconocida son, a menudo, los protagonistas de esta información⁶, disponiendo para su divulgación de tecnologías de la información de notable accesibilidad y penetrabilidad.

Mención expresa como fuente de información sobre la salud y la asistencia sanitaria, requiere el uso creciente de Internet⁷. Con frecuencia se señala, cuando se quiere valorar su utilización, que son personas jóvenes de 20 a 44 años, profesionales y de formación académica media y alta, los usuarios preferentes de la red y que la salud no forma parte de sus intereses principales^{8 9}. Sin embargo no hay sino esperar pocos años para que esa cohorte de usuarios entrenados de Internet con fines lúdicos o laborales y del servicio de mensajes cortos del teléfono móvil como sistema usual de comunicación interpersonal, comiencen a padecer las patologías prevalentes de las edades intermedias de la vida y por tanto, a tener necesidades informativas al respecto.

Hoy por hoy, el problema esencial de la información sanitaria disponible por los pacientes, y por qué no decirlo por los profesionales, es su abrumador crecimiento, las frecuentes contradicciones, la dispersión, la inadecuación a las necesidades y capacidad de comprensión de los pacientes y en muchos casos la calidad cuestionable de la misma. A fin de mejorar esta última circunstancia, se han desarrollado múltiples iniciativas dirigidas a fijar criterios de calidad de las páginas web de interés para la salud. Sin embargo están todavía insuficientemente validadas y utilizadas^{10 11 12}.

En este mismo sentido, instituciones y publicaciones médicas de prestigio han creado sus propios recursos, especialmente orientados a los pacientes en aras de proporcionar información de solvencia y credibilidad. En este sentido pueden destacarse las páginas de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹³ o de revistas médicas como Preventive Medicine, Annals of Internal Medicine o JAMA¹⁴, éstas últimas traducidas al castellano¹⁵.

La cuestión que se plantea ante este despliegue de información es, si los profesionales estamos preparados ante esta situación y si estamos dispuestos a desarrollar su papel en un nuevo escenario y colaborar en el llamado *empoderamiento* del paciente. Sabemos que un paciente bien informado coopera mejor y es más responsable, pero profesionales y pacientes estamos acostumbrados a un modelo de relación paternalista en el que parte de nuestro poder radica en los datos y el conocimiento que nosotros poseemos y el paciente no.

El ciudadano, como paciente y como usuario, está cada vez más preparado para desempeñar un papel más activo con relación al cuidado de la salud y a aprovechar todas las oportunidades que las nuevas tecnologías le ofrecen y espera que los profesionales y sus instituciones sanitarias también lo hagan.

Así mismo, el paciente de hoy en día es una persona con un mayor nivel educativo, participar en las decisiones que afectan a su salud y asumir una cultura de derechos, no ya como paciente -sujeto pasivo de la actuación médica; sino como cliente -Sujeto que establece una necesidad a satisfacer mediante relación contractual más o menos explícita; como usuario -sujeto que utiliza los servicios disponibles de forma voluntaria; y como consumidor -sujeto que recurre a los servicios disponibles, tanto voluntaria como involuntariamente¹⁶.

Estamos ante un nuevo tiempo en el que médicos y pacientes deben comprometerse y trabajar conjuntamente, tanto para promover y proteger la salud, como para procurar un uso adecuado de los recursos del sistema sanitario y garantizar unos derechos como los planteados en la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes¹⁷.

Atención centrada en el paciente

El párrafo de Isabel Allende en su libro Paula¹⁸, nos permite reflexionar sobre el significado de la atención centrada en el paciente: "Cada mañana recorro los pasillos del sexto piso a la caza del especialista para indagar nuevos detalles. (...) Ese hombre tiene tu vida en sus manos y no confío en él; pasa como una corriente de aire, distraído y apurado, dándome engorrosas explicaciones sobre enzimas y copias de artículos sobre tu enfermedad, que trato de leer, pero no entiendo. (...) Parece más interesado en hilvanar las estadísticas de su computadora y las fórmulas de su laboratorio que en tu cuerpo crucificado sobre esta cama". Difícilmente se podría demandar con mayor precisión una atención sanitaria más cálida, mas humana.

El término **atención centrada en el paciente**, aunque impreciso, significa organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en los que la facilitan¹⁹, implica integrar a los pacientes y sus familiares en todos los aspectos de la atención. Previamente a conseguir una atención centrada en el paciente, lo que es todavía una meta, pueden diferenciarse dos modelos previos de organizar los servicios sanitarios: un primer modelo de **atención centrada en el profesional**, en el que la experiencia clínica era el valor más estimado; y un segundo modelo de **atención centrada en los recursos**, en el que todo parece girar en torno al uso eficiente de los mismos y a la evidencia disponible de su eficacia.

Una atención centrada en el paciente, debería suponer un cambio significativo en el que la evidencia y la eficiencia fueran acompañadas de la efectividad y la autonomía del paciente como valores primordiales.

Darle contenido al concepto significa²⁰:

- Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención.
- Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.
- Formar a médicos y profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades.
- Establecer modelos de contratos terapéuticos entre profesionales y pacientes, en los que se designe a un profesional como tutor o responsable del enfermo.
- Promover un modelo de atención integral que incluya el apoyo psicológico desde el inicio del proceso de enfermar.
- Favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales.
- Promover la solidaridad social con los enfermos, evitando la discriminación laboral y desmitificando la sensación de tragedia asociada a la enfermedad.
- Establecer servicios multidisciplinarios de apoyo continuado para situaciones de crisis y urgencias.

- Integrar en la asistencia sanitaria, los principios de la Declaración de Barcelona, consensuada por múltiples asociaciones de pacientes en la asistencia sanitaria.

Errores en la práctica clínica

Reason ha señalado que el error es algo inherente a la condición humana: “el error es el inevitable y, en ocasiones aceptable precio que debemos pagar por contar con la habilidad para diseñar, fabricar, operar, mantener y gestionar sistemas tecnológicos complejos, rápida y casi siempre, eficientemente”²¹. Diferencia dos formas de analizar el error, una centrándose en las personas como la causa, y otra centrándose en los sistemas en que desarrollan su actividad como la causa de que fallen las personas.

El análisis de que las personas son la causa principal de la falibilidad está muy extendido y asume que los individuos se equivocan porque son olvidadizos, despistados, estúpidos, indolentes, malos profesionales o poco inteligentes y que los errores son la causa principal de la aparición de los efectos adversos. En tal caso, el tratamiento estaría en la estrategia *Name, Blame & Shame*, consistente en identificar a los culpables, señalarlos, adiestrarlos o readiestrarlos, emprender acciones disciplinarias y, si es posible, eliminarlos. La experiencia en este sentido es poco alentadora.

Por el contrario, la perspectiva centrada en el sistema, considera que las personas cometen errores, ya que equivocarse es algo inherente a la condición humana (*errare humanum est*). Sin embargo los errores son previsibles y son consecuencia de fallos latentes existentes en el entorno asistencial. Asumiendo este enfoque, la estrategia de prevención se centraría en aprender de los errores (*Learn from errors*), identificándolos, buscando las causas en el sistema y rediseñarlo en función del análisis y aprender de los errores. La experiencia indica que es un proceso complejo, pero desde luego, más positivo que el anterior.

Los enfoques señalados por Reason permiten diferenciar dos categorías de errores:

- **Error activo**, término que se utiliza para referirse al que ocurre en el punto de contacto entre el paciente y el final de un sistema complejo. Generalmente son fáciles de identificar (pulsar un botón incorrecto, inyectar el producto equivocado,..) y casi siempre implican a alguien situado en la primera línea asistencial.

Se incluyen en este apartado: faltas de atención, despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir notablemente a su producción.

- En contraste con los anteriores, existen una serie de **condiciones latentes**, o residentes patógenos del sistema, referidas a circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc., que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño en los pacientes.

Utilizando el bisturí como metáfora, a veces se denomina a los errores activos como los que se cometen desde el filo (**sharp end**), tales como el del traumatólogo que interviene la pierna equivocada o el del enfermero que programa erróneamente una bomba de infusión IV. Complementariamente, los fallos latentes (**blunt-end**) son todos los existentes en el otro extremo del escalpelo y que pueden afectar a la persona que, figuradamente lo maneja.

El modelo de Reason sobre el error humano, se complementa con dos conceptos relevantes: la **cadena de fallos** y el **modelo del queso suizo**.

El sistema pone barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Dichas barreras están representadas por filetes de queso; pero en ocasiones, dichas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso. La “casualidad” o la “coincidencia” de varios agujeros de seguridad, puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos, que aisladamente pudieran no haber tenido relevancia, pero que en su conjunto, han formado una cadena que ha causado un resultado desastroso.

El factor humano: cansancio, experiencia y error

A menudo, es preciso tomar decisiones rápidas y vitales para el paciente. Sin embargo, el mayor obstáculo para tomar las decisiones correctas, rara vez es la falta de tiempo. Actuaciones rutinarias, sesgos y prejuicios en la forma en que se recoge la información pueden condicionar que las decisiones clínicas que se tomen no sean las más adecuadas²².

La experiencia prolongada no parece ser un factor de protección para evitar el error²³; pero la inexperiencia y la falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo acompañada de guardias o turnos de trabajo prolongados y el estrés, son factores de riesgo evidentes. Este hecho ha sido motivo de diferentes estudios^{24 25 26 27}.

Adicionalmente, pueden destacarse las siguientes recomendaciones realizadas por Volp y Grande para evitar errores por médicos en formación, pero generalizables para todos los profesionales de los servicios sanitarios²⁸:

- Evitar interrupciones frecuentes.
- Evitar las órdenes escritas a mano.
- Control de las horas de trabajo.
- Identificación mediante código de quien toma decisiones.
- Entrenamiento supervisado, previo a la realización en solitario de determinados procedimientos.
- Cultura de debatir los errores.
- Conocimiento preciso de datos, equipos y determinados dispositivos y tratamientos de urgencia.

Además de las anteriores, otros factores que pueden contribuir a reducir el riesgo de aparición de errores activos son los siguientes:

- Diseño de equipos, dispositivos, normativas y procedimientos de trabajo sencillos, "a prueba de errores" y adaptados a los conocimientos y habilidades de los profesionales.
- Estandarización de los mismos en todos los servicios de un hospital (ventiladores, desfibriladores,, bombas de infusión,...).
- Determinados aspectos de confort en el ambiente de trabajo: iluminación adecuada, control del ruido, orden, limpieza,...
- Limitación de los fármacos (dosis, concentraciones,...) que se pueden utilizar.
- Mejoras en la comunicación verbal.
- El liderazgo efectivo y el trabajo en equipo.
- El desarrollo de un entorno proclive al aprendizaje continuo.

El papel ejemplar que corresponde a profesionales con autoridad y liderazgo profesional tales como presidentes de Sociedades Científicas, decanos de Facultades, editores de revistas científicas y directivos de asociaciones profesionales, a la hora de introducir la cultura del debate sobre los errores ha sido puesto de manifiesto recientemente por la National Patient Safety Agency (NPSA) del Reino Unido²⁹ y, más recientemente por la prensa española³⁰.

La cultura de la seguridad: prevención primordial de los EAs

La cultura se define como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización³¹. En definitiva, es el modo en que se sienten y se hacen "las cosas" en un determinado entorno. La cultura de seguridad será el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc...

La cultura de la seguridad predominante en los escenarios en que se presta la asistencia sanitaria se caracteriza, entre otros aspectos por los siguientes^{32 33}

- La seguridad es una propiedad accesorio y secundaria del sistema. En ningún caso una cualidad inherente y prioritaria. El silencio y la ocultación de los fallos y errores que se cometen son conductas habituales, debido a temor a sanciones, litigios y pérdida de crédito y prestigio.
- En algunos casos, es reactiva frente a los problemas de seguridad del paciente. Se actúa frente a la aparición de efectos adversos, antes que prevenirlos.
- El individualismo. Persiste una actitud artesanal de la práctica clínica que se expresa en una notable variabilidad de la misma.
- Ejercicio de una medicina defensiva que favorece los errores y efectos adversos ligados a la sobreutilización.
- Confianza excesiva en dispositivos y tecnologías médicas, a veces insuficientemente evaluadas.

- Despersonalización de la asistencia, que se acompaña de una atención centrada en el profesional y la tecnología, más que en el paciente.

Conseguir cambiar la cultura de ocultación de los errores o de simple reacción frente a los efectos adversos, por otra, en la que los errores no son considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso par mejorar la seguridad del paciente^{34 35}.

Lo más importante cuando surge un problema no es “Quién”, sino “Qué”, “Cómo”, “Cuándo”, “Por qué”, “Cómo se podría haber evitado” y ¿Qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir”. Este planteamiento supone un cambio caracterizado por:

- Considerar la seguridad como componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad del sistema, en el que hacer las cosas bien sea lo natural.
- El desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial, con un talante y una conducta proactiva para detectar los problemas antes de que se manifiesten
- Fomento de un clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre gestores, profesionales de la asistencia y pacientes, dirigido a obtener como beneficio, una mayor confianza de los pacientes en el sistema y sus profesionales y unos profesionales motivados y satisfechos con su trabajo.
- Trabajo en equipo y estandarización de procedimientos basados en el mejor conocimiento disponible, a fin de lograr una menor variabilidad y mejorar la efectividad
- Atención centrada en el paciente, mejorando los aspectos de transparencia de la comunicación, respeto y participación en la toma de decisiones.

La existencia de una cultura con tales características es la prevención primordial de la aparición de efectos adversos relacionados con la asistencia y un requisito irrenunciable para conseguir la calidad y la sostenibilidad por los sistemas sanitarios del siglo XXI. Estos deberían caracterizarse, de acuerdo al informe *Crossing the Quality Chasm* por las siguientes reglas³⁶ :

1. Basarse en unas relaciones de continuidad. Además de las visitas tradicionales cara a cara, el sistema desarrollará otras fórmulas de atención a través de Internet, teléfono y otros medios.
2. Atención en dependencia de las necesidades y valores del paciente.
3. Decisiones compartidas con el paciente. Se les debe proporcionar la información necesaria y adecuada para que puedan tomar decisiones en relación a su salud.
4. Profesionales sanitarios y pacientes deben comunicarse de forma efectiva y compartir la información.
5. La toma de decisiones clínicas debe basarse en el mejor conocimiento disponible. Los cuidados no deberían variar sin razón justificada.
6. La seguridad debe ser una propiedad inherente al sistema. Los pacientes deben estar a salvo de lesiones y accidentes debidos a la atención recibida. Reducir riesgos y asegurar la calidad requiere gran atención a los sistemas a fin de evitar los errores y mitigar sus consecuencias.
7. La transparencia es necesaria. El sistema debe proporcionar a los pacientes y sus familiares, la información que les permita tomar decisiones informadas para escoger centros, facultativos o tratamientos alternativos. La información debe incluir datos sobre el funcionamiento del sistema en cuestiones de seguridad, práctica basada en la evidencia y satisfacción de los pacientes.
8. El sistema debe anticiparse a las necesidades de los pacientes. Debe ser proactivo y no reactivo a los problemas.
9. El sistema no debe minimizar las pérdidas de recursos y de tiempo.
10. La colaboración entre el personal sanitario es una prioridad. Médicos e instituciones deben cooperar activamente y comunicarse para asegurar la coordinación y un intercambio apropiado de información.

La importancia de la cultura de la seguridad ha sido puesta de relieve en el marco de los países de la Unión Europea por medio de la Declaración de Luxemburgo aprobada en el año 2005³⁷. En ella se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud, instando a las autoridades nacionales de los diferentes países a crear una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo.

Estrategias de seguridad del paciente

La atención sanitaria es un servicio disponible durante veinticuatro horas por día, siete días por semana y doce meses por año. Los avances tecnológicos en los campos de la información, el diagnóstico y el tratamiento han supuesto importantes beneficios para los pacientes, pero, también, han creado un entorno complejo.

Evitar y reducir los riesgos asistenciales requiere prestar atención a tres factores que están interrelacionados: el paciente, los profesionales de los servicios sanitarios y el entorno asistencial.

La interrelación entre el paciente y los profesionales tiene dos componentes, el técnico y el interpersonal. Ambos se mejoran por medio de la formación en conocimientos, actitudes y habilidades.

La interrelación entre las personas -el paciente y los profesionales, con el entorno, requiere que los componentes del último, estén diseñados con criterios de seguridad y facilidad de manejo.

Conseguir la realidad de una atención más segura, en la que los efectos adversos sean más improbables requiere, en primer lugar terminar con dos creencias bastante extendidas: la fábula del castigo y el mito de la perfección.

La primera asume que si se castiga y penaliza a las personas que cometen errores, estas se equivocarán menos; en tanto que el mito de la perfección, asume que esta es un logro más que un camino y que se consigue con el suficiente tesón de las personas³⁸. Es preciso asumir que el error forma parte de la condición humana y que los sistemas deben pensarse teniéndolo presente.

Las estrategias para la mejora de la seguridad del paciente son la ingeniería de los factores humanos, la atención centrada en el paciente, el análisis prospectivo de los riesgos y el análisis retrospectivo de los sucesos adversos.

La meta del estudio prospectivo de los riesgos, es identificar los fallos antes de que ocurran y sus posibles consecuencias; y el análisis retrospectivo de los sucesos adversos, examinar los factores que han contribuido a su aparición a fin de corregirlos y evitar que vuelvan a producirse.

Selección de acciones y evaluación de resultados

La finalidad del análisis de riesgos es su erradicación, su reducción -lo más frecuente o, en el peor de los casos, su mitigación.

Entre las acciones que pueden favorecer una reducción de riesgos destacan: rediseño de circuitos, cambios en el entorno, mejoras en la capacitación, asignación precisa de tareas,... A fin de conseguir que dichas acciones sean efectivas es conveniente asignar responsabilidades, recursos y tiempo, así como el planteamiento de unos criterios de evaluación de la efectividad de las acciones y el compromiso de los responsables institucionales.

Prácticas seguras basadas en la evidencia

El estudio más clásico al respecto es el realizado por Shojania et al, en el que tras una revisión exhaustiva, se llegaron a identificar y evaluar hasta 79 prácticas con potencialidad para reducir la aparición de sucesos adversos Sin embargo, al aplicar los criterios estrictos de la MBE, únicamente en 11 de ellas se encontró evidencia del máximo nivel:

- Profilaxis adecuada para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes de riesgo.
- Uso perioperatorio de betabloqueantes para evitar la morbilidad.
- Uso de barreras estériles durante la colocación de catéteres venosos centrales para evitar infecciones.
- Uso apropiado de profilaxis antibiótica en los pacientes quirúrgicos para prevenir las infecciones postoperatorias.
- Preguntar a los pacientes si revocan o reiteran lo dicho durante el proceso de consentimiento informado.
- Aspiración continua de secreciones subglóticas para evitar la neumonía asociada a respiración asistida.
- Uso de colchones especiales para la prevención de úlceras por presión
- Uso de ultrasonidos como guía durante la inserción de líneas centrales para evitar complicaciones.

- Autocontrol por el paciente ambulatorio para lograr una anticoagulación adecuada y evitar las complicaciones.
- Aporte nutricional adecuado, con un énfasis particular en la nutrición enteral en pacientes críticos y quirúrgicos.
- Uso de catéteres venosos centrales impregnados de antibióticos para evitar las infecciones asociadas a catéteres.

Una evidencia menor pero satisfactoria, se encontró también entre otras, en procedimientos sencillos y factibles como la colocación del paciente en posición semi-inclinada y la descontaminación selectiva del tubo digestivo para reducir el riesgo de neumonía asociada a respiración asistida; el aporte suplementario de oxígeno perioperatorio para reducir las infecciones del sitio quirúrgico, o el uso de ayudas audiovisuales en los procedimientos de consentimiento informado.

La utilización de criterios estrictos de evaluación de la evidencia para plantear la fuerza de las recomendaciones sobre seguridad del paciente ha sido cuestionada. En este sentido Leape et al, al tiempo que califican el estudio de Shojania como un excelente compendio de lo que se sabe sobre la evidencia de efectividad de ciertos métodos para evitar efectos adversos y complicaciones, han destacado la necesidad de incorporar evidencias y prácticas procedentes de otros campos en los que los principios y métodos de la MBE son insuficientes o difícilmente aplicables, destacando^{39 40}:

- Prácticas procedentes en la ingeniería de los factores humanos, que ha demostrado a otros niveles la efectividad de recordatorios, estandarización de procesos, recordatorios, reducción de tipos de dispositivos en funcionamiento.
- Actuaciones que han tenido éxito en otros sectores como la industria química o la aeronáutica: limitación de horas de trabajo.

Esperar a encontrar evidencias y pruebas incontrastables de la eficacia de técnicas sencillas y factibles (recuento de gases durante una intervención, check-list de actividades,...) antes de recomendar una práctica sería una fórmula para la paralización y un abandono de responsabilidades.

Prácticas seguras del Consenso National Quality Forum (NQF)

Por otra parte, el NQF, una organización privada de ámbito norteamericano cuyo fin es mejorar la calidad utilizando métodos de consenso, propuso y ha renovado recientemente un listado de 30 prácticas clínicas seguras, agrupadas en cinco grandes áreas y fundamentadas en cuatro criterios⁴¹:

- Suficiente evidencia de que reducen la probabilidad de aparición de EA..
- Uso generalizado en múltiples escenarios y tipos de pacientes.
- Probabilidad elevada de que supongan un beneficio para el paciente si se realizan correctamente.
- Existencia de conocimiento previo en personal sanitario, pacientes y responsables del sistema.

El listado es el siguiente:

A. Crear una cultura de seguridad

1. Establecer una cultura de seguridad en la atención sanitaria. Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.

B. Adecuar la capacidad de los servicios a las necesidades de salud

2. Para procedimientos quirúrgicos electivos de alto riesgo y otros cuidados específicos debe informarse claramente a los pacientes del riesgo, probablemente reducido, de un resultado adverso, de tratamientos alternativos y sus resultados y considerar las preferencias del paciente.
3. Especificar un protocolo explícito que asegure un nivel adecuado de atención de enfermería. Combinar experiencia y formación del personal.
4. Todos los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (de adultos y pediátricas) deben contar con médicos con la formación y titulación adecuadas.
5. Los farmacéuticos deben participar activamente en el proceso de dispensación de medicamentos: estar disponibles para consultas sobre las órdenes de prescripción, interpretación y revisión de órdenes médicas, preparación de medicación, distribución, administración y monitorización de la medicación.

C. Favorecer la transmisión de la información y la comunicación

6. Las órdenes verbales deben anotarse inmediatamente siempre que sea posible. Cuando alguien recibe una orden verbal, conviene leerla y repetirla oralmente al que la ha verbalizado para verificar la exactitud de la misma.
7. Usar únicamente abreviaturas y unidades de medida para dosis estandarizadas.
8. No realizar, de memoria, resúmenes o anotaciones sobre los pacientes.
9. Asegurarse de que la información sobre cuidados; sobre todo los cambios en la medicación y nueva información sobre el diagnóstico, se transmite de forma rápida y claramente comprensible a las personas implicadas en el cuidado del paciente que necesitan dicha información para proporcionar la atención adecuada.
10. Solicitar a cada paciente o representante legal que repita lo que le ha dicho, tras una discusión sobre el consentimiento informado.
11. Asegurarse de que la documentación de preferencias del paciente sobre tratamientos de soporte vital está disponible en su documentación clínica.
12. Implementar un sistema informatizado de prescripción de medicamentos.
13. Establecer un protocolo dirigido a evitar los errores de etiquetado de las radiografías.
14. Implementar protocolos estandarizados para evitar la aparición de cirugía del sitio o en el paciente equivocado.

D. En escenarios específicos o procesos de atención

15. Evaluar el riesgo individual de sufrir isquemia cardiaca y administrar tratamiento con betabloqueantes a los considerados de alto riesgo.
16. Evaluar el riesgo de sufrir úlceras por presión de cada paciente en el momento del ingreso y durante toda la estancia hospitalaria. Esta evaluación debe repetirse a los intervalos regulares. Clínicamente deben llevarse a cabo los métodos preventivos apropiados consecuentes a la evaluación.
17. Evaluar el momento de la admisión y posteriormente de forma regular, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar de cada paciente y utilizar los métodos apropiados clínicamente para evitarlas.
18. Utilizar el servicio especializado para la indicación de tratamiento anticoagulante, asegurando la coordinación con el mismo.
19. En el momento de la admisión y posteriormente de forma regular, evaluar en cada paciente el riesgo de aspiración.
20. Asegurarse de la utilización de métodos eficaces de prevenir las infecciones asociadas al uso de catéter venoso central.
21. Durante el preoperatorio, evaluar el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función del procedimiento quirúrgico previsto. Aplicar la profilaxis antibiótica apropiada a dicha valoración.
22. Utilizar protocolos validados para evaluar a pacientes que tienen riesgo de fracaso renal agudo debido al uso de medios de contraste. Utilizar el método apropiado por reducir dicho riesgo basado en la evaluación de función renal del paciente.
23. En el momento de la admisión y posteriormente de forma regular, evaluar en cada paciente el riesgo de desarrollar desnutrición. Utilizar las estrategias apropiadas para evitarla.
24. Cuando se utilice un torniquete, evaluar el riesgo de isquemia y complicaciones trombóticas y utilizar las medidas de prevención adecuadas.
25. Desinfectarse las manos utilizando soluciones alcohólicas o lavándoselas con un jabón antiséptico, tras estar en contacto con el paciente o los objetos que le rodean.
26. La vacunación antigripal del personal sanitario, les protege a ellos y a los pacientes frente a la gripe.

E. Mejora del uso seguro del medicamento

27. Asegurarse de que las áreas de trabajo dónde se preparan las medicaciones están limpias, ordenadas y libres de desorden, distracción y ruido.
28. Estandarizar los métodos de etiquetado, envasado y almacenaje de la medicación.

29. Identificar con etiquetas adecuadas los medicamentos de uso en casos de urgencia y aquellos cuyo uso requiere una especial precaución (por ejemplo, agonistas y antagonistas adrenérgicos de uso intravenoso, antimitóticos, anticoagulantes y antitrombóticos, concentrados de electrolitos para uso parenteral, anestésicos generales, bloqueantes neuromusculares, insulina y antidiabéticos orales, narcóticos y opiáceos).
30. Distribución de la medicación en unidosis o, cuando sea necesario, en la dosis necesaria para el paciente, siempre que sea posible.

La iniciativa “Salvar 100.000 vidas”

Con un título provocador, otra iniciativa destacable en la línea de aplicar el conocimiento disponible para evitar la aparición de efectos adversos es la promovida por Berwick^{42 43} desde el Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Se trata de una iniciativa a la que se han adherido voluntariamente diferentes hospitales con el fin de poner en práctica cambios dirigidos a:

- Mejorar la rapidez de intervención, ante signos precoces de deterioro de los pacientes ingresados.
- Prevención de la muerte por ataques cardíacos, mediante tratamiento del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.
- Prevención de la neumonía asociada. a ventilación mecánica, mediante la aplicación de un conjunto de medidas de efectividad demostrada.
- Prevención de las infecciones asociadas al uso de catéter venoso central, aplicando un conjunto de medidas de asepsia y control del mismo.
- Prevención de infecciones del sitio quirúrgico mediante profilaxis antibiótica perioperatoria con el antibiótico adecuado aplicado durante el tiempo necesario.
- Prevención de errores y reacciones adversas a medicamentos mediante el ajuste de la medicación.

A modo de propuesta y conclusión

La aplicación de las estrategias retrospectivas y prospectivas para el conocimiento y prevención de los efectos adversos relacionados con la asistencia permite extraer las siguientes conclusiones:

- Los errores son frecuentes, muchas veces inevitables y con graves consecuencias. La aplicación de la epidemiología puede contribuir a conocer mejor su frecuencia y distribución. La realización de estudios con metodología uniforme, pero de carácter local y repetido puede ser relevante para valorar su evolución y permitir la comparación entre centros.
- La cultura del reproche y la culpa, conduce a que se oculten el error y los fallos. La aplicación del modo “médico” de pensamiento: Toda enfermedad tiene unos factores causales que interaccionan y producen una enfermedad que se diagnostica y se puede tratar, es la mejor fórmula para cambiarla.
- Los errores tienen antecedentes. Por tanto hay que buscar las causas profundas o latentes.
- Muchos problemas pueden evitarse y algunos aliviarse. Un enfoque sistémico que aborde todas las causas es la prescripción más adecuada.
- Los problemas de seguridad son crónicos y muy arraigados. Por tanto, requieren tratamientos prolongados y perseverancia.

Referencias

-
- ¹ Aibar C. El nuevo escenario del acto médico: garantizando responsabilidades. En Aranaz J, Vitaller J (ed). De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud 2004; 263-72.
 - ² Who is your top doc? Disponible en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/325/7366/691>
 - ³ Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ* 2002; 325: 668-9.
 - ⁴ Jadad AR, Rizo CA, Elkin MW. I am a good patient believe it or not. *BMJ* 2003;326: 1293-4.
 - ⁵ Illich I. Némesis Médica. México : Joaquín Mortiz-Planeta, 1984.
 - ⁶ Garminde I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En Cabases J, Villalbí JR, Aibar C eds. Informe SESPAS 2002 tomo II p 567-80 Valencia : Escuela Valenciana de Estudios para la Salud- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. 2002. Disponible en http://www.sespas.es/fr_inf.html

-
- ⁷ Von Knoop C, Lovich D, Silverstein MB, Tutty M. Boston: E-Health in the US. Boston: Boston Consulting Group, 2003.
- ⁸ Disponible en <http://www.aimc.es/>
- ⁹ Disponible en http://www.geocities.com/HotSprings/6416/perfil_usuario.htm
- ¹⁰ Health on the Net Foundation. Disponible en <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>.
- ¹¹ Centre for Health Information Quality. Disponible en <http://www.quick.org.uk/>.
- ¹² International Health Care Coalition. Disponible en <http://www.ihealthcoalition.org/>.
- ¹³ Disponible en <http://www.ahrq.gov/consumer/>.
- ¹⁴ Disponible en http://jama.ama-assn.org/cgi/collection/patient_page.
- ¹⁵ Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/pacientes.inicio>.
- ¹⁶ Elwyn G, Edwards A. Evidence-based patient choice: inevitable or impossible? New York: Oxford University Press, 2001.
- ¹⁷ Foro Español de Pacientes. Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, 2003. Disponible en www.webpacientes.org/fep.
- ¹⁸ Allende I. Paula. Barcelona: Plaza y Janés 1997.
- ¹⁹ Pronovost P, Holzmueller C. Embracing Family in Patient Care. Disponible en <http://www.hopkinsquality.com/>.
- ²⁰ Jovell A. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. Monografías Humanitas 2003; 7; 23-32.
- ²¹ Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.
- ²² Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. BMJ 2005;330:781-3.
- ²³ Choudry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. Ann Int Med 2005; 142:260-73.
- ²⁴ Gaba DM, Howard SK. Fatigue Among Clinicians And The Safety Of Patients. NEJM 2002; 347: 1349-54.
- ²⁵ Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004;351:1829-37.
- ²⁶ Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004;351:1838-48.
- ²⁷ Arnedt JT, Owens J, Crouch M, Stahl J, Carskadon MA Neurobehavioral Performance of Residents After Heavy Night Call vs After Alcohol Ingestion. JAMA 2005;294:1025-33.
- ²⁸ Volpp KGM, Grande D. Patient Safety: Residents' Suggestions for Reducing Errors in Teaching Hospitals N Engl J Med 2003;348: 851-5.
- ²⁹ NPSA. Medica lerror How to avoid it all going wrong and what to do if it does. London NPSA 2005. Disponible en <http://www.npsa.nhs.uk/>.
- ³⁰ Rodríguez A, Perancho I. Seguridad del paciente. El error médico no se puede erradicar pero es posible aspirar a reducirlo considerablemente. El Mundo Salud ; 635, 25 de octubre de 2005.
- ³¹ Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual. Saf. Health Care 2005;14:231-3.
- ³² Westrum R. A typology of organisational cultures Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii22–ii27.
- ³³ Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care Annals of Internal Medicine 2005; 142: 756-64.
- ³⁴ Woodward S. Seven steps to patient safety. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):66-70
- ³⁵ Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care. Qual Saf Health Care 2003;12 (Suppl 1):i7–i12.
- ³⁶ Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century, Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
- ³⁷ Luxembourg Declaration on Patient Safety. Disponible en <http://europa.eu.int/comm/health/> .
- ³⁸ National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety: a guide for NHS staff. London: NPSA, 2003. Disponible en www.npsa.nhs.uk.
- ³⁹ Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? EBM Meets Patient Safety. JAMA 2002; 228: 502-7.
- ⁴⁰ Leape LL, Berwick DM. Five Years After To Err Is Human, What Have We Learned?. JAMA 2005; 293: 2384-90.
- ⁴¹ National Quality Forum. 30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet. AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en <http://www.ahrq.gov>
- ⁴² Institute for Healthcare Improvement. Disponible en <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>
- ⁴³ Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality. JAMA 2006; 295:324-7.

AUTOR/ES:

Schmidt Rio-Valle, J.; García Caro, M. P.; Cruz Quintana, F.; Muñoz Vinuesa, A.; Prados Peña, D.

TÍTULO:

El sufrimiento del enfermo terminal: Un tema pendiente

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

El presente estudio pretende conocer y analizar las experiencias de los profesionales médicos y enfermeros en la atención, cuidado y tratamiento de enfermos terminales y familia para identificar las dificultades y obstáculos de relación y comunicación. Además de reconocer modos de pensamiento y posiciones ante el proceso de morir en las diversas respuestas de los profesionales, queremos constatar el grado de desarrollo de una orientación terapéutica paliativa y concretar las necesidades de formación específica. Y a partir de todo ello, diseñar y proponer un programa de formación que mejore y amplie la competencia personal y profesional ante el proceso de morir.

En la atención a la enfermedad terminal una de las dificultades que encuentran los profesionales está relacionada con la situación de sufrimiento del enfermo y de la familia. Definir y delimitar el estado del sufrimiento; así como, detectarlo y cuantificarlo para poder establecer intervenciones apropiadas y efectivas es hoy en día todo un reto.

Por ello consideramos indispensable realizar estudios con un enfoque que permita conocer el punto de vista de los propios profesionales implicados en la asistencia a estos enfermos. Este enfoque sólo es posible desde una perspectiva y metodología cualitativa.

Objetivos:

- 1.- Identificar dificultades y obstáculos de los profesionales médicos y enfermeros respecto a la detección, la medida y el significado del sufrimiento del enfermo terminal.
- 2.- Explorar la diversidad de experiencias, posicionamientos personales y respuestas profesionales atendiendo al tipo de profesional, especialidad, lugar de trabajo y experiencia con estos enfermos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en 42 entrevistas individuales semiestructuradas, a profesionales médicos y enfermeros que trabajan con enfermos terminales y familia. Todos ellos desarrollaban su labor profesional en la provincia de Granada, tanto en el medio rural como en el urbano, incluyéndose centros de Atención Primaria y Hospitalaria.

El análisis de la información se llevo a cabo utilizando el software Atlas.ti, tomando como dimensiones del análisis las preguntas de investigación -a partir de las cuales se ha elaborado el guión de la entrevista- para la consecución de los objetivos propuestos.

RESULTADOS

El sufrimiento es uno de los estados más complejos de las personas en general y de los enfermos en particular. La presencia de sufrimiento afecta de manera notable no sólo a los enfermos que lo padecen sino también a los profesionales que lo atienden y a los familiares que los acompañan. Sin embargo parece que no termina de estar claro de que hablamos cuando se trata del sufrimiento, ni de qué manera afecta a los profesionales en su trabajo con el enfermo, ni siquiera qué situaciones se identifican como sufrimiento o qué indicadores usamos.

Cuando hemos abordado este tema con nuestros entrevistados, hemos encontrado en relación a la detección del sufrimiento, que tanto los profesionales enfermeros y los profesionales médicos que trabajan en centros de salud como los que trabajan en hospitales, dicen tener presente el sufrimiento de sus enfermos: I-16 "Eso lo sabemos casi de forma intuitiva de forma personal"; I-33 "...con la comunicación tanto verbal como no verbal. Basta una mirada, un gesto... a veces no necesitas que haya expresamente comunicación verbal para identificar que hay un gran sufrimiento"; I-13 " Sobre todo lo que te dice el paciente, y muchas veces el dolor, la inquietud...y lo que dicen las familias"; I-31 "Me baso en lo que veo, en lo que me cuenta el enfermo... un gesto sencillo como que me coja la mano y me apriete...". Aún cuando, en la mayoría de los casos, se confunde sufrimiento con dolor; cuando preguntamos por el sufrimiento nos contestan refiriéndose al dolor de sus pacientes.

I-40 "Apreciando lo que expresa el paciente, el dolor.."; I-34 "...el sufrimiento, ¡sí claro!, tenemos las escalas, las reglitas esas para el dolor"; I-24 "...hay valoración del dolor, valoraciones objetivas, test de dependencia de actividad de respuestas y cosas por el estilo...".

Reconocen no disponer de algún instrumento específico de detección y/o medida del sufrimiento, salvo las escalas analógicas de medición del dolor o algún test de ansiedad y/o depresión generales utilizan la observación, el diálogo, el conocimiento del enfermo o la apreciación de los familiares como fuentes de información sobre el estado de sufrimiento del enfermo; en su mayoría califican la evaluación que hacen del sufrimiento como claramente subjetiva y hay incluso quién considera imposible valorarlo: I-41 "No, una escala concreta no... más o menos lo que vas viendo"; I-39 "no tenemos un instrumento, simplemente la apreciación diaria del enfermo"; I-7 "...nosotros nos basamos en el enfermo, sobretodo en lo que la familia te dice"; I-3 "Valorar el sufrimiento, yo creo que es imposible"

Hemos querido profundizar algo más y conocer qué elementos, qué situaciones o qué indicadores utilizan para identificar la presencia de sufrimiento, esto es, los significados del sufrimiento en su experiencia profesional, aunque los consideren subjetivos. Una amplia mayoría reconocen el dolor físico, orgánico, como el primer elemento generador de sufrimiento. Después aparecen otras situaciones, muy variadas, que son indicativas para estos profesionales de que hay sufrimiento. Les hemos pedido además que identifiquen con una palabra las situaciones que a su parecer originan mayor sufrimiento a sus enfermos y de nuevo es el dolor el que aparece en primer lugar, seguido de las situaciones relacionadas con "lo que dejan (hijos pequeños, viudo/a, situación económica...), con lo que pierden o con lo que les queda pendiente". Sin embargo son muchas y diversas las situaciones que describen y las palabras que nombran el sufrimiento. Aunque aparecen ligeras diferencias de matiz entre los profesionales que trabajan en centros de salud y los que trabajan en hospitales, seguramente por la intensidad en el trato personal con unos y otros enfermos, nos ha parecido que más que una estadística de la frecuencia con la que se repiten las palabras o las situaciones, era más sugerente conocer la diversidad de respuestas que se han dado a esta cuestión.

Algunas de las palabras y situaciones que han planteado los profesionales enfermeros que trabajan en centros de salud son: I-16 "...por el hecho de ser consciente de su muerte..."; I-20 "Sufren porque oyen a sus familiares llorar, cuchichear en bajo, murmurar para que no se enteren..."; I-38 "Por la soledad"; I-24 "En gente joven o de mediana edad el futuro, el futuro de la gente que deja"; I-33 "Por el sufrimiento de sus familiares"

Los profesionales médicos de estos centros plantean: I-14 "Cuando tienen un dolor serio, es muchísimo más difícil de soportar que la soledad"; I-2 "El dolor, la molestia de algunos síntomas, la incapacidad, la postración..."; I-26 "El enfermo teme muchísimo el dolor, y es lo que más se valora"; I-25 "...les hace sufrir mucho a ellos y a la familia la falta de comunicación, al final todo el mundo sabe y nadie lo dice."

Los profesionales enfermeros que trabajan en hospitales señalan como indicadores de sufrimiento: I-10 "El dolor, la tristeza"; I-8 "Ansiedad"; I-5 "El miedo continuo, la sensación de espada de Damócles o de amenaza continua"; I-31 "Que tenga miedo a morirse"

Los profesionales médicos que trabajan en hospitales señalan: I-18 " Desde mi experiencia yo creo que el paciente percibe la inmediatez de la muerte... que es lo que más angustia provoca"; I-32 " La incertidumbre y el dolor, en ese orden, es lo que más preocupa a los pacientes. Lo que más los desasosiega"; I-4 "La angustia de la noticia de la neoplasia"

CONCLUSIONES

- 1.- No hay diferencias entre los profesionales médicos y los profesionales enfermeros, trabajen en centros de salud o en hospitales, en relación con el interés y la preocupación por atender y ocuparse del sufrimiento de los enfermos en situación terminal.
- 2.- Tanto enfermeros como médicos reconocen no disponer de instrumentos específicos de valoración y medición del sufrimiento. Utilizan elementos de apreciación subjetivos y no suficientemente contrastados.
- 3.- En general diferencian dolor y sufrimiento, y aunque no consiguen precisar mucho, sitúan el dolor como algo físico, orgánico, y el sufrimiento como algo psíquico, subjetivo, más personal. Igualmente conocen medidas de control del dolor pero no intervenciones encaminadas a reducir o a encauzar el sufrimiento. En este caso hacen lo que pueden, lo que les ha funcionado en otras ocasiones o lo que les ha servido a ellos por sus propias experiencias.
- 4.- Prácticamente se muestran todos de acuerdo al considerar como principal indicador de sufrimiento la presencia de dolor no controlado.
- 5.- Se hace patente la necesidad de estudios encaminados a profundizar en el diseño de instrumentos válidos para detectar situaciones de sufrimiento e intervenciones específicas orientadas a mejorar la atención a los enfermos. Los profesionales consideran muy importante ayudar a los enfermos a vivir y a morir con el menor sufrimiento posible para ellos.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Med Clin 2000;115(15):579-582
- 2- Sanz Ortiz J. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. Med Clin 2000;114:222-226
- 3- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. Med Clin 1999;113: 173-175
- 4- Allue Martínez M. La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal. Jano 1985; 653H: 57-68
- 5- Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable?. Med Clin 2001; 116: 186-190
- 6- Centeno Cortés C, Nuñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cancer en España. Med Clin 1998; 110: 744-750
- 7- Belderrain Belderrain P, García Busto B, Castañon Quiñones E. Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud. Aten Primaria 1999; 24 (5): 285-288
- 8- Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Martinez Roca. Barcelona. 2001
- 9- Benitez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos en enfermos no oncológicos. Aten Primaria 1997; 19 (3): 108-109
- 10- Benitez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten Primaria 2002; 29(1): 50-52
- 11- Sanz Ortiz J, Pascual Lopez A. Medicina Paliativa: ¿un lugar en el currículo?. Med Clin 1994; 103: 737-738
- 12- Tomás Sábado J, Guix Llistuella E. Ansiedad ante la Muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. Enfermería Clínica 2001; 11 (3): 104-109
- 13- Esteban de la Rosa MA. El enfermo terminal y la muerte: Problemas médico-sociales, propuestas de información médica y organización sanitaria. Tesis Doctoral (no publicada). 1995. Dpto. de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia
- 14- Gorchs Font N, Espauella Panicot J. Formación de Cuidados Paliativos en Geriatria. De profesor a facilitador. Geriatria y Gerontología 1999; 34 (92): 9253-9256

AUTOR/ES:

Pelay-Panés N, Andrés-Santos P, Hernández-Fabà E, López-Crespi MD, Fuentelsaz-Gallego C.

TÍTULO:

Estudio experimental sobre la efectividad de los enjuagues con tomillo + bicarbonato frente a clorhexidina + bicarbonato en la

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

La mucositis aparece por la toxicidad de la quimioterapia y se produce por la acción de los fármacos sobre el epitelio basal de la mucosa gastrointestinal, el cual contiene células con una elevada capacidad proliferativa. La lesión inicial es una disminución de la producción de las células epiteliales seguida de la atrofia de la mucosa, posteriormente aparece eritema y en las fases finales ulceración. La mucositis posquimioterapia se manifiesta clínicamente entre las primeras 24 horas y los 7 días posteriores al inicio del tratamiento con quimioterapia, dependiendo de: la edad, el sexo, el fármaco, la dosis, la vía de administración, el ritmo de infusión y la duración del tratamiento (1-3). Suele iniciarse como una sensación de quemazón en la mucosa oral que se va poniendo eritematosa, para seguidamente ulcerarse y, por consiguiente, dificultar la ingesta de sólidos por vía oral, aunque también puede impedir la de líquidos y causar un dolor intenso. La mucositis puede afectar a cualquier tramo del tubo digestivo, de todos modos las localizaciones más frecuentes son la mucosa oral y labial, la superficie ventral de la lengua, el paladar blando y la orofaringe(1).

Otro factor predisponente para la aparición de mucositis es la neutropenia como consecuencia del tratamiento de quimioterapia (1, 4). La incidencia de mucositis es muy variable pues hay diversos factores que influyen en su aparición como puede ser el tipo de tratamiento, la patología de base y la escala de valoración. Oscila entre el 40 y el 90% en los pacientes con enfermedad hematológica sometidos a tratamiento de quimioterapia, con mayor proporción en pacientes jóvenes y mujeres (2, 4-8).

En referencia a la prevención, la literatura revisada menciona medidas o intervenciones tales como: una adecuada higiene bucal con cepillado suave, retirada de prótesis dentales, hidratación de la mucosa oral incluso haciendo enjuagues solamente con agua y el abandono del hábito tabáquico y enólico (2,4,5,7-9). También se indica la lubricación o hidratación de los labios como medida de confort (4,5). La única medida preventiva eficaz para prevenir la mucositis con tratamiento de fluoracilo intravenoso es la crioterapia durante 30-60' minutos en cavidad oral, que reduce el flujo de sangre en la mucosa oral durante el período de concentración máxima, reduciendo así la exposición de la mucosa al agente quimioterápico (2, 3, 5, 7, 8). Ningún agente se ha mostrado ampliamente eficaz ni en la prevención ni en el tratamiento de la mucositis, por ello no existe una terapia estándar. Se encuentran muchas intervenciones sin evaluar y pocos estudios de investigación (5) con sujetos de estudio suficiente y con buena calidad metodológica. Casi todos los profilácticos que se utilizan en la mucositis son productos no naturales, excepto en un ensayo (8) que se probó la manzanilla versus placebo, en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el tomillo (*Tymus vulgaris* L) ha sido estudiado bastante y se le atribuyen propiedades diversas, dentro de ellas la de antiséptica, antiinflamatoria, antifúngica y antioxidante (10,11). Por lo que se puede considerar que existe una justificación clínica para la realización de un estudio que valore su posible eficacia en esta indicación, a pesar de que no se han encontrado datos que relacionen el uso del tomillo con la mucositis oral producida por la quimioterapia. Es una planta compuesta por timol, carvacrol, trans-tujan-4-ol/terpinen-4-ol, α -terpineol, linalol, geraniol y 1,8-cineol.

Por todo ello, se planteó el siguiente objetivo de estudio, conocer la efectividad de los enjuagues con tomillo + bicarbonato respecto a la clorhexidina + bicarbonato en la incidencia de la mucositis producida por quimioterapia en pacientes hematológicos.

MÉTODO

Se realizó un estudio piloto, experimental, aleatorio, controlado, con grupo control y grupo experimental, sin enmascaramiento. Fue llevado a cabo en la Unidad de Hematología Clínica del Área General del Hospital Vall d'Hebron desde diciembre del 2004 a septiembre del 2006. Se incluyeron a 60 pacientes ingresados en la unidad que cumplían los siguientes criterios: ser mayor de 16 años, con enfermedad hematológica, que iniciaran el primer tratamiento de quimioterapia, que no presentaran lesiones en la mucosa orofaríngea al inicio del estudio, ser capaces de realizar los enjuagues por si mismos, que no hubieran sido ni tuvieran que ser sometidos a tratamiento de radioterapia; excluyendo aquellos que no quisieran participar en el estudio, que presentaban hipersensibilidad a la Clorhexidina, al Tomillo o al Bicarbonato y los que no eran capaces de realizar enjuagues.

De los 60 pacientes seleccionados el 50% correspondía al grupo control y el 50% restante al grupo experimental. La técnica de muestreo utilizada fue accidental no probabilística. Mediante una entrevista con los pacientes se les explicó con detalle, utilizando su nivel de entendimiento, el estudio. Además, se les entregó la hoja de información y consentimiento informado, donde quedaba reflejado por escrito la información del estudio y la colaboración del paciente en el mismo. Se asignaron al grupo control o experimental de forma aleatoria, mediante un listado generado por ordenador con el programa EpiInfo 6.04, que sólo poseía el investigador que no estaba en la unidad.

Las variables de estudio fueron: La aparición o no de mucositis, el tiempo de aparición de la mucositis y el grado - utilizando la escala de la OMS (2) -; la intervención (en el grupo experimental los enjuagues con Tomillo + Bicarbonato; y en el grupo control los enjuagues con Clorhexidina + Bicarbonato); la edad, el género, el tratamiento quimioterápico administrado, la presencia / ausencia de prótesis dentales (dentaduras postizas), la cantidad de líquido ingerido al día, el uso o no de cepillo dental ; el uso o no de crema de cacao para hidratar labios, el hábito tabáquico y enólico, y la neutropenia.

El seguimiento de los pacientes se realizó durante 12 días tanto en su estancia hospitalaria como posteriormente por contacto telefónico, desde el día uno de ingreso del paciente en el estudio se le valoraba cada 12h la presencia de mucositis y se registraban todas las variables de estudio en una parilla de recogida de datos elaborada a propósito.

Para el análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo de todas las variables según su escala de medida. Se analizó la homogeneidad de los dos grupos de estudio según el tipo de variables, mediante la t-de Student, la U de Mann-Whitney y la Ji al Cuadrado. Se analizó la diferencia de las incidencias de la mucositis en los dos grupos de intervención mediante la prueba de la Ji al cuadrado, además del intervalo de confianza de la diferencia. El nivel de confianza utilizado fue del 95% ($p < 0,05$). Se calcularon los intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

Hasta el momento se han recogido 57 casos, (30 experimental, 27 control). La media de edad de los sujetos de estudio fue de 51 años (DE:15,56), el 51% (29) eran varones, el 21% (12) fumadores, no llevaban prótesis dental el 74%(42), tomaban alcohol siempre el 27% (15) y nunca el 46% (26). La media diaria de enjuagues realizados fue de 4,4 (DE: 0,43). El 88% (50) utilizó el cacao a diario. El 91% (52) utilizó a diario el cepillo de dientes y el 3,5% (2) no lo utilizó en al menos 5 de los días del seguimiento. La media de consumo de líquidos al día fue de 1,8 litros (DE: 5,6). La mediana de los valores del contaje absoluto de neutrófilos en los 12 días de observación fue de 3100 cel/mm³ (mín=9, máx=24244). Se comprobó la homogeneidad de los dos grupos de intervención con todas las variables de estudio, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellos. La incidencia de mucositis del total de pacientes estudiados fue del 7% (IC del 95%= 5,08%-12,28%). La incidencia en el grupo control fue de 3 casos (11,1%; IC del 95%: 2,35-29,16%) y en el grupo experimental de 1 caso: 3,3% (IC del 95%: 0,08-17,21%), aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p=0,251$). El IC del 95% de esta diferencia fue de 5,7% a 21,3%.

CONCLUSIONES

La incidencia de mucositis encontrada no es muy elevada, aunque en el grupo experimental es menor que en el grupo control, en consecuencia el Tomillo + bicarbonato, podría ser útil como prevención. Sin embargo, se precisaría una muestra mayor y posiblemente un mayor tiempo de seguimiento de los sujetos de estudio para poder tener unos resultados más sólidos, porque en algún caso se ha observado que la mucositis aparece entre el día 12-15; para ello se pretende realizar un estudio multicéntrico. Ya que en la práctica clínica es muy importante que estos enfermos no tengan las molestias que conlleva la mucositis, como dolor, riesgo de infección, disminución de la ingesta, etc., lo cual supone un aumento del tiempo de enfermería y por tanto un aumento del gasto para el Sistema de Salud. También sería importante contemplar la nutrición de los enfermos en el momento de iniciar el estudio, ya que se ha observado que el déficit nutricional puede influir en la aparición de mucositis.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Campos B, García FR, Constenla M. Toxicidad digestiva. In: Colomer R, Constenla M, Gómez J, editores. Efectos secundarios de la quimioterapia. 1 ed. Barcelona: Proas Science; 2000.p. 43-65.
- 2.Giner P, Cajaraville G, Alonso P, Sotoca JM. Mucositis. Aten Farmacéutica. 2000;2: 203-5.
- 3.Mead G. Management of oral mucositis associated with cancer chemotherapy. Lancet.2002;359 (9):815-6.
- 4.Puyal M, Jiménez C, Chimenos E, López J, Juliá A. Protocolo de estudio y tratamiento de la mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. Med Oral. 2003; 8:10-8.
- 5.The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients. Best Practice. 1998; 2 (3): 1-6.
- 6.Sonis S, Eilers J, Epstein J, LeVeque F, Liggett W, Mulagha M et al. Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. Cancer.1999; 85 (10): 2103-13.
- 7.Rubenstein E, Peterson D, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J et al. Clinical Practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer. 2004; 100 (9) Supl May 1:2026-46.
- 8.Clarkson JE, Woethington HV, Eden OB. Prevención de la mucositis oral o candidiasis oral en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia (excluyendo cáncer de cabeza y cuello). En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
- 9.Dodd M, Larson P, Dibble S, Miaskowski C, Greenspan D, MacPhail L et al. Randomized clinical trial of Chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. ONF.1996; 23 (6): 921-7.
- 10.Tomillo, Thymus vulgaris L. Vademécum fitoterapia [serial online] 2004 marzo. Disponible en: URL: www.fitoterapia.net/vademecum/plantas/206.html
- 11.Cañigueral S, Vanaclocha B. Usos terapéuticos del tomillo. Rev fitoterapia. 2000; 1:5-13.

AUTHOR/S:

Dr. Atefeh Ghanbari, and Mojgan Baghaie

TITLE:

Study on Research Priorities in the Care of Cancer Patients

TEXT:

Introduction: In recent years, the nature of the health care for the cancer patients has undergone many changes with the increased cancer patients, their survival rate, many advances in technology and drugs, new treatments and care centers[1]. In addition, world statistics indicating the incidence of 7.5 million cases of new diagnoses of cancer disease per year and the risk of developing 1 person out of 3 people in the community suggest that the cancer is a very common condition[2]. Since these patients require multi-faceted care in different clinical centers and at home for acute and ambulatory treatments and it is expected from all care-givers to provide qualified, qualitative and low-cost care, the necessity for the presence of the specific resources and skills in the nurses working in these centers will be of great importance. Thus, the care for the cancer patients is a personal, professional and challenging task[3] requiring research in the area of care and treatment of the cancer. In the world today, research is an important force in creation of change for promotion. Corner and Baily (2001) write that only by directing the studies in the areas of biologic and genetic factors, development and evaluation of the new treatments and the best procedures for the care of the patients, it can be ensured that our ethical and spiritual duty, i.e., providing the maximum treatment and meeting the needs of the patients with cancer, is carried out[1]. Hence, according to the viewpoint of research studies commissions, cancer was recognized as a high priority issue[4]. On the other hand, research in health care requires more planning and strategic direction because according to the Royal Nursing College (1996) the main research function in cancer nursing is the establishment of a scientific basis for nursing education, management and performance with a focus on cancer effect and its treatments on the lives of the patients and their families[1]. The first step in this path is to identify the problems and to pay attention to the future. Giulio, Richardson, Kearney (2000) believe that the use of national studies results in the field of research priorities is a way for acquiring the understanding and awareness regarding the areas requiring attention and further research studies. Many studies, since 1978 when Obrest published his Delphi study, were carried out about the priorities [5]. In his study for determination of research priorities on 254 American nurses participated in an educational course, Obrest prioritized 10 research areas including the relief of nausea and vomiting, nursing measures for relieving the pain, advanced planning for the discharge, adaptation with the sorrow and death as well as the prevention and treatment of the stomatitis [1]. For instance, Rusten, Schjolberg and Diple (2000) have done a study for determination of research priorities in viewpoint of Norwegian Nurses. They asked their research units to select their research priorities among a 80-case list in their view. Findings showed that the quality of life had received the highest priority. Following that, protection and socio-psychological consultation, communication between nurse and patient, involvement of patient in decision-making process, burn out, and the ethics had the highest priorities. [6]. Despite a great number of these investigations until very recently, no comparison had been conducted on these data. But Dutch Nursing Forum in the Netherlands has made an experimental comparison possible. By comparing the data of the studies performed, this forum demonstrated that the priorities determined in the American studies were similar to the cases determined in the Canadian study but they were different from the results of the European studies. The forum mentioned the reason for difference between American and European studies was due to the existing difference in the evolutionary phase of research in the area of cancer nursing in these two continents[5]. Considering these results, the necessity for determination of the national and regional strategies is felt[1] since the prioritization of the issues in the nursing research for the cancer patients in the different countries can be regarded as a

reflection of the philosophy and health care system of those countries .For example, in England and the Northern Ireland ,greater tendency has been created for the ambulatory care of the cancer patients .This change can be a predisposing factor for the perceptions in the nursing so that care cases of patient including communication ,educational needs and the maintenance of care alongside with the professional cases including burn out and stress can be regarded as the high priorities of the research. Thus, this question is raised for the what are the research priorities in viewpoint of nurses in Guilan Province .It is hoped that the findings obtained in this research can be effective in leading the future investigations in the high priority areas ,and, as a result ,for improvement of patients care .

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study whose data collection instrument is a two-part questionnaire developed by the investigators consisting of demographic characteristics (age ,sex ,education ,job title, years of service in educational and clinical areas ,completing educational course for care of cancer patients) and the phrases related to the research items based on the Lickert scale “ from very important (6 points) to very insignificant ” .It was developed in two phases .In the first phase, according to the questionnaire derived from the European Oncology Nursing Society(EONS) and in the framework of an open-answer question ,it was asked from 25 nurses of the scientific committee members of the APOCP Conference in Iran to determine 5 research questions that had the highest priority in the care of cancer patients .After summing up the answers obtained from the views of the respondents and the results obtained from other studies in the area of the research priorities ,finally ,a questionnaire in 7 themes or cluster (checking the symptoms and signs ,communication and delivery of information ,cases of cancer services, palliative care, family, professional nursing services and treatment cases)was prepared in 35 phrases. The questionnaires were distributed among all the conference nurse participants.54 nurse participants completed and returned them. Results obtained were analyzed using the statistical software of SPSS ,Version 10 that were presented in the tables.

Results: The women (92.6%) accounted for the majority of the research units ,among whom 59.3 % served as clinical nurses ,with a record of direct connection with the cancer patients (96.3%) and without any record of special educational course (100%).In addition , the highest percentage of the research units affiliated to Guilan University of Medical Sciences (GUMS) participated in this research .Also, the greatest percent of the research units were at the age of over 40 years (40.7%)with a mean age and SD of 38.1 ± 18.7 and had a clinical work record of less than 10 years (46.3%), with a mean age and SD of 11.9 ± 8.08 .Prioritization of the phrases following the integration of columns “ from very important and significant ”indicated that 5 research themes with the highest priorities in viewpoint of the research units were as follows respectively: “socio-economic and psychological effects of cancer diagnosis on the family”, “ care of mouth for the patients receiving chemotherapy ”, “nutritional needs of the patients with cancer ”, “strategies for sustaining the hospital care at home ”, and “ good communication with cancer patients in all phases of the disease ”.On the other hand, the subjects with the lowest priorities were as follows respectively: “typical characteristics of the affected people ”, “ effect of education on the admission of the disease ”, “ patients’ understanding on conveying the complete information to them ”, “patients’ quality of life ” and “the role of nurse in palliative care ”

Discussion :Considering the fact that the most of the research units (96.3%) had direct connection with the cancer patients ,it can be said that their views regarding the issues with the high research priority are based on the problems that they were faced with them .This research findings in comparison with those of other studies is considerable in terms of certain differences .Findings of present research shows that particular attention to the “socio-economic and psychological effects of cancer diagnosis on the patient and family” is considered as an issue with the first priority .Although attention to the “socio-economic and psychological effects of cancer diagnosis on the cancer patient and family” was considerable [1,6,7,8], it was not received such an high priority as this priority. Perhaps this finding is related to the family role towards the economic and psychological protections of cancer patient in Iranian culture that Iranian families support the patient continuously .Therefore, the family will be influenced by the severe effects of the cancer .Results analysis suggests the presence of 4 basic areas such as socio-psychological care, and/or protection of patients “socio-psychological effects of cancer diagnosis on the patient and family, educational needs and communication”, professional cases (stress and burn out),care delivery (maintenance of care ,palliative

care) and clinical cases (pain, nutrition and care of mouth) .“Socio-psychological effects of cancer diagnosis on the patient and family, educational and care needs, stress and burn out,and communication” by ranking among the 10 research high priorities suggest the importance of the socio-psychological aspects of cancer .Concerning this issue ,Corner (1993) states that cancer nursing research should be focused on the disease and treatment effects so that such investigations can reduce the problems and meet the individual and family needs by appropriate planning of the nursing care for relieving the disease [9].Oral care in patients undergoing chemotherapy and the nutritional needs of the cancer patients were among the issues that had accounted for the second and third ranks of the research priorities in the viewpoint of the research units .The reason for these top priorities , in view of the researchers, was that 100% of the patients receiving high dose chemotherapy and the majority of patients under treatment with other anti-cancer treatments suffer from stomatitis .High prevalence of this morbidity ,despite the existing care, can indicate the significance of this issue

On the other hand , the issue with the lowest priority was the phrase“ nurses fear of the care in the final phases of the disease ” that has been placed in the 20th priority .This finding can be due to the high prevalence of cancer and experience of nurses in the care of cancer patients in the terminal phase. In this connection, Kwekkeboom (2005) writes that millions people of the world population die from cancer and these death cases occur in the hospitals, medical centers, and the places for care of cancer patients where the nurses play a central role for the care of patients in the end stages[13].

Conclusion : Findings from this research represent the research areas with high priorities consisted of the “socio-economic and psychological effects of cancer diagnosis on the family”, “ care of mouth for the patients receiving chemotherapy ”, “nutritional needs of the patients with cancer ”, “ good communication with cancer patients ”, and “strategies for creation of maintenance in the care delivery for the patients ”.The research areas determined and the questions raised will be able to the strategic direction of the nursing research towards the new challenges ahead of the nurses .Therefore ,it is suggested that similar investigations can be made on other treatment and care teams in order to allow them to deliver a more comprehensive and appropriate strategies for care of the cancer patients.

BIBLIOGRAPHY:

References:

- 1- Mcilpatrick, s.j., and Keeney, s."Identifying cancer nursing research priorities using the Delphi technique." *Journal of Advanced Nursing*.2003.42 (6):629-639
- 2- Corner , J., Bailey , C. *Cancer Nursing Care in the Context*.London: Blackwell science . 2001
- 3- Otto , S. F. *Pocket Guide Oncology Nursing*.St.Luis: Mosby. 1998
- 4- Otto , S. F. *Oncology Nursing , clinical Reference*. St.louis: Mosby. 2004
- 5- Kearney , N . , Richardson ,A. , and Giulio . , P. D. *Cancer Nursing Practice, A Textbook for the Specialist Nurse*. Churchill livingstone. London 2000
- 6- Rustoen , T. , Schjolberg T. K. , and Diple , E. "Cancer Nursing Research Priorities : A Norwegian Perspective" . *Cancer Nursing* . 2000. 23 (5): 375-381
- 7- Baker , D . A. , and Fitch , M. " Oncology Nursing Research priorities: Candian perspective". *Cancer Nursing*. 1998:21: 394-401
- 8- Degrer , I. Areond , K., and Cherleryn , J."Priorities for Cancer uring Research . *Cancer Nursing* . 1998: 10 : 319-320
- 9- Corner , J. *Building a Framework for Nursing Research in Cancer Care* *European Journal of Cancer Care*.1993: 2: 112-116
- 10- Wilkinson , S. et al. "A Longitudinal Evaluation of a Communication Skills Programme". *Palliative Medicine*. 1999:13 : 341-346
- 11- Maquive, P. and Faulhrer , A. " How to Do It: Communicate With Cancer Patients". *British Medical Journal*. 1988:297: 10-15
- 12- Daniel , L. and Ascough, A. " Developing a Strategy for Cancer Nursing Research: Identifying Priorities ". *European Journal of Oncology Nursing* . 1999:3; 161-162
- 13- Kwekkeboom , K.L.et al. *Companionship and Education: A Nursing Student experience (palliative Care)*. *Journal of Nursing Education*.

AUTOR/ES:

Dulce Maria Nunes

TÍTULO:CUIDANDO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE CÂNCER:
o significado da linguagem das técnicas de enfermagem**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Este estudio es cualitativo, fenomenológico, con apoyo filosófico en Merleau-Ponty y trata sobre el develamiento del significado de un conjunto de palabras, denominado lenguaje. Fue desarrollado entre técnicas de enfermería (TEs) que cuidan de niños portadoras de enfermedades oncológicas, internados, acompañados por la familia en un hospital de enseñanza universitario en Porto Alegre, RS, Brasil. El contenido que constituye ese lenguaje tuvo origen en un estudio sobre el lenguaje del cuidado(1).

Estas profesionales del equipo de enfermería son las que en lo cotidiano más se aproximan de los niños y familiares; ellas desarrollan cuidados, suministrando medicamentos, realizando la higienización y el confort de los niños. Esta aproximación pasa a ser necesaria porque la especificidad del cuidado es que medía la relación con los niños, posibilitándoles privar de la intimidad y de la confianza del conjunto familiar.

Se percibe que las técnicas de enfermería permanecen más tiempo junto con los niños/familiares realizando los procedimientos del cuidado, cuando participan de este conjunto familiar oyendo sobre otras necesidades para las cuales no son prescritos cuidados porque se manifiestan en aquel momento, pero hacen parte de los sucesos que ocurren en una unidad de oncología pediátrica.

En estos momentos de cuidado surgen situaciones imprevisibles, consideradas como espacios que facilitan los procesos de empatía y de interacción, siendo estos los promotores de las manifestaciones de un lenguaje característico entre estos actores de cuidado.

Este lenguaje, al ser desvelado, contribuye para comprender las técnicas en sus esperas silenciosas de que el niño mejore; en sus inconformidades cuando el niño lucha, lucha y muere; en el respecto incondicional a la familia de los niños, además de la técnica y destreza manual, ellas vivencian esta experiencia humana de una forma peculiar de cuidar.

Mientras el acto de cuidar, las profesionales permiten percibir su comprometimiento, conceptuando como cuidado "el modo de ser del cuidador. Este modo está imbricado en nuestro ser, que se torna difícil de comprender en nuestras acciones, pero que nos llevan a un involucramiento cuidadoso, amable y amoroso"(2:157). El cuidado se manifiesta en un proceso entrelazado de relaciones, conocimiento científico y técnico, en una constante interacción y comunicación con el conjunto niño/familia/cuidadoras.

La relevancia de este estudio apunta para la comprensión del significado de los textos que están siendo comunicados a partir de este lenguaje. Este significado se constituye en una forma de revelar las características del cuidado prestado a los niños, impregnado de la intención que las cuidadoras expresan en la realización de su hacer. Objetiva desvelar el significado del lenguaje expreso por las técnicas de enfermería cuando cuidan de los niños portadores de cáncer.

AMPARO TEÓRICO-FILOSÓFICO

El filósofo Merleau-Ponty integra la cadena de pensamiento llamada fenomenología. Es considerado un filósofo existencialista, "preocupándose con el hombre mucho más en su existencia de que en su esencia"(3:13)

Fue uno de los teóricos que tomó el lenguaje como una de las principales preocupaciones, interpretándolo como modalidad del cuerpo; como extensión del cuerpo, el hace parte del mundo de la experiencia, siendo el comportamiento de grado más elevado del ser humano(3).

El mundo de la palabra no es visto como una consideración clara, perfecta, pero entretejida de silencios, subentendidos, blancos y desvíos, pero que no interfieren en la comunicación(3).

Al atribuir a la palabra un significado mutable, Merleau-Ponty objetiva mostrar que ella está siempre en suspenso, prestes a ocurrir, dependiendo del contexto(3). A partir de la fenomenología de Merleau-Ponty, se comprendió el fenómeno lenguaje como la manifestación que entrelaza el cuerpo, la sensibilidad y la cultura, el objeto de esta pesquisa.

METODOLOGÍA

Se eligió como camino metodológico la fenomenología segundo Merleau-Ponty, que conduce el investigador al acercamiento del mundo, vida de los sujetos, permitiéndole el abordaje de las experiencias humanas. Es el estudio de las esencias, abordando el fenómeno que se manifiesta a sí mismo. La intención es de ir hasta él, para integrarlo buscando describirlo, captando su esencia.

Los sujetos del estudio son ocho técnicas de enfermería. Fueron respetadas las directrices y normas reglamentarias de pesquisa en seres humanos(4).

El instrumento para la recolección de las informaciones fue la entrevista semi-estructurada siendo la cuestión orientadora: "Para Usted que cuida de niños en la UOP, ¿cual es el significado de las palabras: profesión/sacerdocio, habla/toque, juego/seriedad, catarsis, razón/sensibilidad, estereotipo, competencia/desempeño y salud/enfermedad?".

Las informaciones recogidas fueron sometidas al análisis fenomenológico, constituido de los siguientes pasos: descripción, reducción fenomenológica, y comprensión, seguida de interpretación. Este análisis permitió desvelar y comprender el fenómeno y re-significar el lenguaje como se muestra.

EL FENÓMENO

A continuación, son presentados los significados expresos por los sujetos del estudio.

Las TEs sugieren que profesión es un valor y una vocación. Sacerdocio es considerado como la necesidad de ayudar otras personas con enfermedades destructoras que las hacen distintas a sus y a los ojos de los otros.

Para las TEs, el habla se revela como un suceso esencial y es considerado como uno de los instrumentos indispensables para el cuidado humano.

El toque se revela como elemento sensible que el cuidador dispone en las manos; es básico; y, es un acto importante por ser una consecuencia del habla. Cuando los niños son recién hospitalizados, deben ser preservados porque están temerosos. Entonces, se evita tocarlos porque se muestran indignados; para empezar, se habla con el niño y, si no hubiera solución, tócaselo.

"[...] la comunicación o la comprensión son gestos por la reciprocidad entre mis intenciones y los gestos del otro. Todo se pasa como si la intención del otro habitara mi cuerpo o como mis intenciones habitaran lo suyo"(5:251).

El juego es concebido como una atenuante del ambiente adverso, pues muchas veces uno tiene que llevar algunas cosas como un juego, más aún en ese sector que es pesado. Es necesario relativizar, flexibilizar actitudes y tornar la relación tranquila. "Es una actitud fundamental y, con facilidad, perdible, pues requiere total inocencia. Cualquiera actitud humana que sea disfrutada en una realización – en la cual la atención de quien vive no va allá de ella – es un juego"(6:231-2).

La seriedad es primordial en cualquier momento en que estamos ejecutando una actividad de cuidado, pues no son pocas las situaciones que exigen seriedad. De juego y seriedad, los griegos definían el "ludens" como "serio-sereno". "Saber jugar con seriedad es el arte de plasmar la vida, darse a las cosas y ser libre [...]"(7:20).

Catarsis significa la posibilidad de expresar los sentimientos, tensiones, estrés advenidos de las repercusiones de la enfermedad cáncer, del diagnóstico al tratamiento, cura o muerte de los niños. "El catarsis ocurre cuando la energía utilizada en la manutención de la separación de sentimientos y partes de sí mismo es liberada [...]. Esa energía es experimentada como una sensación de alivio, normalmente acompañada de lágrimas y a veces risas"(8).

Entre la razón y la sensibilidad existe un espacio sutil; la delicadeza de esta tenuidad en la actitud es casi imperceptible, pues permite que ambos estados, racional y sensible, estén presentes en el cuidado de los niños.

La enfermería tiene el estereotipo de profesión desconocida. Las TEs comentan la necesidad de difundirla, tornarla reconocida en sus competencias, mostrando a la sociedad que, aún que sea obvia, la presencia de médicos a los enfermos hospitalizados, sin el equipo de enfermería, la

institución se torna inoperante, sin mínimas condiciones de funcionamiento adecuado al tratamiento y recuperación de los enfermos.

“La competencia es definida como una capacidad de obrar eficazmente en un determinado tipo de situación, apoyada en conocimientos, pero sin limitarse a ellos”(280). Competencia, en el entendimiento de las TEs, es un conjunto de condiciones requeridas en toda profesión; es la persona tener conocimiento; estar en condiciones de cumplir las funciones; procurar ejecutar todo de forma correcta, si hubiera competencia, hay buen desempeño de las actividades.

El desempeño es algo que debe ser evidente en todas las profesiones; es tener conocimiento y habilidad para realizar los procedimientos; es el cumplimiento de todas las funciones; es revelador en la medida de la competencia; es algo personal; es hacer lo posible para satisfacer y ser gentil; es cumplir el horario de trabajo; es dedicación.

La salud es una condición particular del modo de ser y de vivir. Tener sentimiento de placer y disposición del espíritu para cuidar.

La enfermedad es un estado de tristeza, inquietud; es sensación desagradable que pasa por la existencia de las personas; cualquier ser humano estaría sujeto a pasar; es alguna cosa indeseable, pero ocurre...

REFLEJANDO...

Este movimiento de reflexión fenomenológica contribuyó para mejor comprender la práctica comunicativa en las actividades de los cuidados peculiares, realizadas por las técnicas de enfermería de la UOP, mientras cuidan de sus pacientes; pues, la constante proximidad con los sucesos que se desarrollan en lo cotidiano de aquel sector del hospital, puede fragilizar la condición del enfrentamiento de las situaciones estresantes, tan necesario a las cuidadoras; llamar a la atención para un espacio de cuidado, lenguaje, lo cual las instituciones poco examinan, en el sentido de ofrecer espacios donde las cuidadoras puedan expresar sus experiencias y sus sentimientos, y continuar a se mantener saludables, sensibles, con disponibilidad para cuidar.

BIBLIOGRAFÍA:

1 Nunes DM. Linguagem do cuidado [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1995. 246 f.

2 Freitas KSS. O vó da arte e educação no cuidado do ser. Erechim: EdiFAPES; 2001.

3 Carmo PS. Merleau-Ponty: uma introdução. São Paulo: EDUC; 2004.

4 Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

5 Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

6 Maturana HR, Verden-Zöllner G. Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia. São Paulo: Palas Athena; 2004.

7 Mondim B. O homem, quem ele é? Elementos de antropologia filosófica. São Paulo: Paulus; 1980.

8 Blatner A. A teoria da catarse [periódico na Internet]. Rev. Psicol. Catharsis 1999 [citado 2006 set 11];3(11):[cerca de 2 p.]. Disponível em: http://www.revistapsicologia.com.br/materias/pontodevista/m_pontodevista_adam.htm.

9 Almeida MA. Competências e o processo de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem 2004;57(3):279-83.

AUTHOR/S:

Timmermans, O.A.A.M.J.

TITLE:

Coping and Emotional Pressure

TEXT:

An important aspect of work and job experience of nurses is the well-being of nurses. A better sense of well-being of nurses during work positively influences job satisfaction and quality of care giving (Boumans, 1990; De Jonge, et al., 1994; Maas, 1991, Ernst et al, 2004). Several studies have been conducted as to the factors that influence the well-being of nurses in various settings (Boumans, 1990; Maas, 1991; De Jonge, et al., 1994, Gillespie, 2005). A significant factor for the well-being seems the emotional pressure in nurses (Boumans, 1990; Maas, 1991). Emotional pressure is considered the psychological pressure that the individual nurse experiences due to emotionally draining situations during work and the way the nurse deals with this (Rowe, 1999). During work nurses often encounter taxing situations, stressful events and disappointments (Rebel & Bus, 1993; Bourbonnais et al., 1998). The emotional pressure, which develops, can lead to adverse consequences for the nurse and her work organisation (Schaufeli, 1994; Melchior, 1996; Rowe, 1999). A sustaining high emotional pressure causes emotional exhaustion and eventually a disruption of the psychological balance in nurses.

Nurses try to resist emotional pressure and maintain psychological balance through a number of characteristic behaviours. This is called coping behaviour, which means cognitive and behavioural efforts of the individual to control, reduce or tolerate stressful events (Lazarus & Folkman, 1984). Coping is a dynamic concept and seems to be essential for the performance and well-being of the individual nurse (Munro, 1998).

The aim of this study is understanding the relationship between used coping strategies and emotional pressure. The relationship between individual characteristics of group leaders and ward influences, and used coping strategy and emotional pressure is also examined.

Literature

Emotional pressure during work frequently occurs in nurses in psychiatry (Carson, 1995; Munro, 1998). Landeweerd and Boumans (1988) show that nurses encounter taxing situations, stressful events and disappointments during their work that move them emotionally (Landeweerd & Boumans, 1988, Bakker et al, 2005).

Betgem (2000) indicates that a large part of the contact psychiatric nurses have with patients have an emotionally imposing character, which means that emotional pressure is a continuously present aspect of the work of psychiatric nurses. In child and juvenile psychiatry, emotionally draining situations also occur (Rebel & Bus, 1993).

Schaufeli (1990) states that emotional pressure is an individual, subjective experience. Different nurses experience different emotional pressure in the same job situation. This is confirmed by Rowe (1999) who states that it is about the individual, personal experience of job situations. The individual experience is influenced by personal and environmental characteristics (Boumans, 1990; De Jonge et al., 1994; Melchior, 1996; Betgem, 2000).

Continuously too high emotional pressure leads to emotional exhaustion. Asai et al (2006) and Schaufeli (1994) indicates that emotional exhaustion is the main symptom of burnout syndrome. If emotional exhaustion exists, there evidently is a too high emotional pressure, which means that emotional exhaustion can be seen as a sustained high emotional pressure (Schaufeli & Dierendonck, 1994).

In order to limit possible disturbance of the mental balance, which is caused by emotional pressure during work, nurses demonstrate characteristic behaviour. This behaviour aimed at restoring the balance is called coping. Coping means to be able to deal successfully with or handle a situation; manage (Collins, 1998). In nursing, coping is mainly used in the meaning of processes that occur to handle difficult situations (Hazel & McHaffie, 1993, Pongruengphant .& Tyson, 2000, Tully, 2004).

Heck and Vingerhoeds (1989) indicate that individuals prefer (a combination of) certain coping strategies. These preferences seem to relate to former learning experiences and personal characteristics (Heck & Vingerhoeds, 1989). The concept "coping strategy" implies a certain stability, but a coping strategy is changeable (Schreurs et al., 1993). One particular coping strategy is not better than another one. The situation in which a coping strategy is used and the duration and frequency of the stressor are aspects that decide which coping strategy is effective or is not (Heck & Vingerhoeds, 1989). By making coping operational according to strategy, coping becomes a measurable concept. This study concurs with the seven coping strategies of the Utrecht Coping List, that is "active problem-focusing", "palliative reaction pattern", "avoidance behaviour", "seek social support", "passive reaction pattern", "expression of emotions" and "comforting cognition".

With regard to the personal characteristic "gender", Boumans (1990) and De Jonge et al. (1994) describe that female nurses experience more positive job characteristics than male nurses. This is, however, contradicted by Melchior (1996) who, on the contrary, describes a relationship between female nurses and the negative job characteristic "high emotional pressure".

Different Authors describe a relationship between age and negative job characteristics (Landeweerd and Boumans, 1988; Schaufeli & Dierendonck, 1994; Melchior, 1996; Rowe, 1999; Betgem, 2000; Kirkcaldy & Martin, 2000). The following pattern seems to develop: during the first few years of working as nurse, there is high emotional pressure. After working for some years as nurse, there is also high emotional pressure. During the period in between, the emotional pressure is low.

Reference material shows that a number of environmental characteristics influence emotional pressure and coping behaviour in nurses (Cronin-Stubbs & Brophy, 1985; Landeweerd & Boumans, 1988; Wollants, 1987; Dassen, 1989, Lambert et al, 2004). Environmental characteristics are job characteristics ("autonomy", "quantity of social support", "type of leadership", "culture of the ward") and type of ward. The influence of job characteristics "autonomy", "quantity of social support", "type of leadership", "culture of the ward" has been proven by several studies (Cronin-Stubbs & Brophy, 1985; Landeweerd & Boumans, 1988; Wollants, 1987; Dassen, 1989).

Researchers of the so-called "Michigan School" incorporated the process of perceiving stressors at work, reactions and influencing factors into the Michigan Stress Model (Kahn, 1970; Driessen, 1979, Ekker & Sanders, 1987). Given that this study deals with the relationship between personal characteristics and ward influences, on the one hand, and used coping strategies and emotional pressure, on the other hand, this model is used as theoretic frame.

Discussion and Conclusion

This study gives a first concrete impression of emotional pressure during work of Nurses in child and juvenile psychiatry. The high average scale score indicates that Nurses in Child and Juvenile Psychiatry encounter emotionally draining situations during work. A conclusion that corresponds to previously conducted, describing research. This demonstrates that in child and juvenile psychiatry as well as in regular psychiatry, emotionally draining situations are a continuous aspect of the work of Nurses (Rebel & Bus, 1993; Betgem, 2000).

The expected relationship between coping strategies and emotional pressure has partly proven to be true in this study. Respondents who use in practice a passive coping strategy for dealing with problems at work experience heavy emotional pressure. This concurs with results from previous research of the influence of coping strategies in nurses (De Jonge et al., 1994; Betgem, 2000).

The relationship between personal characteristics and occurrence of emotional pressure is not unambivalently named in the literature. Despite of the fact that this study has not encountered significant relationships between personal characteristics of Nurses and occurrence of emotional pressure, there are a number of differences in scores. These differences indicate possible relationships between personal characteristics (gender and education) and occurrence of emotional pressure.

As opposed to previous research, this study has also examined the relationship between personal characteristics and used coping strategies. Older, more experienced Nurses vent more feelings about emotionally draining situations at work than young, inexperienced Nurses. As well, more experienced Nurses apply the (passive) coping strategy "comforting cognition" infrequently. Several authors (Carson et al., 1995; Melchior, 1996; Rowe, 1999) indicate that venting emotions during work is an effective means to prevent emotional pressure. This assumption is partly affirmed by this study.

Although no significant differences have been found in the relationship between type of ward and occurrence of emotional pressure, the results of the study at issue endorse the findings of Wollants (1989), Dassen (1989) and Betgem (2000). The highest emotional pressure is experienced at two long-stay wards. Making operational "type of ward" according to function and duration of hospitalisation delimits this study, but it also seems that a number of important aspects are not included in this study. This way of making operational is why the relationship between the aspects "responsibility for care", "control over the course of treatment" and "independence of clients", and development of emotional pressure has not been examined.

BIBLIOGRAPHY:

- Asai M, Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Fujimori M, Akizuki N, Nakano T & Uchitomi Y. (2006) Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 23.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B. (2005) Burnout among Intensive Care Nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3) 276- 87
- Betgem, P.J. (2000) *Wokstress and Burnout in Pschychiatric Nursing*, Nijmegen University Press, Nijmegen
- Boumans, N.P.G., Landeweerd, J.A. & Houtem, J.H.M van (1989) Satisfaction at Work of Nurses: factor- and reliability analysest, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 6, 199 - 203
- Boumans, N.P.G. (1990) Nurses in General Hospitals: Influence of environmental variables on stress and Burnout, *Verpleegkunde*, 3, 153 - 163
- Carson, J. (1995) Stress in Mental Health Nurses, *British Journal of Nursing*, 4, 10, 579 – 582
- Collins English Dictionary (1998), HarperCollins Publishers, Glasgow
- Cronin-Stubbs, D. & Brophy, E. (1985) Burnout, can social support save the psychiatric nurse? , *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 7, 9 – 13
- Dassen, T.W.N. (1989) *Nursing in Psychiatry: a study of the Nurses Tasks*, Intro, Nijkerk
- Driessen, J.G.M. (1979) *Stressors, social support and strains*, Katholiek universiteit Nijmegen
- Ernst, M.E., Messmer, P.R., Franco, M., Gonzalez, J.L (2004) Nurses' job satisfaction, stress and recognition in a pedoiatric setting, *Pediatric Nurse*, 30(3):219-27.
- Gillespie, M., Melby, V. (2005) Burnout among Nursing Staff in Accident and Emergency and Acute Medicine: a comparitve stduy, *Journal of Advanced Nursing* 12 (6); 842-51
- Hazel, E. & McHaffie, S.R.N. (1993) Coping: a part of Nursing, *Verpleegkundig Perspectief*, 4, 50 – 62
- Heck, G.L. & Vingerhoeds, A.J.J.M. (1989) Copingstyles and Personal Characteristics, *Nederlands tijdschrift voor de Psychologie*, 44, 73 – 87
- Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., Nijhuis, F.J.N., Boumans, N.P.G. (1994) *Effects of Pressure a Work, Autonomy an*

AUTHOR/S:

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Patrícia Rodrigues Gomes, Rachel Nunes Freire, Silvia de Martins Quinta, Silvia Maria Simões Vaz

TITLE:

COMMUNITY HEALTH NURSES AND BREASTFEEDING PROMOTION

TEXT:**AIMS**

To assess the knowledge and intervention strategies applied by nursing professionals who develop their professional activities in primary care delivery in the breastfeeding context.

METHODS

A descriptive, retrospective, transversal study was conducted in a sample of 52 nurses who developed their professional activity in three health centres, from November 2004 to June 2005; a questionnaire designed by the authors was administered to the sample, and pre tested with nurses who worked in a different health centre. The formal authorization was requested to the Coordinator of the Health Sub Region, and had a positive response. The filling of the instrument for data collection occurred during the end of the first trimester of 2005, with all the nurses who accepted to collaborate, during the Health Centres monthly meeting. Every participant nurse was previously informed of the aims of the study, and the confidentiality and anonymousness of the answers was assured. 89 nurses, 16 of whom were specialist nurses and 73 generalist and graduated nurses, constituted the target population of the study. The inclusion criteria were to be a nursing care delivery nurse, to attend the monthly meeting in the health centres and to accept to collaborate in the study. Data were worked in computer and the statistical calculus used were the distribution of absolute and percentual frequencies and the calculation of measures of central tendency and dispersion for the quantitative variables. The information gathered in the open-ended questions suffered content analysis. The studied sample included 94,2% female participants and 5,8% male participants; the ages ranged from 20 to 70 years and the mean age was 41,5. 13,4% participants were nurses, 65,4% graduated and 21,2% specialists. 44,9% of the nurses had a bachelor degree and 55,1% was graduated. The length of time in the profession and in Primary Health Care ranged from 0 and 40 years. 75,0% of the nurses had children and the average duration of the youngest child breastfeeding was 8,0 months. 89,5% of the participants mentioned not considering the partners opinion to the decision of breastfeeding. Regarding the male nursing professionals only one had children and he said that the baby had been breastfed for 5,0 months and that he had influence in the decision to breastfeed.

RESULTS

- Only 69,2% mentioned being informed by the maternity ward about the baby's birth. The period of time ranged between the birthday and 30 days after birth. The average was 11,8 days.
- Every nurse considered breastfeeding a knowledge area in which they needed to be updated. They did it by reading scientific journals (84, 6%), books (67, 3%), attending conferences/lectures (67, 3%), surfing in the internet (36, 4%), watching television (30, 8%) and listening to radio (7, 7%).
- 84,6% participated in education actions about this subject, in average about 1,1 year ago, but only 54,5% mentioned the health centre as an educational entity.
- Only 55,8% knew the recommendations of the WHO to the promotion of breastfeeding. Out of these only four (33, 3%) knew that the WHO recommended steps to the breastfeeding promotion are ten.
- 78,9% denied the existence of any rule in the Health Centre about the teachings to be made on breastfeeding.
- Only 7,9% believe exclusive breastfeeding to be when the baby has no other liquid or solid from any other source, except minerals and vitamins
- Only 80,0% thought that the exclusively breastfed baby doesn't need water supplements.
- The duration of the exclusive breastfeeding advised by the nurses ranged between 0 and 48 months; 68,3% mentions that they advise mothers to exclusive breastfeed during the first 6 months.

- 95,9% said that they advise a breastfeeding mother who needs to leave to “express breast milk to feed the baby later”, and 94,2% mentioned advising the mother to use through bottles with teats.
- Only 73,1% has Maternal Health visits. Out of these, 92,1% referred mentioning the issue of breastfeeding in the visits of each pregnancy trimester, 97,4% mentioned encouraging the pregnant woman to breastfeed and 76,3% mentioned encouraging the participation of the father in the woman’s decision to breastfeed.
- 94,7% trains the preparation of the nipples to breastfeeding. The most referred to teachings were the use of breast pumps and squirts (35,3%); use of breast moulds (17,6%); Hoffman technique (17,6%); colostrums extraction (5,9%).
- The advised time to breastfeed ranged from 6 months to an indeterminate time.
- 98,1% referred mentioning the issue of breastfeeding during the Child Health visits. The most referred to issues are the period between feedings, advantages and disadvantages of breastfeeding, duration of feedings, breast care, prevention of breast fissures and breast engorgement. The less referred to issue was the expression and conservation of breast milk.
- 79,8% encourages the use of silicone nipples, in case of flat and fissured nipples.
- Only 69,2% discouraged the use of pacifiers in breastfed children.
- Only 37,2% encourages the mothers to breastfeed the baby on demand night and day.
- Only 64,0% teaches the mothers to nurse as long as the baby wants.
- 53,0% taught the mothers to breastfeed always from the two breasts, interrupting the baby nursing, on the first breast in order to switch to the other breast.
- 25,5% thought that only the nipple should be put into the baby’s mouth.
- 44,9% considered that the breast should be washed before and after each feeding but 42,9% said that the washing of the breast should be done in the daily bath and with no soap.
- 84,6% mentioned teaching the mothers to protect the nipples and the areola, by expressing a few drops of milk onto the nipples after feeding and let air dry and 44,2% having in mind the correct position of the baby to the breast in the presence of breast fissures.
- When a mother has breast engorgement, 63,5% teach the mothers to do the manual expression of milk and 48,1% teaches to use heat before the feeding and ice after.
- 58,0% teaches the mother the scissors hold.
- 40,4% associates the fissures to the length of the feeding.
- Facing a mother that seems to have not enough milk, 32,5% mentions that they weight the baby before and after the feeding, 32,5% advises the increase of the feeding frequency and 20,0% counsels the introduction of artificial supplement.
- 78,8% includes information on breastfeeding mother’s legal protection in the advice given to the pregnant women/puerpera.
- Only 28,8% mentions distributing written information on breastfeeding as a complement to oral information.
- Only 13,5% mentions making community education sessions about breastfeeding.
- Only 2,3% finds it appropriate to initiate the approaching of this issue starting from childhood.
- 88,5% mentions not discussing the subject of breastfeeding in their home visits.
- 92,3% mentions not being aware of any breastfeeding support group in the community they work in and although 49,8% finds important the existence of these groups, 84,6% state having never encouraged its creation.

CONCLUSIONS/SUGGESTIONS

Every primary health care professional demonstrated great interest for the promotion of breastfeeding, which could be seen by their great participation in education actions about the issue. These results led us to acknowledge that professionals had a wide knowledge at this level, being aware of what is presently recommended based on recent studies. However, with the evolving of the results evaluation, we realised that their knowledge was within our expectations. We began to realise that they aren’t aware of the WHO recommended steps to the promotion of maternal breastfeeding and later, that they had difficulties in recognising differences between exclusive breastfeeding and maternal breastfeeding. We gradually realised that they had little preparation to adequately inform the mothers, both in prenatal and in the post birth visits; therefore, it is urgent that the health professionals update their knowledge and revise their practices in order to become breastfeeding promoters, which is a priority to the child’, mother and family health and well being.

AUTOR/ES:

Margarida Reis Santos; Constança Paúl; João Amado

TÍTULO:

SEXUAL BEHAVIOUR OF HIGH-SCHOOL ADOLESCENTS

TEXTO DEL TRABAJO:**1 - INTRODUCTION:**

Questions about sexuality are not exclusive of adolescents (Santos, 2003), since the psycho-sexual development of each individual starts well before adolescence. However, it is during this period that his / her sexual organisation starts to take a definite character, both at the somatic and the sociological / psychological levels (Coslin, 2003). Each adolescent tries to build his / her identity integrating feelings, needs and desires. Adolescence is when many people start their sexual activity (WHO, 2003). During the last decades, the work of several authors demonstrates that youngsters of both sexes initiate their sexual activity increasingly earlier (Rede Feminista de Saúde, 2004). The beginning of their sexual activity is not however related to a consistent sexual education, neither to the acquisition of physiological knowledge, or to familiarity with biological aspects of sex and reproduction. Since many adolescents do not use any contraceptive methods (Santos, 2003), those adolescents that are sexually active risk an involuntary pregnancy – a girl sexually active that does not use a contraceptive method has a probability of 90% of getting pregnant during the first year (Brook Advisory, 2003) – as well as HIV and other sexually-transmitted infection (STI) (Vesely, 2004; WHO, 2002). In a society where adolescents are constantly molested by images of sex, it is not enough – and may indeed be entirely inappropriate – to recommend sexual abstinence. What is important is to provide them education and information according to their development stage regarding sexuality / affectivity, freedom, equality, responsibility, sex and contraception. More maturity will enable them to refuse a relation if they so wish, to express their sexuality while respecting each others' rights, to negotiate intimacy levels, to decide on the development of a relationship and to select (and make a correct use) of an appropriate contraceptive method. The sexual behaviour of adolescents that are sexually active shows a positive trend in recent years, since contraceptive methods are increasingly used (Vesely, 2004). However, contraceptive methods are not always considered a priority by adolescents in the beginning of their sexual life. Such myths as “pregnancy or STI only happen to the others”, “I am yet too young, so there are no problems”, “I don't get pregnant on the first time”, “on this phase of the cycle there are no problems”, still persist (Bekaert, 2005). The negative consequences (physical, psychological, social) of pregnancy in adolescence and of STI, more than justify the implementation of policies and programs that aim to reduce sexual risk behaviours in adolescents. Sexual education for adolescents must also increase their awareness to the importance of health surveillance and to the places where they may go for this purpose. Due to the specific aspects of development of adolescents and to the fact that their needs concerning sexual and reproductive health are not the same as in adulthood, education and health care programs must find a proper approach to address this group. “It is essential for health-care providers caring for adolescents to understand sexuality during the teenage period to be familiar with ways to deal with teenagers' questions, feelings, and problems” (Neinstein, 96, p. 627).

2 - AIM:

This research aims to:- Progress along a path where the context of evolution leads to better health, both to the adolescent and to the future adult- Propose nursing strategies that create health-search behaviours in adolescents

3 - OBJECTIVES:

The main objectives of this work consist identifying the sexual habits of high-school adolescents, and the health care concerns of high-school adolescents that are sexually active.

4 - METHODOLOGY

We carried out a descriptive and exploratory study. Data collection was done using an anonymous questionnaire, filled in on a voluntary basis (filled in the classroom, within the standard time-slot of one class), and took place between February and March of 2005.

5 - SAMPLE CHARACTERISATION

In total, the questionnaire was filled in by 287 adolescents attending the 10th (41,1%), 11th (47,8%) and 12th (11,1%) years, all from schools located in the district of Porto. The age of the adolescents participating in this study ranges from 15 to 19 years old, with an average of 16,6 years old, and a standard deviation of 1,01. Most of them are females (57,7%).

6 - RESULTS

A total of 30,3% of the 287 adolescents stated that they had already had sexual relations. The age at their first sexual relation was in the average 15,4 years old. Girls initiated their sexual activity earlier than boys.

Most adolescents (88,2%) used a contraceptive method in their first sexual relation. The condom was selected by 89,3%, the pill was used by 2,7%, and both methods were used by 8% of these adolescents.

From those adolescents that indicated why they did not use contraception on their first sexual relation, 57,1% said that they "did not have any available on the occasion", 14,3% said that they "were too young, so there was no problem", 14,3% "forgot to use it", and 14,3% "was too young and was sure that she had no diseases".

Most of those that used a contraceptive method on their first sexual relation said that no one recommended them the method that they used. Friends were the main source of information, since 10,9% refer them as the only source; 1,4% refer friends and their own mother, 1,4% refer friends and the Internet, and 6,8% refer a medical doctor. No one referred nurses as their source of information.

From those adolescents that had already had sexual relations, 11,6% did not answer the question "how regularly do you have sexual relations?". From those who answered, the results indicate a range that extends from once a month to six times per week; 3,9% said that they do not have sexual relations frequently, and 17,1% said that "it depends". The most common answer is twice a week (15,8%).

Most adolescents (95,7%) say that they use a contraceptive method in their sexual relations, 2,9% do not use any method and 1,4% only use occasionally. The condom is the selected method for 77,9% of the adolescents, and 7,4% of them use both the pill and the condom.

The pharmacy is the place where most adolescents (73,4%) acquire contraceptives. In what concerns the place where they have relations, 58,9% said that they use their home.

Most girls (76,7%) only had one partner, and none had more than three. Boys had from one (42,1%) to eight (2,6%) sexual partners.

Most adolescents say that they never had STI or became pregnant as a consequence of their sexual encounters (respectively 97,7% and 98,8%).

In relation to looking for health care, 91,8% never attended a family planning session; from those who attended, 85,7% went to a healthcare centre and 14,3% to a maternity hospital. Concerning sexual activity counselling, 3,6% talked with a nurse and 16,7% with a doctor.

According to the qui-square test, we may conclude that the statistical relation between age and having sexual relations is very significant ($p=0,0$). Most of the adolescents that have already had sexual relations are students of 17 and 18 years old.

7 - CONCLUSIONS

The results obtained in our study concerning the beginning of sexual activity are in accordance with other works published with this respect, indicating that many youngsters begin their sexual activity while teenagers (Bekaert, 2005). The reasons may include their search for a sexual identity, curiosity, pressure from their peers, and their impulse for emancipation (Bekaert, 2005; Coslin, 2003).

The risk of STI increases significantly as the number of sexual partners grows. Even the adolescents who had three sexual partners have a higher risk, when compared with those that had only one partner (sexually faithful), or those who are abstinent (Price, 2005). Girls become sexually active earlier than boys, but boys have a higher number of sexual partners (Durex Report, 2004; Coslin, 2003). We also concluded that those girls who participated in this enquiry and had already initiated their sexual life, did it earlier and had fewer partners than boys – none had more than three partners, while boys had up to eight. Most adolescents in our sample refer to have used contraceptive methods in their first sexual relation – this result is not in accordance with the literature, which indicates that few adolescents use contraceptives methods in their first sexual relation(s), because they do not have them, believe to be invulnerable, or believe in common hoaxes, such as not getting pregnant in the first sexual relation. One possible explanation to the high rate of adolescents who

who use contraception, when compared to other published results, may reside in the fact that all youngsters considered were students. According to the work of other authors (Friedman, 1998; Schutt-Aine, Maddaleno, 2003), those youngsters who study and have educational objectives, have a higher tendency to use contraception.

Regarding their willingness to obtain professional health care help, and once again in accordance with previous data that may be found in the literature, our results indicate that adolescents do not value that possibility. This fact leads us to conclude that health care professionals and their institutions must be proactive in offering help to this group, instead of waiting for them to take the first step.

Running risks is part of the identity building process during adolescence, but sexual risk behaviours are a significant threat to the health and well being of adolescents, both at the physical, psychological and social levels. The negative consequences of pregnancy in adolescence and of STI, are more than enough to justify the implementation of policies and programs to reduce sexual risk behaviours of adolescents.

Nurses and doctors must use all appointments with adolescents to enquiry about their sexuality and to contribute to their education in this area. Nurses from health care centres must participate in school programs addressing education for health in sexuality. It is also important to reinforce educational activities in the areas of sexuality and reproduction, based in schools and supported by health services (Ministério da Saúde, 2004).

BIBLIOGRAFÍA:

- Bekaert, S. Adolescents and Sex: the handbook for professionals working with young people. Oxford: Radcliffe Publishing. 2005
- Brook Advisory. Putting Young People First - Teenage Conceptions: Statistics and Trends. 2003 : http://www.brook.org.uk/content/fact2_TeenageConceptions.pdf
- Coslin, P. Les Conduites à Risque à L'Adolescence. Paris: Armand Colin Éditeur. 2003
- Durex Report. 2004 : <http://www.durex.com/cm/gss2004result.pdf>
- Friedman, S., et al. Comprehensive Adolescent Health Care. 2nd ed. St Louis: Mosby. 1998
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, Volume II- Orientações Estratégicas. Lisboa: MS; 2004, In: www.dgsaude.pt
- Neinstein, L. Adolescent Health Care - A Practical Guide, 3rd ed, Baltimore: Williams & Wilkins. 1996
- Price, B. Practical Guidance on Sexual Lifestyle and Risk. Nursing Standard 2005, 19(27):46-52
- Rede Feminista de Saúde. Adolescentes Saúde Sexual Saúde Reprodutiva. 2004. <http://www.redesaude.org.br/2006/imgs/Dossiê%20Adolescentes%20Saúde%20Sexual%20e%20Saúde%20Reprodutiva%202.pdf>
- SANTOS, MR. Gravidez na Adolescência . APEO 2003 4:36 –38
- Schutt-Aine, J, Maddaleno, M. Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications. Pan American Health Organization, Regional Office of the WHO 2003. <http://www.paho.org/English/HPP/HPF/ADOL/SRH.pdf>
- Vesely, SK. et al. The Potential Protective Effects of Youth Assets From Adolescent Sexual Risk Behaviors. Journal of Adolescent Health 2004 34: 356-365.
- World Health Organization. Progress in Reproductive Health Research. 2003. www.who.int/reproductive-health/adolescent
- World Health Organization. Broadening the Horizon Balancing Protection and Risk for Adolescents. 2002. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/AD/WHO_FCH_FCH_CAH_01.20.htm

AUTOR/ES:

M. Lluïsa Garcia Garrido, Sylvie Cossette, PhD.

TÍTULO:

Necesidades de aprendizaje y sentimiento de autoeficacia en los pacientes aquejados de un infarto de miocardio o de un angor.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

El Síndrome Coronario Agudo (SCA), especialmente el infarto de miocardio y la angina inestable, representa la primera causa de mortalidad en los países desarrollados (1,2). Según Murray y Lopez (3) la enfermedad será la primera causa de mortalidad en el mundo entero de aquí al año 2020. Por otra parte, la prevención y el control de la enfermedad exigen un buen conocimiento de los factores de riesgo (4) como el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, factores responsables del 75 % de los casos de la enfermedad cardiaca (5).

La lucha contra la enfermedad se sitúa, pues, no solamente en el ámbito del tratamiento, sino también en el de la prevención (6). En efecto, la prevención debe pretender disminuir los factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiaca. Para el paciente aquejado de un SCA, esta disminución de los factores de riesgo es en sí un cambio en sus hábitos de vida, cambio que no es fácil de hacer. A este respecto, la enfermera, en el rol de educadora para la salud, ocupa una posición privilegiada en todos los ámbitos asistenciales para favorecer los cambios de hábitos de vida en los pacientes aquejados por un SCA. No obstante, si quiere desarrollar su enseñanza sobre los factores de riesgo considerados importantes, la enfermera debe conocer sus necesidades de aprendizaje, estimadas importantes de aprender para el paciente, así como la percepción que tiene frente a su capacidad de seguir un régimen alimentario, practicar una actividad física y abandonar el hábito del tabaco.

El objetivo de este estudio es describir y comparar las necesidades de aprendizaje y el sentimiento de autoeficacia en la gestión de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria en pacientes aquejados de un infarto de miocardio o de una angina inestable, durante la hospitalización y seis semanas después de su salida del hospital.

Método:

Estudio de tipo descriptivo y comparativo realizado en 52 pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del hospital Dr. Josep Trueta de Girona entre junio y octubre de 2005 (de estos 52, 46 participaron en el seguimiento seis semanas después de la hospitalización). La muestra de conveniencia está constituida por pacientes que presentan un primer infarto de miocardio o de angina inestable.

Las principales variables del estudio son las necesidades de aprendizaje y el sentimiento de autoeficacia. La definición de "necesidades de aprendizaje" corresponde al grado de importancia que los pacientes conceden a siete categorías de información: "la anatomía y fisiología, los factores psicológicos, los factores de riesgo, la información sobre la medicación, la información sobre la dieta, la actividad física, y la información en general". Se midieron las necesidades de aprendizaje del paciente con la ayuda del instrumento "Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI)" de Gerard (1982) (7). Cada una de las categorías puede contener de cuatro a siete enunciados cuyo grado de importancia será medido por medio de una escala de tipo Likert siendo 1 "ninguna importancia" y 5 "muy importante". El sentimiento de autoeficacia se define como la convicción que tiene un individuo en su capacidad para organizar y adoptar un comportamiento conforme a los objetivos que se ha fijado (12). En este estudio, el sentimiento de autoeficacia corresponde al grado de confianza del paciente frente a su capacidad de adoptar sanos hábitos de vida en lo que concierne a la dieta, la práctica del ejercicio físico y el tabaquismo. El sentimiento de autoeficacia será medido con la ayuda del instrumento "Cardiac Diet Self-Efficacy Instrument" (CDSEI) y "Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument" (CESEI) de Hickey, Owen y Froman (1992) (8) y, finalmente, « Smoking Self-efficacy Questionnaire (SEQ-12) » de Etter, Bergman, Humair y

Perneger (2000) (9). El grado de confianza frente a cada uno de los enunciados es medido a través de una escala de tipo Likert siendo 1 "ninguna confianza" y 5 "muchísima confianza". Tras una demanda realizada a cada uno de los autores, estos han permitido utilizar y traducir los instrumentos de medida. Los instrumentos fueron traducidos según el método de traducción invertida paralela de su versión original, inglesa para el CPLNI, el CDSEI y el CESEI o francesa para el SEQ-12 al castellano y catalán. Con el propósito de trazar un perfil de los participantes, se elaboró un cuestionario sociodemográfico que concierne a la edad, el nivel de escolaridad, el trabajo, la naturaleza de la enfermedad (infarto de miocardio o angina inestable), igual que ciertos hábitos de vida (tabaquismo, actividad física y régimen alimentario). Los datos sociodemográficos fueron obtenidos a partir de preguntas cerradas y semiabiertas.

La estadística descriptiva se utilizó para la descripción de las características sociodemográficas de la muestra, al igual que para la medida del grado de importancia de las necesidades de aprendizajes y el grado de confianza durante la hospitalización y seis semanas después de la salida del hospital. Igualmente, las necesidades de aprendizaje han sido clasificadas por orden de importancia asignando un resultado de 1 para la media más elevada y 7 a la media más pequeña. Esta técnica es utilizada en los estudios científicos sobre necesidades de aprendizaje (10,7,11). El test t de Student para datos apareados es utilizado para evaluar las diferencias entre la importancia acordada por el paciente a las necesidades de aprendizaje para cada una de las siete categorías del CPLNI y su grado de confianza para la administración de los tres factores de riesgo, durante la hospitalización y seis semanas después de la salida del hospital. Todos los cálculos estadísticos han sido efectuados con la ayuda del logicial SPSS y los tests estadísticos han sido considerados como significativos si la $p < 0,05$.

Resultados:

La edad de los pacientes, la mayoría hombres, variaba de 31 a 78 años. La media de edad de la muestra era de 53,94 años. Todos eran aquejados de un primer ataque cardiaco y, todos menos uno, habían sufrido un infarto de miocardio. El 71,2 % (37) eran hipertensos, el 63,5% (33) presentaban hipercolesterolemia y el 21,2 % eran diabéticos.

Entre los dos periodos, los cambios sobrevenidos en los hábitos de vida entre la hospitalización y seis semanas después al alta eran notables en cuanto al tabaquismo, la dieta y la actividad física. Durante la hospitalización, más de la mitad de los pacientes [61,5 % (32/54)] eran fumadores; seis semanas más tarde, 78 % (25/32) de entre ellos habían dejado de fumar. En cuanto a la actividad física, sólo un cuarto de los pacientes practicaban una actividad física antes de la hospitalización, la más practicada era la marcha, con una duración de unos 30 minutos al día. Sin embargo, seis semanas después de la hospitalización, casi todos (89,1%) practicaban una actividad física, una vez más era la marcha con una duración de más de media hora al día. Referente a la dieta, antes de la hospitalización, solamente el 21,2 % (11) de los pacientes seguían una dieta pobre en grasa, en sal o en hidratos de carbono. No obstante, seis semanas después de la hospitalización, cerca de la totalidad (93,5 %) seguían un régimen alimentario.

De manera general, para los dos periodos, los pacientes consideraban como muy importantes las siete categorías de necesidades de aprendizaje del instrumento CPLNI. Durante la hospitalización los resultados de las categorías variaban de 4,22 ($\pm 0,58$) a 4,48 ($\pm 0,36$) y seis semanas después del alta hospitalaria de 4,18 ($\pm 0,61$) a 4,54 ($\pm 0,39$). No se observaban diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los dos periodos. Para los dos periodos, las categorías más importantes de aprender eran "los factores de riesgo" y "la anatomía y fisiología". Por lo contrario, las categorías consideradas menos importantes eran la información sobre "la actividad física" y "los factores psicológicos".

En lo que concierne al sentimiento de autoeficacia de los pacientes, es bastante elevado durante la hospitalización. Las medias se sitúan a 3,75 ($\pm 0,54$) en la confianza de modificar sus hábitos frente a la dieta, a 3,69 ($\pm 0,71$) frente a la actividad física y a 3,82 ($\pm 0,99$) frente al tabaquismo. Sin embargo, observamos que seis semanas después de la hospitalización el grado de confianza aumentó frente a la gestión de la dieta 4,01 ($\pm 0,70$), de la actividad física 3,93 ($\pm 0,58$) y del tabaquismo 4,34 ($\pm 0,79$). Estos cambios son estadísticamente significativos para la dieta ($p = 0,010$) y el tabaquismo ($p = 0,023$) pero no para la actividad física ($p = 0,099$).

Discusión:

Los resultados del presente estudio indican que los pacientes consiguieron modificar, de manera

notable, sus hábitos de vida como la dieta, el ejercicio físico y el tabaquismo. Esto puede explicarse, por lo menos en parte, por un aumento de su sentimiento de autoeficacia o del grado de confianza en su capacidad para modificar sus hábitos entre el momento de su hospitalización y seis semanas después de la salida del hospital. Otros factores pudieron contribuir al aumento del grado de confianza del paciente (12): las experiencias personales del comportamiento vividas por el paciente, las experiencias vividas por otras personas a las que el paciente pudo observar, la persuasión verbal de los profesionales y de sus familiares y, finalmente, las emociones suscitadas por el comportamiento.

En cuanto a las necesidades de aprendizaje, los pacientes consideraron todas las categorías importantes. Observamos diferencias ligeras entre los dos periodos de estudio y entre estas categorías. Para los dos periodos del estudio, las categorías referente a la información sobre "los factores de riesgo" y "la anatomía y la fisiología", han sido consideradas prioritarias. El hecho de que los pacientes encuentren prioritarias estas categorías ilustra la importancia que conceden al control de la enfermedad cardíaca, a la gestión de sus síntomas y de sus complicaciones. El reconocimiento de la enfermedad por parte del paciente actúa como un estímulo para cambiar de comportamiento frente a los factores de riesgo (13). En efecto, el hecho de que se trate de pacientes que hayan experimentado el primer episodio cardíaco también puede contribuir a este interés global hacia la enfermedad, los síntomas y los factores de riesgo. Estas inquietudes pueden hacer que se interesen por las medidas que hay que tomar con el fin de asegurar la prevención.

Conclusión:

La importancia concedida al control de la enfermedad es ilustrada por el hecho de que el paciente encuentra importante las necesidades de aprendizaje sobre la información relativa a "los factores de riesgo" y a "la anatomía y fisiología". Además, el aumento del grado de confianza nos hace pensar que los pacientes están preparados para iniciar la adopción de un comportamiento para adquirir unos hábitos saludables de vida. Para finalizar, la evaluación de estos dos conceptos nos ayudará a desarrollar las intervenciones educativas durante todo el proceso de atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Benjamin EJ, Smith SC, Cooper RS, Hill MN, Luepker RV. Task Force#1-Magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 40:588-640.
2. Murray C, Lopez, A. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. *Lancet North Am Ed.* 1997; 349:1269-76.
3. Murray C, Lopez, A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet North Am Ed.* 1997;349:1498-04.
4. Murray C, Lopez, A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet North Am Ed.* 1997;349:1436-42.
5. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics. *Arch Intern Med.* 2001;161:2657-60.
6. Gulanick M, Bliley A, Perino B, Keough V. Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. *Heart & Lung.* 1998; 27:253-62.
7. Gerard P, Peterson LM. Learning needs of cardiac patient. *J Cardiovasc Nurs.* 1984;20:7-11.
8. Hickey ML, Owen SV, Froman R D. Instrument development cardiac diet and exercise self-efficacy. *Nurs Res.* 1992;41:347-51.
9. Etter J-F, Bergman MM, Humair J-P, Perneger TV. Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction.* 2000;95:901-13.
10. Chan V. Content areas for cardiac teaching: patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *J Adv Nurs.* 1990; 15: 1139-45.
11. Wingate S. Post-MI patients' perception of their learning needs. *Dimensions of Critical Care Nursing.* 1990;9:112-118.
12. Bandura A. Self-Efficacy. In: Bandura A, editores. *Social Foundations of thought and action.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice -Hall; 1986. p. 390-53.
13. Sivarajan E, Newton KM, Almes MJ, Kempf TM, Mansfield LW, Bruce RA. Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction: A controlled study. *Heart & Lung.* 1983;12:65-73.

AUTHOR/S:

Ana Covadonga González Pisano, Daniel Fernández García, Amparo Mesas Sáez, M^a Elena Fernández Martínez, Manuel Mañá González y Paula F. Bruzos

TITLE:

Red Centinela de Enfermería del Bierzo. ¿Qué cuidamos las enfermeras en el siglo XXI?

TEXT:**Objetivos**

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se puede apoyar para aumentar su eficacia en redes centinela, cuya función específica es aportar información operativa a la planificación. A pesar de que los Diagnósticos de Enfermería (DdE) justifican casi el 60% de la carga de trabajo, no se dispone de este tipo de información. La Red Centinela de Enfermería surgió como Sistema de Información específico sobre los Planes de Cuidados, y el objetivo es determinar los cuidados que prestan los enfermeros de Atención Primaria, y conocer la incidencia y prevalencia de las Respuestas Humanas (DdE) en la población del Bierzo durante el 2005.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo de enero a diciembre de 2005. El total de la población es de 488.751 habitantes, la población atendida en las consultas de enfermería pertenecientes a la Red Centinela (REC) es de 10.471 usuarios (que constituye un 2,14% poblacional, para una red centinela se considera relevante un porcentaje mayor del 1%, por lo que es representativo). Se seleccionaron al azar los usuarios que acudieron a las consultas de los Enfermeros de la Red Centinela del Área de Salud del Bierzo (León). Diariamente se recogió información del código de Historia Clínica, la edad, el sexo, zona (urbana, rural), la consulta (Medicina General, Pediatría), el código del diagnóstico identificado de la Taxonomía Nanda II y observaciones; esta información fue enviada con una periodicidad semanal al centro de recolección de datos en la página web de la AEC, y analizada por dos miembros de la REC en la Universidad de Ponferrada. Se contemplaron los aspectos éticos y legales de investigación en humanos y la protección de datos (Ley Orgánica 15/1999)

Se realizó un análisis descriptivo univariante para cada una de las variables mediante distribución de frecuencias o medias más/menos la desviación estándar.

Resultados

El total de DdE notificados fue de 1068, 91,94 % adultos y 8,05% niños. La distribución por sexo fue de 41,47% hombres y 58,52 mujeres. La clasificación de etiquetas diagnósticas más prevalentes fueron en adultos: manejo efectivo del régimen terapéutico (17.82%), riesgo de infección (7.63%), manejo inefectivo de régimen terapéutico (7.53%), deterioro de la integridad tisular (7.1%), conocimientos deficientes (5.9%) y protección inefectiva (5,3%); Y en pediatría: conocimientos deficientes (27.9%), desequilibrio nutricional por exceso (15.11%), riesgo de infección (11,62%), lactancia materna eficaz (9.3%), protección inefectiva (6.9%), deterioro de la dentición (4.65%) y riesgo de asfixia (3,4%).

Conclusiones

El manejo efectivo del régimen terapéutico y el riesgo infección fueron los DdE más notificados en los adultos, mientras que en la población infantil fueron conocimientos deficientes y desequilibrio nutricional por exceso.

A lo largo de un año se han notificado todas las etiquetas Nanda, este dato indica que los enfermeros de la Red Centinela utilizan toda la taxonomía diagnóstica de la Nanda y que el patrón de Respuestas Humanas de la población atendida es muy amplia, sin embargo observamos que en los adultos el 55,58% (algo más de la mitad) de los diagnósticos notificados se concentran en 7 etiquetas, y en pediatría prácticamente el 80% se refiere a otras 7 etiquetas. Este dato adquiere mucha importancia para la gestión de recursos y tiempos en enfermería. Si tenemos en cuenta que el DdE más prevalente en adultos es "manejo efectivo de régimen terapéutico" podríamos asumir que

en las consultas de enfermería se está contribuyendo a modificar respuestas humanas alcanzando la integración en su vida diaria de programas de cuidados, y que la capacitación para el cuidado podría ser un buen indicador indirecto de calidad. Y si en pediatría se detectan con mayor proporción unos “conocimientos deficientes” indica que la educación para la salud supone una importante labor asistencial.

Pensamos que el sistema de Red Centinela puede orientar a la gestión sanitaria en datos poblacionales, dotar de indicadores para la comparación regional e interregional, servir de indicador para medir los cuidados de la salud poblacional y promover la investigación en Atención Primaria de Salud.

La principal limitación del estudio reside en el sesgo del observador, que pretendemos minimizar con reuniones trimestrales y búsqueda de concordancia interobservadores. Las implicaciones para la investigación futura quedaría sustentada en una red interestatal que reuniera todas la comunidades autónomas y mejorar su potencia investigadora.

AUTOR/ES:

Muñoz Izquiero A, Puchades Simó A, Marco Gisbert A, Piquer Bosca C, Ferrer Casares E, Canela Ferrer A.

TÍTULO:

Recursos para enfermería en Internet: ¿útiles?

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Algunos autores afirman que la llegada de Internet va a ocasionar una revolución en la historia de la publicación sólo comparable a la que supuso hace cinco siglos la aparición de la imprenta de Gutenberg. La similitud se basa en que en ambos casos aparece una nueva tecnología que reduce el coste el tiempo y la destreza para reproducir material impreso, con lo que aumenta de forma espectacular la difusión de la información(1).El final del siglo xx se ha caracterizado por el uso universal de Internet, haciendo realidad la vieja utopía de permitir el acceso e intercambio de información de forma casi inmediata entre la comunidad científica (2). Los profesionales de enfermería se han incorporado también a ésta realidad y han creado sus páginas Web, listas de comunicación, foros de debate, bases de datos, y otros. En este trabajo hablamos de las Webs, como indica Romá Ferri (3) citando a Tramillas y Olvera “el concepto clave es tratar la Web como un espacio informativo cuyo componente fundamental son los documentos electrónicos, los cuales se conocen por el nombre genérico de página Web. Se pueden encontrar documentos de diferente estructuración física en cuanto a su complejidad o sencillez; son los denominados sitios o sedes Web. Una analogía simple es la de entender que los sitios o sedes Web son los libros (con capítulos y apartados) y las paginas Web son las hojas concretas de un libro, en las que encontramos la definición de conceptos o informaciones muy limitadas tanto en contenido como en extensión”. De acuerdo con Martínez Comeche (4) el documento “podría concebirse como todo mensaje –icónico o simbólico-, incorporado a un soporte permanente y empleado con una finalidad informativa”. Dada la importancia de Internet como medio de acceso a la literatura denominada gris o no convencional (muy importante en nuestra disciplina), nos planteamos conocer la documentación que existe en la red sobre los protocolos, técnicas y procedimientos de enfermería,

Objetivo: Revisión sistemática de los recursos accesibles a través de Internet sobre Protocolos, Técnicas y Procedimientos (PTP), utilizando el buscador google.com y buscadores específicos, durante el mes de mayo de 2005: describir aspectos relacionados con la calidad de los directorios, paginas Web y los documentos estudiados y describir aspectos relacionados con la variabilidad de los contenidos de los Protocolos, Técnicas y Procedimientos;

Método: Revisión sistemática de los recursos accesibles a través de Internet sobre Protocolos, Técnicas y Procedimientos, utilizando el buscador google.com y buscadores específicos, durante el mes de mayo de 2005. Tipo de estudio: revisión sistemática de los recursos accesibles a través de Internet, relacionados con Protocolos, Procedimientos y Técnicas de Enfermería, utilizando el buscador Google.com y directorios electrónicos. Población estudio: son los Protocolos, Técnicas y Procedimientos (PTP) encontrados entre Internet el día 31/05/05 y 31/06/05.

Se emplearon dos estrategias de búsqueda:

A) Directorios: buscasalud.com; Enfersalud; guiadeenfermeria.com; aibarra.org

B) Páginas Web: 1.Protocolos del grupo ENFASE7 en el Colegio de Enfermería de Madrid www.codem.es/produccioncientifica/planes/ 2.Taller de vendajes, 3.Enfermería Hospitalaria; 4.Reanimación UCI-URPA (Preanimación UCI-URPA); 5.Enfermer@s on line. Todo enfermería www.mundofree.com/enfermeros/; 6.enfermeriajw_sonda oie; 7.Neuroenfermería; 8.Emerimagen 9.Enfermería en la UCI de Cabueñes. Protocolos de enfermería intensiva www.fmigijon.org/cursos/web/protocolos.htm; 10.Auxiliar de enfermería. Diccionario de términos – Letra T www.users.servicios.retecal.es/chago2/letra_t.htm

Definiciones operativas: Protocolo: ordenada serie de anotaciones establecidas para comenzar y terminar toda intervención o Actividad de enfermería. Tiene que incluir los siguientes apartados: Objetivo, Personal, Material, Procedimiento, Cuidados Posteriores u Observaciones ; Técnica: documentos que sólo incluyen el punto de Material y Procedimiento

Procedimiento: orden secuencial y detallada de las acciones a seguir para ejecutar una técnica. Ha sido necesario crear una nueva categoría para documentos que no responden a las definiciones anteriores, generalmente les falta el punto de personal; se citan como protocolos documentos que son técnicas o protocolos, pero que contienen información interesante, a esta categoría la denominamos documentos No clasificables. También hemos encontrado otros que contienen descripciones de contenidos teóricos de diversas áreas (médico-quirúrgica, radiología, laboratorio,...), este último grupo no está incluido en el estudio. Variables estudiadas: Hemos seguido la propuesta presentada por Romá Ferri M^ªT 2003 en su trabajo "Recomendaciones para mejorar la calidad de información de enfermería en la Web"(3). •Se han analizado los siguientes aspectos de los directorios: Título del directorio, Autor del directorio, Fecha de creación de la página, Fecha de la última modificación, Dirección de correo electrónico de la página, Autorización para el uso de la información de la página. Y de: las Web (que contienen documentos útiles para el trabajo), PTP, y documentos varios, se ha valorado: Autor, Fecha de creación, Fecha de la última modificación, Referencias bibliográficas, Dirección de correo electrónico, Autorización para el uso de la información, y, A quien se dirige la página. Se ha estudiado la variabilidad de los documentos, valorando la actualidad de los contenidos y la variabilidad en la información que ofrecen. Se han agrupado los protocolos de un mismo tema, el número mínimo de protocolos para ser analizado por grupo ha sido de 2, el número de grupos estudiado es 27

Resultados: La estrategia de búsqueda en google.com, nos proporciona acceso a 409 documentos, sólo 297 han resultado útiles para la investigación. Hemos analizado la información de 22 pag Web Los documentos más frecuentes son los Protocolos y los documentos no clasificados con un porcentaje similar (42 y 48 % respectivamente). Algo más de la mitad de las Pág. Web revisadas tienen autor, en 9 consta la fecha de creación de la página, sólo en 7 consta la fecha de la última modificación. Casi la mitad tiene dirección de correo electrónico. Se autoriza el uso en 15, y en un caso específico la necesidad de que se solicite permiso. Están dirigidas fundamentalmente a profesionales de enfermería 14. De los 297 documentos que se ha estudiado sólo han podido valorarse 84 (28 %). En cuanto al contenido, el 45 % presenta una información actualizada. Cuando se valora la variabilidad, algo más de la mitad de los documentos estudiados proporcionan información diferente.

Discusión: Igual que Berland GK(5), encontramos que sólo la cuarta parte documentos recuperados muestran contenidos relevantes para el objetivo de las búsquedas en Internet. Coincidimos con Romá Ferri en que la mayor parte de los documentos que encontramos en Internet pueden clasificarse como "literatura gris" o literatura no convencional, y está constituida por documentos no reglados. También como indica Rodríguez (6) opinamos que es necesario confirmar la solvencia de la fuente o la veracidad de la información contenida en algunos documentos que circulan por la red y no pensar que como "viene en Internet" ya está confirmado el rigor científico.

Conclusiones:

Está muy difundida la idea de que la información que circula en Internet es cierta, pero Internet es una herramienta con dos caras, de un lado permite el acceso a todos los profesionales que deseen documentarse sobre un determinado tema, y por otro, los documentos publicados no están sujetos a las revisiones que siguen las publicaciones en soporte papel (revistas- textos), repercutiendo esto en el rigor científico. En algunos casos se encuentra información aberrante y esto supone un riesgo para la formación e información tanto de profesionales como de pacientes que puedan consultar esta información.

Hemos encontrado una gran confusión en la clasificación de los documentos, parece que los profesionales de enfermería no tenemos claras las diferencias que existen entre Protocolos, Técnicas y Procedimientos.

Internet es una herramienta muy útil que nos permite acceder de forma rápida a una gran cantidad de documentos que nos ayudan a aumentar nuestros conocimientos en un tema concreto, por ese motivo es necesario que como profesionales nos planteemos la necesidad de seguir unas normas científicas de rigor, (normas de Vancouver) en los documentos que publicamos, independientemente del soporte que se emplee para su difusión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Belmonte MA. Publicaciones biomédica en Internet: un reto inevitable. Med Clínica 1999; 113:23-27.
2. Gutiérrez U, Estrada JM, Blanco A. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. Enferm clínica 2003; 13(2):103-11.
3. Romá Ferri M.T. Recomendaciones para mejorar la calidad de la información de enfermería en la Web. Enferm Clínica 2003; 13(4):237-45.
4. Martínez Comeche JA. El mensaje documentario y el documento. En: López Yepes J, coordinador. Manual de información y documentación. Madrid: Pirámide 1996; p 61.
5. Berlat GK, Elliott MN, Morales LS, Algaz JL, Kravitz RL, Border MS, et al. Health information on the Internet : accessibility, quality, and readability in English and Spanish. JAMA 2001; 285:2612-2621
6. Rodríguez Dacal Jm. Consideraciones y problemas de Internet. En: Rodríguez Dacal JM. Manual de Internet para enfermería. Difusión Avances de Enfermería 2005,55-60

AUTOR/ES:

FJ Gala León; M Lupiani Giménez; JL Romero Palanco; A Bernalte Benazet; T Miret García; R Raja Hernández; R Galindo Cuadrado; MC Barreto Romaní; N Lupiani Cerdeira. Grupo Investigador CTS -386- PAI. E.U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz

TÍTULO:

Creencias Religiosas en los Profesionales de Enfermería (P.E.) según un estudio descriptivo-correlacional

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: El ser humano es religioso por naturaleza al margen de la confesión concreta que se profese; ya Sto. Tomás de Aquino se adelantó varios siglos a la Psicología y Etnología actuales encontrando unas raíces antropológicas a la religiosidad: el sentido que el hombre tiene de su limitación ("la razón humana lleva al hombre a someterse a algún ser superior, a causa de las deficiencias que experimenta en sí mismo, ante las cuales siente la necesidad de ser ayudado y dirigido por algún ser superior; y, sea el que sea, el es ser que todos llaman Dios" -1-); de este modo, las CREENCIAS RELIGIOSAS se convierten en una verdadera NECESIDAD PSICOSOCIAL, introduciéndose así en todos los catálogos de Necesidades las "NECESIDADES ESPIRITUALES RELACIONADAS CON LA RELIGIÓN" (2) y estableciéndose por la NANDA un diagnóstico de Enfermería al respecto: La Angustia (sufrimiento) Espiritual (3).

Las clásicas definiciones psicoantropológicas de Soper y Noss conciben la Religiosidad como "una relación consciente de los seres humanos con Dios o con Poderes Superiores, sea cual sea el modo en que sean concebidos" (4), o como "la dependencia y creencia del hombre de algo que está fuera de sí mismo" (5); obviamente las Creencias Religiosas tienen un claro componente actitudinal -con sus aspectos intelectuales, afectivos y comportamentales- y, como toda actitud, interactúan con todo el espectro actitudinal, axiológico y comportamental del sujeto (6).

En el caso concreto del Personal Sanitario (P.S.) -y, sobre todo, en el P.E.- este entramado actitudinal pautado por las Creencias puede tener claras influencias en la relación con el Enfermo y en diversas praxis asistenciales y de cuidados (Enfermo terminal; Muerte; Eutanasia; Testamento Vital; Donación de Órganos; Aborto; Fertilización in vitro; Sexualidad y Contracepción; Clonación...sin contar el citado Sufrimiento Espiritual -7-8-) por ello, su análisis cobra un protagonismo especial en pro a la adecuada atención y cuidados de las Necesidades de nuestros pacientes.

OBJETIVOS: Así, y en el marco de una investigación más amplia, hemos pretendido cubrir los siguientes objetivos:

- a) Conocer la prevalencia y el alcance de la Religiosidad en el P.S. y, en concreto, en el P.E.;
- b) Analizar cómo ésta se estructura en torno a diversos rasgos sociodemográficos; y
- c) Determinar con qué otras variables psicosociales (p.ej. las actitudes prejuiciosas y dogmáticas) puede correlacionar.

MÉTODO: En la investigación hemos utilizado un diseño descriptivo-observacional, transversal muestral y correlacional (9) en una MUESTRA estratificada y al azar ponderado, con un error estándar máximo del 5% y un nivel de confianza de 2σ (955 por 1000), con un grado de significación de $p < 0,05$; de modo que, en el caso más desfavorable, el error sería (en dos colas y con $p=q=0,5$) de $\pm 2,58\%$ (10);

Todo ello para una POBLACIÓN de Médicos y Enfermeros de los Hospitales Universitarios de Puerta del Mar (1251 sujetos) y Pto. Real (625 sujetos).

De este modo, hemos conseguido 471 elementos válidos -adecuadamente estratificados por sexo, profesión y área/servicio- a los que hemos sumado un grupo de control de 200 elementos al azar conformado por 80 Alumnos Sanitarios (40 de Medicina y 40 de Enfermería) y 80 No Sanitarios (40 de Filosofía y Letras y 40 de Ingeniería) y 80 Profesores No Sanitarios (también 40 de Filosofía y Letras y 40 de Ingeniería), conformando un total de 671 sujetos.

A todos ellos, de forma completamente voluntaria y anónima, se les aplicó -entre otros- como BATERIA DE INSTRUMENTOS un Cuestionario Sociodemográfico de elaboración propia, la Escala "R" de Raja (11), de estructura psicométrica y que mide la Religiosidad y las Creencias Religiosas, no confesionales, y la Escala "F" de Adorno (en su adaptación española del Profesor Pinillos-12-), que mide psicométricamente los prejuicios y los rasgos de Personalidad Prejuicioso/Autoritaria (13).

Así, de cada sujeto obtuvimos unos datos sociodemográficos y psicosociales (Sexo; Edad; Estado Civil; Nivel Académico; Centro de Trabajo; Servicio o Puesto; Antigüedad en el Ejercicio Profesional; Si se considera o no una persona con Creencias Religiosas y Si se considera que practica sus Creencias... entre otros); sus respuestas en la Escala "R", que nos indican su nivel de Creencias y Religiosidad -no confesional- y sus respuestas en la Escala "F", que nos indican su nivel de Prejuicios/Dogmatismo/Autoritarismo y la presencia o no de estilos o rasgos del Síndrome de la Personalidad Autoritaria tal y como lo describe Adorno (13).

La toma de datos se efectuó de diciembre de 2004 a mayo de 2005.

Los RESULTADOS, una vez corregida la batería de pruebas, fueron sometidos a un proceso y tratamiento de datos con el programa informático / estadístico SPSS 11.5, calculándose y obteniéndose:

- Las Puntuaciones Directas y Porcentajes en el total y en todos los subgrupos de todos los cuestionarios, en todas sus combinaciones, con las Pruebas de Significación (χ^2 , a veces con la corrección de Yates) para todos los datos.
- Las Medias y Desviaciones Típicas con sus Pruebas de Significación de Diferencias (T o F o ANOVA) en las 2 Escalas.
- Las Puntuaciones Directas, Medias y Desviaciones Típicas, con sus Pruebas de Significación de Diferencias (T o F o ANOVA) en toda la muestra y en cada subgrupo.
- Las Correlaciones de Pearson y sus Pruebas de Significación, interescalas, en todos los subgrupos.

(Como es obvio, un formato como es el de esta comunicación no nos permite que presentemos todos los datos en todas las variables y subgrupos y las tablas y gráficos de resultados).

DISCUSIÓN: Hemos constatado que la población estudiada es eminentemente creyente (si unimos los Muy y los Bastantes Creyentes alcanzamos casi el 40% -43% en Medicina y 39% en Enfermería-), de hecho, la media general se ubica entre los intervalos Bastante y Moderadamente Creyente y tan solo aparece como No Creyente / Religioso el 17,9% del total de la muestra (18,4% en Medicina y el 13,7% en Enfermería).

Debemos recordar que estos datos se han obtenido con un cuestionario psicométrico, pero -paradójicamente- cuando los sujetos se autocatalogaron en virtud de su autopercepción sobre sus creencias, en el Cuestionario Sociodemográfico, como Creyentes o no, se consideraron No Creyentes casi un 28%, tal vez porque sea "más políticamente correcto" autodefinirse como no creyente o porque a algunos les cueste reconocer que sí tienen creencias religiosas; bajando asimismo también el porcentaje en el reconocimiento de las prácticas religiosas -de hecho se declararon no practicantes el 39% de los sujetos-, se trata en parte, pues, de "una religiosidad alejada de la institucionalización de las Iglesias" como nos indica el Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS- en una investigación recientemente realizada en España (14).

Pasando a las correlaciones por subgrupos y estratos, se constata que las mujeres y los de más edad aparecen sistemáticamente como más religiosos -reconociéndolo también- y más practicantes, (de hecho, cada cohorte es más religiosa que la anterior); también vemos como aparece como significativamente más creyente y practicante el P.S. que el No Sanitario y -comparando nuestros datos con el estudio reciente del CIS ya citado (14)- también constatamos que la religiosidad y la práctica religiosa suele aumentar al aumentar el Nivel Académico, (en este punto vemos como el P.E. es algo más creyente / religioso que el de Medicina, aunque a la hora de la práctica ambos subgrupos son similares).

Un dato interesante es el constatar que no aparecen correlaciones entre la Religiosidad ni la Práctica Religiosa con los Prejuicios ni los Rasgos de Personalidad Autoritaria (los creyentes no presentan más prejuicios que la media general).

En virtud de todos estos datos es de esperar que en la praxis asistencial cotidiana los Profesionales de Enfermería entiendan, respeten y atiendan convenientemente las Necesidades Espirituales de sus pacientes y sepan darles Cuidados convenientes en caso de Angustia / Sufrimiento Espiritual.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Sto. TOMÁS DE AQUINO -citado por-: Rodríguez C; Aranda A; Blasi F et al, Ciencias del espíritu: La Religión (I). Madrid: Rialp, 1985.
- 2.- RIOPELLE L; GRONDIN L y PHANEUF M: Cuidados de Enfermería: un proceso centrado en las necesidades de las personas. Madrid: Interamericana Mc-Graw-Hill, 1993.
- 3.- LUIS MT: Los Diagnósticos de Enfermería. Revisión crítica y guía práctica. (7ª edic.).Barcelona: Elsevier-Masson, 2006.
- 4.- SOPER E: The Religions of Mankind. Nueva York: Abingdon-Cokesbury, 1951.
- 5.- NOSS J: Man's Religions. Nueva York: Macmillan, 1956.
- 6.- GALA FJ, LUPIANI M y GUILLÉN C: Las actitudes y la conducta interpersonal, en C Jiménez (edit.). Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I. Córdoba: Publicaciones de la UCO (en prensa).
- 7.- LUPIANI M: Actitudes del Personal Sanitario ante la Clonación Humana. Tesis Doctoral. Cádiz, 2006.
- 8.- GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al: The relevance of and analysis of the attitudes of Medical Staff (MS). 9 th European Congress of Psychology. Granada, 2005.
- 9.- FORTIN M: El proceso de investigación: De la concepción a la realización. México: McGraw-Hill, 1999.
- 10.- MORTON R y HEBEL J: A study guide to epidemiology and biostatistics (2ª edic.). Baltimore: University Park Press, 1999.
- 11.- RAJA R: Inventario de Creencias Religiosas, en R Raja, Influencias de las creencias religiosas en las actitudes del P.S. ante la muerte. Tesis Doctoral. Cádiz, 2001.
- 12.- PINILLOS JL: Análisis de la Escala F en una muestra española. Estudio comparativo. Rev. de Psicología General y Aplicada XVIII (70): 1155-1174. Madrid, 1963.
- 13.- ADORNO I: La personalidad autoritaria. Buenos Aires: Proyección, 1965.
- 14.- PÉREZ-AGOTE A y SANTIAGO J: La situación de la religión en España a principios del siglo XXI. Madrid: Publicaciones del CIS, 2005.

AUTOR/ES:

Márcia Andréa Marróni
Ana Cristina Mancussi e Faro

TÍTULO:

ENFERMAEDADES CRÓNICAS EN INDIOS KAIKANG DE LA RESERVA DE GUARITA, RIO GRANDE DO SUL-BRASIL, Y EL CUIDAR EN EL CONTEXTO DE LA FAMILIA

TEXTO DEL TRABAJO:

El término Kaigang significa “habitante del bosque”, basado en la vida relacionado con la naturaleza como herencia de su origen. Los indios Kaikangs viven en el alto Uruguay, al nor. Oeste de Río Grande del Sur. La Reserva de Guarita está localizada entre dos pequeños arroyos, al borde izquierdo del río Irapuá que desemboca al borde izquierdo del río Guarita. La población del área es de aproximadamente 3200 habitantes Kaikang, hablan la lengua Kaikang y el portugués el que es hablado por la menor parte de los indios y es restricta e simple.

Se caracterizan por la pasividad, y la relación con el no indio es espontánea y natural. Cultivan el fréjol, yuca, choclo, arroz, plátano y crían algunos animales como la gallina, patos y puercos. Las mujeres se dedican a la artesanía. En el contexto de la familia, los niños acompañan a sus padres cuando estos van a las chacras. Las madres transmiten a sus hijas mujeres conocimientos sobre el preparo de la comida y otras actividades del hogar. Los hábitos de higiene son escasos, hay falta de ropa de frío y las casas tienen un área pequeña. Su alimentación es a base de carbohidratos, carne de puerco y gallina, consumen poca verdura y fruta. Usan bebidas alcohólicas en abundancia. Las principales enfermedades que acometen los Kaikangs son la gripe, deshidratación, desnutrición, parasitosis, escabiosis, sarampión e varicela con índices elevados de mortalidad infantil.

Sobre la familia Kainkang hay dudas sobre su carácter de extensa o nuclear, la costumbre de matrilocalidad se remonta a que la nueva pareja se quede viviendo junto con la familia de la mujer, por lo tanto, se amplía el grupo.

Hay predominio de monogamia y poligamia, la que puede ser practicada por el cacique, hombre más viejo, buenos cazadores y guerreros famosos.

Delante de lo expuesto, el presente estudio, se realizó como consecuencia de la inquietud en saber cómo la familia indígena Kaikang cuida y vive con el habitante crónico.

Esta investigación tuvo por objetivos verificar la ocurrencia de enfermedades en indios adultos y ancianos, y de conocer cómo es realizado el cuidado en el contexto de la familia Kainkang.

Es una investigación exploratoria, descriptiva, transversal y de campo con abordaje cuantitativo y cualitativo. En la primera etapa, se verificó las historias clínicas de los indios con enfermedades crónicas, registradas en la Municipalidad de Redentora, gracias al acceso de esta información fue posible conocer el número de familias que tenían algún miembro del hogar con enfermedad crónica. De un total de 720 familias que residen en la Reserva de Guarita, 251 tenían enfermos crónicos, estableciéndose una muestra por sorteo de 30 cuidadores para recibir visita, que corresponde al 12% del total de las familias que tienen un enfermo crónico en el núcleo familiar, y por consiguiente, un cuidador familiar. En la segunda etapa de la investigación, se visitó y entrevistó 30 cuidadores familiares de indios Kaikangs que residen en la Reserva de Guarita. Esta reserva, está compuesta de un total de cinco aldeas, 251 enfermos crónicos, 1220 indios mayores de 18 años. A partir del número de ocurrencias de enfermos crónicos, se sorteó 30 cuidadores. En la segunda etapa de la investigación, se utilizó la entrevista semi-estructurada, las cuales fueron grabadas y transcritas. Se sorteó 15 cuidadores para las entrevistas. Los contenidos de las entrevistas fueron analizados según la Antropología Social, utilizando el análisis de discurso de Bardin. De los indios con enfermedades crónicas, la hipertensión arterial (HA) fue verificada en 157 (62,54%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 34 (13,54%), artritis reumatoide (AR) en 28 (11,15%) y epilepsia (EPI) en 25 (9,96%), diabetes en cuatro indios (1,59%), demencia en uno (0,39%). Sobre el cuidar en el contexto de la familia Kainkang, se pudo verificar que 100% de los cuidadores son mujeres, con edad entre 31-40 años (37%), 18 (66,7%) son católicos, el 40% eran esposas del enfermo y 40% hijas; 80% de las cuidadoras viven con el enfermo y 90% cuidan del hogar.

Todas las cuidadoras respondieron que el cuidado es lo que demuestra el sentimiento de afecto y amor, ya sea dándoles los medicamentos en la hora correspondiente, preparando la comida, limpiando la casa, cuidando de las tareas que el enfermo no tenga condiciones de hacer. La mayoría de los cuidadores Kaikang expresaron los sentimientos de felicidad y alegría al hacerlo por el otro y una obligación de quien esta por cerca. Esta investigación apunta implicaciones para la práctica clínica de un cuidado preventivo y diferenciado sin alcanzar hábitos y costumbres culturalmente vividos. La diversidad cultural del cuidado engloba variaciones de significados, valores y símbolos de cuidado originado por los hombres para su bienestar y para perfeccionar su condición y formas de vivir.

BIBLIOGRAFÍA:

Becker IIB. O índio Kaikang no Rio Grande do Sul. Pesquisas Antropológicas. São Leopoldo: Unisinos, 1970.

Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A origem dos povos Americanos. [on-line] Brasília;2001. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/indios.htm> (19 nov 2001).

Marroni MA. Ocorrências das doenças crônicas e degenerativas em índios Kainkang da Reserva da Guarita, Redentora e o cuidar no contexto da família. 2005. São Paulo (SP), (tese de Doutorado), Escola de Enfermagem da USP.

Faro ACMe. Cuidar do lesado medular em casa: a vivencia singular do cuidador familiar. 1999. São Paulo (SP), (Tese de Livre Docência), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

AUTHOR/S:

Maria Kaprana, Christi Deaton, Ann Caress.

TITLE:

Self-care and health-related quality of life in adult patients with dilated cardiomyopathy.

TEXT:

Background: Heart failure is a syndrome that affects many new patients each year, resulting in increased costs of health care (1). Numbers of patients are generally increasing, mostly due to the ageing of the population (1, 2). Researchers have noted (1, 3) that morbidity and mortality rates for these patients are increasing, despite improvements in therapy. It is also reported that patients with heart failure have very poor quality of life (4).

Heart failure can be caused by many cardiac conditions; one such cause is dilated cardiomyopathy (5). Dilated cardiomyopathy is a disease of the heart muscle, characterised by left ventricular or biventricular dilatation and impaired myocardial contractility (6). Patients with dilated cardiomyopathy are generally younger compared to ischaemic patients (7). Their prognosis is characterized as poor (8) and many patients require a heart transplant (7, 9). Researchers have reported (10) that half the patients with non-ischaemic heart failure have been diagnosed with idiopathic cardiomyopathy.

While research into ischaemic patients is extensive, there is a lack of studies focusing on non-ischaemic patients -and dilated cardiomyopathy patients in particular. One of the problems reported in studies about such patients is their poor quality of life (8). There is only one previous study into the health-related quality of life of patients with dilated cardiomyopathy (8), which reported significantly lower quality of life for these patients than the general population of Great Britain.

Self-care has recently attracted interest in cardiac patients, as a means of improving their health status and also reducing the cost of care (1). This is the first study that addressed self-care in patients with dilated cardiomyopathy. Results presented here are part of a study on the relationship between self care and health-related quality of life in dilated cardiomyopathy patients.

Objectives: To assess health-related quality of life and self-care in adult patients with non-ischaemic dilated cardiomyopathy.

Methods: This was a cross-sectional postal questionnaire survey. Patients with non-ischaemic dilated cardiomyopathy were recruited from 2 large University hospitals in north-west England. Patients 18 to 65 years old were eligible for this study. According to statistical calculations, assuming a medium sized relationship between explanatory and outcome variables at the 5% level of significance and 80% power, a sample of 186 patients was needed. Health-related quality of life and self-care were outcome variables for this study. Explanatory variables were: age, gender, education, living alone / living with someone, psychological status, function, symptoms, form of care, self-care education, cardiac rehabilitation, days in hospital during the last year, and types of medication.

Patients were asked to answer questionnaires on health-related quality of life using the disease-specific Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), a well-validated tool for cardiac patients. Self-care was assessed with the Self-Care in Heart Failure Index (SCHFI); questionnaires were also used to collect data on symptoms (revised Physical Symptom Incidence and Distress Scale, rPSIDS), psychological status (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) and socio-demographic information such as age, gender and education. All responses were anonymised; data were analysed using SPSS version 13.0.

Results: Results for 190 patients are presented here. Mean age of patients was 51.56 years, with a standard deviation (SD) of 10.5 years; 71.6% of patients were men. 40.4% of these patients attended a Heart Failure Clinic, while 59.6% received cardiological care. 83.6% of patients lived with someone; only 16.4% of patients lived alone. 65.1% of patients had secondary education, while 18.8% had higher education.

Data on disease severity were reported in only 53.2% of patients; most patients were classified as New York Heart Association (NYHA) class I (48.5%) who are considered generally asymptomatic. 36.6% of patients were NYHA class II (moderate symptoms in exertion), 8.9% were classified as class III (marked limitation of physical activity) and 5.9% were class IV patients, with severe limitations in everyday life.

39.4% of patients reported they were hospitalised in the previous year; the mean number of days of these hospitalisations was 3.31 days (SD 7.4 days), with a range of 0 to 49 days. 69.8% of patients reported they had received some form of education on self-care from their health carers; 30.7% of all patients said they participated in exercise programmes of cardiac rehabilitation.

Scores for the health-related quality of life tool (MLHFQ) ranged from 0 to 105 (possible scores 0-105, higher scores indicate lower quality of life), with a mean score of 45.1 (SD 29.8). 22.6% of patients reported scores higher than 70, which signify very low quality of life. When analysed for the Physical Dimension Score (PDS, possible scores 0-40) 44.7% of patients reported low quality of life (scores higher than 25), with a mean score of 20 (SD 13.2) and range of 0 to 40. For the Emotional Dimension Score (EDS, possible scores 0-25), 33.2% of patients reported scores higher than 15, which respond to low quality of life. Mean value for this scale was 10.9 (SD 8.5); scores ranged from 0 to 25.

117 out of 190 patients (61.6%) reported breathlessness or ankle swelling (two of the commonest symptoms for heart failure patients) in the last 3 months, so analysis for these patients could be carried for the whole SCHFI (0-60 raw score, 0-300 transformed score, higher scores indicate better self-care practices). Raw scores for the whole tool had a mean value of 35.8 (SD 8.85), and ranged from 15 to 58. The mean value for transformed scores was 180.7 (SD 44.4) and ranged from 81.25 to 291.7. 72.2% of patients reported low self-care, with raw scores lower than 42 or lower than 210 for transformed calculations.

When reporting symptoms using the rPSIDS (possible score 0-63, higher scores show more symptoms) 7.9% of patients reported serious symptoms (scores >42) and 28.6% reported moderate to severe symptoms (scores from 21 to 42). The mean value was 18.3 (SD 14.2); scores ranged from 0 to 63.

Scores for anxiety on the HADS scale ranged from 0 to 20 (possible scores 0-20), with a mean value of 7.8 (SD 4.9); scores for 25.5% of patients indicated moderate or severe anxiety. Scores for depression ranged from 0 to 18 (possible scores 0-21) with a mean value of 6.5 (SD 4.6); scores for 17% of patients indicated moderate or severe depression.

Conclusions: As Heart Failure Clinics are considered the best possible care for cardiac patients with heart failure-related problems (11), the rather high percentage of patients attending is not surprising. This reveals that nurse-led clinics are widely accepted as form of care for cardiac patients in the UK.

Scores on the MLHFQ for these patients confirm that quality of life is low in patients with dilated cardiomyopathy; almost 25% of patients reported very low quality of life (score >70). This is in accordance with the findings of Steptoe et al (8); however, that study used a different quality of life tool (SF-36) so there can be no direct comparison of results.

Although the majority of patients (almost 70%) reported having received information on how to practice self-care, over 70% of patients had low self-care scores. This finding indicates that the education provided might not be of the right quantity (or "dose", so more education might be needed)

or quality, as dilated cardiomyopathy patients might have different needs than other cardiac patients. Further studies on what would make self-care education more efficient to these patients are needed.

Researchers have also noted that not every aspect of self-care is performed (12). Cardiac nurses should make sure patients have understood the importance of practices such as dieting (avoiding fatty foods, salt and excessive fluid consumption), checking for symptoms, weighing themselves or taking their medication as prescribed. They should also make sure that patients are capable of performing self-care, or provide alternative means of care for them.

Less than a third of patients in this sample participated in exercise classes in the form of cardiac rehabilitation. Cardiac rehabilitation has proven beneficial for ischaemic patients after a myocardial infarction, and recent studies have shown that heart failure –including dilated cardiomyopathy– patients who participated in such programmes reported improved quality of life (13). There is a need therefore to implement cardiac rehabilitation programmes on a larger scale for non-ischaemic cardiac patients.

Although most patients were classified as class I (who are mostly asymptomatic), almost 45% of patients reported low physical quality of life, and more than a third of them reported moderate or severe symptoms. This shows that patients with dilated cardiomyopathy have limitations in physical functioning; these needs should be addressed in care plans and appropriate measures must be taken, ensuring patient safety when required.

A significant number of patients reported high scores in the HADS, indicating anxiety and / or depression. This is a problem that demands identification of patients, referral to appropriate mental health services and implementation of suitable interventions if needed. Many heart failure clinics include psychologists among other health professionals, but clinical teams vary in different hospitals and other forms of support might have to be considered.

BIBLIOGRAPHY:

1. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, et al. Quality of life of individuals with heart failure. *Medical Care* 2002; 40(4): 271-282.
2. Schwarz KA., Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung* 2003; 32:88-99.
3. Bennett SJ., Perkins SM., Lane KA, et al. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research* 2001; 10: 671-682.
4. Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in CHF. *Circulation* 2002;105: 2861-66.
5. Riley M, Crawford PA. Management of acute and chronic HF. In: Crawford PA (ed) *The Washington manual cardiology subspecialty consult*. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins. 2004:102-115.
6. Richardson P, McKenna W, Bristow M, et al. Report of the 1995 World Health Organization/ International Society and Federation of Cardiology task force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation* 1996; 93: 841-42.
7. Dec GW, Fuster V. Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. *N Eng J Med* 1994; 331(23): 1564-75.
8. Steptoe A, Mohabir A, Mahon NG, McKenna WJ. (2000) Health-related quality of life and psychological wellbeing in patients with dilated cardiomyopathy. *Heart* 83: 645-50.
9. Oakley C. Aetiology, diagnosis, investigation, and management of the cardiomyopathies. *BMJ* 1997; 315: 1520-24.
10. Franz WM, Muller OJ, Katus HA. Cardiomyopathies: from genetics to the prospect of treatment. *Lancet* 2001; 358: 1627-37.
11. Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, et al. Nurse-led HF clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *European Heart Journal* 2003; 24: 1014-23.
12. Jaarsma T, Abu-Saad HH, Dracup K, Halfens R. Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000; 14: 112-119.
13. Miche E, Herrmann G, et al. Effects of education, self-care instruction and physical exercise on pts with chronic HF. *Zeitschrift für Kardiologie* 2003; 92(12):985-993.

AUTOR/ES:

Amparito del Rocío Vintimilla Castro.
Sonia Aurora Alves Grossi

TÍTULO:

Evaluación del riesgo de reutilización de jeringuillas desechables para la aplicación de insulina en el domicilio.

TEXTO DEL TRABAJO:

La Diabetes Mellitus (DM) representa una de las principales enfermedades crónicas con elevadas tasas de morbi - mortalidad, transformándose en un problema de salud pública de proporciones endémicas con más de 140 millones de casos en el mundo. Países en vías de desarrollo podrán aumentar los casos aproximadamente 150% até 2030 en personas económicamente productivas sobre los 20 años de edad. (King,1996). En el Brasil predomina la DM tipo 2 en personas de 30 a 69 años de edad con 7,6% y la del tipo 1 representa entre 5 a10%. El costo elevado con materiales y medicamentos lleva a la reducción drástica del nivel de vida produciendo dificultades económicas e percepción negativa de la enfermedad causando estrés (Ciechanowski et al.,2000). Las dificultades económicas de la clientela diabética les impide el cuidado adecuado de su enfermedad, imposibilitándoles descartar las jeringuillas después de su uso, situación contraria a lo que preconiza la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria Brasileña (ANVISA, 2001) y los fabricantes de jeringuillas (Caffrey, 2003). A partir de estos hechos se desarrolló el presente estudio para esclarecer algunas incógnitas relacionadas con la práctica de reutilización de jeringuillas descartables en el domicilio de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1.

Objetivos: Analizar la práctica de reutilización de jeringuillas desechables. Describir las alteraciones más frecuentes en los locales de aplicación de insulina y asociarlas con el Grupo A que reutiliza jeringuillas desechables y el grupo B que no las reutiliza. Asociar las alteraciones más frecuentes con: tamaño de aguja, número de aplicaciones de insulinas diarias y número de reutilizaciones del grupo A.

Métodos: Estudio transversal, cuantitativo, comparativo realizado en el Servicio Externo de Diabetes del Instituto da Criança del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de São Paulo-Brasil. La muestra se constituyó de 199 niños y adolescentes, siendo 130 del sexo femenino y 69 del sexo masculino. Un formulario de entrevista permitió coleccionar los datos, los mismos que fueron transportados y procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12 del Windows. Las variables cualitativas y cuantitativas fueron presentadas en cuadros de frecuencias absolutas y relativas descritas con las medidas de Tendencia Central. Las complicaciones más comunes (nódulos y lipohipertrofias) fueron comparadas entre los Grupos A e B utilizando el test de Fisher y para asociar esas complicaciones con el tamaño de aguja, número de aplicaciones de insulinas diarias y número de reutilizaciones, fue realizado el Q-Cuadrado (Q2). Para los análisis estadísticos fue adoptado el nivel de significación de 5%.

Resultados: El grupo A (que reutiliza) se constituyó de 153 pacientes (76,8%) y el Grupo B (que no reutiliza) de 46 (23,12%). La diferencia entre las medianas de edad entre los dos grupos, según el test no paramétrico de Mann-Whitney, fue estadísticamente significativa ($p= 0,003$), ou sea, el grupo A presentó una media de 11 años de edad, mientras que el grupo B tuvo una media de 8 años; es decir, que los adolescentes son los que más reutilizan las jeringuillas. La mayoría 130/199 (65,3%) compra jeringuillas en la farmacia y 50/199 (25,1%) obtienen en la Unidad Básica de Salud, aunque 19/199 (9,6%) las consiguen por donación, hospitales o Secretarías de Salud. De las personas que compran jeringuillas, la mayoría 107/130 gastó de 8 a 27 dólares. Se constató que 111/199 (55,8%) de los pacientes auto-aplican la insulina, siendo que la madre también participa 77/199 (38,7%). En lo que respecta al uso del alcohol para desinfección del frasco y antisepsia de la piel, se obtuvo que 116/199 (58,3%) prefieren alcohol de supermercado para desinfección de la tapa del frasco y 114/199 (57,3%) para antisepsia de la piel. Se verificó que 194/199 (97,5%) lavan las manos antes de preparar y aplicar la insulina.

La frecuencia de reutilización apuntó de 1 a 19 veces, siendo que 119/153 (77,8%) reutiliza de 1 a 4 veces. Las mismas fueron protegidas con el protector original sin limpieza previa 92/153 (60,1%), guardarlas dentro 77/153 (50,4%) o fuera 76/153 (49,7%) de la refrigeradora en recipientes cerrados generalmente de plástico 99/153 (64,7%). Las causas relevantes para que el paciente cambie la jeringuilla reutilizada por una nueva fue el dolor de los sitios de aplicación 60/153 (39,2%) y la orientación de otros pacientes diabéticos y profesionales de salud 59/153 (38,6%). El hospital fue el mayor responsable por la orientación de reutilización de jeringuillas en 80/153 (52,3%), siendo el Enfermero el mayor responsable 53/153 (34,6%). Los brazos 183/199 (92%) y los muslos 163/199 (82%) fueron los sitios preferidos para inyectar la insulina. Se constató que 117/199 (58,8%) aplican insulina de una a tres veces en el mismo local durante una semana y 69/199 (34,7%) aplican de siete a ocho veces. Los grupos A y B presentaron nódulos 31/199 (15,6%) y lipohipertrofias 53/199 (26,6%). Hubo más frecuencia de nódulos en los brazos 19/31 (61,3%) y menos en los glúteos 3/31 (9,7%). Las lipohipertrofias se encontraron con mayor frecuencia en los brazos 28/53 (52,8%) y los muslos fueron menos afectados 1/31 (1,9%). Al comparar los grupos A y B con relación a la frecuencia de nódulos con el test de Fisher, no evidenció diferencia estadísticamente significativa ($p=0,224$). También no hubo asociación estadística entre esos grupos con relación a la frecuencia de lipohipertrofias ($p=0,706$). Al asociar el tamaño de la aguja con las alteraciones en los locales de aplicación de insulina, no hubo asociación estadísticamente significativa con los nódulos ($p=0,066$) ni con las lipohipertrofias ($p=0,093$). Además no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el número de insulinas diarias prescritas, con los nódulos ($p=0,074$) ni con las lipohipertrofias ($p=0,092$). Se verificó también que no hubo asociación estadística significativa entre el número de reutilizaciones con los nódulos ($p=0,185$) ni con las lipohipertrofias ($p=0,841$).

Discusión: La opción por reutilizar jeringuillas puede estar relacionado a la compra de medicamentos y materiales desechables para cuidar de la enfermedad, lo que afecta directamente a las familias de baja renta que gastan hasta 70% del sueldo mínimo (Scain, 1987). Otros estudios apuntaron gastos de 35,65% del sueldo mínimo vigente, solamente con la compra de jeringuillas desechables, lo que ha llevado a dificultades financieras y a practicar la reutilización de ese material, por más de una vez en 80% a 90% de la clientela que aplica insulina (Souza, 1999). En el Brasil, a pesar de haber programa gubernamental que fornece medicación y materiales a los pacientes, todavía no hay distribución constante y general, mismo existiendo leyes que exigen atención integral a pacientes diabéticos. Es posible que la facilidad del adolescente por reutilizar las jeringuillas para aplicar insulina esté relacionado al grado de desenvolvimiento cognitivo, capacitándolo para tomar esa decisión (Bee, 2003). La auto-aplicación es consecuencia del entrenamiento realizado por el Enfermero a partir de los 8 años de edad, debido a la facilidad de la lectura y escrita sumado a las habilidades físicas, motoras e cognitivas características de esta edad (Bee, 2003). La madre también participa de la aplicación de insulina porque es la persona que más acompaña a las consultas permitiéndole recibir orientaciones con sus hijos. En relación a la preparación de la piel, algunos autores orientan agua y jabón usado en la higiene corporal, otros sustentan la eficacia bactericida del alcohol a 70% que reduce el conteo bacteriano de la piel entre 80 e 90% (Renard et al., 2001). La adhesión de los pacientes al lavado de manos, presupone que el trabajo educativo continuo del enfermero es eficaz. La conservación del instrumental reutilizado, dentro o fuera de la refrigeradora es controvertido por no haber evidencias convincentes de crecimiento bacteriano (American Diabetes Association, 2004), sin embargo, pesquisa con jeringuillas esterilizadas, llenas de insulina y guardadas en la refrigeradora, constató microorganismos en la 4^o a 6^o semanas y las que fueron guardadas fuera de la refrigeradora presentaron colonias de bacterias inmediatamente en la 1^o, 2^o, 4^o, 5^o e 10^o semanas. En los dos casos, las bacterias encontradas no fueron biológicamente significantes, lo que destaca la importancia de mantener la técnica aséptica correcta durante la preparación de insulina (Oberly, 1979). Hay necesidad de que los Servicios de Salud revisen sus prácticas, ya que debe haber mejor capacitación de los profesionales de salud que orientan a la población diabética a reutilizar las jeringuillas después de aplicar insulina (Guimarães y Takayanagui, 2000). En el análisis bibliográfico de Castro y Grossi (2004), los estudios apuntan alteraciones bacteriológicas en el instrumental reutilizado, destacándose los estafilococos epidermidis (45,45%) y bacilos sp (18,18%) considerados parte de la microbiota de la piel.

El local escogido para aplicar insulina depende de cada individuo y está relacionada a la edad, madurez cognitiva, experiencias anteriores de aplicación, soporte para el tratamiento, bienestar emocional, sensibilidad en los locales de aplicación de insulina. Algunos autores sustentan que la rotación de las aplicaciones de insulina puede prevenir complicaciones en los locales de aplicación, como nódulos e lipodistrofias, que son alteraciones del tejido adiposo y fibroso (American Diabetes Association, 2004; Grady, 2003). Entre las causas para la presencia de nódulos se pueden citar las constantes inyecciones de insulina en el mismo local, inyecciones voluminosas o técnicas impropias de administración, como presión y rapidez para inyectar el líquido, produciendo procesos inflamatorios y fibrosis del tejido (Palitot et al, 2000). Las lipohipertrofias pueden estar asociadas a una serie de factores y no solamente a microtraumas causados por las agujas reutilizadas (Caffrey, 2003). Parece que el componente lipogénico de algunas insulinas puede desencadenar lipodistrofias y fibrosis en los locales de aplicación, tornándose menos vascularizado con pérdida de la sensibilidad (Palitot, 2000). Con estos hallazgos, se puede decir que la práctica de reutilización no debe ser ampliamente estimulada por el enfermero, siendo imprescindible dar libertad al paciente para que tome sus decisiones, teniendo en vista sus recursos disponibles, así como el acigimiento durante ese proceso. Los hallazgos encontrados en esta investigación coinciden con los de la literatura que apuntan baja evidencia de riesgo de complicaciones en los locales de aplicación de insulina (Castro e Grossi, 2004). No obstante es necesario que haya otras investigaciones envolviendo mayor número de pacientes que practican la reutilización de jeringuillas para la aplicación de insulina, ya que por motivos de dificultad económica mundial y crisis en el sistema de salud, los pacientes con diabetes adhieren cada vez con mayor frecuencia a la práctica del material en discusión. De esa manera, este estudio nos permitió verificar que la reutilización del material en discusión, no está directamente relacionada con la presencia de alteraciones en los locales de aplicación de insulina, por tanto la falta de evidencias clínicas apunta que desde que el paciente opte por esa práctica y el material desechable sea de uso exclusivo del mismo paciente, debe ser acogido por el profesional de salud que debe discutir al respecto de esa decisión y fornecer las orientaciones pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Artigo médico hospitalar: Consulta pública nº 98, de 6 de dezembro de 2001. [online]. Brasília, 2001 en <www. anvisa.gov.br>
- American Diabetes Association. Insulin administration. *Diabetes Care* 2004; 27: (Suppl 1):S106-7.
- Bee H. A criança em desenvolvimento. 9º ed. São Paulo: Artmed; 2003. p. 502-26.
- Caffrey R. Are all syringes created equal?. *AJN* 2003; 103(6):46-9.
- Castro A, Grossi S. Reutilização de seringas e agulhas descartáveis na aplicação de insulina pela clientela diabética: uma análise da literatura. *Nursing* 2004; 7(77):22-8. (edição brasileira).
- Ciechanowski P, Katon W, Russo J. Depression and diabetes impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160(21):1-14.
- Grady J. Insulin Delivery. *Diabetes Forecast* 2003; 56(1):59-61.
- Guimarães F, Takayanagui A. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutr Campinas* 2000;15(1):37-44.
- King H, Aubert R, Herman H. Global burden of diabetes, Prevalence, numerical estimates, and projections, *Diabetes Care* 1996; 21(9):414-431.
- Oberly K, Clark J, Paulshock B, Delaware W. Sterility of insulin stores in syringes. [letters] *Diabetes Care* 1979; 2(6):531.
- Palitot E, Assis G, De Lima F, Azzquz M. Manifestações cutâneas no diabetes mellitus-atualização bibliográfica. *JBM* 2000; 78(6):136-45.
- Renard E, Rostane T, Carriere C, Marchandin H, Aposto D. Implantable insulin pumps: infections most likely due to seeding from skin flora determine severe outcomes of pump-pocket seromas. *Diabetes Metab* 2001; 27: 62-5.
- Scaïn S, Oliveira C, Franzen E. Aspectos de assistência de enfermagem ambulatorial no custo do tratamento de diabéticos. *Rev Gaúcha Enferm* 1987; 8(2):150-67.
- Souza C. A prática da reutilização de seringas descartáveis na administração de insulina no domicílio [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Esc Enf Ribeirão Preto/ USP; 1999.

AUTOR/ES:

Gutiérrez Zornoza, M., Gutiérrez Leiva, J.A., De las Heras Mayordomo, A.M., Lozoya Martínez, M.A., López Jiménez, M.J., Segura García, M.

TÍTULO:

AVDs y AVDI de los mayores con dependencia en domicilio. Estudio "Cuidados de mayores en Cuenca"

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Introducción:

El Consejo de Europa en septiembre de 1998 aprobó una recomendación relativa a la dependencia, en la cual se establece la siguiente definición: "Son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria".

Las actividades de la vida diaria (AVD) se clasifican en actividades básicas (AVDB) e instrumentales (AVDI). Se consideran actividades básicas de la vida diaria aquellas actividades mínimas que debe realizar una persona para vivir independientemente sin la necesidad de una ayuda demasiado frecuente, tales como vestirse o lavarse; y actividades instrumentales, aquellas que miden la capacidad de las personas para desenvolverse en la comunidad, e incluyen funciones complejas como telefonar, hacer la compra, cocinar, cuidar la casa, tomar medicaciones, manejar dinero, hacer la colada y utilizar el transporte público.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta la política europea en los próximos años es el aumento de la población dependiente, ocasionado por el crecimiento de los índices de envejecimiento en Europa. Así, el IMSERSO, en la presentación del "Informe 2000: Las personas mayores en España" afirmaba que mientras que el siglo XX se caracterizó por la longevidad y el envejecimiento, "el siglo XXI será el de la dependencia si los sistemas actuales de protección no se revisan".

En el ámbito europeo, se calcula que hasta un 5% de las personas de más de 65 años dependen directamente de una asistencia social continua, y alrededor de un 15% dependen sólo parcialmente. Lógicamente, la dependencia aumenta con la edad; así, el 10% de las personas mayores de 75 años son directamente dependientes, y un 25% dependientes parciales.

La extraordinaria frecuencia del número de personas mayores con dependencia en países desarrollados obliga a organizar los recursos procedentes del sistema social y sanitario, para atender de forma integral a las personas mayores con algún grado de dependencia.

2. Objetivo:

Estimar la prevalencia de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDs) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI) en los mayores con dependencia residentes en domicilio de la provincia de Cuenca.

3. Métodos:

-Diseño: Estudio observacional prospectivo de cohortes de 2 años de seguimiento del que presentamos resultados del examen basal.

-Sujetos: Mayores de 64 años con algún grado de dependencia para las AVD Básicas (Índice de Barthel ≥ 95 y/o Test de Pfeiffer ≥ 3) residentes en domicilios de la provincia de Cuenca.

-Variables: Además de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil,..), se administró el cuestionario RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home Care) validado en castellano.

El Resident Assessment Instrument es un sistema de valoración que incorpora:

- Instrumento de recogida de datos
- Conjunto de protocolos
- Sistema de clasificación o agrupación de usuarios en función del consumo de recursos

(Resource Utilization Groups)

4. Resultados:

Se estudiaron 208 sujetos de edades comprendidas entre 65 y 98 años (media = 81,6; D.E.= 7,07), de los cuales el 62,5% eran mujeres.

El uso del aseo es la AVD para la cual menos sujetos dependientes gozan de autonomía según el test de Barthel. Por el contrario, comer es la actividad que mas dependientes pueden realizar sin ningún tipo de ayuda o supervisión.

Entre las AVDI, usar el teléfono es la actividad que más sujetos dependientes pueden hacer sin ningún tipo de ayuda, y por el contrario, el uso de transporte es la actividad para la cual más sujetos dependientes precisan ayuda.

Por último, el 37,5% de sujetos con una puntuación en el Test de Barthel \leq a 75 presentaron autonomía para las AVDs según el RAI.

5. Discusión:

En los últimos años se han realizado diferentes proyectos para medir y mejorar la calidad de los programas de atención en domicilio e institución. Brant Fries y colaboradores, en la Universidad de Michigan, han desarrollado el Resident Assessment Instrument (RAI) para la atención en domicilios (RAI-HC) y de instituciones (RAI-NH).

En España, distintos grupos de investigación consideran que el RAI y el RUG son los sistemas de información sociosanitarios más desarrollados, validados y usados internacionalmente. En el contexto español han alcanzando un elevado grado de aceptación entre los profesionales asistenciales y se han convertido en un elemento necesario tanto en la planificación, financiación, control, así como en la gestión de servicios y la evaluación de la calidad asistencial de los enfermos crónicos y geriátricos.

Los resultados de nuestro estudio permiten conocer hasta que grado de dependencia y con qué necesidades de recursos la supervivencia y la calidad de vida de los ancianos es mayor.

Del mismo modo, los resultados de nuestro estudio nos permiten valorar cuál es la calidad de la atención que en este momento están recibiendo los mayores con dependencia de nuestra comunidad.

Por último, permite conocer las características de este colectivo y avanzar en el conocimiento de la historia natural del envejecimiento y la dependencia.

Estudio financiado por el Fondo de Investigación sanitaria del Instituto Carlos III y por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

BIBLIOGRAFÍA:

Aro S, Noro A, Salinto, M. Desinstitutionalization of the elderly in Finland, 1981-91. Scand J Soc Med 1997; 25:136-43.

Carrillo, E., Garcia-Altés, A., Peiro, S., Portella, E., Mediano, C., Fries, B.E., Martinez, F., Burgueño, A., Vallés, E., Estrem, M., Zahonero, J.L.M. (1996) Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups Version III. Validación en España. Rev Gerontol 6:276-284.

Casado, D. y G. López-Casasnovas (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Fundación La Caixa. Colección de Estudios Sociales nº 6.

Clauser, S.B., Fries, B.E. (1992) Nursing home resident assessment and case-mix classification: Cross-national perspectives. Health Care Financing Review 13:135-155.

Harrow BS, Tennstedt, SL, McKinlay, JB. How Costly is it to Care for Disabled Elders in a Community Setting? Gerontologist 1995;35:803-13. Joël ME, Dufour-Kippelen D. Financing systems of care for older persons in Europe. Aging Clin Exp Res 2002; 14:293-9.

Rodríguez, G. y J. Monserrat (2002): Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ruchlin HS, Morris JN, Gutkin CE, Sherwood, S. Expenditures for long-term care services by community elders. Health Care Financ Rev 1989;10:55-65.

AUTHOR/S:

Yaghmaie, F. PhD (Associated Professor in Shaheed Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery);
 Khalafi, A. MSN (Students of Shaheed Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery);
 Khost, N. MSN (Faculty member of Shaheed Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery);

TITLE:

Correlation between self-concept and health status aspects in hemodialysis patients at selected hospitals affiliated to Shaheed

TEXT:**Background and Purpose**

Chronic renal failure (CRF) is an overwhelming disorder affecting on physical, psychological and socioeconomic aspects of patients. Restoring health is a primary therapeutic goal for them and all interventions are directed toward improving their quality of life (QOL). The concept of health is unique for every one and each individual considers it with respect to his/her own criteria. This concept is influenced by different physical, mental and social factors. Therefore, in assessing health condition, patients' attitudes toward himself should be put into consideration. This attitude is a psychological, social and nursing concept called self-concept. This correlational descriptive study was conducted to determine the correlation between self-concept quality and aspects of health status in hemodialysis patients referring to hospitals affiliated to Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.

Materials and Methods

113 patients between 15 and 65 with no history of kidney transplantation and at least 1 year experience of hemodialysis, 3 times a week, participated in the study. A questionnaire in three parts to collect demographic, self-concept, and health status data was used. It was validated by content validity and its reliability was identified by internal consistency and test-retest methods.

Results

Findings showed a significant relation between self-concept and all aspects of health status except treatment and medication. This denoted that the more self-concept is improved, the more health status would be.

Discussion and Conclusion

The correlation between self-concept and health status shows that patients' attitudes toward themselves affect on their image from being healthy and running a productive and fruitful life. Thus, in addition to physical disorders resulted from CRF and hemodialysis, mentalities and social condition of patients can affect on their motivation and life expectancy.

Key words: Health status, Health-oriented quality of life, Self-concept, Hemodialysis.

Introduction

Today, by increasing life expectancy, chronic diseases are considered as a primary health problem. Affected people have to change their role from normal individuals with a normal life to the role of patients with life-long diseases requiring permanent medical care. Chronic renal failure (CRF) is regarded a chronic disease leading a person to have a permanent patient role in life because of its ever-lasting nature (1).

Hemodialysis is considered the most common therapeutic method in patients with CRF. It is a conservative therapy only to control disease symptoms in an almost satisfactory level. The therapy should be stay performed constantly two to three times a week with a lifelong dependency of patients. Although this method is now performed with full advancement and safety, its physical, psychological and social pressures on patients is high.

CRF has counteractions on physical, psychological and functional states of clients causing different deprivations and changes in lifestyle. These may include financial problems, unemployment, food and food restrictions, alterations in family functions and roles, and reduced

conscious understanding encompassing perception, knowledge, values and emotions of an individual about himself/herself and includes four physical, psychological, social and emotional domains (4). QOL as a deep psychological concept is very influential in patients' attitudes toward health, social relations, life expectancy, and coping abilities. Self-concept can be viewed as a significant indicator in alterations resulted from chronic diseases. In addition, it can be considered as an important determining factor in QOL.

CRF, therefore, destructs self-concept by lowering QOL on one hand and puts negative effects directly on self-concept on the other hand. It should be noted that health-oriented QOL is a very widespread concept influenced by many factors and self-concept can only be evaluated when it is considered in interaction with QOL.

Researchers have increasingly concerned with the validity of self-evaluation in health status assessment. QOL is based on an individual's experience in life and can be actually assessed according to personal evaluation of one's life experiences. Hence, personal judgment is a determining factor because individuals have different values in their lives. Therefore, a special disability that makes living impossible for a person can be viewed as a disturbance for the other. In this way, there is no unique definition for QOL under certain circumstances to be similarly experienced by all people (5).

According to the above, it is now evident that CRF is an overwhelming condition influencing on all aspects of a patient. Psychological problems due to the nature of this condition have severe devastating effects on the patient's life. Health restoration is the most important therapeutic goal in these patients and efforts are intended toward promotion of their QOL.

Health is considered a dynamic concept affected by many factors and each of its definitions focuses on some of them. In health status assessment, many concepts are also put into consideration, of which QOL is the most comprehensive and acceptable one. Recently, the term health-based QOL has become common in scientific literature, making the emphasis of QOL on health more obvious.

Another point is that health is a concept defined individually and everybody has his/her own definition according to personal criteria. This personal definition is influenced by different physical, psychological and social factors. Therefore, both in a healthy person and in a patient, self is the basic core in health status. Fluctuations of self-concept in a continuum between health and disease can bring about alterations in definition of health by patients. An important point is that many factors involve in this definition, including the role currently played by the patient and its changes before illness, physical and facial changes and altered self-esteem, all of which are subgroups of self-concept.

Thus, to assess health status correctly, the attitude of patient toward himself should be considered. This attitude is evaluated in a more general psychological, social, and nursing concept, namely, self-concept. It should be noted that a patient has not been ill from the beginning but a normal person with experiences, wishes and individual values. Contracting a disease has significantly destroyed his self-concept and his current understanding of self is a set of past values and wishes with present limitations as well as changes. This study was conducted to identify the relationship between self-concept and health status in hemodialysis patients.

Material and Methods

This descriptive correlational study was conducted to assess the correlation of self-concept with aspects of health status. 153 patients between 15 and 65 were selected by purposive sampling method. They had no history of kidney transplantation with continuous hemodialysis three times a week for at least one year. They were physically able to answer the questions, literate and fluent in Farsi language.

A questionnaire in three parts was used for data collection. The first part included demographic questions. The second part contained self-concept questions designed according to current literature regarding hemodialysis patients' physical and psychological problems, self-concept as a nursing concept, and self-concept as well as self-esteem in hemodialysis patients. In addition, some popular tools including Rogers' Self-Concept inventory (1974), Adult Sources of Self-Concept Inventory (1988), Harrison's Self-Concept Questionnaire (1952), Beck's Self-Concept Inventory (1980), Copper Smith's Self-Esteem Inventory and Essence Self-Esteem Inventory applied in this regard. This part included 66 questions in four sections: physical-facial, personal, familial-social, and economic-occupational. Self-concept was ranked according to the scores as completely positive.

positive, neutral, negative and completely negative.

The third part of the questionnaire included health status questions derived from available resources regarding hemodialysis patients' physical, psychological and social problems and some popular tools such as SF-36, KDQOLS, and SQLI. This part contained 45 phrases in physical, psychological, social, economic and medical aspects. Content and face validities were used to validate the tool and internal consistency (Cronbach's alphas [α] for health status and self-concept assessments were calculated 0.89 and 0.91 respectively) and test-retest methods (Pearson coefficient of correlations for the same assessments were estimated 0.89 and 0.92 respectively) were used for its reliability.

Data were gathered in all shifts by referring to units and providing necessary explanations for patients to complete the questionnaire. SPSS package were used for data analysis.

Results

Findings also showed that the physical aspect had the lowest mean score (35.8%) in health status. Psychological (36.9%), economic (43.1%), social (47.2%) and medical (54%) aspects were ranked successively after it.

Most subjects (46.4%) had a weak score in health status and only 6.5% as well as 1.3% of them obtained high and very high scores respectively. Mean percentage of health status scores was 42.19% (SD=12.04).

The majority of subjects had neutral (45.8%) and negative (41.8%) self-concept and only 8.5% had positive self-concept. None of the patients had completely positive self-concept.

A significant relation was found between self-concept and physical, psychological, social as well as economic aspects of health status and it had more correlation with physical and psychological aspects, but no significant relation was found between self-concept and medical aspects. As a whole, self-concept had a strong correlation ($r=0.73$) with general health status ($P<0.01$).

A significant relation was found between health status and marital status, educational level, occupation, employment and income.

BIBLIOGRAPHY:

1- Curtin B.R, Bultman C.D. Hemodialysis patients' symptom experience effects on physical and mental functioning. *Nephrology Nursing Journal*. 2002; 29 (6), 562-74.

2- Thomas N. *Renal Nursing*. Second edition. UK. Balliere Tindall Co. 2002.

3- Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of Community Health Nursing*. USA. Mosby Co. 2002.

4- Carson V.B. *Mental Health Nursing*. 2end edition.W. B. Saunders Co. 2000.

5- King G, Hinds P. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives*. Massachusetts. Jones and Bartlett Publishers.1998.

AUTOR/ES:

Fernández M, Figueiras R, Salvadó C, Fuentelsaz C, Villar T, López C, Alonso JC, Salvatella L, Casas N, Malagón C, Fuertes F, López A, Bara G, Martínez F, Barreiro F, Ampudia V, Pérez V, Suarez E, Arcay C, Coroas O.

TÍTULO:

Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de cirugía y oncología de hospitales de nivel III

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

El dolor es una de las experiencias humanas más complejas y la causa más frecuente de estrés fisiológico y psicológico, siendo el principal motivo de la visita de los pacientes al centro de salud y también de la automedicación; interrumpe otras actividades y condiciona conductas y/o comportamientos(1). También es elevado el número de pacientes con dolor que acude a los hospitales, o que lo padece durante su ingreso(2). La elevada frecuencia de dolor en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a pesar de la existencia de fármacos eficaces para tratarlo o aligerarlo, pone de manifiesto que el dolor sigue siendo tratado de forma insuficiente(3).

El dolor debe ser evaluado y reevaluado regularmente mediante la utilización de un instrumento adecuado de medición del grado de dolor. Este instrumento debe ser el apropiado para cada enfermo teniendo en cuenta su edad, el nivel cultural y estado clínico. Se debe actuar sobre las puntuaciones de intensidad otorgadas por el paciente, independientemente de cuál sea su comportamiento.

Algunos autores refieren que la evaluación y el tratamiento del dolor son desde hace tiempo la esencia de la responsabilidad de las enfermeras(4). Otros indican que cuando se ofrece a la enfermera escoger analgésicos para aliviar el dolor, normalmente escogen el de menor intensidad(5).

En un estudio, realizado en 1990, el 40,7% de las enfermeras que cumplimentaron la encuesta anotaron una puntuación numérica de dolor intenso para los pacientes que se mostraban risueños. En 1995, el porcentaje aumentó al 73,8%(6). En España se realizó un estudio en el que se pretendía conocer la información registrada por la enfermera en la historia de enfermería sobre sus actividades ante el dolor. De las 526 historias revisadas, en el 98% de ellas hay registrada información sobre el tratamiento analgésico y en el 85% la enfermera administra únicamente los analgésicos prescritos ante un episodio de dolor(7).

Un mal manejo del dolor se puede deber en gran medida a que tanto el personal sanitario como la población en general, tiene una serie de prejuicios y/o creencias acerca de los analgésicos en general y de los opiáceos en particular, de manera que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente(4, 6).

Muchos pacientes se resisten a los esfuerzos que se realizan para controlar el dolor debido a sus propios miedos acerca de la adicción y otros efectos adversos. Algunas personas, por ejemplo, creen que "los buenos pacientes" no deben quejarse, o que el dolor es inevitable, incluso los familiares pueden compartir esas creencias e ideas equivocadas(8).

La bibliografía sugiere que las enfermeras no priorizamos el control del dolor, y que en nuestras decisiones sobre el tratamiento del mismo influyen creencias y dilemas éticos(9-11).

Ya en 1978, un estudio realizado a través de una revisión de las historia clínicas, revela que cuando los médicos prescribían opioides para controlar el dolor, lo hicieron en una dosificación que variaba entre el 50% y el 65% por debajo de la que hubiese necesitado el paciente, y que a su vez, las enfermeras administraban entre el 40% y el 50% de las inadecuadas dosis indicadas por el médico(12).

En el año 1983, otro estudio efectuado sobre 81 pacientes, de los que el 42% le habían suministrado morfina y al 58% petidina, recibieron un término medio del 70% de las dosis prescritas en las primeras 24 horas y el 43% en el segundo día. En el 4% de los casos, se les negó a los pacientes una nueva dosis de analgésicos, porque el intervalo entre las mismas no se había cumplido en el momento de requerirlo. En las entrevistas que se hicieron 72 horas después de la cirugía, un 90% informó padecer dolor de intensidad suficiente para perturbar el sueño, la concentración, la movilización o la ingesta(13).

La campaña "Hacia un hospital sin dolor", iniciada por la OMS hace unos años, pretende aumentar la sensibilidad de los profesionales sanitarios en el problema del dolor y mejorar las pautas de abordaje y tratamiento. Las organizaciones de la salud, cada vez más, empiezan a implementar programas de gestión del dolor, unificando normas, construyendo protocolos y recogiendo opiniones de los pacientes. Este cambio empieza por los profesionales que deben valorar su trabajo sobre la gestión del dolor y buscar un tratamiento efectivo, viendo el más apropiado y efectivo que se debe incorporar al manejo del dolor dentro de un plan para la recuperación de cada paciente(14).

El control del dolor es una prioridad social y sanitaria y el grado de alivio se considera como indicador de eficiencia y calidad.

En el presente estudio se planteó el objetivo de: saber los conocimientos y actitudes sobre el dolor que tienen las enfermeras de las unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III, e identificar si existen diferencias entre ambas.

MÉTODOS

Se planteó un diseño observacional, analítico y transversal

El estudio ha sido realizado en las unidades de cirugía general y oncología de los hospitales de nivel III: Vall d'Hebrón de Barcelona, Miguel Servet de Zaragoza, Xeral-Cies de Vigo, Juan Canalejo de A Coruña y Josep Trueta de Girona; que fue financiado por el FIS en la convocatoria del año 2003 (proyecto nº PI030138). Los sujetos de estudio fueron todas las enfermeras de las mencionadas unidades que trabajasen durante el periodo de recogida de datos de la investigación y que accediesen a participar; se excluyeron las ausentes por incapacidad laboral transitoria, descanso u otro tipo de permiso. Se recogieron las variables: edad, género, creencias religiosas, años de antigüedad en la unidad, formación específica sobre el tema, y conocimientos y actitudes sobre el dolor en relación con la medicación (vías de administración, dosis, incompatibilidades, combinaciones entre analgésicos, etc.), riesgos de los analgésicos, cambios en signos vitales y actitudes en relación directa con la percepción del dolor de los pacientes, interpretación dependiendo si está sonriendo o llorando, creencias sobre la adicción, tolerancia y dependencia física, por la edad del paciente. La recogida de datos fue realizada por el equipo investigador de cada hospital, para ello se elaboró una hoja sobre los datos generales y laborales; y para valorar los conocimientos y actitudes de las enfermeras se utilizó el cuestionario Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, previa adaptación a nuestro entorno, traducción y retrotraducción del mismo (inglés-castellano); también se suprimieron algunas preguntas referidas a población pediátrica, ya que las unidades de estudio son de adultos. Ambos fueron autocumplimentados por las enfermeras, a las que se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Los datos han sido analizados con el paquete de programas estadísticos SPSS 12.0. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Para contrastar las hipótesis planteadas y detectar las diferencias, se han calculado las pruebas estadísticas correspondientes según el tipo de variables. Consideraciones éticas: Se solicitó a las enfermeras el consentimiento oral, informándoles previamente sobre los objetivos del estudio.

RESULTADOS

Se repartieron 236 cuestionarios, de los que se recogieron correctamente cumplimentados 170 (porcentaje de respuesta del 72%), siendo 93 (55%) de cirugía y 77 (45%) de oncología. La media de edad fue de 41 años (DE=8), la mediana de años de antigüedad en el servicio fue 7 (min=1, max=30), manifestaron tener creencias religiosas un 42%, indicando la mayoría la religión católica. 96 enfermeras (58%) mencionaron haber realizado formación específica sobre el dolor, habiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,008$) entre oncología (53%) y cirugía (47%). El 85% de las enfermeras estudiadas (145) opinaron que los pacientes no han de tener dolor, el resto opinó que es normal que tengan dolor moderado o intenso.

En relación con las 37 preguntas del cuestionario, se obtuvo una mediana global de 18 respuestas correctas (min=0, max=28); categorizadas sobre una puntuación de 10, la mediana fue de 5 (min=0, max=8); existiendo una pequeña diferencia a favor de las enfermeras de oncología que puntuaron más alto (mediana=21, min=12, max=28) que las de cirugía (mediana=16, min=0, max=26).

Las preguntas específicas sobre creencias y actitudes, reflejaron una mayor similitud entre las enfermeras de las 2 unidades del estudio, entre ellas destacan: "Si se puede distraer al paciente de su dolor es signo evidente de que no tiene un dolor de alta intensidad"; "Al paciente con dolor se le debe animar a que aguante tanto dolor como sea posible antes de recurrir a una medida para el

alivio del dolor". "Basándose en sus creencias religiosas, el paciente puede creer que el dolor y el sufrimiento son necesarios"; "La administración intravenosa de agua esterilizada (placebo) a los pacientes, suele ser una prueba útil para determinar si el dolor es real"; "El juez más exacto de la intensidad del dolor del paciente es el propio paciente"; "El porcentaje de pacientes que exagera la intensidad de dolor que padecen es del 0%". Contestaron correctamente a estas preguntas el 55%,99%, 68%, 50%, 94%, 23%, de las enfermeras respectivamente.

DISCUSIÓN

El nivel de conocimientos sobre el dolor que parecen tener las enfermeras estudiadas no es demasiado elevado, aunque ligeramente superior en las enfermeras de las unidades de oncología. Diversos estudios coinciden en este bajo nivel de conocimientos (15,16), alguno de ellos utilizando el mismo instrumento. Sería necesario impartir formación sobre el tema y evaluar su impacto; dicha formación no sólo debe contemplar aspectos específicos sobre el dolor, sino también sobre actitudes y creencias, ya que es muy importante para los pacientes que todas las enfermeras sean conscientes de que los enfermos no han de tener dolor, y por tanto deben manejar el dolor correctamente.

Esta afirmación se encuentra también en algunos estudios realizados, que han evaluado la efectividad de programas de formación continuada, dirigida a enfermeras hospitalarias (15,16).

Los datos del presente estudio pueden ser útiles para que en los hospitales estudiados se pueda tratar el tema del dolor correctamente, ya que aunque no es muy elevado, hay un número considerable de enfermeras que denotan unas actitudes y creencias negativas, tanto en las unidades de oncología como de cirugía.

Necesitamos formación para superar los temores exagerados acerca de la adicción y la depresión respiratoria asociados a los analgésicos opiáceos, debemos aprender a valorar el dolor, a comprender al paciente y a no guiarnos por nuestros patrones culturales (creencias, religión, etc), debemos saber los fármacos adecuados para el manejo del dolor, así como otras terapias complementarias no farmacológicas. En definitiva la formación es la llave que nos ayudará a superar las barreras que nos impiden un buen manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Eccleston C. Role of Psychology in pain management. Br J Anaesth. 2001;87(1):144-52.
2. Cañellas M, Català E. Prevalença del dolor en l'àmbit hospitalari. En: Busquets C, Rivera V. Unitats del dolor: realitat avui, repte per al futur. ACMCBalears. Monografía nº 12. Barcelona 2002.
3. Baños JE, Bosch F. Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. Med Clin (Barc).1996;106:222-6.
4. Acello B. Cumplimiento de las normas de acreditación para el control del dolor. Nursing. 2000;13-5.
5. Coverman E, Gale A. Factors influencing nurses' inferences about patient pain. Br J Nurs. 2000;9(6):334-7.
6. McCaffery M, Ferrell BR. Opiáceos y tratamiento del dolor. ¿Qué conocimientos tienen las enfermeras?. Nursing. 1999;Agosto-Septiembre:8-12.
7. Rojas P, Muñoz G. Necesidad de registrar la actuación de enfermería ante el dolor. Med Paliat. 2000;7:61.
8. McCaffery M. Control del dolor. Superar las barreras para controlar el dolor. Nursing. 2001;Diciembre: 41.
9. Manias E, Bush T. Can we get it right? Barriers to effective acute pain management with opioid analgesics. Contemp Nurse. 1999;8(3):83-90.
10. Twycross A. Pain management: a nursing priority?. J Child Health Care. 1999;3(3):19-25.
11. Twycross A. Educating nurses about pain management: the way forward. J Clin Nurs. 2002;11(6):705-14.
12. Sloman R, Ahern M, Wright A, Brown L. Nurses' Knowledge of pain in the elderly. J Pain Symptom Manage. 2001;21(4):317-22.
13. Marks RM, Sachar EF. Undertreatment of medical inpatients with narcotics. Ann Intern Med. 1978;78:173.
14. Bertrán J, Fuentes A. Prevalencia del dolor en un hospital general. Med Paliat. 2000; Mayo:7:84.
15. McMillan SC, Tittle M, Hagan SJ, Small BJ. Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. Oncol Nurs Forum. 2005;32(4):835-42.
16. Tse MMY, Chan BSH. Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2004;18(1):47-58.

AUTOR/ES:

Investigador principal: Rosario Velázquez González
Investigadores colaboradores: Maria Dolores Picallos Conde
Jesús María Flores Caraballo

TÍTULO:

Evaluación de la calidad de los cuidados desde la perspectiva de padres y niños de la unidad de Preescolares y de Hemato-Oncología

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

En el ámbito sanitario, factores como la limitación de recursos, la especialización de los profesionales y el progresivo desplazamiento del usuario hacia el eje del sistema, configuran la creciente importancia de evaluar la calidad de los servicios que se presta.

Los estudios que han valorado la satisfacción de los padres acerca de los cuidados de enfermería prestados a los niños, se han centrado en factores relacionados con las características y habilidades del profesional de enfermería, sin tener en cuenta la opinión de los niños para evaluar estos cuidados.

En la revisión bibliográfica solo hemos encontrado un estudio, en el que se explora las expectativas de niños preescolares y escolares en relación con la calidad de los cuidados de enfermería pediátricos, poniéndose de manifiesto que éstos son capaces de ofrecer ideas muy valiosas para aumentar la calidad de estos cuidados. Es decir, para conocer los componentes que definen la calidad de los cuidados en Pediatría tendremos que tener en cuenta no sólo la opinión de sus padres sino también la de los niños, receptores directos de estos cuidados.

PALABRAS CLAVES: Calidad, SERVQUAL, cuidadores principales, niños, entrevistas.

OBJETIVOS

Principales:

1) Conocer la percepción de los padres acerca de la calidad de los cuidados prestados a los niños ingresados en la Unidad de Preescolares y de Hemato-Oncología Pediátrica del H.U. Virgen Macarena.

2) Describir las expectativas de los niños relacionadas con las características deseables de las enfermeras/os y la valoración de las actividades y recursos que se les proporciona en la Unidad.

Secundarios:

1) Identificar las deficiencias en la atención prestada a los niños.

2) Identificar elementos que definen la calidad de los cuidados desde la perspectiva de los niños

3) Posibilitar la participación de cuidadores y niños en la gestión de mejoras en la Unidad.

4) Proponer acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos

METODOLOGIA

Diseño

Estudio descriptivo transversal con utilización de técnicas cuantitativas (recogida de información de los padres) y cualitativas (recogida de información de los niños).

Ambito de estudio

Unidad de Preescolares y de Hemato – Oncología Pediátrica del H.U. Virgen Macarena. Esta unidad consta de 12 camas de la especialidad de médico – quirúrgica y 6 camas de Oncología.

Población

Cuidadores principales y niños ingresados en la unidad de preescolares (2 – 7 años) y de Hemato – Oncología (0 – 14 años) del H. U. Virgen Macarena.

Sujetos de estudios

El pilotaje del trabajo ha sido realizado en 22 cuidadores principales y en 6 niños.

Instrumento de medida

1) El cuestionario para medir la calidad asistencial percibida por los padres está basado en la medición de dimensiones de calidad con el modelo SERVQUAL : tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, y la medición de variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios,...)

2) Para la recogida de información de los niños se utiliza la técnica de entrevista semiestructurada. El guión incluye cuestiones dirigidas a identificar las características que esperan de un buen enfermero/a, la valoración de recursos, actividades lúdicas, comida y ropa que se le proporciona en la Unidad así como cuestiones dirigidas a identificar que es lo que más y menos les ha gustado durante su hospitalización.

Aspectos Éticos:

Se ha respetado la libre participación de los usuarios en el estudio y se ha contado con el consentimiento de los padres para la participación de los niños. La información obtenida se documenta de manera anónima y se emplea exclusivamente para los fines de la investigación.

RESULTADOS

Del cuestionario presentado a 22 padres en nuestra fase de pilotaje, los resultados obtenidos agrupándolos según las dimensiones del modelo SERVQUAL han sido los siguientes:

TANGIBILIDAD

•El diseño de uniformes del personal de pediatría con dibujos y colores se valora de manera muy positiva en el 90,9%.

•La existencia de una sala de juegos en la unidad es demandada en el 95,4% de los encuestados.

•Sólo en el 13,6% de los casos supieron diferenciar a los diferentes profesionales que prestaban los cuidados al niño.

•El 54,5% creen deficientes las actividades y juegos ofertados a los niños durante su hospitalización

FIABILIDAD

•El 86,4% recibió información adecuada y satisfactoria por parte del personal de enfermería al ingreso de su hijo.

•Sólo el 63,6% recibió información de continuidad de cuidados del niño al alta.

CAPACIDAD DE RESPUESTA

•El personal de enfermería responde a preguntas y dudas en el 90,4%

•Los problemas planteados por los padres se resolvían con rapidez en el 59,1%

SEGURIDAD

•La preparación del profesional de enfermería es considerada muy buena en el 95,5% de los casos.

•Ningún encuestado notó dudas ni inseguridad en el trabajo del profesional de enfermería

•Existe una buena coordinación entre pediatras y enfermeras, estimándose de esta forma en el 90,9%.

EMPATÍA

•El personal de enfermería transmitió amabilidad y humanidad en el trato diario a niños y padres en el 100% de los casos.

•La información de la evolución de tratamiento de los niños junto a otros acompañantes en la habitación es considerada negativa en el 100% de los casos.

El grado de satisfacción de los padres con los cuidados de Enfermería, puntuados en una escala de 0-10 ha sido de 8.91.

Al finalizar el pilotaje se modificaron algunos ítems, dada las dificultades que presentaron en su comprensión.

En cuanto al análisis de fiabilidad del cuestionario, el coeficiente alfa obtenido es de 0.75.

De las 6 entrevistas realizadas en la fase de pilotaje a los niños obtuvimos la siguiente información que agrupamos en temas comunes, aplicando el método descrito por GIORGI (1997).

TEMAS COMUNES

A) Características deseables del personal de enfermería

- El niño ve al personal de enfermería como la persona encargada de cuidarlo y devolverlo bueno a su hogar.

- El niño no se siente engañado en su trato con el personal de enfermería. Consideran a éste como divertido, bueno y amigo.

- Existen preferencias por el sexo femenino en la realización de los cuidados.

B) Valoración de actividades

- Las actividades de entretenimiento durante la hospitalización son reducidas, ya que se limitan al turno de mañana, que es cuando la escuela infantil permanece abierta.
- Los niños quieren un programa de actividades que les permita tener una estancia más agradable, y así no aburrirse.
- Sugieren talleres de manualidades y proyecciones de películas infantiles.

C) Alimentación

- Los niños no están de acuerdo con los horarios tempranos de las principales comidas. Sugieren que sean similares a los de casa, donde almuerzan a las 14 y cenan a las 21 horas.
- Al niño no le gusta la comida del hospital. Refieren que se esmeran poco en su preparación.

D) Uniformidad (niño – personal de enfermería)

- El niño expresa que los pijamas que le ofrecemos deberían cambiarse por otros con mayor colorido y dibujos.
- El color y los dibujos llamativos en el uniforme del personal ayudarían a ganar la confianza del paciente infantil.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bragadottir, H y Reed, D. Psychometric Instrument Evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing* 2002, 28 (5); 475 – 482
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milband Memorial Fund Quart*, 1996; 44 (2): 166 – 262.
- Freed, L.H. Ellen, J.M., Irwin, C.E., & Millstein, S.G. Determinants of adolescents' satisfaction with healthcare providers and intentions to keep follow-up appointments. *Journal of Adolescents Health* 1998, 22, 475 – 479.
- Giorgi A (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *J. Phenomenological Psychology* ; 28 (2): 235 – 260.
- Homer, C.J., Marino, B., Cleary, P.D., Alpert, H.R., Smith, B., Crowley Granser, C.M., Brustowicz, R.M., y Goldmann, D.A. Quality of care at a children's hospital: The parent's perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine* 1999, 153(11), 1123 – 1229.
- Kaplan, S., Busner, I., Chibnall, I., y Kang, G. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatrics Services* 2001. 52 (2), 202 – 206.
- Kvist, S.B., Rajantie, I., Kvist, M., y Siimes M.A. Perceptions of problematic events and quality of care among patients and parents after successful therapy of the child's malignant disease. *Social Science Medical* 1991, 33(3), 249 – 256.
- Parasuraman A, Zeithmal V y Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985;
- Parasuraman A, Berry, Zeithmal V. SERVQUAL: A multiple Item Scale for measuring Consumer perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 1988; 64: 12 – 37.
- Pelander T, Leino-Kilpi, H. Quality in Pediatric Nursing in Pediatric Nursing Care: children's expectation. *Issues in comprehensive Pediatric Nursing* 2004; 27: 139 – 151.
- Rifkin, L., Wolf, M., Lewis, C. , y Pantell, R. Children's perception of physicians and medical care: two measures. *Journal of Pediatric Psychology* 1998, 13 (2), 247 – 254.

AUTOR/ES:

Gallegos Martínez J. García Rosas E.

TÍTULO:

HACIA UN MODELO DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR

TEXTO DEL TRABAJO:

RESUMEN El estudio tiene como objetivo analizar los significados atribuidos por el equipo de salud sobre la participación de la madre/padre en el cuidado al hijo prematuro hospitalizado en un hospital/maternidad público. Es un estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Se realizó recolección a través de entrevista semiestructurada y grabada de los profesionales. Los resultados mostraron que esta participación aun es incipiente en la unidad neonatal del hospital, más, hay interés del equipo de salud en implementarla, reconociendo su importancia al favorecer la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo y posibilitar la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio, que tiene el propósito de construir un Modelo de Participación Familiar en el cuidado del Recién Nacido de Riesgo. **INTRODUCCIÓN** La participación materna y de la familia junto a su hijo prematuro internado, asume importancia fundamental en la perspectiva del cuidado humanizado en unidades neonatales. La realidad de las unidades neonatales (UN) en San Luis Potosí (SLP), se retrata en la falta de participación en el cuidado de las madres y familia de los prematuros asistidos en los hospitales, sin embargo, también reconocemos la iniciativa más o menos reciente del hospital estudiado, de permitir la visita y participación de la madre y/o padre con su hijo prematuro. **OBJETO DE ESTUDIO**a) Situación de salud del grupo materno-infantil. México con 99.7 millones, el estado de SLP 2.299,360 y el municipio de SLP con 670, 532 habitantes, perciben un salario diario promedio nacional y estatal de \$45.00 (USA \$3.8); con alfabetismo nacional de 90.5% y estatal de 88.25% Donde a pesar que los servicios asistenciales con que se cuenta se dirigen al 40% de la población abierta a través de la Secretaría de Salud, al 50% mediante seguridad social y el 10% por el sector privado, el gasto familiar en salud es igual o mayor del 52%, que es causa de empobrecimiento. Lo cual es factor de riesgo para ésta población y aumenta la probabilidad de gestaciones de riesgo y de nacimientos prematuros. Entre las causas de mortalidad general las afecciones perinatales ocupan el 7º lugar a nivel nacional y estatal y ocupa el primer lugar como causa de mortalidad infantil nacional y estatal¹⁻³. La mortalidad infantil es un indicador de salud y desarrollo pues refleja los esfuerzos dirigidos a la población vulnerable. Así, se observa descenso en México de 40.4 en 1980 a 13.0/1000NV en 2001, se compara con países desarrollados como Canadá con 6/1000NV y EUA 7/1000 NV⁴, sin embargo, aun implica re canalizar esfuerzos en prevención. En México, de 2.6 millones de nacimientos anuales, el 1% es de prematuros menores de 32 S. de G. y de 1,500g y el RN de bajo peso (BPN) del 8%. La prematurez y BPN se constituyen en un problema de salud pública toda vez que la asistencia actual incrementa la sobrevida a partir de las 24 S. de G. y de los 500g y aumenta a su vez los riesgos del desarrollo⁵, que ha propiciado aumento en los costos económicos, sociales y emocionales^{5,6}. Así, la calidad de vida de los prematuros depende tanto de sus características biológicas, asistenciales, como familiares y socio-culturales.b) Transformaciones en la asistencia al prematuro y BPN. Estamos asistiendo a la transformación del paradigma biotecnológico de cuidado centrado en la enfermedad y su control cuya finalidad es la recuperación biológica del RN, hacia el paradigma de holismo donde el núcleo es el cuidado centrado en el desarrollo (CCD) y humanizado del RN, a través de la promoción de la salud, aumentar la calidad de vida, empoderamiento de la familia y emancipación de los sujetos. El CCD tiene como filosofía re-pensar las relaciones entre la familia, RN y los profesionales de la salud, como objetivo promover la estabilidad clínica, la auto-organización que ayude al RN a conservar la energía para el crecimiento y desarrollo y como actividades controlar el ambiente e individualizar el cuidado basado en el comportamiento de RN, vislumbrando el cuidado centrado en la familia⁶. Resaltamos que desde la aparición de la asistencia hospitalaria del parto y del niño enfermo,

ocurrió la separación madre-hijo y familia y aunque se han hecho esfuerzos en los últimos 30 años, se critica que esta iniciativa aun no contempla al RN prematuro y se le deja sin alojamiento conjunto y lactancia materna. OBJETIVOS DE ESTUDIO1. Analizar los significados de la participación de la madre/padre en el cuidado del hijo prematuro hospitalizado para el equipo de salud de la unidad neonatal de un hospital/maternidad de segundo nivel de San Luis Potosí, México.2. Analizar las posibilidades que el equipo apunta para transformar la práctica asistencial visualizando favorecer esa participación. MATERIALES Y MÉTODOSEstudio descriptivo con abordaje cualitativo, en la UN de un hospital/maternidad de segundo nivel de atención MATERIALES Y MÉTODOSEstudio descriptivo con abordaje cualitativo, en la UN de un hospital/maternidad de segundo nivel de atención de tres veces por año. Una Trabajadora social (TS) con experiencia profesional de dos años y con actualización profesional en los últimos cinco años en promedio de una vez por año. Médico Pediatra (M1) Jefe del Departamento de Pediatría, con 20 años de experiencia y actualización profesional una vez anual como mínimo. Psicóloga Clínica Esp. en Psicoterapia Gestalt, con veinte años de experiencia y dos en neonatología y estimulación temprana. Hubo una fase previa de aproximación con las personas clave y aprobación por el Comité de Ética e Investigación del hospital, los aspectos legales se fundamentaron en los Artículos 3º, 100º y 101º de la Ley General de Salud de México. Se informó a los sectores correspondientes, se probó la guía de entrevista con una E, los entrevistados firmaron su consentimiento informado y adoptamos un sistema de agenda para realizar las entrevistas en la jornada laboral y en un espacio otorgado por el hospital. La entrevista tuvo una duración promedio de 45 minutos, se tomaron datos generales y mediante tres preguntas guidoras fue realizada la conversación: a) Hábleme de lo que piensa sobre la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en la UN b) ¿Cuál es la participación de la madre en el cuidado al hijo prematuro en esta UN? c) ¿Qué sugiere para favorecer la participación materna en la UN? Las entrevistas fueron transcritas íntegramente y se realizó análisis de contenido, modalidad de análisis temático, para descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación. Se realizó exploración exhaustiva del material y emergieron las primeras codificaciones, relecturas para retirar los núcleos de sentido y finalmente tratamiento e interpretación de los datos como significado y no como frecuencias, aproximando las unidades del habla al referencial5,6. RESULTADOS Y DISCUSIÓNEl personal de salud considera muy importante la participación de la madre en el cuidado del hijo prematuro, en la unidad neonatal. Aprehendimos los siguientes significados: a) La presencia de la madre favorece el proceso de crecimiento y desarrollo y su estabilidad clínica. Los profesionales de salud destacan que a partir del estímulo propiciado por la madre favorece el desarrollo del niño...el apego materno si favorece mucho para que el recién nacido se desarrolle en todas sus esferas, por que si es importante que la madre si este en el cuidado de su bebé... (E1)...es muy importante que las mamás y papás estén muy al pendiente y que estén en estrecho contacto con el bebé para que pueda salir con mayor facilidad en el menor tiempo posible...(Ps1)...considero que es básico, que es vital que la mamá participe sobretodo en lugares donde no existen recursos...porque la relación que tiene la mamá desde la concepción, durante y después del nacimiento se debe mantener...(M1)Los beneficios de la participación materna son ampliamente reconocidos: ganancia ponderal y reducción del tiempo de internamiento, modelaje de la arquitectura del cerebro9, tratamiento y recuperación del recién nacido internado10. b) La participación materna facilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vinculo afectivo.... favorece el apego materno por que se desarrolla mejor...(E1)...le permite al bebé tener un contacto, la mamá si le puede agarrad la manita o hablarle...(TS1)...estamos fomentando el apego materno y del niño hacia la mamá, es bilateral, estamos tratando de incluir al papá dentro de nuestras capacitaciones...(M1)...lo más importante es lograr que ese vínculo materno infantil se esté dando, que no se pierda el contacto y lo más importante es hacerle sentir a las mamás que se es la mejor mamá del mundo y que el niño se sienta querido, se sienta apreciado, que tenga la estimulación necesaria...(Ps1)Estudios y teorías sustentan la importancia que madres y el padres se relacionen con su hijo con vistas al desarrollo de una personalidad sana y una base segura para vinculo y apego madre-hijo11,12. Y la prevención de daños por separación precoz, como el síndrome del niño maltratado y abandonado13,14.c) Favoreciendo la participación materna: obstáculos y sugerencias... en este hospital no es permitida la presencia, permanente de la madre... se le permite la entrada a la madre solo en horarios de visita o cuando ya el pacientito empieza a tener la oportunidad de recibir lactancia materna o las dosificaciones en vasito... (TS1)

(enfermería) dejamos esa hora para que la madre esté con su bebé... (E1)La evolución de la relación entre padres y el equipo en el ambiente hospitalario ocurre en varios estadios, nuestro local de estudio puede estar pasando del estadio I al III, es decir, del rechazo de los padres por los profesionales, donde literalmente el bebé fue entregado al hospital y el acceso permitido es mínimo; y posiblemente pasando para el estadio III donde los padres pueden participar de cuidados maternos, incluyendo la estimulación temprana, higiene y alimentación¹⁵....en algunas ocasiones no se va a permitir la entrada tan frecuente de la madre por la situación de salud del bebé... (TS1)Respecto a la condición clínica del bebé como situación que limita el acceso materno a la Unidad Neonatal, cabe a nosotros los profesionales de salud reflexionar sobre nuestra responsabilidad para que la familia se aproxime al bebé en situación de riesgo de muerte, de asistencia traumática y de estrés¹⁵. Las sugerencias del personal de salud se dirigen por una parte a la estructura física y tiempo. ... que se rehabilite el área física, que estuviera mas extensa..que le den mas tiempo de permanencia (a la madre)....(TS1)...un inconveniente que yo veo aquí es que las áreas son muy pequeñas, entonces una enfermera y dos mamás...ya está ahí saturado el espacio...si entramos nosotros sería hacinamiento que no nos permitiría trabajar tan favorablemente...(Ps1) CONSIDERACIONES FINALES El personal reconoce que la participación de la madre beneficia al recién nacido internado en la unidad neonatal, sin embargo, esta situación se ve limitada por la normatividad de la institución que establece horarios de visita para las madres de los pequeños, el área física y el estado de salud del recién nacido.Las sugerencias de los profesionales para viabilizar la participación de los padres va en el sentido de resolver las limitantes, sin embargo se requiere que sean discutidas entre el equipo de salud y la institución, pues creemos que transformar las practicas asistenciales no es un proceso aislado, mas si un proceso colectivo y en este sentido resultaría esta participación en una acción mas sistematizada y humanizada¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA:

1. México-SS. Programa Nacional de Salud 2001-2006. 2001a. 2. INEGI. Tabulados básicos: XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. 3. INEGI. México, 2002a. Cuad. n.144.(UNICEF). 2000. In: JASSO G. L. Neonatología Práctica. 5.ed. México: Manual Moderno. 2002.5.Scochi CG. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. Tese [Livre Docência]. Ribeirão Preto -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2000.6.Byers J F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. MCN (USA) 2003;28 (3):174-180, 2003.7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70,1977. 225 p.8. Minayo MC. Odesafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco,2000. 269 p.9. Davis, L. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. Journal of Advanced Nursing 2003; 42 (6): 578-86. 10. Collet N. Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado. [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2001.11. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 225 p.12. KLAUS, M, H; KENNEL J. H. Mother separated from their new borns infants. Pediatrics Clin North Am, Cleveland, v 17 n 4 p 1015-37 Nov 1970.13. A AP. Hospital discharge of the high-risk neonate – proposed guidelines. Pediatrics USA v 102 n 102 p 411-417 aug. 1998. 14. ANDERSON GC et al.Mother New-Born contact in a randomized trial of Kangaroo care. JOGNN clin Kangaroo care. JOGNN clinical research, Cleveland v 32 n 5 p 604-11 sep/oct 2003.15. Gallegos, M. J.Participação da mãe/pãe no cuidado ao filho prematuro em unidade filho prematuro em unidade neonatal em um hospital de San Luis Potosí, México. Tese[Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

AUTOR/ES:

Jaimes-Valencia ML*, Richart M, Cabrero J, Florez-Alarcón L, Palacio J.
*Correspondencia: ml.jaimes@ua.es

TÍTULO:

Calidad de vida relacionada con la salud en niños(as)-adolescentes: adaptación cultural del instrumento KIDSCREEN-52 en Colombia.

TEXTO DEL TRABAJO:

Palabras clave: calidad de vida, bienestar, adaptación cultural, validación lingüística.

Introducción

Existen medidas de resultado de la salud que van más allá de la morbilidad y mortalidad (1) en la población de niños(as) y adolescentes. Es el caso, de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (2). Así, instrumentos como el Health-Related Quality Of Life Instrument For Children And Adolescents (KIDSCREEN-52) han sido diseñados para valorar la salud percibida entendida ésta como sinónimo de la CVRS y donde se incluyen aspectos del bienestar físico, emocional, mental, social y conductas percibidas por los propios niños(as) y adolescentes (3).

En la actualidad Colombia adolece de este tipo medidas de resultado adecuadas al contexto. Para tal fin, se realizó un estudio de investigación que permitiera adelantar el proceso de adaptación cultural usando la metodología de traducción directa e inversa (4). De esta forma, éste estudio buscó obtener una versión adaptada del instrumento KIDSCREEN-52, lingüísticamente equivalente a la versión original española (VOE).

Método**Participantes y procedimiento**

La primera fase de esta investigación se desarrolló en tres etapas: a) La primera etapa, inició con el establecimiento de acuerdos entre investigadores y autores originales del instrumento, con el objeto de determinar el procedimiento a seguir en el proceso de adaptación; (b) en la segunda etapa, se adelantaron tres traducciones directas con la participación de 3 filólogos. En esta misma fase se consultaron a 3 informantes clave sobre la comprensión de los ítems del cuestionario teniendo en cuenta la población diana a la que estaba dirigido el instrumento. También, se generaron reuniones de consenso por parte del grupo investigador y filólogos con la respectiva clasificación de los ítems en equivalencias; c) en la tercera etapa, se realizaron entrevistas a 12 grupos de niños(as) y adolescentes con edades entre 8-10 años, 11-14 años y 15-18 años de edad. Para la conformación de los grupos se buscó que estuvieran equilibrados en sexo y edad, además, que pertenecieran a diferentes estratos socioeconómicos de las ciudades de Bogotá y Barranquilla (Colombia). En total, en las entrevistas participaron 48 niños(as) y adolescentes. Con los comentarios de los entrevistados se logró crear la segunda versión consensuada. Posteriormente, se realizó una traducción inversa de 12 ítems que fueron identificados como los que presentaba mayores transformaciones semánticas y culturales.

Instrumento

El Health- Related Quality of Life Instrument for Children and Adolescents (KIDSCREEN-52) es un cuestionario que valora la salud y el bienestar subjetivo de niños(as) y adolescentes de 8 a 18 años. Este instrumento fue desarrollado simultáneamente en 13 países de Europa (5). El KIDSCREEN-52 cuenta con una fiabilidad, valorada mediante el alpha de Cronbach, con un rango de 0.84 a 0.99 en nueve de las diez dimensiones (6). En cuanto a la validez, los investigadores de cada país han explorado la relación entre el KIDSCREEN con otros instrumentos de CVRS existentes. España participó con una muestra de 491 niños(as) y adolescentes. La versión obtuvo un alpha Cronbach superior a 0.70 en todas las dimensiones y también se identificaron diferencias entre grupos de edad, sexo y poder adquisitivo de la familia. En general, el instrumento está conformado por una introducción que contiene las instrucciones de cumplimentación, datos sociodemográficos y un ítem general de salud autoinformada. Seguidamente del cuestionario propiamente dicho que consta de 52 ítems agrupados en 10 dimensiones (7).

Resultados

Las 3 traducciones directas de la versión original española (VOE) del KIDSCREEN-52 y la consulta a los tres informantes clave permitieron obtener una primera versión consensuada (PVC) del instrumento cercana a las realidades de la población diana. Situación que se pudo evidenciar en primera instancia en la introducción del KIDSCREEN-52 el cual contiene las instrucciones de cumplimentación, en este caso los entrevistados hicieron comentarios tales como, “ésta (la PVC) es más corta y se comprende”, “ la otra (VOE)... muy larga y enredada,” situación similar ocurrió en relación al ítem general de salud informada, que en la VOE, preguntaba “¿tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?. En la PVC se indagaba de la siguiente manera: ¿tienes o sufres alguna limitación (caminar, ver, oír etc) enfermedad o problema de salud permanente?. Algunos comentarios por parte de los entrevistados fueron: “ahí explica que si uno no puede caminar...por ejemplo, en compañeros de clase que no puedan caminar por que tienen aparatos”...” yo tengo problemas para oír.”

En relación a los 52 ítems del cuestionario en su versión original española, los resultados en las traducciones directas con las respectiva clasificación de equivalencias en las traducciones permitió ubicar a 51/52 ítems como equivalentes, es decir, que podían ser indagados en el contexto colombiano, pero introduciendo cambios sintácticos, semánticos y culturales en 40/52 ítems. Por parte de los informantes clave, éstos identificaron a 5 ítems con mayor dificultad para ser comprendidos por los niños/as y adolescentes colombianos, con valores entre 8-10 puntos de dificultad en la comprensión (0 mínima dificultad y 10 máxima dificultad). Además, los 3 informantes clave coincidieron que era necesario en 24/52 introducir cambios que dieran mejor significado o sentido al ítem y en 2/52 ítems introducir ejemplos significativos para los niños/as y jóvenes colombianos. Una vez revisada la información ofrecida por los filólogos e informantes clave respecto a los 52 ítems del cuestionario se generó una primera versión consensuada (PVC) con veinticinco ítems iguales que en el original español, veinticinco ítems con modificaciones sintácticas y semánticas, un ítem en el que introdujeron ejemplos cercanos a la cultura de la población diana. En el caso del ítem 5 de autopercepción no hubo acuerdo con los filólogos respecto a mantener el ítem, de esta manera, se decidió junto con los autores originales no modificar el ítem e indagar su comprensión con la población diana. Así, en las entrevistas a los niños(as) y adolescentes éstos coincidieron con los informantes clave en que no se omitiera ningún ítem. Además, refrendaron la mayoría de los cambios propuestos en la primera versión consensuada (PVC) y sólo remodificar a 6 ítems pertenecientes a las dimensiones de bienestar físico, autonomía, recursos económicos, entorno escolar, y rechazo social.

De esta manera, el proceso de adaptación permitió obtener una segunda versión consensuada (SVC), con tres grupos de ítems: 27 de los 52 ítems no sufrieron modificaciones, es decir, se dejaron igual que la versión original española (VOE) y 24 de los 52 ítems sufrieron modificaciones de tipo sintáctico y semántico. A modo de ejemplo se presenta a continuación uno de los ítems que presentó modificaciones semánticas en la PVC siendo valorados los cambios favorablemente por parte de la población diana: la versión original en inglés VOI “¿Have you had enough time to meet friends?” corresponde a la VOE, “¿Has tenido suficiente tiempo de ver a los amigos/as?” en la PVC se presentó como “¿Has tenido suficiente tiempo para reunirte con tus amigos/as?”.

Algunas de las expresiones de los entrevistados a este ítem fueron: "Se pueden ver a los amigos pero no hablar con ellos, por eso mejor reunirte", "yo casi no tengo amigos. Sólo uno; con él si me reúno". El tercer grupo de ítems correspondió a aquellos que a pesar de haber sido modificados en la PVC en las entrevistas grupales se sugería fueran nuevamente modificados un ejemplo es: VOI, “Have other girls and boys bullied you? que corresponde a la VOE “¿Te han intimidado o amenazado otros chicos/as?”, en la PVC se presentó como “¿Te han intimidado (acosado) otros compañeros/as?”. Los comentarios de los entrevistados sobre este ítem indicaban que hacer uso de palabras como intimidado, amenazado o molestado sugería algún tipo de rechazo u agresión. Además, para la mayoría de los grupos entrevistados era claro que la palabra chico/a no era frecuente en el contexto colombiano; referirse a los otros en términos de compañeros/as era más cercano.

Esta situación se evidenció en algunas de las expresiones de las entrevistas: “cuando es compañero, es el prójimo, el que tiene uno alrededor”, “amenazado, que le van a pegar”, “que si te molestan algunos compañeros”, “intimidado”..“es como que te están mirando feo”. Con estas observaciones el ítem sufrió cambios semánticos quedando en la SVC, así, ¿Te han molestado, intimidado (amenazado) otros compañeros(as)?.. Finalmente, dentro del proceso de adaptación un ítem de la dimensión de bienestar físico, sufrió modificaciones de tipo cultural.

Discusión

El estudio permitió obtener la versión colombiana del instrumento KIDSCREEN-52, cumpliendo con la primera fase del proceso de adaptación cultural, permitiendo así, obtener la validez lingüística, es decir, la equivalencia entre culturas. Para tales efectos, el estudio se adelantó en tres etapas: la primera etapa permitió decidir en forma conjunta con los autores originales de los instrumentos los procedimientos a seguir en la adaptación, tales como: utilizar como referente la metodología aceptada internacionalmente para la adaptación de instrumentos de CVRS, denominada traducción directa e inversa (8) e introducir modificaciones a la metodología clásica de adaptación incorporando técnicas cualitativas como la consulta de informantes clave y entrevistas con la población diana. La segunda y tercera etapa del estudio, buscaron mantener la equivalencia conceptual y cultural con el instrumento original. Para ello, cada grupo de participantes del estudio, desde su perspectiva, facilitó información que se consideraba aportaba más sentido a los ítems, encontrándose coincidencias y desacuerdos entre las diferentes apreciaciones de los participantes de la investigación. En general en la elaboración de la versión adaptada se concedió más peso a las opiniones de la población diana. Contar con este tipo de instrumentos adaptados adecuadamente al contexto de Colombia se considera de gran utilidad en la práctica clínica y salud pública, en especial en el establecimiento de líneas de base para ubicar impactos de las intervenciones no sólo de los aspectos físicos de la salud sino además de los aspectos psicosociales; así la SVC es la que se propone para adelantar el estudio piloto.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) Richart M, Reig A, Cabrero J. El concepto de calidad de vida: La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Alicante-España: Editorial Club Universitario;1999.

(2) Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada M, Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: Actualización. Document d'Avaluació. Agència d'Avaluació de Tecnologia i recerca Mèdiques. Barcelona. 2006

(3) Kidscreen Group. Modelo de Medida. Consultado en septiembre de 2006. Disponible en: http://kidscreen.diehaptstadt.de/kidscreen/es/measure_model/index.html.

(4) Casas J, Repullo JR, Pereira J. Medida de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clin (Barc). 2001;116:798-796

(5) Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Auquier P, Power M, Abel T, Czemy L, Mazur J, Czimbalmas A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J. The European KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert. Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2005;5(3):353-364.

(6) Kidscreen Group. Manual of the KIDSCREEN questionnaires. 2005.p.1-84.

(7) Aymerich M, Berra S, Guillamon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Siebere U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gaceta Sanitaria. 2005;19: 93-102.

(8) Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005;5(3): 521-551.

AUTOR/ES:

Lima, Adriana Aparecida de Faria¹,
Silva, Maria Júlia Paes da²,
Pereira, Luciane Lúcio³

TÍTULO:

EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE, DEL MORIR Y DE LA HUMANIZACIÓN PARA ENFERMEROS QUE TRABAJAN CON DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRANSPLANTES

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: El desarrollo tecnológico desencadenó dilemas morales inesperados relacionados a la práctica biomédica como, por ejemplo, los trasplantes. La bioética se instala en consecuencia de los avances científicos en detrimento a la vida, determinada por las transformaciones sociales, políticas y tecnológicas. La bioética se propone a constituir una ética aplicada a la situación de vida, siendo la muerte inherente a la vida, que garantice el respeto a los valores humanos. Para eso, presupone que haya prudencia entre el conocimiento tecnicocientífico asociado a los valores humanos.

En las últimas décadas, la medicina desarrolló un arsenal tecnológico que hizo posible la reparación y sustitución de las funciones de los órganos y la utilización de prótesis externas e internas. El trasplante permitió mantener con vida un gran número de personas víctimas de enfermedades que otrora no tenían posibilidad de supervivir a los episodios de agudización. La donación de órganos es indispensable, sin la cual no se encadenan las acciones que llevan al trasplante.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar la percepción y los sentimientos en relación a la muerte y al morir del enfermero de captación de órganos; identificar el concepto de morir con dignidad y cuáles estrategias pueden humanizar la relación con la familia y el potencial donador.

Trayectoria Metodológica: Se trata de una investigación descriptiva bajo el abordaje cuantitativo. Después de la aprobación de los Comités de Ética en Investigación de las dos instituciones involucradas y consentimiento de los sujetos de la investigación, fueron realizadas entrevistas individuales, semiestructuradas, grabadas en cinta magnetofónica. Participaron del estudio diez enfermeros que trabajaban en dos Organizaciones de Busca de Órganos del Municipio de São Paulo.

El análisis de los resultados de los discursos fue hecho según la propuesta de análisis de contenido de Bardin², que comprende un conjunto de técnicas de análisis de comunicación, que utiliza procedimientos sistemáticos y objetiva describir el contenido de los mensajes. Al término de cada entrevista fueron también registradas las señales paraverbales y cinésicas observadas, siendo analizadas según la propuesta de Silva³.

Resultados y análisis de los datos: Se obtuvieron como resultado del análisis del contenido de los discursos cinco categorías: El significado de la muerte. El significado de la donación, Conflictos vivenciados por el enfermero en el proceso de trabajo en la captación de órganos, El significado de morir con dignidad y Humanización del proceso de captación de órganos.

El profesional, al pensar en la muerte y en el morir, atribuye el significado de finitud asociado a la transitoriedad de la materia, que está relacionado a sentimientos de pérdida, tristeza, angustia y añoranza. Describe que la muerte significa pasaje, transformación y renacimiento, relacionando esa perspectiva a creencias religiosas y, por fin, confiere significados contradictorios a la muerte. Por un lado, la muerte significa fin y pérdida, despertando sentimientos de tristeza y miedo y, por otro, ella puede representar la posibilidad de vida en función de la donación.

En la investigación realizada con enfermeros de UVI que cuidaron de pacientes con muerte eminente, Fernández et al⁴ analizaron el significado de la muerte desde el punto de vista personal, profesional y de su propia muerte. Por los resultados del estudio, los autores expresan temor, tristeza y rechazo (43,9%); en la dimensión profesional, solo 13,7% expresan esos mismos sentimientos y, en la perspectiva de su porcentaje sube para 48,7% los que consideran que la muerte les trae sentimientos de temor, tristeza y rechazo.

De los discursos emergían que la donación de órganos para trasplantes es un acto de solidaridad y amor al prójimo. Los profesionales afirman que para tal decisión es necesario que haya coraje, seguido por un sentimiento de desprendimiento de la materia; pero, para algunos, la donación puede posibilitar una segunda oportunidad de vida, o aún, expresar significados controvertidos de vida y muerte, pues la donación y trasplante ni siempre garantizan la supervivencia y la calidad de

vida del trasplantado. Algunos profesionales declararon no ser donadores de órganos por considerar que existen situaciones deshumanizantes en el sistema de donación, por las dudas que tienen en relación a los beneficios de la donación y del trasplante.

Investigación Mocelin; Cavalari⁵ revela que de los 960 padres de adolescentes del primer y segundo grado, 88,6% respondieron que creían importante y humanístico contribuir con órganos para la realización de trasplante. Sin embargo, 63,6% de los participantes no dejarían por escrito una autorización para donar sus riñones para trasplante, después de su muerte. Ya el estudio de Bendassolli⁶ revela que los estudiantes universitarios serían favorables a la donación de órganos por considerar que el cuerpo es solo materia; que pueden ayudar a otras personas, por la promoción de la continuidad de la vida del receptor, por posibilitar calidad de vida al receptor, por la donación ser una necesidad social y por razones religiosas.

Queda evidenciado que el proceso de donación está permeado por conflictos, relacionados a la finitud y a la representación del cuerpo, la relación entre el cuerpo-espíritu del donador, al significado de "persona" y las incertidumbres frente a variedad del proceso de donación y trasplantes.

Para algunos enfermeros existe duda con relación a la disociación entre el cuerpo y la mente de la persona que murió⁷, eso justifica la inseguridad en ser favorable a la donación, corroborando con los hallazgos de esta investigación.

El enfermero comprende que existen diferentes relaciones por parte de los familiares y las consideran esperadas frente a la pérdida; resaltan aún la necesidad de respetar cada manifestación. Sin embargo, también relatan ser muy estresante vivenciar el dolor de la pérdida junto a las familias y, frente a ese hecho, se cuestionan si es legítimo interrumpir el luto con la solicitud de la donación.

En el proceso de donación de órganos, el trabajador, muchas veces, se ve desamparado por el desespero emocional y por la fuerte carga emotiva que vivencia al estar con la familia⁸.

Los resultados permiten afirmar que hay un cuestionamiento cuanto a la legitimidad del acto de donar, una vez que puede estar interrumpiendo el luto de los familiares y, también, por el hecho del donador tener una dimensión ontológica que no se separa del cuerpo. Así, la retirada de los órganos pasaría a ser vista como una trasgresión a la dignidad humana. La bioética se presenta como un camino que posibilita desvelar los significados para una acción con menos conflictos.

Los profesionales aún consideran que morir con dignidad está relacionado al hecho de haber vivido bien; haber recibido todo cuidado y tratamiento independiente de la condición social; y aún, no ser abandonado por los familiares y profesionales, recibiendo atención y cariño. Algunos enfermeros consideran que morir con dignidad está relacionado al hecho de hacerse de todo para evitar la muerte, mientras otros no están de acuerdo con esa prerrogativa.

Dignidad es un término muy complejo para definirse, pues se hace presente en los conceptos morales, expresando los valores en los cuales se creen. Al hablar sobre dignidad en el morir, la discusión es compleja, pues en nombre de la dignidad humana algunos pueden ser favorables o contra la eutanasia, por ejemplo. En ese contexto, algunos autores⁹ resaltan la importancia de realizar una revisión en la legislación de cada país para atender la dimensión ética del ser humano.

Todos los enfermeros consideran ser posible humanizar el proceso de captación de órganos. La humanización se hace presente con relación al donador al ofrecer una asistencia integral; se destaca que esa asistencia está enfocada en el cuidado mecánico del cuerpo. La mayoría de los entrevistados manifiesta que ese cuidado es ofrecido en detrimento a la familia. Solo uno de los entrevistados admitió cuidar del donador, considerando su dimensión subjetiva. Tal vez sea posible inferir que, por el hecho del enfermero no conseguir cuidar de una "persona" en la condición de muerto, utiliza estrategias de distanciamiento para preservarse, limitando su intervención.

Los entrevistados describieron varias estrategias que posibilitan humanizar el proceso de donación de órganos para trasplante con relación al familiar, entre ellas, se destacan: ofrecer información y aclaraciones, liberar la visita en los hospitales, agilizar el proceso de donación, dar continuidad a asistencia a la familia después de la donación y continuar cuidando del cuerpo del donador después del consentimiento de donación. Sin embargo, queda explícito que, al agilizar el proceso de donación, estará humanizándolo a los familiares. No obstante, muchas veces el enfermero no consigue garantizar esa prerrogativa, conforme fue evidenciado al criticar el sistema de donación brasileño. Así, se enfrenta con más un conflicto, pues lo que cree ser lo mejor, no puede ser asegurado en su quehacer.

Los enfermeros consideran importante acompañar la familia por todo el proceso de donación; sin embargo, en la práctica se observa que los familiares no reciben un acompañamiento adecuado, cuando el donador es encaminado al Instituto Médico Legal.

Al analizar el conjunto de los discursos, los entrevistados expusieron un grado significativo de ansiedad, tristeza y angustia, evidenciando la necesidad de que sean cuidados. En virtud de los conflictos existentes y dilemas morales vivenciados en el proceso de donación de órganos se destaca la urgencia en ofrecer un servicio de apoyo psicológico individualizado. Se resalta la importancia del profesional manifestar sus ganas en hacer un acompañamiento psicológico, considerando que el éxito del tratamiento dependerá de la disposición interna y externa del sujeto, al querer resignificar valores y creencias.

Consideraciones finales: Frente a los conflictos expuestos los profesionales de captación podrían reunirse mensualmente para compartir sus experiencias al desempeñar su papel de captador. Por ejemplo, el grupo que compartía tendría como propuesta crear un espacio abierto y libre para la exposición de las sensaciones, sentimientos, valores vivenciados, no teniendo por objetivo el juzgamiento de lo correcto o equivocado y, sí, posibilitar exponer lo que tienen en común o no.

A pesar de considerar el largo tiempo para capacitar un profesional en captación de órganos es imprescindible pensar en la posibilidad de ese profesional mudar de sector, en razón del alto grado de conflictos vivenciados en el proceso. Cuanto mayor el tiempo de trabajo en el sector de captación de órganos, mayor es el índice de estrese. De esta forma, en el intento de preservar la salud mental y física al desempeñar actividades insalubres, el profesional de captación tendría la oportunidad de trabajar en otro sector después de dos o tres años; conforme su auto evaluación, pudiendo retornar después de un tiempo. Para que el profesional mantenga sus actividades con calidad en la captación de órganos es fundamental que crea en el beneficio de la donación y sepa lidiar con el estrese del cotidiano, pudiendo desempeñar sus actividades sin enfermarse.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Santos AL. Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e de não tratar. In: Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudo de Bioética (C.E.B), Gráfica de Coimbra; 1998.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ediciones 70; 1977.
3. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
4. Fernandes MFP, Fujimori M, Koizumi MS. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. Rev Bras Enf 1984; 37(2):102-108.
5. Mocelin, AJ; Cavalari N. doação de órgãos para transplante, uma resposta humana à morte. Rev Ass Méd Brás 1992; 38(1):2-4.
6. Bendassolli PF. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. Psicol Reflex Crit 2001; 14(1):225-240.
7. Bendassolli PF. Doação de órgãos: meu corpo, minha sociedade. Psicol Reflex Crit 1998; 11(1):71-92.
8. Hansel TD. Processo de re-significação ética do trabalho na unidade de terapia intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. [dissertação]. Florianópolis: Escola de Enfermagem da Universidade de Santa Catarina; 2002.
9. Vidagany Pedáez A, Vidagany Peláez JM. Vida y muerte dignas. Enfermería integral 1998; 46: IX-X.

- 1) Maestría en bioética. Docente del Centro Universitario São Camilo – São Paulo – Brasil.
- 2) Profa. Titular del Departamento de Enfermería Médico Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la USP – São Paulo – Brasil.
- 3) Doctora en Enfermería, Pro rectora académica del Centro Universitario São Camilo – São Paulo – Brasil

AUTOR/ES:

S. Corchón Arretxe, Ml. Saracíbar Rázquin, M. Arantzamendi Solabarrieta, MC. Portillo Vega, R. Watson.

TÍTULO:

Estudio de la actividad y capacidad investigadora enfermera en un hospital de tercer nivel.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

La utilización del método científico resulta imprescindible para el desarrollo del conocimiento enfermero y por lo tanto no debería ser algo ajeno a nuestro ejercicio profesional (1,2). A pesar de que la investigación en enfermería ha crecido de manera importante en la última década, todavía es limitada en nuestro contexto, especialmente en el ámbito asistencial. No obstante, las enfermeras que desarrollan su labor en la asistencia están en una situación privilegiada, ya que debido a su cercanía con los pacientes y familiares durante el desempeño de su ejercicio profesional, son las que verdaderamente conocen cuáles son los problemas o aspectos de su práctica clínica que necesitan de estudio (3).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es fácil entender que hoy en día existe un creciente interés en promover la investigación enfermera (4,5,6). De hecho, un estudio Delphi llevado a cabo en España identificó como área prioritaria de investigación el estudio de estrategias que fomenten la investigación enfermera (7). Sin embargo, hay pocos estudios que exploren la actividad y capacidad investigadora enfermera en el ámbito asistencial y los factores que influyen en su desarrollo dentro del contexto español (8,9,10,11). El conocimiento de estos aspectos es imprescindible para poder diseñar estrategias adecuadas que consigan favorecer el desarrollo de la investigación en enfermería.

Los objetivos de este estudio son:

- 1-Conocer la capacidad investigadora enfermera en un hospital de tercer nivel.
- 2-Explorar la actividad investigadora enfermera en un hospital de tercer nivel.
- 3-Identificar los factores que influyen en el desarrollo de la actividad investigadora enfermera en el ámbito clínico.

Método:

Se realizó un estudio exploratorio transversal mediante una encuesta. El estudio se llevó a cabo en las unidades de hospitalización de la Clínica Universitaria de Navarra (12 unidades). Toda la población de enfermeras de estas unidades formó parte de la muestra (N=211). La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para este estudio tras una revisión bibliográfica sistemática. Las principales variables del cuestionario eran: la capacidad investigadora (formación, conocimiento e interés); la actividad investigadora (participación en estudios, en congresos, publicaciones etc); los factores influyentes en el desarrollo de la investigación (barreras y facilitadores); y datos socio-demográficos (edad, estado civil etc). Se mejoró el instrumento y se estudió su validez y fiabilidad mediante la revisión de expertos en el tema y la realización de un estudio piloto (estudio de la fiabilidad test-retest). Para acceder a la muestra se contactó con las supervisoras y se envió una carta informativa a todas las enfermeras. Las enfermeras que accedieron a participar contestaron el cuestionario en un aula que se reservó en el hospital durante varios días en horarios de mañana y tarde. Con todos los datos recogidos se creó una base de datos en el SPSS v11.0 y se realizó un análisis estadístico (análisis descriptivo y multivariante).

Resultados:

El índice de respuesta fue de un 76.7% (N=162). El 100% de las participantes eran mujeres y su media de edad 32.4 años (DE: 7.47). El 51% de las enfermeras estaban casadas y el 46% tenían hijos u otras personas a su cargo. La media de años de experiencia profesional era de 11 (DE: 7.3).

En cuanto a su capacidad investigadora, el 53% había realizado algún curso de postgrado, organizados bien por el propio hospital como por la Escuela Universitaria de Enfermería o el Colegio Oficial de Enfermería. El 3% tenía un Master y el 13% dijo haber realizado algún curso de investigación. Un 92% de la muestra clasificó su conocimiento en investigación como nulo o bajo, principalmente en lo que se refería al diseño y análisis de datos. Tan sólo una persona identificó su nivel de conocimiento en investigación como alto. En cuanto a su interés por la investigación, el 86% de las enfermeras manifestó interés en recibir más formación en investigación y el 75% indicó que le gustaría participar en estudios de investigación.

En relación con su experiencia en investigación (actividad investigadora), el 59% había participado en algún estudio de investigación. En cuanto a su papel en el estudio, el 92% había participado recogiendo datos, un 75% había contribuido en la revisión bibliográfica y menos de la mitad había colaborado en la elección del tema a estudiar o en el diseño de la investigación (40% y 43% respectivamente). Cuando se les preguntó acerca de cómo definirían la experiencia de participar en un estudio de investigación, el 61% dijo que había sido positiva, siendo "muy buena" para un 16% y "buena" para un 45%.

En cuanto a su experiencia en otro tipo de actividades relacionadas con la investigación, el 52% de las enfermeras había presentado una comunicación en un congreso, el 23% un póster, y el 30% había publicado algún artículo en revistas científicas.

Por último, entre los factores que consideraron que facilitaban su implicación en estudios de investigación, destacaron principalmente: el apoyo de la supervisora (26%), el fácil acceso a la información (19%), el tener recursos materiales disponibles (16%) y una actitud positiva hacia la investigación (9%). Por otro lado, las principales barreras fueron: la falta de tiempo (47%) y la falta de conocimiento (15%).

Discusión:

A pesar de su falta de formación y escasa experiencia en actividades de investigación, un alto porcentaje de enfermeras de este centro manifestó tener interés por la investigación, tanto por prepararse como por participar en estudios de investigación. No obstante, las enfermeras consideraron que la falta de tiempo y de formación eran las principales barreras que tenían para desarrollar una actividad investigadora en su ámbito, resultados congruentes con estudios previos que han recogido las barreras que las enfermeras perciben para la investigación (9,10,11). En cuanto a los factores que favorecen que participen en actividades de investigación, los profesionales de enfermería que participaron en este estudio consideraron que el contar con el apoyo de sus supervisoras era el principal facilitador para potenciar la investigación.

El conocimiento de esta situación y de los factores que las enfermeras consideran que están facilitando y obstaculizando su actividad investigadora podría constituir el punto de partida para el diseño de estrategias eficaces que ayuden a desarrollar la investigación enfermera en el ámbito clínico, y por lo tanto potenciar el desarrollo de nuestro conocimiento y la calidad de los cuidados enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA:

1. 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.
2. 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.
3. Kerouac S, Ducharme F. La investigación en Enfermería: concepción, orientaciones, campos de aplicación y vínculos con la práctica. En: *Investigación Enfermera en el siglo XXI. Orientaciones para la acción*. Pamplona: EUNSA. 2003.
4. 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.
5. Gastaldo D, De Pedro J, Bover A. El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional. *Enfermería Clínica*. 2001;11(5): 220-229.
6. Martínez Riera JR. Enfermería Basada en la evidencia. Cuidando la evidencia vs evidenciando el cuidado. *Enfermería Comunitaria*. 2005;1(1): 52-56.
7. 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.
8. 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.
9. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 2003;13(5): 303-8.
10. Segrott J, McIvor M, Green B. Challenges and strategies in developing nursing research capacity: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2006.
11. 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.

AUTOR/ES:

Olga López de Dicastillo, María E. Navarro Martín, Navidad Canga Armayor, Virginia La Rosa Salas, Gunn Grande, Peter Callery

TÍTULO:

Uso de diarios en un estudio etnográfico sobre la alimentación y la actividad física de niños de 5 a 7 años.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

En la sociedad occidental actual están surgiendo nuevos problemas o enfermedades, relacionados con cambios recientes en los estilos de vida tanto de los niños como de sus familias, que se derivan del mantenimiento de una dieta inadecuada y una vida sedentaria. El sobrepeso y la obesidad son un claro ejemplo de estos problemas que además se podrían prevenir. Sin embargo, la evidencia que disponemos para realizar intervenciones preventivas efectivas es muy limitada (1,2). Con el fin de determinar los factores familiares, sociales y culturales que están contribuyendo al aumento de enfermedades tales como la obesidad infantil se diseñó un estudio etnográfico, en el que se realizaron observaciones en un colegio, entrevistas a padres y a niños, y recogida de diarios a estos últimos, que permitieron determinar lo que acontece en la vida de los niños y sus familias. Sólo así se podrán diseñar estrategias de prevención que sean efectivas.

En la literatura aparece con bastante frecuencia el uso de diarios en estudios que pretenden profundizar en temas relacionados con la salud de la población infantil (enfermedades crónicas (3,4), dolor (5,6), enuresis (7,8), salud mental (9, 10), estilos de vida (11, 12), servicios de salud (13,14) y ambiente (15,16) entre otros). Sin embargo este estudio presentará un uso novedoso de los mismos.

Objetivo:

En esta presentación se examinarán los aspectos metodológicos relacionados con el diseño, formato, cumplimentación y análisis de los diarios utilizados con la población infantil, aportando una serie de recomendaciones para su empleo en la prevención de la obesidad infantil

Métodos:

Los diarios se diseñaron utilizando un enfoque flexible adaptado a las características de la población que iba a participar en el estudio, a su etapa de desarrollo y a la metodología que estos niños empleaban en sus tareas escolares. Este estudio recibió la aprobación de los comités éticos de la Universidad de Manchester y de la Clínica Universitaria de Navarra. Los participantes en esta fase del estudio fueron niños de 5 a 7 años que asistían a un colegio público navarro. Se pidió a los niños que completaran un diario en el que tenían que aportar información sobre lo que hacían y comían cada día durante una semana. Se les dio la posibilidad de hacer dibujos, escribir o utilizar ambos sistemas dependiendo de sus habilidades y preferencias. A los padres se les pidió que animaran y recordaran a sus hijos que completaran los diarios pero que no influyeran en el contenido del mismo. Una vez cumplimentados, se realizó un análisis de contenido de los diarios transcribiendo la información presentada, realizando una descripción de los dibujos y utilizando tablas para facilitar el manejo de la información recogida. Posteriormente, se procedió a entrevistar a un subgrupo de niños para comparar, contrastar y completar los datos obtenidos a través de los diarios.

Resultados:

Se invitó a participar a 91 niños de los cuales completaron los diarios 80 y de éstos 38 participaron en entrevistas. Los niños se involucraron activamente durante todo el proceso de recogida de datos y disfrutaron con la realización de la actividad.

Discusión:

El uso de diarios fue de gran utilidad en este estudio etnográfico por tres razones principales: facilitó la obtención de información acerca de la actividad y la alimentación de la muestra; favoreció el desarrollo de las entrevistas con los niños al poder realizar preguntas concretas sobre lo que habían hecho y comido a lo largo de esa semana; y finalmente, permitió a niños y a padres ser conscientes y objetivar lo que estaba aconteciendo en sus hogares, empezando a cuestionarse sus elecciones.

Conclusión:

Los diarios empleados en este estudio se revelan como una herramienta de gran utilidad, tanto para la recogida de la información necesaria para determinar qué es lo que está sucediendo en la vida de los niños y sus familias, como para la realización de intervenciones que tengan como objetivo realizar cambios de conducta en los sujetos implicados. Por lo tanto, los diarios podrían jugar un papel importante en la prevención de trastornos actuales derivados de estilos de vida inadecuados entre los que se encuentra la obesidad infantil.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002(2):CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.
2. Casey L, Crumley E. Addressing Childhood Obesity: The Evidence for Action. Canada: Canadian Association of Paediatric Health Centres. Pediatric Chairs of Canada. Institute of Nutrition Metabolism and Diabetes; 2004.
3. Wensley D, Silverman M. Peak flow monitoring for guided self-management in childhood asthma: a randomized controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 2004;170(6):606-12.
4. Chan DS, Callahan CW, Sheets SJ, Moreno CN, Malone FJ. An Internet-based store-and-forward video home telehealth system for improving asthma outcomes in children. Am J Health Syst Pharm 2003;60(19):1976-81.
5. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Headache in schoolchildren: agreement between different sources of information. Cephalalgia 2003;23(6):420-8.
6. Gaertner J, Elsner F, Pollmann-Dahmen K, Radbruch L, R S. Electronic pain diary: a randomized crossover study. J Pain Symptom Manage 2004;28(3):259-67.
7. Van Leerdam FJ, Blankespoor MN, Van Der Heijden AJ, Hiraing RA. Alarm treatment is successful in children with day- and night-time wetting. Scand J Urol Nephrol 2004;38(3):211-5.
8. Hvistendahl GM, Kamperis K, Rawashdeh YF, Rittig S, Djurhuus JC. The effect of alarm treatment on the functional bladder capacity in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. J Urol 2004;171(6 Pt 2):2611-4.
9. Stone PJ, Nicolson NA. Infrequently occurring activities and contexts in time use data. J Nerv Ment Dis 1987;175(9):519-25.
10. Whalen CK, Jamner LD, Henker B, Delfino RJ. Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. Health Psychol 2001;20(2):99-111.
11. Henry CJ, Lightowler HJ, Al-Hourani HM. Physical activity and levels of inactivity in adolescent females ages 11-16 years in the United Arab Emirates.

AUTOR/ES:

Juana Perpiñá Galvañ1, Sonia Balboa Esteve2, Miguel Richart Martínez3

1. Licenciada en Enfermería. 2. Diplomada en Enfermería. Hospital Gral. Universitario de Alicante.

3. Doctor en Psicología. Departamento Enfermería. Universidad de Alicante.

TÍTULO:

Revisión bibliográfica sobre la medida de la ansiedad en pacientes críticos, sometidos a ventilación no invasiva.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Actualmente, el tratamiento de elección en la agudización de la enfermedad respiratoria es la Ventilación No Invasiva (VNI)(1). Las principales causas del fracaso de la terapia son los problemas con la interfase (2), pero también se han señalado efectos secundarios como angustia por claustrofobia, o ansiedad (3). Dado que la ansiedad, entre otros factores psicológicos, puede influir negativamente en los resultados de los pacientes, nos hemos planteado, en este trabajo, realizar una revisión bibliográfica con el objeto de identificar los artículos publicados que valoren la ansiedad de los pacientes sometidos a VNI, ingresados en UCI, para conocer el grado de ansiedad de estos pacientes y determinar qué instrumentos de medida de la ansiedad son los más utilizados y específicos para esa muestra de población.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda.

Llevamos a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CUIDEN, IME, ISOC, MEDLINE, CINAHL y PSYCINFO desde 1995 a 2005. Utilizamos los mismos descriptores pero los ajustamos según el thesaurus de cada base de datos, para que fueran lo más adecuados al concepto de búsqueda. Las palabras clave utilizadas fueron: ansiedad, estrés, hospitalización, pacientes, cuidados intensivos, enfermos críticos, ventilación no invasiva. Se unieron con el conector "OR" los descriptores referidos a ansiedad y estrés por un lado, y por otro lado los referidos a pacientes, cuidados intensivos y ventilación no invasiva. Ambos grupos se relacionaron después con el conector "AND".

Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyó cualquier artículo original o de revisión que analizara la ansiedad en nuestro grupo de población, ya fuera utilizando instrumentos concretos de medida de la ansiedad, o desde una perspectiva cualitativa, aunque no utilizaran ningún instrumento estandarizado de medida. Fueron excluidos artículos desarrollados en niños, personal sanitario o familiares del paciente, y en pacientes pre y/o postoperatorios aunque estuvieran ingresados en UCI.

Extracción de datos.

La información extraída de los artículos incluyó en todos los casos el objeto de estudio de los mismos, el marco en el que éstos se desarrollaron y las características de las personas que formaron las muestras poblacionales (edad, sexo, y diagnóstico médico), y en los casos en que fue posible, las características de los instrumentos de medida en términos de fiabilidad y validez, las normas de aplicabilidad del instrumento (forma y tiempo de administración) y el grado de ansiedad de los pacientes obtenido tras la medición.

RESULTADOS

Estrategia de búsqueda.

La búsqueda electrónica no arrojó ningún artículo. Este resultado nos obligó a ampliar la búsqueda a poblaciones similares a la de interés para esta revisión; esto es: primero, en cualquier paciente ingresado en UCI (exceptuando a pacientes quirúrgicos), y segundo, en pacientes que sufren enfermedad respiratoria crónica, aunque no estuvieran ingresados en UCI. El total de artículos seleccionados, tras la segunda y tercera estrategia de búsqueda, fue de 32.

Objetivo de los estudios. En 24 de ellos, se mide el nivel de ansiedad del paciente (4-27), y en los 8 restantes (28-35), se analiza la ansiedad pero no se mide su grado, sino que se ahonda en conocer los factores que la desencadenan o los indicadores con los que ésta se manifiesta.

Características del ámbito y las personas.

Más de dos tercios de los estudios se desarrollaron en unidades de cuidados intensivos. Destaca la patología coronaria (IAM) y respiratoria (asma y EPOC). Respecto a la edad, la mayor parte de los estudios se dirigen a personas mayores de 50 años. En cuanto al sexo, hubo paridad entre el número de trabajos con mayor proporción de hombres, y mayor proporción de mujeres.

Descripción y propiedades psicométricas de los instrumentos de medida.

En cuanto a los instrumentos de medida, se encontraron cuestionarios multiítem, así como escalas de un solo ítem. Todas ellas son autoadministradas. Sólo tres estudios analizan la tasa de respuesta. Se obtienen mayores tasas de respuesta con cuestionarios cortos y menos complejos intelectualmente (FACES (6), VAS (8) que con instrumentos más largos (STAI-e, BSI), o cuando estos últimos (subescala de ansiedad de la HAD (23), son contestados por enfermos no críticos. Ningún estudio midió el tiempo de administración de la escala o cuestionario.

Respecto a las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de los instrumentos utilizados, más de la mitad de estudios no valoraron la fiabilidad de los mismos. Del 50 por ciento de estudios restantes, la consistencia interna fue una característica medida con resultados satisfactorios en casi todos los cuestionarios ($\alpha > 0.80$). El resto de instrumentos (de un único ítem), evaluaron la fiabilidad mediante el coeficiente test-retest, obteniendo valores de Pearson mayores de 0.60, considerándose como una moderada-alta estabilidad. En cuanto a la validez, sólo en cuatro estudios se analizó la validez de contenido a través de la revisión de la bibliografía y del juicio de expertos (FACES (6), ETIC-7 (17), VAR (25) o el juicio de pacientes (STAI-forma corta (9).

Únicamente se determina la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio para uno de los cuestionarios (forma corta del STAI-e (9). La validez de constructo se midió en la mayoría de instrumentos por convergencia con otras medidas (formas cortas del STAI-estado (9,27), LASS (7), Termómetro (26), VAR (25), ETIC-7 (17), FACES (6), ASI y SPRASS (10).

Niveles de ansiedad.

Los resultados son muy heterogéneos pero, en general, se obtienen niveles moderados de ansiedad y porcentajes bajos de sujetos con ansiedad extrema.

DISCUSIÓN.

Muy revelador es el principal resultado del estudio: no se ha encontrado ningún artículo que se proponga medir el nivel de ansiedad en pacientes críticos sometidos a VNI. Pensamos que este hecho podría ser resultado de al menos 3 circunstancias: 1) Que la medida de la ansiedad no sea un aspecto relevante en la valoración y tratamiento de los pacientes críticos y, de ahí, la falta de interés de los investigadores por el tema. 2) Que la medida de la ansiedad sea irrelevante en la valoración y tratamiento de los pacientes sometidos a VNI, y 3) Que no existan instrumentos de medida de la ansiedad adecuados para este tipo de población. A continuación intentaremos argumentar si esas hipótesis son ciertas.

La primera posibilidad no parece tener mucho sentido ya que son diversos los estudios (14,15,17) que obtienen al medir los niveles de ansiedad de pacientes de UCI, puntuaciones de ansiedad superiores a la norma. Además, la mayoría de las enfermeras entrevistadas (33) considera que la valoración y tratamiento de la ansiedad es importante y beneficioso para el paciente, aunque se encuentren diferencias entre los indicadores que consideran como los más importantes. Los indicadores psicológicos y cognitivos son utilizados en un porcentaje muchísimo menor (33) que los fisiológicos. Sin embargo, en la literatura, se ha documentado cómo cambios en la TA y FC no reflejan de forma precisa el nivel de ansiedad en pacientes con patología cardíaca (6,14,34-37). Así pues, la primera hipótesis planteada se podría rechazar y afirmar que la medida de la ansiedad sí es relevante para los investigadores clínicos, pero dicha medición no se realiza de forma precisa.

Respecto a la segunda posibilidad, si nos preguntamos si la valoración de la ansiedad es relevante en pacientes sometidos a VNI, encontramos una alta prevalencia de ansiedad en pacientes de UCI conectados a ventilación mecánica invasiva (12,13). La similitud entre los pacientes con VM y los sometidos a VNI, hace pensar que algún grado de ansiedad también debe ser percibido por estos últimos. Además, también hemos encontrado asociación entre ansiedad moderada-alta y deterioro en pacientes respiratorios crónicos (18,20,22,23). Por todo ello, la segunda hipótesis tampoco parece razonable.

Quizás la clave estaría en considerar la tercera posibilidad: es cierto que no se ha encontrado ningún instrumento probado en esta población, y posiblemente, esta puede ser una de las razones por las que los profesionales sanitarios no miden el nivel de ansiedad de forma adecuada. El análisis efectuado sobre las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas, nos puede servir para elegir aquella-as que, a priori, pudieran ser más adecuadas para las características de nuestra población. Así, de los instrumentos analizados destacamos la forma corta del STAI-e que mantiene las mismas buenas propiedades del STAI-e pero, al contener sólo 6 ítems, es más rápida y fácil de contestar por sujetos debilitados física y cognitivamente. De las dos versiones encontradas, pensamos que la de Chlan (9) tiene mejor validez de contenido ya que selecciona, para la elaboración de la escala, aquellos ítems relevantes para pacientes de UCI ventilados mecánicamente, además de ser la única que establece la validez estructural mediante un análisis factorial exploratorio.

Conocer los instrumentos de medida de la ansiedad disponibles y validados en este grupo de pacientes, facilitará la labor a los potenciales usuarios, y en su defecto, justificará la necesidad de realizar estudios de validación de instrumentos en esa población.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lightowler J, Wedzicha J, Elliott M, Ram F. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Br Med J.* 2003; 326:185.
2. American Thoracic Society. Internacional consensus conferences in intensive care medicine: noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:283-291.
3. Marrades R, Rodríguez R. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ventilación no invasiva: una evidencia creciente. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:88-95.
4. O'Brien J, Moser D, Riegel B, Frazier S, Garvin B, An K. Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am J Crit Care.* 2001; 10:97-103.
5. McKinley S, Coote K, Stein-Parbury J. Development and testing of a faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *J Adv Nurs* 2003; 41: 73-79.
6. McKinley S, Stein-Parbury J, Chehelnabi A. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale-psychological aspects of critical care. *Am J Crit Care* 2004; 2004:146-152.
7. Elliott D. Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1993; 9: 195-200.
8. Chlan L. Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *J Adv Nurs* 2004; 48:493-9.
9. Chlan L, Savik K, Weinert C. Development of a shortened state anxiety scale from the Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) for patients receiving mechanical ventilatory support. *J Nurs Meas* 2003; 11:283-93.
10. Davis T, Ross C, MacDonald F. screening and assessing adult asthmatics for anxiety disorders. *Clin Nurs Res* 2002; 11:173-89.
11. Acosta B, Delgado P, Mirabete I, Sola A. El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada. *Enferm Intensiva* 1998; 9:94-101.
12. Kres

AUTOR/ES:

Rodríguez Mondéjar JJ, Cevidanes Lara MM^a, Peñalver Hernández F, López Alcaráz F, Herrera Romero T, López Amorós A, Rodríguez Soler J, Martínez Huescar M, Ramírez Pérez F.
Gerencia de A.P. de Murcia, UCI HGU Reina Sofía (Murcia), UCI HGU Morales Meseguer (Murcia).

TÍTULO:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS A TRAVÉS DE LAS COMUNICACIONES A CONGRESOS NACIONALES Y LA

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivos: el colectivo de enfermería que presta los cuidados al paciente crítico realiza a través de su asociación nacional un congreso nacional de forma anual, el cual sirve de botón de muestra y presentación de la actividad científica y de la investigación que se ha desarrollado en este campo en España.

Nuestro objetivo consiste en profundizar en el estudio sobre los trabajos nacionales admitidos en dicho evento, y compararlo y correlacionarlo con lo aportado por nuestra región al mismo.

2.- Métodos: Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo.

Muestreo y definición de caso: Es sistemático, todas las comunicaciones admitidas al congreso anual de la SEEIUC.

Dimensión estudiada: estructura y proceso.

Tiempo: 8 años últimos (1998/2005). Fuente de datos: Programas y libros de comunicaciones.

Desarrollo: Las variables recogidas son 23: año y ciudad de la sede, nºautores, tipo de comunicación, ciudad y región, tipo estudio, tipo de investigación, temporalidad, patrón funcional, rol de enfermería, dimensión estudiada, tema general y concreto, hospital, servicio, tipo de estadística, relevancia, financiación, y otros.

Procesamiento estadístico: paquete SPSS/PC®, v.12.0 en castellano, aplicando estadística descriptiva para variables cuantitativas con cálculo de medias, desviación estándar (DE), máximo y mínimo, las cualitativas se expresan en porcentajes.

3.- Resultados: nº de comunicaciones 736 (65-119), orales 270 (40,4%), media de autores 4,87 (1-16) DE 1,97, por comunidades: Cataluña 166(22,6%), Madrid 113(15,3%),y Andalucía 111 (15,1%); estudios de investigación 426(65,3%), prospectivas 333 (51%), cuantitativas 345 (53%), con estadística descriptiva 305(46,9%), patrón de Gordon más relacionado: percepción-manejo de la salud 76 (10,3%), sin patrón aplicable 520 (70%), área de calidad estudiada: estructura 379(51,5%), presencia de rol autónomo 380 (51,6%), tema más referenciado: cuidados respiratorios 100 (13,6%), relevancia o aplicabilidad 450 (69%), financiadas 23 (3,5%).

En la región de Murcia: nº comunicaciones 37 (3-8), orales 20 (54,1), media de autores 6,27 (3-9) DE 1,57, estudios de investigación 25 (67,6%), prospectivas 25 (67,6%), cuantitativas 19(51,4%), con estadística descriptiva 15(40,5%), patrón de Gordon más relacionado: percepción-manejo de la salud 7(18,9%), sin patrón aplicable 25 (67,6%), área de calidad estudiada: estructura 11 (29,7%) proceso 19 (51,4), presencia de rol autónomo 21 (56,8%), tema más referenciado: cuidados respiratorios 9 (24,3%), relevancia o aplicabilidad 31 (83,8%), financiadas 2 (5,4%).

4.- Discusión

El estudio realizado ha servido para ver como se encuentra la región de Murcia y más concretamente sus centros sanitarios con relación a la media del territorio español en la producción científica de comunicaciones al congreso nacional de enfermería de cuidados intensivos.

La comparación a nivel descriptiva ha resultado muy positiva teniendo en cuenta los datos obtenidos ya que alcance un lugar destacable en la media nacional ocupando la tercera provincia tras Barcelona y Madrid, y quinta entre las comunidades autónomas, sabiendo que el comparativo es desigual al ser uniprovincial y con menor número de UCIs de tamaño medio alto y/o universitarias.

Respecto al número de autores se detectan más autores de media en las comunicaciones presentadas en los congresos nacionales de cuidados intensivos por Murcia que con la media nacional lo que puede significar mayor implicación y participación de profesionales en investigación y producción de las mismas. También predominan las comunicaciones en formato oral con respecto a la media nacional en un porcentaje del 14%, dándole mayor interés y en algunos casos calidad, al ser más exigentes los comités científicos para su aceptación.

Las comunicaciones con metodología prospectiva están por encima de la media del estado español en un porcentaje similar al de las comunicaciones orales, es decir en un 16,6%, lo que puede suponer un mayor nivel científico y por ello de algunas aportaciones al área de estudio de cuidados críticos.

Predomina en las comunicaciones el patrón percepción-manejo de la salud en un 8% más en la región de Murcia que en los trabajos nacionales.

El área de la calidad estudiada se relaciona en menor medida con la de la estructura mientras que en la media nacional supone la mitad de las comunicaciones, en Murcia no llega a un tercio de las mismas, generando más aportaciones respecto al área de proceso.

La presencia de rol autónomo se ha utilizado con más frecuencia en las aportaciones hechas por los murcianos con respecto a la media nacional, lo cual puede ser positivo en centrar el campo de investigación y trabajo y llevar a cabo cambios propios de la disciplina enfermera.

El tema escogido para desarrollar los estudios en Murcia pone en primer lugar los relacionados con los cuidados respiratorios, que si bien a nivel nacional también están en primer lugar de utilización, la ponderación de su uso es mucho mayor en la región de Murcia (siendo del doble el porcentaje), esto se puede explicar ya que existe una línea fuerte de investigación en relación con la ventilación mecánica no invasiva desde hace años, hecho que se tiene en cuenta como referencia en muchos congresos, cursos, talleres, etc.

La relevancia o aplicabilidad de las mismas, así como las que han sido financiadas con becas de investigación públicas o privadas también declinan la balanza a favor de la región de Murcia aunque de forma humilde y moderada.

No se observan diferencias importantes de mencionar en otras variables estudiadas como son número de estudios de investigación globales, comunicaciones cuantitativas, comunicaciones que no han sido encuadrables en ningún patrón de Gordon.

Como conclusiones podemos decir:

- 1.- La participación en la aportación de trabajos de investigación sobre cuidados críticos desde la región de Murcia respecto a la media nacional es alta teniendo en cuenta que es uniprovincial.
- 2.- No existen diferencias destacables en la mayoría de los aspectos estudiados siendo positivas en las que se dan, como por ejemplo número de comunicaciones orales, estudios prospectivos, nº de autores, área de calidad estudiada, aplicabilidad, o presencia del rol autónomo.
- 3.- Estos hallazgos deben de servir de estímulo para seguir en esta línea y/o mejorarla.

BIBLIOGRAFÍA:

CAMPOS A, ENGUIDANOS M . La producción científica de dos congresos de la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial) Zaragoza 92 y Marbella 95: análisis bibliométrico y de contenido. Rev. de Calidad Asistencial 1997;12(5):333. XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

FUERTE RUIZ S, RUIZ DE ADANA JC, LOPEZ HERRERO J, MARTIN GARCIA-ALMENTA E, SERANTES A, MORENO AZCOITA M. Análisis de las comunicaciones y sesiones científicas al Congreso Nacional de Cirugía desde 1984 a 1994. Cirugía Española 1996;60(2):117-120.

GONZALEZ DIAZ, M/ MARTINEZ DEL CAMPO, P/ RODRIGUEZ FERNANDEZ, E/ MORENO PINA, P/ GARCIA GALINDO, E/ MARSET CAMPOS, P. Análisis de la producción científica en atención primaria de salud en la región de Murcia (1988-1992). Atención Primaria 1995;16(4):203-206.

GALAN S, DELGADO MT, SANZ C, CORDOBA R. Investigación en medicina de familia: análisis de las comunicaciones aceptadas en congresos nacionales e internacionales. Atención Primaria 1995;15(4): 239-244.

AUTOR/ES:

J-M Martínez Sánchez; C-F López Jurado; M-Y Anes del Amo; C Rojas Fernández; P Fernández del Valle; J-M Ramos Aceitero

TÍTULO:

Comparación de la metodología frecuentista y bayesiana en el estudio de la obesidad en Extremadura

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivo(s): Comparar los métodos frecuentistas y bayesianos en el estudio de la obesidad de Extremadura.

2.- Métodos: Los datos provienen de la Encuesta de Salud de Extremadura del año 2005. Se seleccionó la población adulta (extremeños mayores de 15 años) a la que se había recogido el peso y altura sin zapatos ($n = 2.903$). Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el cociente del peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado, y se clasificó como normo-peso o peso insuficiente al IMC inferior a $24,9 \text{ kg/m}^2$; sobrepeso al IMC comprendido entre $24,9$ y $29,9 \text{ kg/m}^2$; obesidad moderada al IMC comprendido entre $29,9$ y $34,9 \text{ kg/m}^2$; obesidad severa al IMC comprendido entre $34,9$ y $39,9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad mórbida al IMC superior $39,9 \text{ kg/m}^2$. Para comprar las diferencias de media y proporciones entre géneros se ha utilizado el método frecuentista de la t-student y el enfoque bayesiano que proporciona el software Epidat 3.0.

3.- Resultados: El IMC medio fue de $25,73 \text{ kg/m}^2$ ($sd=4,97$), presentando el 37,25% de la muestra sobrepeso y el 17,40% obesidad, para varones el IMC medio fue de $26,35$ ($sd=4,21$) y $25,09$ ($sd=5,55$) para las mujeres, siendo la diferencia significativa ($p < 0,0000$; $IC95=[0,79 - 1,73]$). El 62,86% de los varones y el 46,26% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad, siendo la diferencia significativa al 95% de confianza ($p < 0,000$) con un intervalo de confianza de la diferencia de proporciones de $[15,0\% - 22,3\%]$. Con el enfoque bayesiano observamos que la mediana de la diferencia de IMC es de 1,24 y la mediana de la diferencia porcentual de obesidad u sobrepeso entre géneros es de 16,6 % (percentil 50).

4.- Discusión: Desde el punto de vista frecuentista podemos afirmar con un 95% de confianza que la diferencia del IMC entre géneros es estadísticamente significativa y la diferencia porcentual de varones con sobrepeso u obesidad esta comprendida en el intervalo $[15,0\% - 22,3\%]$ al 95% de confianza. El resultado frecuentista no responde a nuestras dudas ya que nos da la probabilidad de una muestra condicionada a una hipótesis, el resultado nos da evidencias con un 95% de confianza si realizamos 100 estudios igual al nuestro obtendremos 95 con el mismo resultado o mejor que el obtenido. Estos problemas no ocurren con el enfoque bayesiano, puesto que no presenta el carácter dicotómico frecuentista de aceptar o rechazar un hipótesis (propuesto por Neyman-Pearson) y calcula la probabilidad de una hipótesis condicionada a un experimento empírico (muestra). Los resultados bayesianos nos permiten dar conclusiones menos enrevesada y más intuitivas que los frecuentistas y hablar de la probabilidad de la población de varones que presenta un retraso mayor o menor de una cantidad.

AUTOR/ES:

Ana García López; Montserrat Gea Sánchez; Ana Rodríguez Cala ; Pilar Allende Monclús
Ponent. Ana Rodríguez Cala. arodriguez@arnau.scs.es

TÍTULO:

Investigación en enfermería: necesidades, dificultades e inquietudes de los colegiados de enfermería de Lleida

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

Hablar de investigación en la profesión de enfermería es cada vez más cercano y accesible. Si analizamos la palabra investigación podemos decir que es un proceso sistemático formal e riguroso que trata de obtener soluciones a problemas y/o descubrir o interpretar nuevos hechos y sus relaciones (Waltz y Bansell, CN Research, FA Davis, 1981). Tal y como sugiere el Consejo Internacional de Enfermería en una serie de artículos publicados entre febrero y marzo del 98, la investigación ha de ser la meta más importante para el desarrollo de la enfermera.

Podemos decir que la finalidad principal de la investigación no es nada más que el aumento del saber y en consecuencia de la solución de los problemas que se plantean. No podemos desvincular la práctica enfermera de la investigación porque es justamente la práctica el objeto y la destinataria de la investigación para saber más para conocer mejor, para profundizar en una práctica profesional autónoma y para ofrecer un mejor servicio a los ciudadanos.

Las autoras de este estudio consideramos necesario impulsar y promocionar la investigación porque tenemos la convicción que es un instrumento esencial y estratégico para emancipar y desarrollar nuestra profesión. Es por este motivo por lo que decidimos realizar un estudio para conocer las necesidades de los colegiados de Lleida en cuanto a investigación y poder así orientar las actividades formativas de acuerdo con los resultados.

1.- Objetivos

Con el fin de fomentar la promoción y desarrollo de la investigación en enfermería en la provincia de Lleida se realiza un estudio con los siguientes objetivos.

- Conocer la situación actual de la investigación en enfermería de Lleida.
- Conocer la prevalencia de formación en metodología de investigación de los colegiados de enfermería de Lleida.
- Detectar las necesidades y dificultades que tienen los profesionales en el campo de la investigación.

2.- Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal. La población de referencia corresponde a todos los profesionales colegiados en el Colegio de enfermería de Lleida (actualmente 1985 enfermeras/os). Se analiza una muestra de 515 profesionales, obtenida con técnicas de muestreo al azar intencional. La muestra obtenida representa un 26% de los Colegiados.

La recogida de datos se realizó durante los meses de abril y mayo del año 2005.

El instrumento utilizado fue un cuestionario que recoge datos demográficos, antigüedad en la profesión, puesto de trabajo, interés por la investigación, formación y proyectos realizados, ayudas recibidas, temas que más interesan para la formación en investigación y sugerencias.

El cuestionario se envió a los coordinadores o contactos de todos los centros asistenciales de la Región Sanitaria de Lleida (centros de atención primaria, hospitales, socio sanitarios y residencias geriátricas). Paralelamente se incluyó el cuestionario en un mailing a nivel individual a todos los colegiados de Enfermería de Lleida.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 13.0.

3.- Resultados

El perfil de los enfermeros que han participado en el estudio es mayoritariamente femenino 92%, con una media de edad de 38,14 años (D.E. 9,8) y una antigüedad media en la profesión de 14,8 años (D.E. 9,4).

El 85,6% de los profesionales manifiestan tener interés por la investigación y el 24,7% refieren haber hecho formación. El 28,2% han realizado estudios de investigación, pero no hemos recogido que tipo de participación han tenido, ni si han colaborado activamente en el diseño. Los hombres han hecho, en proporción, más investigación que las mujeres.

Únicamente el 39% de los profesionales que han realizado estudios dicen haber tenido algún tipo de ayuda o subvención.

Sobre el interés por formarse en investigación el 78,1% contestan afirmativamente y entre los temas de más interés encontramos póster y comunicaciones 53,5%, y metodología en investigación 50%. La mayoría de las sugerencias muestran que los profesionales consideran importante la investigación para mejorar el trabajo diario y en consecuencia solicitan cursos relacionados con la investigación puntualizando en que estos deberían ser gratuitos y dentro del horario laboral.

4.- Discusión

La realización del presente estudio nos ha dado la oportunidad de conocer la opinión que las enfermeras/os del Colegio Oficial de Diplomados de Lleida tienen sobre la investigación.

Tras los resultados obtenidos podemos decir que las enfermeras/os tienen interés por la investigación, pero manifiestan que se deberían desarrollar políticas y estrategias para la promoción e implantación en la práctica clínica y facilitar los recursos necesarios (financiación, acceso a bases de datos, formación, etc.) .

Las autoras motivadas por proporcionar a las enfermeras/os de nuestra provincia los instrumentos necesarios para llevar a cabo de forma adecuada y ordenada actividades de investigación, presentamos una serie de propuestas y un programa de actividades al Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Lleida.

El propósito más importante es generar un ambiente favorecedor de la investigación el cual debe impregnar la formación de las enfermeras desde distintos ámbitos -Universidad, Instituciones Sanitarias y Colegios profesionales-, en esta línea se ha elaborado un plan de trabajo, basado en los resultados obtenidos, con dos objetivos :

- 1.-Programar actividades que aporten bases y conocimientos teóricos a los colegiados interesados.
- 2.- Elaborar estrategias para concienciar a profesionales y a directivos sobre la necesidad de integrar la investigación en la práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

- Amezcu M. Mitos, retos y falacias de la investigación enfermera. 2003;26- (9):36-- 44.
- Arcas Ruiz P. Investigar en enfermería: prioridades y estrategias. 1990;XIII (148):55-6.
- Barderas Manchado A, Escobar Aguilar G. Fuentes de información en Enfermería: buscando la evidencia. 2004 Septiembre 2004(12):43-7.
- Basset C BJ. La investigación en enfermería. 2003 Diciembre 2003(17,):11-1.
- Benavent Garcés MA. Estado actual de la investigación y la formación en enfermería. 2001(80):14-9.
- Corral Leal C, et al. La enfermera asistencial y la investigación. 2005;8(6)(jul/agos-):60-5.
- Diaz benavente M, Martin leal , Candido, Jiménez aguado, J Mª, Maya Rincon B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. 2004;14(5):257-62.
- Escobar Bravo Miguel A, Palomo L, Galindo A, Corrales D. Investigación en enfermería y unidades de Investigación. 1996(213):27-30.
- Gastaldo D, Gómez P, Ernesto J, Bover i Bover A. El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las Universidades españolas y el contexto internacional. 2001,;11(5):220-9.
- Jones Mallada C, Hidalgo García R, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Hernández Faba E, Investén-ISCI. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2004 jun 2004; 7(5):28-32.
- Lomas Campos M. Metodología de la investigación: una asignatura aún pendiente en la formación básica de la Enfermera. 2003; 70-74:256-7.
- Martínez Riera J R. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. 2003,;13(5):303-8.
- Medina Moya J L. ¿Qué es investigar? ¿Qué es investigar en enfermería?. In: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, editor. I Encuentro Nacional de Interrelación entre Investigadores Noveles y Grupos Consolidados de Investigación en Enfermería; 2003. 29, 30 y 31 de mayo de 2003. ; Alicante.; 2003. p. 239-43.
- Mompart García M P. Necesidades de investigación y cuidados de enfermería.1990; XIII(145): 19-2

AUTOR/ES:

Olga Marina Vega Angarita

TÍTULO:

Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de discapacitados por Enfermedad Cerebrovascular del Norte de Santander.

TEXTO DEL TRABAJO:

En la actualidad la población de adultos mayores tiende al crecimiento como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción, el auto-cuidado y disminución de la natalidad.(1) Hay en la actualidad 91 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano; este número crece a una tasa de 3% a 5% anual, si se tiene en cuenta que este ciclo vital muestra mayor frecuencia de enfermedades crónicas que crean discapacidad, surge la necesidad de estar preparados para recibir esta población que se proyecta como de 144 millones para dentro de 20 años. (1) Este hecho junto con las nuevas disposiciones de las instituciones de salud, en las que se hace evidente la evasión de responsabilidades de cuidado formal, han ocasionado un considerable incremento en el número de cuidadores que han tomado la responsabilidad de cuidar a un pariente crónicamente enfermo.

Se han señalado diferencias entre enfermedad aguda y crónica tomando como referente las variables tiempo, pronóstico estilo de vida, gastos, necesidad de cuidado profesional, uso de recursos tecnológicos, aislamiento social, impacto psicológico, aspecto espiritual y actividad cotidiana.(2) A partir de estas consideraciones es posible identificar plenamente el impacto que en la vida de la persona enferma y la de su cuidador tiene el padecer este tipo de enfermedad.

Se han denominado cuidadores a aquellas personas que asumen el rol de cuidar a otras personas que por tener alguna limitación o discapacidad no pueden hacerlo por sí mismas(3). Esta compleja responsabilidad recae principalmente sobre un miembro del grupo familiar, sin recibir preparación y retribución económica por la labor realizada(4).

METODOLOGIA

El presente estudio se orienta a describir la habilidad de cuidado según conocimiento, valor y paciencia de los cuidadores primarios de personas con discapacidad neurovascular del Norte de Santander. Para ello se realiza un estudio de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo en setenta cuidadores primarios participantes del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz y Centro de Rehabilitación. La muestra se captó por conveniencia al constatar el cumplimiento de criterios de inclusión como: ser cuidador adulto, cuidador de discapacitado neurovascular, con experiencia en el rol asumido e interés por participar voluntariamente. Luego de explicar los propósitos del estudio y de obtener el consentimiento informado se aplican los instrumentos.

La recolección de los datos fue guiada a través de la aplicación de tres instrumentos. Para describir las características sociodemográficas de los cuidadores participantes se utilizó el cuestionario "Caracterización de los cuidadores" que identifica el sexo, edad del cuidador y del paciente, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, cuidado desde el momento del diagnóstico, tiempo de cuidado y parentesco con la persona cuidada.

La determinación del nivel de funcionalidad del enfermo crónico en términos de su capacidad física y cognitiva fue medida a través del perfil "PULSES". Esta escala refleja los niveles de funcionalidad en seis parámetros: estabilidad de la patología, utilización de los miembros superiores, locomoción, capacidad sensorial, eliminación, y actividad social según lo esperado; con escala de respuesta tipo likert; donde uno equivale a independiente y cuatro a totalmente dependiente.

Finalmente en la evaluación del grado de habilidad de cuidado de una persona para cuidar a otros, se utilizó el instrumento diseñado por la doctora Ngozi O. Nkongho "Inventario para la habilidad de cuidado", denominado (CAI) por sus iniciales en inglés Caring Hability Inventory. Su ponderación permitió valorar el nivel de habilidad total y de sus dimensiones según Conocimiento, Valor y Paciencia. Estructuralmente dicho instrumento con un grado de validez de 0.80 y confiabilidad de 0.84 se compone de 37 preguntas, con escala de respuesta tipo- Likert que van de 1 a 7, en donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo(5).

RESULTADOS

Caracterización de los cuidadores familiares

La metodología empleada permitió descubrir la complejidad de un fenómeno que se repite de forma similar en otros países y es comparable a lo reportado en otros estudios(6)(7)(8)(9). Se encontró Predominio del sexo femenino (81.43%), ubicadas en el rango de edad de 36 y 59 años (51.43%), denominada "Generación intermedia"(3), etapa en la que los cuidadores se enfrenta a una serie de conflictos como aceptar roles que no han buscado, y la pérdida de los que han logrado. El alto porcentaje de mujeres encontrado en el estudio puede estar incidiendo en el hecho de que la principal ocupación sea la de ama de casa (58.57%), y desempleadas; quienes ejercen el rol de cuidador desde el mismo momento del diagnóstico (95.71%) y sin recibir ningún tipo de apoyo (51.43%), desde hace más de treinta y siete meses, con una dedicación de cuidado al día que supera las siete horas.

Nivel de funcionalidad del receptor de cuidado

Como característica de las personas en situación de enfermedad crónica, estos son principalmente adultos mayores que presentan en su funcionalidad un compromiso severo (64.29%), seguido de un 25.71% quienes presentaron una funcionalidad moderada; lo que implica que requieren de supervisión y ayuda en las actividades de la vida cotidiana a consecuencia de las alteraciones sensoriales, físicas y de locomoción generadas por la enfermedad.

Nivel de habilidad global y por componentes

En lo relativo a la habilidad de cuidado general y por subescalas en el estudio se encontró que solo un 30% de los participantes cuentan con la habilidad total requerida para la entrega de cuidado, el porcentaje restante presentan deficiencias en el rol de cuidadores y en la calidad de cuidado que ofrecen a sus familiares discapacitados. Particularmente en el análisis de las categorías constitutivas, se encontró que el nivel de valor de los cuidadores fue deficiente en el 64.28% de los casos y óptimo en el 35.71%; el nivel de conocimiento fue deficiente en el 77.14% y óptimo en el 22.86% ; el nivel de paciencia se encontró deficiente en el 72.85% de los casos y 27.14% óptimo.

DISCUSIÓN

Al analizar los datos del estudio se demostró que la proporción de cuidadores familiares mujeres es casi tres veces mayor que la de los hombres, resultados que confirman lo reportado en la revisión bibliográfica donde en el entorno colombiano y en nuestra cultura es una función de género bien arraigada, estando ubicadas la gran mayoría en el grupo de edad que corresponde a la edad intermedia lo que les representa simultáneamente grandes riesgos en el desempeño del rol de cuidador, con un bajo grado de escolaridad y nivel socioeconómico; con parentescos de consanguinidad como hijo, madre, padre, hermana, así como parentesco de filiación como esposa, nuera y cuñada, situación que ratifica a la familia como núcleo básico en la administración de cuidados de enfermos crónicos.

En cuanto a la funcionalidad se observa un compromiso severo en los discapacitados neurovasculares. En el discapacitado las deficiencias en el desarrollo de las actividades de la vida diaria supone una serie de limitantes que deben ser asumidas en su totalidad por el llamado cuidador familiar.

En lo relativo a la habilidad de cuidado total en el estudio queda demostrado que solo el 30% cuentan con la habilidad requerida para asumir el rol, el restante 70% presentan deficiencias para la entrega de cuidado a enfermos crónicos.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el estudio queda claro que la mayor parte de los cuidadores familiares no reúnen las condiciones para la prestación del cuidado, específicamente en lo referente al conocimiento, valor y paciencia; lo anterior hace evidente la necesidad de que enfermería asuma un papel protagónico en la implementación de programas asistenciales, educativos y de apoyo con relación a la preparación de los cuidadores, y de su habilitación personal para el cuidado no solo de sus familiares discapacitados, sino también de sí mismos.

El acompañamiento y fortalecimiento de la habilidad de cuidado se reconoce como responsabilidad y competencia de enfermería; esto puede lograrse en la medida que las intervenciones de cuidado dirigidas a los enfermos crónicos involucren a los cuidadores como sujetos de atención y no solo como directos responsables del tratamiento y rehabilitación del familiar enfermo.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Dueñas Eliana, Martínez Ma. Angeline, Morales Benjamin, Muñoz Claudia, Viafara Ana Sofia. Síndrome del Cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones sociales, Revista Colombia Médica, Vol.31 N° 2 (supl 1), Abril-Junio 2006 p 31-38.
- (2) Cuesta Benjumea Carmen, Cuidado artesanal: la invención ante la enfermedad, Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería, p. 11.
- (3) Rosebaum. citado por Grimares de Andrade y Cols. Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV, en Revista Rol de Enfermería, Vol 22(6), Noviembre 1999, pag 6
- (4) PINTO Afanador Natividad, BARRERA Ortiz Lucy, SANCHEZ Herrera Beatriz, "Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los cuidadores", en Revista Aquichan, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana, Volumen 5 N° 1(5) Octubre 2005, p 132
- (5) Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Waltz CF. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. New York: Springer; 1990. pp. 3-16.
- (6) Barrera O. L, Galvis L. CR, Moreno F. ME, Pinto A. N, Pinzón R. ML, Romero G. E, Sánchez H. B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 36-46
- (7) Barrera O. L, Blanco de Camargo L, Pinto A. L, Sánchez H. B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Un estudio comparativo en tres países de América Latina, Universidad Nacional de Colombia, 2003 p 11
- (8) Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad. Investigación y educación en enfermería 2001;19 (2):36-51.
- (9) Davidhizar R. Entendiendo la impotencia de los miembros de familia cuidadores de enfermos crónicos. Geriatric nursing, 1992;13(2):66.

AUTOR/ES:

Meneses - Jimenez, Maria - Teresa, Bouchard Louise, Ricard Nicole, Ezer Hélène , Benoit M.

TÍTULO:

Experiencia de vivir con un cónyuge alcanzado del cáncer de próstata, en el contexto español

TEXTO DEL TRABAJO:

En el curso de los últimos años, España conoció un aumento importante de los casos de cáncer entre los adultos. En este país, el cáncer representa la segunda causa de muerte entre la población y la primera causa de muerte prematura. La Asociación Española contra el Cáncer (2003) estima que un español adulto de cada cuatro muere a causa de esta enfermedad. Entre los tipos de cáncer los más frecuentes entre los hombres españoles se encuentra el cáncer de próstata. Este tipo de cáncer es el segundo más frecuente después del cáncer de pulmón y afecta a hombres principalmente de más de 50 años (ISCIII, 2003). En efecto, en este país, el cáncer representa la segunda causa de mortalidad y el primero de muerte prematura. En efecto, el diagnóstico del cáncer de próstata se revela ser una experiencia profundamente devastadora y amenazadora, tanto para los hombres como para su cónyuge y su familia a causa de numerosas complicaciones físicas, psicológicas y sociales. Numerosos investigadores enfermeros demuestran un interés que crece para el estudio de la experiencia de vida, así como al hecho de vivir un cáncer y esto, teniendo en cuenta no sólo al individuo sino que también su familia. Una revisión de escritos dirigida recientemente por Burke, Lowrance, et Perczek (2003), recoge 86 estudios que tratan de aspectos emocionales y cognitivos del cáncer de próstata a cerca de los hombres y sus esposas. También se preocupan a este respecto Banthia, Malcarne, Varni, Ko, Sadler, et Greenbergs, (2003), de Davison, Goldenberg, Gleave, et Degner (2003), et celle de Harden, Schafenacker, Northouse, Mood, Smith, Pienta et al. (2002). Otros estudios permiten también comprender mejor lo que mujeres viven cuando su cónyuge padece de cáncer, pero en un contexto otro que el del cáncer de próstata: cáncer colorectal, cáncer de pulmón, cáncer de estómago y linfoma. A pesar de numerosas búsquedas realizadas hasta ahora sobre la problemática del cáncer y unos estudios que describen la influencia del cáncer sobre el vivido de la persona enferma y el de su familia, pocos estudios cualitativos han sido llevados sobre el impacto de esta enfermedad sobre las esposas de los pacientes alcanzados del cáncer de próstata. Utilizando la teoría de caring de Watson (1989) como telón de fondo, el objetivo de nuestro estudio es describir mejor y comprender el significado de la experiencia vivida por cónyuges, de quienes el marido padece del cáncer de próstata, en el contexto español.

Metodología: Cinco mujeres, de edad entre 58 y 69 años, seleccionadas según una muestra de conveniencia, aceptaron participar en este estudio cualitativo fenomenológico, cuyos datos han sido analizados según el método sugerido por Giorgi (1997). Los elementos de este proyecto, la problemática, la revisión de escritos y la metodología de investigación ha sido presentado previamente al comité de aprobación formado por miembros del cuerpo de profesores de la Facultad de las ciencias enfermeras de la Universidad de Montréal y a los comités de bioética de la Universidad de Montréal y del hospital de la región de Avila en España con el fin de obtener su aprobación al plano científico y ético antes de comprometer la colecta de los datos.

Análisis de datos: El proceso de análisis de los datos de la búsqueda presente es guiado por el método fenomenológico de Giorgi (1985, 1997). Este método de análisis ha sido realizado

Resultados: Esta aproximación permitió hacer emerger cuatro principales temas: vivir de la angustia en el curso del período que rodea el anuncio del diagnóstico de cáncer; sentir un gran desamparo, en el curso de las diferentes fases de tratamiento; consagrarse totalmente a su cónyuge; y finalmente, confiar por las días mejores. Los resultados de este estudio demuestran que las mujeres, de quienes el esposo padece del cáncer de próstata, viven una experiencia conmovedora, caracterizada por la angustia y el desamparo suscitados por esta nueva realidad.

Discusión: El análisis de los extractos de entrevistas ofrece pistas para la elaboración de intervenciones enfermeras innovadoras y futuros estudios científicos en el dominio psicosocial tanto del cáncer de próstata, como del dominio relacionado con el cáncer en general.

La primera parte se apoya en la contribución del estudio presente al estado de los conocimientos actuales en ciencias a enfermeras; para hacerlo, examinaremos el fenómeno al estudio, a partir de los temas significativos que emergen de los extractos de entrevistas. La segunda parte presenta las implicaciones o los efectos del estudio al nivel de la práctica enfermera, ordenadas de unas recomendaciones, comparado con la búsqueda y con la formación enfermera. Este significado se articula alrededor de los cuatro principales temas, que emergieron de los cuentos de las participantes: vivir de la angustia en el curso del período que rodee el diagnóstico, sentir un gran desamparo, consagrarse totalmente a su cónyuge, y finalmente, confiar por las días mejores. Nuestro estudio pretendía describir mejor y comprender el significado de la experiencia de las mujeres, de la que el cónyuge padece del cáncer de próstata, en un contexto español. Por consiguiente, las intervenciones enfermeras deberán situarse al nivel del sostén y del fortalecimiento del sentimiento de control de la esposa, que administran la enfermedad de su marido. Esta recomendación es mantenida por la importancia de mostrar la percepción de las esposas, respecto al impacto de la experiencia de vivir con un cónyuge alcanzado del cáncer. Tal búsqueda permitiría poner en paralelo las experiencias vividas por estas parejas y las de las enfermeras cuidadoras y destacar las similitudes y las diferencias entre estos dos grupos.

Recomendaciones para la practica enfermera

Su reacción positiva a nuestra invitación, al efecto de no censurar sus emociones, nos hace a animar a la enfermera para crear un medio ambiente que sostendrá y en el que empalicen, con el fin de que las personas se sientan a gusto de expresar todos los sentimientos que viven en ellos.

Los resultados de nuestro estudio son concluyentes a este nivel y sostienen la pertinencia de la aproximación de Watson (1985), que destaca la importancia de dos factores en cuidados enfermeros, sea: favorecer la expresión de los sentimientos positivos y negativos y crear un medio ambiente que sostenga. Mejorando los conocimientos de la población frente a esta enfermedad, creamos condiciones que favorecerán un respeto más grande al paciente y su familia. También, sensibilizando a las instituciones, tales como los centros locales de salud y los centros sociales, frente a la realidad vivida por las esposa y los marido alcanzados por del cáncer, subrayamos la importancia del sostén y de la aceptación de las diferencias, particularmente al plano cultural.

Finalmente, consideramos muy importante trabajo conjunto de la enfermera y de las asociaciones, pretendiendo promover los derechos de las personas y de las familias de pacientes alcanzados de cáncer, puesto que sería más fructífero y contribuiría a eliminar la estigmatización vivida por estas personas.

BIBLIOGRAFÍA:

Asociación española contra el cáncer (AEEC) (2003). Un poco de ti puede suponerlo todo. Nota de prensa, 6 de mayo 2003.

Banthia R, Malcarne VL, Varni JW, Ko CM, Sadler G, Greenbergs, HL The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *J Behav Med*, 2003; 26 (1): 31- 52.

Biegel DE, Sales, E, Schulz, R. (1991). « Family caregiving in chronic illness » de Family Caregivers Applications, Serie Volume 1, Sage Publications, California.

Burke MA, Lowrance W, Perczek, R. Emotional and cognitive burden of prostate cancer. *Urol Clin North Am*, 2003;30.(2). May 2003. <http://home.mdconsult.com> (25/09/03).

Carlson LE, Bultz BD, Speca M, Saint-Pierre, M. Partners of cancer patients: part I. Impact, adjustment, and coping across the illness trajectory. *J Psychosoc Oncol*, 2000; 18 (2), 39-63.

Davison BJ, Goldenberg SL, Gleave ME, Degner LF. Provision of individualized information to men and their partners to facilitate treatment decision making in prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*, 2003; 30(1):107-14.

Giorgi A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*, Pittsburgh: Duquesne University Press.

Giorgi A. (1997). « De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : Théorie, pratique et évaluation », dans Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341 – 364). Quebec :Éd. Gaëtan Morin.

Harden J, Schafenacker A, Northouse L, Mood D, Smith D, Pienta K et al. Couples' experiences with prostate cancer: focus group research, *Oncol Nurs Forum*, 2002; (4):701-9.

ISCIII. – Instituto de Salud Carlos III (2003). *Mortalidad por cáncer en España, 2000*. Área de Epidemiología Ambiental y Cancer. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.

Watson J. *Nursing: the philosophy and Science of Caring*, Boston: Little, Brown and Company. (1987).

AUTOR/ES:

Cristina Heierle Valero, M^a Luz Calzada Gomez, Amelia Lerma Soriano
EUE Virgen de las Nieves Granada

TÍTULO:

Estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores familiares

TEXTO DEL TRABAJO:**ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.-**

Las continuas exigencias que conlleva el cuidado a domicilio en España, tiene consecuencias sobre la salud de las cuidadoras, que según todos los estudios, tienen más problemas de salud y tienen más dificultades para autocuidarse que otras mujeres no cuidadoras

La carga del cuidado no esta equitativamente repartida entre ambos sexos y recae sobre todo, en la mujer, con el consiguiente impacto negativo sobre su salud y calidad de vida . Son muchas las autoras, que desde una perspectiva feminista abogan por un cambio de reparto de papeles entre hombres y mujeres .

A pesar del estrés natural que genera el cuidado a otros, esta documentado que algunos cuidadores funcionan mejor que otros, existiendo variaciones en las reacciones y adaptaciones de los cuidadores ante su tarea. Algunos si logran utilizar al máximo los recursos psicológicos y sociales y se enfrentan al cuidado con éxito. Estos recursos son conocidos como estrategias de afrontamiento, el afrontamiento es un concepto heterogéneo que puede ser descrito en términos de los esfuerzos individuales de las personas con problemas para poder sobrellevarlos y adaptarse a ellos, es una búsqueda de recursos tanto internos como externos para superar las dificultades. Según Lazarus y Folkman , la utilización del afrontamiento se plasma en la realización de esfuerzos cognitivos y de conducta para adaptarse al medio. Se trataría de un proceso de tipo cognitivo que por una parte considera la amenaza de una situación y por otra los recursos disponibles. Este proceso produciría respuestas en forma de tácticas, estrategias, cogniciones o comportamientos .

Algunos estudios, han identificado el distinto uso, que según el género, se hace de las estrategias de afrontamiento como una explicación potencial de las diferencias de salud mental entre hombres y mujeres cuidadores. Según estos estudios, la utilización por parte de los hombres de estrategias de afrontamiento diferentes a las mujeres, les permitiría por ejemplo, tener un menor nivel de estrés

El saber afrontar y controlar las situaciones, puede ser visto como una actividad de evaluación activa y de una prospectiva continua, siguiendo el cambio evolutivo de las características de la vida de los cuidadores. Por ello se debe estudiar como un proceso que ocurre dentro de la tarea social de cuidar .

La capacidad para la adaptación y el cambio, es otra variables que incidirá en la puesta en marcha de eficaces y eficientes estrategias de afrontamiento, que ayuden a las cuidadoras a mantener un buen nivel de su salud y eviten los sentimientos de culpa, los conflictos familiares y la institucionalización de los enfermos . De hecho las características de la cuidadora, más que las del enfermo, son fundamentales a la hora de prever ingresos en establecimientos sanitarios o residencias.El objetivo general es: explorar y explicar, a través de los discursos de los cuidadores, las estrategias de afrontamiento que utilizan, para llevar a cabo de forma eficaz su labor de cuidadora.

Diseño.-Nos parece adecuado realizar una investigación cualitativa utilizando la teoría fundamentada , para comprender mejor este fenómeno social. Desde esta perspectiva la utilización de estrategias de afrontamiento está considerada como un proceso social que no puede ser comprendido fuera de su contexto.

Sujetos de estudio: La muestra a efectos teóricos, se ha escogido con el fin de contemplar las diversas manifestaciones del fenómeno de los cuidados familiares, el objetivo de la investigación determina una muestra de partida, que en este estudio estará formada por 20 cuidadoras (hombres o mujeres), familiares de personas con problemas de salud, o enfermedades de tipo invalidante, que cuiden a un familiar en su domicilios. La población comprende a mujeres u hombres cuidadores, que habitan en Sevilla y Granada; en ambas provincias solo se trabajará en el área urbana. Los criterios de selección de la muestra fueron a) hombres o mujeres que cuidaran a familiares en su

domicilio, que necesitaran ayuda para realizar la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y que fueran la responsable del cuidado del enfermo.

Recogida de datos: se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas. Se ha cumplimentado un diario conteniendo las Notas de campo del entrevistador. Igualmente se ha cumplimentado un cuestionario en relación a datos demográficos y sociales así como las opciones, recompensas e ideales en relación al cuidado, proximidad familiar con la persona cuidada y tiempo que hace que cuidan. La importancia de la subjetividad en el análisis de los fenómenos sociales y la dificultad de disociar lo objetivo de lo subjetivo esta muy bien documentada. Por ello uno de los límites de este estudio es la influencia que la investigación tendrá sobre las respuestas de los participantes. El análisis de los datos se ha llevado a cabo con la ayuda de un programa informático NUDIST-4. El programa se ha utilizado solo como forma de organización de los datos y no para el análisis que se ha realizado manualmente.

RESULTADOS.-Como es propio de los estudios cualitativos, el análisis de los datos es un proceso continuo inseparable de la propia recogida de datos . Las primeras entrevistas fueron menos estructuradas, pero a través de la experiencia en el campo se formularon nuevos problemas, y esta formulación condujo a la búsqueda de nueva información .

La totalidad de los cuidadores entrevistados ha sido cuatro hombres y nueve mujeres con edades que oscilaban entre los 48 y los 80 años. El estado civil de la mayor parte era el de casado. La mitad de ellos convivían solos con la persona que cuidaban, la mayoría tenía solo estudios primarios. La salud percibida por los cuidadores era en general buena o regular. Los cuidadores varones cuidaban a personas del género femenino

El tiempo de cuidado oscilaba entre 2 a 37 años. La media de horas diarias que cuidan a sus familiares era de 11,5. Las horas que dedican a su auto-cuidado oscilan de ninguna a cinco horas diarias, como es natural los que mas horas se dedican son los hombres. A esto habría que añadir que todos los cuidadores hacen trabajo en casa, dos cuidadoras, además, trabajan fuera una de ellas a jornada completa. Las cuidadoras son conscientes de que ellas entre todos los miembros de la familia han sido elegidas para cuidar por el hecho de ser mujer. Esta norma se acepta, las mujeres la acatan y muestran su acuerdo. Las estrategias utilizadas las hemos definido como los esfuerzos que realizan las personas con problemas para responder a estos, sobrellevarlos y adaptarse a ellos. Dichas estrategias pueden clasificarse de distintas forma según estén centradas en: a) el problema b) la valoración o percepción c) las emociones

Las estrategias referidas al problema, son los esfuerzos realizados para mejorar la situación actuando directamente sobre el problema que causa estrés y que tienen por objetivo la modificación de las condiciones que lo originan. Las estrategias centradas en las emociones, son aquellas acciones o pensamientos que tienen por objeto el alivio de la carga emocional provocada por el cuidado.El afrontamiento centrado en la valoración del problema, son aquellas estrategias que tienen por objetivo modificar la percepción y el significado que tiene el cuidado para intentar neutralizar o contrarrestar su carácter problemático.

a)Estrategias relacionadas con el problema:

El enfado y el enfrentamiento La búsqueda de apoyo y ayuda entre familiares, personal sanitario y libros de autoayuda. Adquirir algún tipo de habilidad para llevar mejor el cuidado.Planificar el día a día (buscar rutinas de trabajo) Poner límites al cuidado de los demás

b) Estrategias relacionadas con las emociones experimentadas ante el problema

Resignarse, "esto es lo que hay y no se puede hacer nada".

Desesperanza "deseo de muerte y de ver muerta a la persona que cuidan"

Desahogo emocional: "llorar, reir, hablar, gritar".

Distraerse como forma de distanciarse (se incluye el trabajo fuera de la casa)

c) Estrategias relacionadas con la valoración cognitiva que hacen del problema.

Buscar un significado a la enfermedad y a su situación. Intentar comprender, intentar interpretarla.

Sentirse indispensables (obligados), los responsables del enfermo, los únicos capaces de cuidar a su enfermo (es su carga).Sentirse importantes, nadie mas que ellos lo pueden hacer relacionada con la anterior. Sentirse reconocidos por los demás, búsqueda de aprobación de los otros.

DISCUSIÓN.-Las estrategias mas utilizadas son las basadas en la descarga emocional y dentro de ellas las que peor resultados dan en terminos de calidad de vida. En el análisis de las entrevistas realizadas no hemos sido capaces de descifrar con claridad el aspecto reflexivo que pertenece a la adopción de estrategias en personas que mantienen el control . Nuestros cuidadores en ningún momento valoraron, al menos no lo hicieron de forma intencionada, sus recursos v opciones..

No planificaron y esto conlleva un menor control sobre la situación y un menor grado de satisfacción personal.

Quizás, la acción reflexiva de la puesta en marcha de mecanismos de defensa tiene que ver con el grado de cultura de las personas, aquellas que no están acostumbradas a realizar acciones reflexivas en su vida diaria no adoptan estos mecanismos cuando aparecen los problemas sino que actúan de un manera intuitiva ante los problemas . En el caso de las mujeres, el cuidado de la familia está implícito en su rol , por lo que las estrategias de evasión o huida, aunque aparecen en ambos géneros, son más frecuentes en hombres que en mujeres. Creemos que la toma de decisiones de los cuidadores, asociadas a la utilización de estrategias de afrontamiento, debe enseñarse de forma temprana para que así las cuidadoras puedan lograr un mejor control de la situación

BIBLIOGRAFÍA:

Donelan, K. Falik, M. Des Roches, C. Challenges and implications for women's health. *Women's Health Issues* 2001; 11: 185–200

Lazarus, RS.y Folkman S *Stress, appraisal and coping process* New York: McG raw-Hill, 1984 1984

Escribá-Agüir, V. Bernabé -Muñoz, Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. *Rev. Española Salud Pública* v.76 n.5 Madrid Oct. 2002

Hooker, K. Bowman, SR. Coehlo, DP. Lim, SR. Kaye, J. Guariglia, R. Fuzhonf L. Behavioral Change in Persons With Dementia. Relationships With Mental and Physical Health of Caregivers *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social sciences*, 2002 - psychsoc.gerontologyjournals.org 2000).

Strauss y Corbin Strauss. A. L., & Corbin, J., (1997). *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.

(Huberman AM y Miles M. Data managementand análisis methods. En: Dencing NK, Lincoln eds. *Handbook of cualitative research*. London: Sage publicación, 1994. 212-244.)

Zabalegui Yarnoz, A. ¿Qué es el afrontamiento? *Rev. Rol . enfermería* 2002 25 (7-8): 552.

Szabo, V. y Strang, V. Family Caregivers and transition Long-term care *J. Adv. Nurs* vol 40 (6) 626-40 1999

AUTOR/ES:

Vilà Salarich N.*, Casas Baroy J.C.*, Isern Farrés O.*, Terricabras M**, Coma J**, Bravo M.J**
(*)Universidad de Vic. Grupo de investigación Envejecimiento i Calidad de Vida (**) ABS St Hipòlit de Voltregà (Barcelona). C/Sagrada Familia, 7. 08500 Vic (Barcelona), joancarles.casas@uvic.cat

TÍTULO:

EL SISTEMA DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y SUS NECESIDADES

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción.**

El denominado “cuidador informal” es aquél que se da en personas dependientes por parte de familiares, amigos o otras, que no recibe remuneración económica por la ayuda que ofrece. Se caracteriza porque generalmente es gratuito y nuestra sociedad lo asume como una extensión de los trabajos domésticos. Éstas características junto con el hecho de que es una tarea realizada fundamentalmente por mujeres, repercute en que sea una tarea invisible y poco valorada por nuestra sociedad. La Enfermería de Atención Primaria conoce y colabora con la persona cuidadora principal de una persona dependiente, pero es necesario conocer a otros miembros de la familia, tareas familiares, recursos de apoyo e impacto de la enfermedad en la familia para poder planificar intervenciones de enfermería con el cuidador y la familia. En general predomina la visión de que la responsabilidad de el cuidado de la persona dependiente es de la familia y se tiene la visión del cuidador como recurso y no como paciente. Así pues, es de principal importancia conocer esta realidad desde la visión de las familias y cuidadores, lo que sienten y como viven esta situación. En España existen pocos programas de apoyo integral a cuidadores, también aparece poco la consideración de la cuidadora como paciente de la enfermera.

El objetivo de estudio es conocer las necesidades sentidas a partir de la experiencia del cuidador principal de una persona dependiente en el domicilio y como se establece la red de apoyo a su entorno.

Metodología.

El dominio territorial correspondiente al Área Básica de Salud de Sant Hipòlit de Voltregà, que comprende los municipios de Santa Cecília de Voltregà, Les Masies de Voltregà, Orís y Sant Hipòlit de Voltregà. Orís y Santa Cecília son dos municipios rurales dónde las viviendas están aisladas. El municipio de Sant Hipòlit de Voltregà está integrado en un casco urbano. Masies de Voltregà está compuesto por 4 núcleos urbanos y casas rurales.

Población: cuidadores principales de personas con dependencia alta y severa que cuidan en el domicilio.

Muestra: La selección se realiza de entre todos los cuidadores conocidos por las enfermeras de l'ABS de Sant Hipòlit de Voltregà (Barcelona) y que forman parte del programa d'atención domiciliaria ATDOM, entre los meses de enero y mayo de 2006. La selección de las personas la han realizado las enfermeras de atención primaria, siguiendo unos criterios de diversidad : edad del cuidador, tiempo de cuidados, convivencia con otras personas en el domicilio.

El diseño de l'estudio: Estudio cualitativo de diseño fenomenológico. La recogida de datos se realiza a través de una entrevista semiestructurada , por un entrevistador que se desplaza al domicilio. Todas las entrevistas han sido realizadas por 1 entrevistador. Se han grabado y transcrito. El entrevistador, con la ayuda del bloque de notas que ha utilizado al final de cada entrevista, ha añadido las anotaciones a la transcripción. La elaboración de los resultados se han realizado a partir del análisis del texto .

Resultados

Los resultados se circunscriben en un entorno rural, perteneciente a los términos municipales de Masies de Voltregà, Sant Hipòlit de Voltregà, Santa Cecília de Voltregà i Orís.

Los enfermos: una tercera parte son mujeres, mientras que sólo una tercera parte son hombres. La edad de las personas dependientes está entre los 51 hasta 100 años y más del 75% tienen más de 65 años. Las causas de su dependencia son : demencia, paraplejía y enfermedades respiratorias. Los entrevistados son cuidadores de pacientes pertenecientes al programa ATDOM del Centro de Atención Primaria .

El índice de Barthel y este oscila desde una puntuación de 0 hasta 85, pero de estos un 50% tienen un Barthel inferior a 35 puntos, esto significa que tienen un nivel de dependencia alto. Un 50% de esta población hace más de tres años que necesitan ayuda de otra persona, aunque existe mucha variación en el tiempo, que va desde los 2 meses hasta los 15 años.

Al entorno de ésta persona y a partir del momento que acontece una falta de autonomía, se genera una red de apoyo que se va configurando progresivamente. Hemos observado un núcleo principal constituido por la familia y en la que aparecen 2 figuras; un cuidador principal y un secundario. Una persona acontece cuidador principal si se dan unas condiciones y circunstancias: en primer lugar y como premisa previa hace falta decir que la persona debe disponer unas capacidades físicas y mentales para cuidar, debe tener disponibilidad durante las 24 horas del día, debe de existir proximidad física con la persona a la que deberá cuidar, ser mujer, sentir la obligación moral y sentirse el responsable de cuidar a la persona.

Al lado del cuidador principal surge la figura del que hemos denominado cuidador secundario. Este cuidador secundario surge para dar apoyo al cuidador principal y aparece dependiendo de: la edad del cuidador principal, del tiempo que éste lleva cuidando a la persona, de la severidad de la dependencia del enfermo y del estado de salud del cuidador principal.

A nivel familiar, el rol de cuidar es una cuestión que se relaciona con el género; el cuidador principal casi siempre es una mujer. El cuidador que denominamos secundario suele ser un hombre en la mayoría de los casos. Esto se constituye a la inversa en el supuesto de que sea una pareja donde el enfermo es la mujer.

Los cuidadores principales: su edad varía desde los 42 años hasta el 85 años. Con respecto al género el 100% son mujeres y su parentesco corresponde a: la hija (41.7%), la mujer (33.3%) y la nuera (25%). Estas cuidadoras laboralmente se dedican a: trabajar en casa (16.7%), trabajan por cuenta de otro (33.3%), son jubiladas (33.3%) o están en el paro (6.7%). El paro hace una doble función en estos casos: permite poder cuidar de la persona y también tener un dinero. La presencia del cuidador principal es imprescindible durante 24 horas al día y aunque expresan que proporcionalmente dedican poco tiempo a realizar cuidados básicos, su función principal es la atención a las ABVD. Este cuidador es el encargado de gestionar las tareas principales de la casa y de la persona dependiente. A menudo sólo pide ayuda cuando la necesita, y se dirige a los otros familiares de la casa, excepto las personas que no tienen a nadie. También son los encargados de buscarse el suplente en caso de ausentarse.

El perfil del cuidador secundario: el 71.4% son hombres y su relación de parentesco es la siguiente: el hijo (42.9%), el yerno (14.3%), el marido (14.3%), pero también hay mujeres que tienen el rol de cuidador secundario y su parentesco es el siguiente: hija (14.3%) y la nieta (14.3%). La edad de este cuidador secundario oscila entre los 40 y los 80 años. Su función básica es colaborar en la realización de las actividades instrumentales.

El cuidador está situado en un contexto en la que se configura una red de apoyo y también unas condiciones que lo dificultan.

Esta red de apoyo está constituida por las trabajadoras familiares, trabajadoras sociales, voluntariado, centros de día, programa de atención domiciliaria del CAP, centro sociosanitario (rehabilitación, PADES, ingreso de descarga), ayuda económica del Estado y las residencias geriátricas. La utilización de esta red de apoyo dependerá de la economía familiar.

Entre las que dificultan existen las barreras arquitectónicas, En el 75% de los domicilios visitados existe algún tipo de barrera arquitectónica que hace que la persona dependiente no pueda salir de casa y también es un dato importante el hecho que ninguna de las casas visitadas tenga ascensor. Solo un 16,7% disponen de una casa adaptada. El 45.5% de las familias entrevistadas utilizan ayudas técnicas por facilitar las tareas por cuidarla. Disponer de escasa formación para realizar los cuidados.

El cuidador debe hacer el proceso de asumir y aceptar el hecho de cuidar a la persona dependiente y asume la obligación moral de cuidarla. También tienen la idea que el ingreso en una residencia no sería una buena opción para la persona.

El hecho de cuidar lleva un seguido de consecuencias negativas para el cuidador, de tipo físicas (dolores de espalda, cervicales, brazos, dificultades por agacharse y levantarse), psíquicas (aumento de la ansiedad, angustia, estrés, desaliento, depresión, agotamiento y síndrome del "burn out"), sociales (no poder salir, sentirse prisionero, falta de libertad y aislamiento).

Ser cuidador también puede aportar cosas positivas: Aprender a cuidar ha aportado la formación necesaria para convertirse en profesional.

Discusión y conclusiones.

La red de soporte básica se constituye en el núcleo familiar y está formada por 2 figuras, la del cuidador principal y la del cuidador secundario, las cuales tienen funciones diferenciadas. Las condiciones del entorno familiar y social, las creencias y valores y las relaciones interpersonales, son las determinantes a la hora de ver sobre qué personas recaen los roles. Entorno a este núcleo primario, progresivamente se teje una red de soporte formada por las "ayudas formales". Por lo general las ayudas disponibles, las familiares y las ayudas formales, no cubren las necesidades de soporte al cuidador en la medida deseable desde la óptica del mismo. Si queremos mejorar el soporte al cuidador o cuidadores familiares, debemos mejorar en: el conocimiento de las ayudas técnicas, revisar y adecuar los cursos de formación de cuidadores a su realidad, considerar al cuidador como una persona a cuidar en los programas de enfermería, formación profesionalizadora de las trabajadoras familiares, desmitificar el uso del ingreso para descarga del cuidador, aumentar la sensibilidad y la concienciación de los políticos, fomentar la supresión de barreras arquitectónicas en las viviendas y en las calles, diseñar un sistema de información que permita conocer lo más rápido posible cuando una persona se convierte en dependiente.

En el análisis de la vivencia y el significado de lo que representa el cuidar, se han identificado algunos aspectos relevantes que nos pueden ser útiles para la mejora de la práctica asistencial en el marco de la atención primaria y que deben dirigirse a los cuidadores de las personas dependientes.

Hay que desarrollar nuevas competencias (tareas, habilidades, conocimientos) y hay que dar respuesta a una nueva perspectiva profesional ligada al desarrollo de los programas de personas con dependencia, los cuales también tienen que dirigirse a dar soporte al cuidador. Enfermería, como profesionales que tienen la responsabilidad social de velar por los cuidados a las personas, debe contribuir a difundir la cultura del "cuidado" a toda la sociedad para que participe y se implique en esta responsabilidad que no debe recaer exclusivamente sobre 1 persona, el cuidador principal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería clínica* 2005;15(3):167-74
2. Robledo Martín, J. La institucionalización de los cuidados en el medio rural en el último siglo: un abordaje cualitativo. Libro de ponencias VIII Encuentro de Investigación en Enfermería 2004:324-5
3. Zabalegui A, Bover A, Saenz de Ormijana A et al. Necesidades percibidas por el cuidador informal. Libro de ponencias IX Encuentro de Investigación en Enfermería 2005:250-2
4. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo 2002.
5. Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Fundació Institut Català de l'envelliment UAB. *Edad&Vida* 2004.
6. Adelantado F., Segura C., Josep de Andrés, Feliu T., Martínez P. Los mayores de 85 años en Sabadell. *Rev Mult Gerontol* 2004; 14(5):271-8
7. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España. *Perfiles y tendencias IMSERSO* 2004; 9.
8. Martín Lesende, I. Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria. Madrid, *Informes Portal Mayores nº 44* (fecha de publicación: 25/01/2006)) <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>.

Agradecimientos. Queremos agradecer la colaboración desinteresada de todas aquellas personas que hemos entrevistado y a todos los profesionales de l' Àrea Bàsica de Salut de Sant Hipòlit de Voltregà.

AUTOR/ES:

A. Placeres, A. Pujol, E. Canta, M. Macarro, T. Díaz y H. Cascales

TÍTULO:

EL NIVEL DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ENFERMO NEUROLOGICO AL ALTA Y A LOS 6 MESES

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: El aumento de la esperanza de vida de las personas con enfermedades de origen neurológico crónicas y degenerativas ha generado la necesidad de garantizar la continuidad en los cuidados de estos pacientes, desde el inicio de la enfermedad y en los diferentes niveles asistenciales. Durante todo el proceso, el rol del cuidador informal adquiere cada día más relevancia. En la fase aguda actúa como nexo de unión entre el paciente-equipo asistencial, en la fase de cronificación participa en la planificación e incorporación progresiva a los cuidados y posteriormente, asumiendo el papel de proveedor de cuidados en el domicilio.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo y prospectivo. La población estudiada incluyó a los cuidadores principales de los enfermos diagnosticados de Accidente Vascular Cerebral (AVC), Esclerosis Múltiple (EM) o Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) con Barthel inferior o igual a 50, ingresados en las unidades de Neurología, Convalecencia y Crónicos de Alta Dependencia, pertenecientes al área de referencia del Consorcio Hospitalario Parc Taulí (Sabadell).

El período de estudio fue de enero a diciembre del 2005. Las herramientas de valoración utilizadas fueron el Test de Ansiedad-Depresión de Goldberg y entrevista personal al cuidador principal previa al alta del paciente a domicilio y a los 6 meses.

RESULTADOS:

- El total de la población es de 39 casos.
- El 97.4% de los pacientes está diagnosticado de AVC.
- Las características del cuidador principal son: mujer (87.2%), con una relación de parentesco de hija (51.3%), con una edad entre 50-59 años (30.8%), con un nivel de estudios primarios (69.2%), en paro (53.8%), que convive en el mismo domicilio (87,2%) y presenta patología asociada (53,8%).
- Los recursos sociales más frecuentes son las Unidades de día y el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) ambos con un 17.9%.
- Los domicilios no están adaptados en un 66.7% y el recurso material más utilizado es la silla de ruedas (48,7%).
- El porcentaje de individuos que presentaban síntomas de ansiedad (≥ 4 , Test de Goldberg) en el momento del alta fue de 82,1% siendo del 77.8 % en el grupo que inicia el rol cuidador (0-6 meses) y del 85.7% en los cuidadores que llevan ejerciendo este rol más de 6 meses.
- El porcentaje de individuos que presentaban síntomas de depresión (≥ 2 , Test de Goldberg) en el momento del alta fue de 77.4%, siendo del 55.6% en el grupo que inicia el rol cuidador (0-6 meses) y del 90.5% en los cuidadores que llevan ejerciendo este rol más de 6 meses, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.013$).
- No se han observado variaciones en el nivel de ansiedad/depresión de los cuidadores en relación a los recursos (sociales/materiales) disponibles.

DISCUSIÓN:

El nivel de ansiedad es similar tanto en los cuidadores noveles como en los expertos, no obstante creemos que las causas que la generan varían a lo largo del tiempo. Éstas, al inicio de la enfermedad podrían ser la incertidumbre y el desconocimiento, y en la fase de cronificación, la fatiga que provoca responsabilizarse del cuidado de otra persona.

Justificaría el aumento del índice de depresión encontrado en los cuidadores expertos el progresivo desgaste y agotamiento del cuidador, la baja autoestima, la falta de interés, la pérdida del rol social y la desesperanza.

Los recursos sociales/materiales de los que disponen son insuficientes, y no se han mostrado eficaces a la hora de disminuir el nivel de ansiedad y depresión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martín Carrasco M. , Artaso García B. La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer .F.S.C.N. [en línea][fecha de acceso 29 de setiembre 2004].U.R.L. disponible en :[http:// www.scn.es/cursos/ demencias/ apfam/alzhfam.htm](http://www.scn.es/cursos/demencias/apfam/alzhfam.htm).
2. Roca Roger M., Úbeda Bonet I., Fuentelsaz Gallego C., López Pisa R., Pont Ribas A., García Viñeta L. et all. Impacto del hecho de cuidar en la salud de les cuidadores familiares Atención Primaria (Barc) 2000; 26(4): 217-223.
3. Quero AFIN A.Los cuidados no profesionales en el hospital :la mujer cuidadora. Enfermería Clínica 2003;13(6):348-356.
4. Franco del Rey C, Mazarrosa Alvear L. Cuidados informales. Rol de enfermería 1995, (XVIII) 202: 61-65.
5. Ribas J., Castel A., Escalada B., Ugas L., Grau C., Magarolas R. et all. Transtornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna (Barc) 2000; 27(3): 131-134.
6. OMS .Definición de calidad de vida [en línea] [fecha de acceso 15 de noviembre 2004].URL disponible en : http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
7. Internet Stroke Center at Washington University.Index de Barthel [en línea] [fecha de acceso 18 de noviembre 2004] .URL disponible en : http://www.neuro.mcg.edu/mcgstrok/Indices/Barthel_Ind.htm

AUTOR/ES:

Recio Rodríguez, José Ignacio; Fernández Alonso, M^aCarmen; Rodrigo Calabia, Pilar; Herrero Velazquez, Sonia; Hernández Martín, M^aMar; Fernández Carro, Belén

TÍTULO:

VALORACION DE LAS NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA EN NUTRICION Y DIETETICA

TEXTO DEL TRABAJO:**JUSTIFICACIÓN:**

- Las principales causas de mortalidad tienen mucho que ver con hábitos no saludables: tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, estrés; y con los hábitos nutricionales de la población.
- La atención primaria es el nivel asistencial mejor ubicado para realizar la mayor parte de las actividades preventivas, y entre ellas la educación nutricional por las siguientes razones:
 1. Su accesibilidad
 2. Sus múltiples posibilidades de contacto (alta frecuentación)
 3. La atención longitudinal que prestan, desde la infancia y a lo largo de su ciclo vital.
- Existen barreras a la hora de proporcionar un consejo nutricional eficaz:
 - Carencia de tiempo
 - Inadecuado material de enseñanza
 - Carencia de entrenamiento y de conocimiento
 - Prioridades de los profesionales
- Hay poco descrito sobre las funciones de un dietista-nutricionista especializado en Atención Primaria.

OBJETIVOS:

- Conocer la práctica de los profesionales médicos y enfermeras de Atención Primaria en el ámbito de la nutrición y dietética.
- Valorar la percepción que tiene el profesional respecto a su competencia en este campo: conocimientos y carencias.
 - Conocer las necesidades de formación del personal sanitario de Atención Primaria de Castilla y León sobre valoración nutricional y educación nutricional.
 - Describir el grado de conocimiento y utilización de técnicas e instrumentos y material específico para realizar una correcta valoración del estado nutricional.
 - Detectar por parte de los profesionales de Atención Primaria, la necesidad de apoyo técnico cualificado.

METODOLOGIA:

Estudio descriptivo de carácter transversal realizado en el ámbito de Atención Primaria de la Comunidad de Castilla y León.

1. Sujetos: La población diana fueron los 2539 médicos (incluidos pediatras) y 2167 enfermeras (incluidas matronas) de Equipos de Atención Primaria de Castilla y León.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula estándar de estimación de proporciones obteniendo un tamaño necesario de 252 profesionales.

2. Obtención de datos: Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario anónimo autoadministrado remitido por envío postal al centro de salud.

3. Plan de análisis: Una vez completada y depurada la base de datos con las respuestas recibidas, se llevó a cabo un análisis descriptivo de cada una de las variables. Se realizaron subanálisis de las variables en los distintos estratos y en función de las características profesionales.

PLAN DE TRABAJO:

1^a Fase Pilotaje del cuestionario y ajustes de diseño. Enero 2006.

2^a Fase Obtención de la muestra. Febrero 2006.

3^a Fase Trabajo de campo: envío y recepción de los cuestionarios. Marzo-Abril-Mayo 2006.

4^a Fase Análisis de datos. 3 Trimestre de 2006.

5^a Fase Difusión de resultados. Último trimestre de 2006.

RESULTADOS:

DATOS GENERALES

- La tasa de respuesta fue de un 46,42% distribuido de forma proporcional a la muestra.
- Un 76,9% pertenece al ámbito rural y un 23% de los profesionales ejercen su trabajo en el ámbito urbano.
- En lo referente a la formación, el 85% de los profesionales dicen no haber recibido nunca formación continuada y si la han recibido es de menos de 20 horas.
- Si nos fijamos en el registro del peso en adultos sanos, podremos decir que:
 - El 75,9 % de los profesionales lo realizan a la apertura de la Historia Clínica.
 - Sólo el 34% lo realizan cada 2-4 años (hay que tener en cuenta que ambas medidas – al inicio de la historia clínica y cada 2-4 años- son medidas de la cartera de servicios).
- En relación al registro del índice de masa corporal (IMC) observamos lo siguiente:
 - El 65,7% de los profesionales lo realizan al principio de la Historia clínica.
 - Sólo el 32,4% de los profesionales lo registran cada 2-4 años.
- A continuación se muestra la frecuencia con que los profesionales realizan diferentes actividades en Atención Primaria:
 - El registro de hábitos dietéticos lo realizan siempre o casi siempre un 45% aproximadamente de los profesionales.
 - El consejo dietético a los pacientes obesos o con sobrepeso es realizado por el 82% de los profesionales siempre o casi siempre.
 - El consejo dietético a pacientes hipertensos lo efectúan siempre o casi siempre el 79% de los profesionales.
 - El consejo dietético a pacientes con dislipemias es ejecutado siempre o casi siempre por un 77% de profesionales.
 - Un 81,5% de profesionales da consejo dietético a pacientes diabéticos siempre o casi siempre.
 - Más del 50 % de los profesionales (52%) dice entregar dietas estándar a los pacientes con sobrepeso u obesidad.
 - Cuando se trata de patologías crónicas, el 52,8% de los profesionales indica que entrega dietas estándar.
 - Sólo un 10% elabora dietas personalizadas y casi un 50% señala dice no elaborarlas nunca.
- En cuanto al conocimiento y utilización de ciertos procedimientos en su trabajo habitual los profesionales muestran lo siguiente:
 - Un 63% revela conocer los criterios diferenciales entre pacientes activos y pasivos.
 - Sólo el 36,1% conoce el manejo de encuestas dietéticas.
 - En general, la mayoría de los profesionales conoce las técnicas pero sólo el 20% aprox. reconoce haberlas utilizado en alguna ocasión. Puede destacarse aquí como dato importante que el 43% de los profesionales dice haber utilizado alguna vez los criterios diferenciales entre pacientes activos y pasivos.
- Teniendo en cuenta la opinión de los profesionales de atención primaria:
 - El 86% considera necesario el apoyo de personal especializado en dietética y nutrición.
 - El 90,7% considera necesaria la utilización de programas informáticos que faciliten la valoración y elaboración de dietas.
- Dentro de los programas de formación continuada los profesionales consideran necesario:
 - Cursos teóricos sobre nutrición y dietética (91,7%).
 - Talleres prácticos de elaboración de dietas (92,6%).
 - Talleres prácticos de valoración del estado nutricional del paciente (92,6%).
- Por último los datos revelan que el 84,3% considera insuficientes sus conocimientos sobre nutrición y dietética.

DATOS POR PROFESIONALES

- En cuanto al registro del peso y del índice de masa corporal (IMC) en el paciente sano se observa que a la apertura de la historia clínica lo realizan de un modo mayoritario las enfermeras (93% frente a 79,1%) y cada 2-4 años es muy similar en médicos (38% y 36%) y enfermeras (37,2% y 34,9%).
- No existen diferencias significativas entre los profesionales en lo referente al manejo de encuestas dietéticas (21% aprox.); tampoco en la valoración en una dieta de los porcentajes de principios inmediatos (25%); no se observan diferencias en la estimación de las necesidades calóricas de cada paciente (30% aprox.), ni en la utilización de criterios diferenciales entre pacientes activos y sedentarios (45%), como tampoco en la elaboración de dietas en función de las necesidades calóricas del paciente (31%).
- Hay que destacar que sólo el 14% de los médicos han utilizado alguna vez las medidas de los pliegues grasos para determinar el porcentaje de masa corporal de los pacientes; pero más importante es señalar que ninguna de las enfermeras de la muestra reconoce haberlo utilizado alguna vez.
- Aproximadamente el 50% de los médicos señalan haber utilizado alguna vez las listas de intercambios de alimentos frente a un 32,6% de enfermeras.
- Los profesionales que dicen no dar consejo médico habitualmente reconocen como causas principales:
 - Falta de tiempo: 16% de médicos y 4,7% de enfermeras.
 - Falta de conocimientos: 14% de médicos y 11,6% de enfermeras.

CONTACTOS

nachorecio@hotmail.com cfernandez@grs.sacyl.es

BIBLIOGRAFÍA:

- López Nomdedeu, C (Coord) Guía de nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo 2002.
- Van Weel C. Morbidity in family medicine: the potential for individual nutritional counseling an analysis from the Nijmegen Continuous Morbidity Registration. Am J Clin Nutr. 1997; 65 suppl: 1928S-32S.
- Gil Canalda. La práctica de la nutrición en Atención Primaria. En Laboratorios Novartis. Nutrición en Atención Primaria, Madrid. 1999
- Van Weel C. Dietary advice in family medicine. Am J Clin Nutr. 2003 Apr 77; 4: 100 8S-1010S.
- Hollund U, Thomassen A, Boysen G. Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis and overweight or under weight, a study of attitude and practices of Danish primary care physicians. Am J Clin Nutr 1997;65 suppl 2004S-65
- Harvey L, Glenn D-M, Kirk SFL, Summerbell CD. Mejorar el manejo de los profesionales de la salud y la organización de la Atención para personas con exceso de peso y obesas. Revisión Cochrane traducida. Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 2.
- G Nicholas Lisa, Dimity Pond C, CK Roberts David Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. Am J Clin Nutr, 2003 Apr 77; 4;: 1039S-1042S.
- Kushner RF Barriers to providing nutrition counselling by physicians: a survey of primary care practitioners. Prev Med. 1995 Nov; 24(6):543-5
- Levine B, Wrigen H, Chapman D. A national survey of attitudes and practices of primary care physicians relating to nutrition: strategies for enhancing the use of clinical nutrition in medical practice. Am J Clin Nutr. 1993;57:1515-9
- Hankey CR, Eley S, Leslie WS. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. University of Glasgow Department of Human Nutrition

AUTOR/ES:

Pedraz Marcos A, Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Palmar Santos A, García González A, Martín Robledo E, Rubiales Paredes MD, Martínez Ortega RM

TÍTULO:

IMPACTO DEL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS EN LA FORMACIÓN PRÁCTICO CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: LA EVALUACIÓN DEL TUTOR

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

El 50% de los créditos de las carreras de Ciencias de la Salud son práctico clínicos. Esta formación se produce desde el primer año de la actual diplomatura en Enfermería. En la formación práctico clínica, los estudiantes van aprehendiendo el rol de la enfermera, adquiriendo las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión de manera gradual a lo largo de toda la carrera. Estas competencias están relacionadas con el perfil de Enfermería y están asociadas a: valores profesionales; práctica enfermera y toma de decisiones clínicas; habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos; conocimiento y competencias cognitivas; competencias interpersonales y de comunicación; y competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. (1,2)

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una metodología que se ajusta perfectamente a las evoluciones de los sistemas de enseñanza superior y sanitario, porque facilita no sólo la adquisición de conocimiento, sino de otras habilidades tales como trabajo en equipo, habilidades de comunicación, responsabilidad en el aprendizaje independiente, cooperación en la búsqueda de información, evaluación crítica de la información, escucha activa y respeto de los puntos de vista del otro. (3)

En el ABP, los estudiantes parten de un problema o situación dada, que les permite identificar necesidades para comprender mejor el problema o situación, identificar principios que sustenten el conocimiento y cumplir objetivos de aprendizaje relacionados con cada porción del programa educacional. Los estudiantes, entonces, realizan una búsqueda independiente y autodirigida, antes de volver al grupo para discutir y refinar el conocimiento adquirido. El ABP no tiene por objeto la resolución de problemas, sino el uso de estos para mejorar el aprendizaje y la comprensión de los estudiantes. (3-4)

Entre las ventajas habitualmente descritas de esta metodología, están:

1. El método favorece el aprendizaje activo, mejora la comprensión, la retención y el desarrollo de habilidades de aprendizaje a lo largo de la vida.
2. Permite al estudiante la adquisición de las competencias necesarias para el desarrollo futuro de su profesión.
3. Facilita la integración de todas las asignaturas del curriculum.
4. Motiva al estudiante en la adquisición de un compromiso de aprendizaje.
5. Favorece el aprendizaje en profundidad, al interactuar el estudiante con los materiales de aprendizaje directamente, relacionar conceptos con las actividades de la práctica y mejorar la comprensión.
6. Los estudiantes rescatan el conocimiento previo y construyen el conocimiento necesario partiendo de unas estructuras conceptuales preexistentes. (3)

El método ha sido aplicado en escuelas y facultades de medicina, enfermería y otras disciplinas relacionadas de todo el mundo en las últimas dos décadas. La evaluación de los resultados y de la aplicación del método ha sido objeto de estudios de diferentes autores. En la formación enfermera, los estudios de evaluación de la metodología son escasos. El llevado a cabo por White, Amos y Kouzekanai (1999) evalúa aspectos del aprendizaje, tales como la organización, la dedicación de tiempo, la corrección de los contenidos buscados y su aplicación en la práctica clínica. (5, 6) Del impacto del ABP en la práctica asistencial, existe un estudio llevado a cabo en Sudáfrica con

enfermeras que habían egresado hacía 6 a 9 meses de cuatro universidades que tienen implantada esta metodología en su curriculum y tres que no. Un total de 49 enfermeras fue entrevistado acerca de su nivel de competencia, mediante la descripción de un acontecimiento de su práctica asistencial ocurrido en el último mes y cómo lo había afrontado. También se entrevistó a las supervisoras de dichas enfermeras acerca de su opinión sobre el nivel de competencia que mostraban dichas enfermeras. Se siguió el marco teórico propuesto por Benner que señala cinco niveles competenciales: principiante, principiante avanzada, competente, hábil y experta. (7) Se utilizó un análisis cualitativo de los datos con triangulación de codificadores y se llegó a la conclusión de que las enfermeras formadas en el curriculum tradicional alcanzaban en su mayoría el grado de competentes, mientras que las formadas mediante ABP llegaban al nivel de hábil. Además, las gestoras que supervisaban a las segundas se mostraban mucho más entusiastas acerca del nivel competencial adquirido. (8)

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid ha aplicado transversalmente la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en el primer curso de la titulación de Enfermería durante el año académico 2005/2006 integrando los objetivos de aprendizaje de todas las asignaturas troncales del plan de estudios.

Objetivo general:

Determinar la eficiencia del Aprendizaje Basado en Problemas en los siguientes aspectos de la formación práctica clínica de los estudiantes de enfermería: responsabilidad, iniciativa, habilidad y destreza en técnicas y procedimientos manuales, organización y metodología en las actividades, comunicación/relación con usuarios y familiares y comunicación/relación con el equipo de trabajo.

Método:

Estudio de intervención controlado retrospectivo.

-Grupo de intervención: Todos los alumnos matriculados en el primer curso de Enfermería en 2005/2006 que han recibido formación con metodología ABP. (70 estudiantes)

-Grupo de control: Todos los alumnos matriculados en el primer curso de Enfermería en 2004/2005 que recibieron formación con diversas metodologías. (52 estudiantes)

Variables:

-Independiente: Metodología docente, contemplándose dos categorías: formación con metodología basada en problemas (grupo de intervención) y formación con diversas metodologías (grupo de control).

-Dependiente: Calificación obtenida en cada uno de los ítems que recoge la evaluación de la formación práctica de los alumnos: responsabilidad, iniciativa, habilidad y destreza en técnicas y procedimientos manuales, organización y metodología en las actividades, comunicación/relación con usuarios y familiares y comunicación/relación con el equipo de trabajo. Se contemplaron dos categorías en la calificación de cada uno de estos ítems: muy bien/ no muy bien.

Recogida y análisis de datos: Análisis comparativo de las evaluaciones de tutores de prácticas obtenidas por los alumnos matriculados en primer curso de Enfermería durante los años académicos 2004/2005 y 2005/2006 en el primer rotatorio de su práctica clínica, realizada en los meses de enero-febrero. Se analizó la posible asociación en cada uno de los ítems que recoge la evaluación de la formación práctica entre la calificación obtenida (muy bien/no muy bien) y la metodología de aprendizaje empleada (ABP/no ABP) usando la prueba chi cuadrado.

Resultados:

Las variables en las que ambos grupos se muestran más similares son: "comunicación/relación con usuarios y familiares" y "comunicación con el equipo" donde la diferencia entre las calificaciones máximas del grupo control con respecto al formado con ABP son inferiores al 5%.

La variable en la que el grupo ABP muestra mayor competencia frente al grupo control es la "responsabilidad", con un incremento del 8,1 % de calificaciones máximas y un detrimento de las calificaciones más inferiores, no siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas. En la variable "iniciativa" también se observa un aumento del 15,2 % de las calificaciones máximas en los alumnos que han aprendido con metodología ABP respecto a los de otra metodología, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa.

En "organización y metodología en las actividades" se produce un incremento del 12,8% en los alumnos que se han formado con ABP, si bien esta variación no es estadísticamente significativa. Por último, respecto al "nivel de consecución de objetivos" el grupo formado con ABP aumenta un 9,6% en sus máximas calificaciones frente al grupo formado con otras metodologías, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa.

Sin embargo el grupo ABP presenta peores resultados en aquellos aspectos relacionados con "habilidades y destrezas en técnicas y procedimientos" con un descenso de un 7,3% en las calificaciones máximas (MB), respecto al grupo control, no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Discusión:

Los datos recogidos sugieren que la evaluación obtenida por los alumnos durante su primer rotatorio de la práctica clínica no ha experimentado modificaciones que pudieran estar asociadas con el cambio metodológico que se ha llevado a cabo en la Escuela en el curso académico 2005-2006. No obstante resulta interesante analizar que los ítems en los que el grupo ABP obtiene mejores calificaciones respecto al control son aquellas habilidades/actitudes que, de acuerdo a la bibliografía existente, se ven favorecidas por el aprendizaje con metodología ABP.

La bibliografía al respecto informa de resultados similares obtenidos en la evaluación de conocimiento en los grupos formados con ABP y en los que no lo hicieron con esta metodología. Sin embargo, no existe información sobre la adquisición de competencias actitudinales y de habilidades, de ahí el interés de nuestra investigación. El estudio ofrece resultados poco significativos, dado lo reducido de la muestra y el grado de impacto de la metodología de aprendizaje tras un único trimestre de formación. Se seguirán comparando ambas muestras a lo largo de toda la carrera.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. URL disponible en: http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
2. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Competencias profesionales: una guía para la formación práctica. Vitoria: Osakidetza; 2004.
3. Wood DF. ABC of learning and teaching in Medicine. Problem based learning. BMJ 2003; 326 (7384): 328-330.
4. Branda L. El Aprendizaje Basado en Problemas en la formación en Ciencias de la Salud. En: El Aprendizaje Basado en Problemas: una herramienta para toda la vida. Madrid: Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios; 2004. p. 17-25.
5. White MJ, Amos E, Kouzekanai K. Problem-based learning: An outcomes study. Nurse Educ 1999; 24 (2): 33-36.
6. White MJ, Amos E. Teaching tools: Problem-based learning. Nurse Educ 1998; 23 (2): 11-13.
7. Benner P. From novice to expert. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
8. Uys LR, Gwele NS, McInerney P, van Rhyn L, Tanga T. The competence of nursing graduates from Problem-Based Programs in South Africa. J Nurs Educ 2004; 43 (8): 352-361.

AUTOR/ES:

Meseguer Liza, Cristóbal*; Torralba Madrid, M^a José*; Martínez Navarro, Emilio** (* Profesor/a Dpto. Enfermería. ** Profesor Dpto. Filosofía)

TÍTULO:

ADAPTACIÓN DE LA ASIGNATURA "LEGISLACIÓN Y ÉTICA PROFESIONAL" AL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Introducción.

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Murcia desarrolla su plan de estudios vigente desde el curso académico 1999-2000, en el cual se produjeron diversas adaptaciones estructurales (seguida por otras posteriores) que provocaron, fundamentalmente, la condensación de los contenidos integrados en las materias en un periodo de tiempo sensiblemente inferior en la mayoría de los casos, así como la necesidad de planificar actividades docentes en momentos que podían no resultar el más adecuado para el desarrollo lógico del proceso de aprendizaje.

Así, el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior ha provocado en la enseñanza universitaria española la puesta en marcha de diversas iniciativas para la adaptación pedagógica a las nuevas exigencias, en las cuales el actor principal sea el alumno, la potenciación de su capacidad crítica y reflexiva de los problemas a los que se enfrentará en su ejercicio profesional, así como la integración de los conceptos teóricos y prácticos en la realidad que le rodea.

En este contexto de cambio, se planteaba una situación de oportunidad para innovar en el ámbito educativo, toda vez que el propio contenido de la materia troncal, Legislación y Ética Profesional, pese a su directa relación con el ámbito profesional reconocida por las propuestas de convergencia de la titulación nacionales e internacionales, no dejaba de ser instalada por el alumnado en una isla dentro del currículo básico de su formación a la que se acerca de forma minoritaria, sobre todo si se tiene en cuenta el gran volumen de alumnos que la cursan. Por tanto, el gran reto del cambio propuesto era que los discentes asumiesen e integrasen el análisis legal junto al razonamiento ético y moral dentro del contexto profesional, independientemente del ámbito en que se ejerza, o de la propia profesión.

Por lo que respecta al alumnado, y como se viene repitiendo en los foros educativos universitarios, el alumnado que accede a los estudios superiores, en el caso de la Diplomatura en Enfermería, es muy numeroso para los recursos disponibles, con deficiencias formativas importantes, capacidad de esfuerzo limitada, compatibilizan el ámbito educativo con el laboral en numerosas ocasiones, heterogeneidad generacional, perspectivas laborales fundadas, pero que suelen demostrar compromiso e ilusión por estudiar aquello que querían y disponibilidad para conocer todo tipo de aspectos relacionados directamente con el ámbito profesional.

Objetivos.

El proceso de construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior ha provocado en la enseñanza universitaria española la puesta en marcha de diversas iniciativas para la adaptación pedagógica a las nuevas exigencias, en las cuales el actor principal es el alumno y la potenciación de su capacidad crítica y reflexiva de los problemas a los que se enfrentará en su ejercicio profesional así como la integración de los conceptos teóricos y prácticos en la realidad que le rodea. Con el cambio metodológico se pretendía mejorar el rendimiento académico y su nivel de competencia profesional del alumnado matriculado en la asignatura respecto a los años previos. En este contexto se planteó la experiencia docente con los siguiente objetivos:

- 1.- Integrar en la metodología didáctica una experiencia piloto de reestructuración docente de la materias "Legislación y ética profesional" a las exigencias del Espacio Europeo de Enseñanza Superior.
- 2.- Facilitar el proceso de evaluación/autoevaluación del proceso enseñanza-aprendizaje.
- 3.- Orientar los contenidos, objetivos, actividades, metodología, ... de la enseñanza de la asignatura "Legislación y ética profesional" a las exigencias del Espacio Europeo de Enseñanza Superior.
- 4.- Armonizar la multidisciplinariedad del ejercicio profesional enfermero en la toma de decisiones éticas.

2.- Métodos.

Para la consecución de los objetivos propuestos se diseñó un estudio experimental prospectivo longitudinal llevado a cabo durante los meses de septiembre/2005 a febrero/2006, en el segundo curso de la Diplomatura en Enfermería de la Universidad de Murcia, integrado por 269 personas matriculadas. La variable dependiente establecida fue el alumnado que accedió voluntario a participar en la experiencia; y como variables independientes se consideraron la realización de un diario reflexivo semanal, registro de trabajo semanal, trabajo individual, trabajo grupal, examen final y asistencia a tutorías.

Como elementos de control interno del proceso se realizó un test-retest de concepciones generales relativas a la materia y al modelo docente propuesto, así como una evaluación final de la experiencia y del profesorado. Todos los instrumentos fueron de elaboración propia y alcanzaron una fiabilidad entre .710 el test conceptual inicial y .963 el de evaluación del profesorado.

El procesado de los datos así como su análisis estadístico se realizó con la aplicación SPSS v. 13.0.

3.- Resultados.

Siguieron la nueva metodología 221 de los 269 alumnos matriculados, de los cuales se presentaron al examen final 210 y aprobaron 208, con una nota media de 7.2 puntos con una desviación típica de $s=\square.918$. Se evaluaron 1721 documentos durante las 356 horas de dedicación docente exclusiva al proyecto. La dedicación discente durante el período, tras la tabulación de 2856 registros, fue de 7.5-8 horas/semana. Se realizaron 28 tutorías grupales de 45 minutos de duración cada una, y 144 virtuales de una duración media de 5 minutos.

La valoración global media del alumnado relativa a la experiencia fue de 3.71 ($s=\square.843$), mientras que la valoración global del profesorado fue de 3.88 ($s=\square.889$).

4.- Discusión.

El afrontamiento de la materia de "Legislación y ética profesional" en la Diplomatura en Enfermería con una metodología docente basada en un ciclo teórico y otro práctico, representaba un obstáculo para un porcentaje entre 25-35% de las primeras matriculas de los últimos 5 años que, además, no suponía una garantía de la adquisición de determinadas habilidades, conceptos, conocimientos o competencias para aquellos que la superaban debido a las circunstancias intrínsecas de la organización docente existente. Los resultados del proyecto realizado, basado en una metodología docente de evaluación continua sumativa, así como los instrumentos de control administrados indican que el cambio además de ser efectivo era necesario.

La repercusión sobre la práctica clínica se fundamenta en el hecho de que a mejor nivel de competencia ética profesional, parece inevitable que aumenten las competencias clínicas en tanto en cuanto caminan indisolublemente ligadas.

5.- Conclusiones.

A la vista de los resultados presentados y del preceptivo análisis de los mismos, podemos concluir que:

1.- La metodología educativa basada en la evaluación sumativa mejora los resultados académicos de los alumnos matriculados en la asignatura de Legislación y Ética Profesional.

2.- La consideración de la experiencia, tanto por parte de los alumnos como por los profesores, es positiva o muy positiva.

3.- La metodología docente empleada permite la integración efectiva de contenidos así como su proceso de aprendizaje pese a que el alumnado continúa prefiriendo de forma importante la docencia basada en la lección magistral.

4.- La implementación de metodologías adaptadas o en fase de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, precisa cambios estructurales que exceden, habitualmente, del ámbito profesional del docente.

BIBLIOGRAFÍA:

- Esteban Albert M. "El proceso de Bolonia: Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior". Material de trabajo del taller: El contexto institucional de nuestra enseñanza universitaria. Murcia: ICE, 2005.
- Lecue, M. y Matamoros, J. "Evaluación de la carga de trabajo de los estudiantes. Material de trabajo del taller: La evaluación en el marco de EEES. Murcia, ICE, 2006
- Maciá L y Moncho J. "Enfermería y Espacio Europeo de educación superior: Análisis de la situación actual". Enfermería Global [Revista online] 2003. Mayo (2)[7 pantallas]. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/2/02e03.html>
- Matamoros Villa, J. "Innovación pedagógica: Integración y cooperación en el aula". Material de trabajo del taller: Innovación pedagógica: Integración y cooperación en el aula. Murcia, ICE, 2005.

AUTOR/ES:

Faro Basco, M.*, Isern Farrés O.*, Casas Baroy, J.C.** , Palomar Aumatell, X.*, Soler Canudas, P.**
*Departamento de Enfermería . ** Departamento de Salud Comunitaria y Salud Mental .
Universidad de Vic. C/Sagrada Familia, 7. 08500 Vic (Barcelona), olga.isern@uvic.cat

TÍTULO:

SATISFACCIÓN Y OPINIÓN POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE LOS SEMINARIOS DE SIMULACIÓN A PARTIR DE MANIQUÍ Y CON ACTOR

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción.**

En el año 2002 la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic, en el marco de la asignatura Enfermería Médico-Quirúrgica Adulto I, inició una experiencia basada en la resolución de problemas con el reto de adaptar el currículo docente a las exigencias profesionales. Aproximar teoría y práctica y también integrar las diferentes asignaturas eran los objetivos prioritarios. La metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), como herramienta docente, respondía a nuestras necesidades como elemento dinamizador y integrador de las diferentes asignaturas. También integramos la evidencia científica, a través de formular una pregunta en el contexto de un caso clínico y que los alumnos tenían que responder buscando la mejor evidencia científica, con lo cual empezábamos a trabajar a partir de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), partiendo de la base de que ésta, ayuda en la toma de decisiones tanto en los cuidados al paciente como en las actividades terapéuticas.

A tal efecto, se diseñó una experiencia práctica a partir de confeccionar unos casos clínicos simulados con un maniquí y que tenían que cumplir los objetivos sobre la integración de conocimientos, aptitudes y valores, con distintas fases a desarrollar en un período de tiempo determinado. La simulación de casos se realizó al final del segundo curso una vez impartidos los contenidos teóricos considerados imprescindibles para la realización de la simulación. También empleamos la retroacción como instrumento que informa al estudiante sobre su proceso de autoaprendizaje y facilita los cambios necesarios para optimizarlos.

Observamos que algunas competencias/habilidades relacionadas con la comunicación quedaban desatendidas por lo que planteamos introducir una nueva estación en el curso 2005-2006, con un actor que simulara a un enfermo. A partir de esta experiencia nos interesó conocer cómo los estudiantes valoraban este método de aprendizaje y las sensaciones percibidas en el transcurso de la misma.

Objetivos

Conocer la opinión de los estudiantes de enfermería y valorar el grado de satisfacción en relación a la participación durante la práctica simulada: maniquí i actor.

Valorar las sensaciones percibidas, la integración de diferentes asignaturas y la utilidad del seminario de simulación: maniquí i actor.

Metodología

Estudio observacional descriptivo, la recogida de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario autoadministrado que se entregaba a los estudiantes un mes después de llevar a cabo los seminarios de simulación.

La población de estudio la constituyen los alumnos de 2º de enfermería de la asignatura Enfermería Médico-Quirúrgica. Adulto I, de la Universidad de Vic, curso 2005-2006, organizados en grupos de 3 estudiantes para la simulación clínica con maniquí, y de 2 estudiantes para la simulación clínica con actor/enfermo simulado, que se llevaban a cabo en días distintos.

Cada grupo recibió documentación con información sobre la situación clínica y las distintas fases a desarrollar en cada una de las simulaciones.

Fase I: La simulación con maniquí requería analizar la situación clínica que se presentaba en la documentación, organizar los datos según el modelo de Virginia Henderson, identificar i formular los problemas detectados y planificar los cuidados que se deberían ejecutar en el laboratorio con el maniquí.

Fase II: Se formulaba una pregunta a la que se debía dar respuesta después de haber buscado artículos publicados en bases de datos bibliográficos, para integrar la investigación en la práctica clínica y orientar los resultados a esta práctica. Con este fin, el día de la simulación con maniquí, al finalizar la ejecución de los cuidados planificados, se preguntaba al grupo cual era la respuesta a la pregunta formulada y así observar y despertar en el estudiante la reflexión sobre la integración del conocimiento científico que da soporte a la práctica.

Fase III: Consistía en la ejecución de los cuidados planificados en la Fase I. Estos eran observados directamente por una profesora y gravados para posterior visualización del grupo.

Fase IV: El día de la simulación con actor/enfermo simulado, se planteaba una situación problema nueva para el estudiante, aunque basada en la misma situación clínica de partida. Los estudiantes tenían que resolver la situación/problema con el fin de desarrollar actitudes y habilidades propias de un estilo de relación terapéutica. Su intervención era observada directamente por una profesora y gravada para posterior visualización del grupo.

Resultados.

El total de estudiantes que han realizados la encuesta ha sido de 27. La edad media de los alumnos es de 22,4 años (D.E.= 3,6) y el 96,3% son mujeres. El 55,6% están trabajando en la actualidad o han trabajado en actividad asistencial, y el restante 44,4% han tenido contacto a través de las prácticas clínicas asistenciales.

En relación al seminario de simulación en la estación del maniquí:

los resultados fueron los siguientes: en la duración del seminario el 80,8% consideran que el tiempo es adecuado y el 11,5% lo consideran insuficiente. Los alumnos sitúan el nivel de participación en los seminarios con una puntuación media de 7 (D.E.= 2). El 57,7% han puntuado entre 7 y 10 puntos y el 11,5 % lo sitúan inferior a 5 puntos. En relación a la comprensión de la documentación entregada el 84,6% lo sitúa superior a 5 puntos y el 15,3 lo sitúan inferior a 5 puntos. En relación al repaso del modelo Virginia Henderson el 92,3% lo sitúan superior a 5 puntos y el 7,7 inferior a 5 puntos. El Proceso de Atención de Enfermería es valorado con puntuaciones superiores a 5 en el 100% de los alumnos. La discusión para la detección de problemas y su resolución es evaluada superior a 5 puntos en el 100% de los alumnos. La realización de la simulación en el laboratorio ha sido evaluada superior a 5 puntos por el 92,2% de los alumnos y inferior a 5 puntos por el 7,7% de los alumnos. Las sensaciones percibidas más destacadas en la simulación han sido: encontrarse nervioso y respetuoso, y las menos destacadas han sido encontrarse distante, amable/teatral. La valoración global de la integración de las diferentes asignaturas es calificada por los alumnos en un 96,1% superior a 5 puntos y en un 3,8% inferior a 5 puntos. La valoración de la simulación en cuanto a utilidad es superior a 5 puntos en el 92,3% de los alumnos y inferior a 5 puntos en el 7,7%.

En relación al seminario de simulación en la estación del actor:

la duración del seminario, el 89% consideran que el tiempo es adecuado y el 7,4% lo consideran insuficiente. Los alumnos sitúan el nivel de participación en los seminarios con una puntuación media de 6,7 (D.E.= 1,8). El 59,3% han puntuado entre 7 y 10 puntos y el 7,4% lo sitúan inferior a 5 puntos. En relación a la comprensión de la información previa el 96,3% lo sitúa superior a 5 puntos y el 3,7% lo sitúan inferior a 5 puntos. En relación a la comprensión de la petición del enfermo el 100% lo sitúan superior a 5 puntos. En la satisfacción de la resolución dada al caso es valorado con puntuaciones superiores a 5 en el 66,6% de los alumnos. En el grado de control de la situación es evaluada superior a 5 puntos en el 85,2% de los alumnos. Las sensaciones percibidas más destacadas en la simulación han sido: encontrarse respetuoso, nervioso, tenso, empático, cordial, intimidado las menos destacadas han sido encontrarse distante, amable/teatral. La valoración global de la integración de las diferentes asignaturas es calificada por los alumnos en un 85,2% superior a 5 puntos y en un 14,8% inferior a 5 puntos. La valoración de la simulación en cuanto a utilidad es superior a 5 puntos en el 85,2% de los alumnos y inferior a 5 puntos en el 14,8%.

Discusión.

Los resultados obtenidos de la experiencia muestran que el aprendizaje de los estudiantes a través de la simulación de casos con maniquí y actor es valorado de forma positiva, permitiendo integrar diferentes asignaturas para el desarrollo de habilidades técnicas, habilidades de relación y comunicación. También queda patente la integración del PAI como instrumento facilitador de los cuidados de enfermería y la integración del modelo de Virginia Henderson que se está trabajando en la escuela.

En relación a las sensaciones percibidas los estudiantes muestran resultados parecidos en la simulación con maniquí y con actor, de ello cabe destacar la importancia de realizar las dos estaciones ya que son complementarias y así quedan integradas tanto las habilidades técnicas, habilidades de trabajo en grupo y habilidades de relación y comunicación.

Destaca también la alta valoración que los estudiantes hacen de la utilidad de éste sistema de aprendizaje como elemento dinamizador para el desarrollo de las capacidades de la profesión enfermera.

A partir de los resultados obtenidos creemos oportuno continuar los seminarios de simulación a través de las dos estaciones con maniquí y con actor, pero en la simulación con maniquí reducir el grupo a 2 personas para adaptarnos más a la realidad clínica.

También queremos continuar el trabajo con la Enfermería basada en la Evidencia (EBE) para que el estudiante pueda ofrecer cuidados al paciente basadas en la mejor evidencia posible.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Colina J, Medina JL. Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. Rev Rol de Enfermería 1997;232:24.
2. Baños JE. El aprendizaje basado en problemas en los planes de estudio tradicionales: ¿una alternativa posible? Rev Educación Médica 2001; 4:4-5.
3. Julià X, Fornells JM, Arnau J, Martínez. L'educació mèdica basada en l'evidència. La col·laboració BEME/EMBE. Annals de Medicina 2002; 85: 192-195.
4. Vila M, Vilanova M, Mas N. Seminarios con casos simulados en la diplomatura de enfermería. Educación Médica 2002;5 (4): 184-90.
5. Martínez JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. Enfermería Clínica 2003;13(5):303-8.
6. Cibanal, JL. Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid:Elsevier,2003.
7. Gallar, M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente. Madrid: Thomson Paraninfo,2005.
8. Bonfill X. Asistencia Sanitaria Basada en la evidencia. De la evidencia a la práctica Clínica. Madrid: Sanidad y Ediciones, 2000.

AUTOR/ES:

*Rosa Antolín Rodríguez, *M^a Jose Puialto Durán, **Laura Moure Fernández
Centro de trabajo: *E.U.E.H. do Meixoeiro. **U. Formación Continuada CHUVI. Vigo

TÍTULO:

Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: En la formación de las/los alumnas/os de Enfermería, las prácticas clínicas son un componente esencial y están incluidas en el currículum enfermero desde el primer curso, con unos objetivos de aprendizaje progresivos y complementarios a lo largo de los tres cursos, esto permite a los alumnos tener contacto con la realidad asistencial y a su vez poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos. (1)

Esta parte práctica se realiza en las distintas unidades hospitalarias y centros de atención primaria bajo la tutela de enfermeras asistenciales y como medio de interrelacionar teoría y práctica. Si la realización de prácticas, son importantes en todas las titulaciones, en la de enfermería es fundamental, ya que hasta el momento y mientras no estén completamente desarrolladas las distintas especialidades, el campo de actuación enfermero es muy amplio, abarca desde la neonatología hasta la geriatría, y desde la prevención y educación para la salud hasta los cuidados paliativos. En el estudio de Sánchez (3) se concluyó que existe una alta percepción de estrés entre las/los alumnos en su periodo práctico. Incluso se ha observado que antes de iniciar las prácticas la mayoría de los alumnos creen que el estrés va a estar presente en el transcurso de las mismas(4). En las prácticas clínicas los alumnos toman contacto con su futura profesión y se entrenan en la misma, enfrentándose a situaciones difíciles, que en muchas ocasiones son generadoras de estrés, y no siempre se realizan en un entorno favorecedor (1) Otro motivo de angustia y desorientación para ellos son las diferencias entre la teoría aprendida y la práctica que perciben en su entorno, por lo que desde el punto de vista docente debería existir una total coherencia entre teoría y práctica. Los docentes no podemos desligarnos de la realidad asistencial y transmitir a los alumnos un ideal profesional que diste en exceso de lo que observan en sus prácticas, debemos tratar de evitar lo que algunos autores definen como "shock de realidad" (5), cuyas consecuencias principales son la desorientación y la angustia del estudiante. En reuniones realizadas con alumnos, se ha detectado que hablar de lo que les preocupa en las prácticas les alivia (6,7) Habiendo observado en las/los alumnos de nuestra escuela, preocupaciones y miedos parecidos a los encontrados en las diferentes publicaciones sobre el tema (3,6,8) nos planteamos ¿Cuáles son las situaciones de las prácticas clínicas que provocan mayor nivel de estrés a nuestros estudiantes? Para contestar a esta pregunta hemos realizado un estudio siguiendo la estructura utilizada por Zupiria y cols (6) lo que nos va a permitir conocer qué situaciones les resultan estresantes y su mantenimiento o variación a lo largo del tiempo. Para ello es importante disponer de un instrumento que lo mida, encontrando que los cuestionarios Kezkak (7) y Stai (9) resultaban adecuados al estar validados en otros trabajos.

Objetivos: El objetivo general del estudio ha sido medir los factores causantes de estrés en nuestros estudiantes durante la realización de las prácticas clínicas y como objetivos específicos:

- 1- Determinar las situaciones que resultan estresantes para los estudiantes.
- 2- Comparar las posibles diferencias entre los cursos.
- 3- Relacionar curso con los factores agrupados del Kezkak(7).
- 4- Conocer la relación entre ansiedad rasgo (a/r), ansiedad estado (a/e) (9), y los factores agrupados del Kezkak(7) con los factores sociodemográficos.
- 5- Comparar nuestros resultados con los encontrados en el estudio de Zupiria y cols (6)

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, comparativo, realizado en la E.U.E. Hospital do Meixoeiro, Vigo, la población de estudio han sido todos los alumnos matriculados en el curso 2004/05 (N=164) 55 de primer curso, 56 segundo, 53 de tercero). En el mes de mayo 2005, en hora de clase y sin previo aviso, se les solicitó que respondieran de forma anónima y voluntaria a los cuestionarios. Al cumplimentar la encuesta los alumnos de los tres cursos estaban finalizando sus respectivas prácticas clínicas.

Para medir la percepción del estrés se utilizó el cuestionario Kezkak (7), que mide estresores de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería, compuesto por 41 ítems, el que utilizamos en nuestro estudio consta de 40 ítems, que reflejan distintas situaciones potencialmente estresantes a las que pueden enfrentarse los/las alumnas en la realización de sus prácticas clínicas. Para cada ítem se establecieron 4 respuestas en una escala tipo Likert: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). Se ha considerado estrés en todos aquellos ítems que obtuviesen una puntuación media igual o superior a 1,5. Además se ha valorado la tendencia a la ansiedad de la persona como una característica estable de la personalidad (ansiedad/rasgo) y los niveles de ansiedad de esa persona en el periodo de tiempo cercano a la encuesta (ansiedad/estado). Para ello se ha utilizado el cuestionario Stai (9) que consta de 40 elementos sobre una escala de respuestas con 4 categorías y proporciona una puntuación de a/r y otra de a/e. A su vez se han estudiado las variables edad, género y curso. Se han agrupado las situaciones estresantes en los siguientes factores 1- Falta de competencia, 2- Contacto con el sufrimiento, 3- Relación con tutores y compañeros, 4- Impotencia e incertidumbre, 5- No controlar la relación con el enfermo, 6- Implicación emocional, 7- Dañarse en la relación con el enfermo, 8- El enfermo busca una relación íntima y la 9- sobrecarga. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 12.0. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos, para conocer la diferencia entre cursos dos a dos para la puntuación de los ítems se ha utilizado la prueba de Man-Witney para muestras independientes y para ver si hay relación entre el curso y la puntuación en cada ítem la prueba de Kruskal Wallis, se han efectuado análisis bivariantes para estudiar la relación entre la puntuación de estrés de los/las alumnas y el curso, la puntuación de estrés y la edad, la relación entre puntuación de estrés y género (8) y la relación a/r, y a/e (9) con los diferentes factores.

Resultados: De las 146 encuestas entregadas han resultado válidas 140, el 85,30% de la población de estudio, distribuidas de la siguiente forma: 49 en 1º y 2º curso representado en cada caso el 35% y 42 3ª curso (30%). El 93% de la muestra está formada por mujeres. La media de edad, es de 21,49 años con un rango de 19,41 años. De los 40 ítems, 39 tienen una puntuación media superior o igual a 1,5, de ellos 28 están puntuados entre 2, considerado como (bastante estrés) y 3 (mucho estrés). Encontramos que los aspectos que más les preocupan están relacionados con la falta de competencia, con dañarse y con perjudicar al paciente. En la mayoría de las preguntas las puntuaciones más altas las tienen los alumnos de 2º curso, igual que en el estudio referenciado (6) Al realizar la comparación entre cursos es significativo entre 1º y 3º con una $p=0,01$ en el ítem "encontrarme en una situación sin saber que hacer" y en el ítem "encontrarme ante una situación de urgencia" con una $p=0,006$ ambas preguntas están relacionadas con la competencia. También son significativas con una $p=0,030$ "que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo" y la "relación entre compañeros" con una $p=0,02$. En la relación entre 1º y 2º curso encontramos "meter la pata" con una $p=0,02$ "estar con la familia de un moribundo" $p=0,009$, "que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar" $p=0,015$, "Realizar procedimientos que duelen al enfermo" $p=0,007$, "Estar con un paciente con el que es difícil comunicarse" $p=0,03$ "Relación con tutor de la escuela" $p=0,01$, "No saber cortar al paciente" $p=0,03$. La relación entre el género y las correspondientes medias no las hemos considerado por estar compuesta nuestra muestra mayoritariamente por mujeres y los resultados no son representativos en cuanto al género masculino. Las puntuaciones dadas por los alumnos de la muestra en cada una de las subescalas (6) son bastante superiores a la media en todas las determinaciones. La relación entre el curso y los 9 factores (6) destaca que al igual que en los ítems generales, la puntuación de 2º curso es superior a los otros dos y todos ellos superiores a la media de los otros estudios, comparando las medias por cursos encontramos que entre 1º y 2º, y 1º y 3º es no significativo en ninguno de sus factores. En la comparación entre 2º y 3º es significativo el factor 2 "contacto con el sufrimiento", factor 7 "dañarse en la relación con el enfermo" $p=0,038$ y el factor 8, "el enfermo busca una relación íntima" $p=0,047$. Al realizar la correlación entre edad, a/r, a/e (9) y los nueve factores hemos encontrado relación con el factor 5 "No controlar la relación con el enfermo" y a/e,(9) el factor 6 "Implicación emocional" y a/e,(9) igualmente el factor 9 "Sobrecarga", también relacionado con a/e,(9) no encontrando relación significativa entre edad, a/r (9) y los estresores. Al llevar a cabo el análisis de regresión lineal múltiple para las 9 subescalas: la a/e (9) está relacionada con: factor 5 "no controlar relación con el enfermo", factor 6 "Implicación emocional". La a/r,(9) edad y curso no están relacionados con ninguno de los factores.

Al comparar nuestro estudio con el de Zupiria y cols.(6) observamos en cada uno de items y en todos los cursos, un nivel más alto de percepción de las situaciones estresantes por parte de los alumnos/as de nuestra escuela

Conclusiones: El número de respuestas obtenido nos permite extrapolar los resultados a la población objeto del estudio. La puntuación media obtenida en nuestra escuela refleja una puntuación alta en casi todos los items considerados como factores desencadenantes de estrés, destacando que nuestros alumnos/as, tienen una percepción de las situaciones de estrés superior, prácticamente en todas las situaciones consideradas, en comparación con los alumnos de los estudios de referencia (6-8)). Debemos tener en cuenta que estas puntuaciones nos informan de qué es lo que les parece mas estresante a los alumnos/as en las prácticas clínicas, no el nivel de estrés (8). En cuanto a la a/r,(9) encontramos que no está relacionada con ninguno de los factores, por lo que podemos considerar que las situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representa el enfrentarse a situaciones nuevas y al miedo a no saber responder, más que a un rasgo de su personalidad. Por todo ello consideramos que sería importante realizar un seguimiento longitudinal a aquell@s alumnos/as que todavía permanecerán en la escuela durante el curso 2006/07, con la finalidad de comprobar si los niveles de percepción de las situaciones estresantes se mantienen o disminuyen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones más altas corresponden a situaciones relacionadas con la falta de competencia, impotencia e incertidumbre, es previsible que a medida que vayan adquiriendo experiencia profesional, irán perdiendo peso los factores relacionados con la competencia como provocadores de estrés, ya que en los profesionales enfermeros éstos no están presentes.(7)

Para mejorar el nivel de ansiedad de nuestros alumnos, proponemos realizar una intervención mediante talleres sobre técnicas de relajación, aprender a pedir ayuda y desarrollo del autoconocimiento,(10,11) antes del comienzo de las prácticas clínicas del próximo curso académico, de esta forma podran reflejar sus inquietudes y miedos y adquirir habilidades que puedan mejorar su ansiedad y formar futuros profesionales que tengan una mayor capacidad de afrontamiento profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Ferrer,Mª A..Análisis situacional de las prác. clínicas en E.U.E. de Soria Metas; abril 02 ; 44; 18-22.
- 2.Zapico Yañez, F y otras. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I) Hospital. Enfermería Clínica vol. 7 : 1 16-24
- 3.Sanchez,M Estrés de los estudiantes de enfermería en el periodo práctico.Enf cient.1992:127:43-46
- 4.Gutierrez Izquierdo, Mª I. y cols. Las prácticas clínicas de Enfermería: perspectiva de los estudiantes de 1º curso .Metas Octubre 2000 49: 50-53
- 5.Pérez, C y otras. La formación práctica en enfermería en la E.U.E. Comunidad Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Rev.Esp. S.P.Set-Octubre 2002; 76:5: 517-530
- 6.Zupiria ,X. y otros. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados Enf. cient.; Octubre 2003; 258-259;59-68
- 7.Zupiria, X y otros. Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria Enero 2003, V17; 01; 37-51
- 8.López Medina, Isabel M y otros.Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enfermería Clínica 2005;15(6):307-13
- 9.C. D. Spielberger, R.L. y otros. Stai Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Tea Ediciones 4ª edición Madrid 1997
10. Ortego Maté.MªC y otros. Niveles de ansiedad en los alumnos de enfermería frente a las prácticas clínicas. Enf. cient. jul.agos.1996; 172-173; 8-12
- 11- Márquez Cedillo, M. Programa de Estrategias de Reducción de Estrés para Alumnos de Enfer. Desarr. Cientif. 2000; 8 (3) 67-69
- 12- Aleman Mendez, S y cols. Crecimiento personal y prácticas de Enfermería; afrontarlas sin miedos. Enf. cienti. Set.Octub. 1998 198-199: 63-66
- 13- Alemán Méndez, S. Las prácticas de Enfermería ¿crecimiento o deterioro?Situación de los alumnos previo a las prácticas Enf. Cientif. Mayo-Junio 1998 núm 194-195 25-30

AUTOR/ES:

1:P. Isla Pera, 2.:J. Moncho Vasallo, 3.R. Insa Soria; (4.5). A. Torras Rabasa. 1: Escuel Universitaria de Enfermería. Universidad Barcelona; Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Alicante; 3: Hosp. Bellvitge; 4: Hosp. Clínico Barcelona; 5: Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona

TÍTULO:

Calidad de vida de los enfermos con trasplante simultáneo de riñón y páncreas (Tx SPK)

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Medir la calidad de vida (CV) de los enfermos con Tx SPK y comprobar si existe diferencia con la CV de los enfermos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e insuficiencia renal crónica (IRC) que permanecen en tratamiento sustitutivo (insulina y diálisis)

Métodos: Estudio transversal de CV. **Sujetos:** Todos los enfermos con Tx SPK realizados en el Hosp. Clínico de Barcelona durante el periodo 1998-2002 que mantienen los injertos funcionantes y siguen control en el Hospital (n= 69) y enfermos con DM1 e IRC en diálisis (n=34) atendidos en hospitales de Catalunya en lista de espera de Tx SPK o trasplante renal (Tx K). **Instrumentación:** Cuestionario The short Form-36 Health Survey (SF-36) autoadministrado excepto en cuatro casos que se realiza mediante entrevista telefónica. **Análisis de datos:** Se siguen las instrucciones de estandarización del contenido y puntuación de la versión española del SF-36; Se realiza un análisis descriptivo de las variables; intervalo de confianza 95%. Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de CV entre los enfermos trasplantados y los enfermos en tratamiento renal sustitutivo (TRS) ajustadas por otras variables que podrían inferir en las mismas, se construye un modelo de regresión lineal múltiple y/o ANOVA de dos o más vías con covariables para cada una de ellas. Como variables independientes se han considerado el sexo, la edad, los años de evolución de la diabetes, el grupo de estudio (Tx SPK o diálisis) y el tiempo en tratamiento con diálisis. Se han comprobado las hipótesis de normalidad, homocedasticidad, pertinencia de la linealidad e independencia de las observaciones mediante el test de Durbin-Watson. En algunos casos se ha realizado una transformación de la variable dependiente al presentar una distribución significativamente distinta a la distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov). En todos los modelos construidos se ha estudiado la posible multicolinealidad y los posibles efectos de interacción. En las dimensiones que presentaban pocos valores se ha construido un modelo de regresión ordinal (plum). Mediante pruebas no paramétricas se realiza una prueba binomial para comparar las medianas obtenidas en las dimensiones del test de CV con las medias de población española de referencia en los enfermos con Tx SPK y en los enfermos en diálisis. También se utiliza la misma prueba para comparar las medianas obtenidas en las dimensiones del test de CV en los enfermos con Tx SPK con las medias de población española de referencia según el año de realización del Tx SPK.

Resultados: Respondieron al cuestionario el 100% de los pacientes, 69 con Tx SPK (41 hombres y 28 mujeres) y 34 con TRS (24 hombres y 10 mujeres). No se observaron diferencias significativas por edad y sexo entre ambos grupos. Los enfermos en TRS tenían más años de evolución de la DM1 y más tiempo de permanencia en TRS que los enfermos con Tx SPK con anterioridad al trasplante, observándose diferencias significativas negativas. La percepción de salud actual en relación con la salud de hace un año es mejor en los enfermos con Tx SPK de ambos sexos que en los enfermos con TRS. Mediante el análisis multivariante se comprueba que el Tx SPK se relaciona significativamente con la mejora de la CV en todas las dimensiones de CV del test SF-36. También experimentan efectos significativos sobre la CV el sexo, la edad y los años de evolución de la diabetes. El sexo femenino se asocia negativamente con las dimensiones de salud mental, dolor corporal, vitalidad, rol emocional y función física. La edad se asocia positivamente con la salud mental y sugiere una asociación negativa con la salud general, aunque no llega a ser significativa ($p= 0,051$). Los años de evolución de la diabetes se asocian negativamente con las dimensiones de salud mental y dolor corporal. Respecto a la población española de referencia en los hombres se observa una diferencia significativa negativa en las dimensiones de salud general, rol físico y rol emocional y una diferencia significativa positiva en la dimensión de vitalidad y en las mujeres un

Discusión: El Tx SPK mejora la CV de los enfermos y la mejor CV corresponde a los enfermos trasplantados más recientemente. Estos resultados coinciden con numerosos estudios que han mostrado la efectividad del Tx SPK y con otros que han mostrado una disminución de la CV postrasplante con el paso del tiempo. Las mujeres tienen peor CV en ambos grupos. Este resultado difiere de otros estudios en los que no se han observado diferencias significativas por sexo e incluso mejor CV en las mujeres y coincide con numerosos estudios, tanto en personas sanas como en personas enfermas, en los que el sexo femenino se asocia con peor percepción de salud y de CV. Aunque la edad se ha relacionado frecuentemente con peor CV en este estudio tiene un efecto inverso. La asociación positiva con la edad se ha puesto de manifiesto en otros estudios y también se ha puesto de manifiesto que el tener una enfermedad crónica y ser joven se asocia con trastornos psicológicos y peor CV. La CV es un concepto subjetivo, pero su medición tiene interés porque los datos obtenidos permiten conocer la percepción de salud y bienestar de los usuarios. Además son útiles para la investigación relacionada con los servicios sanitarios. Una limitación del estudio se deriva de la dificultad de establecer comparaciones en función del tipo de tratamiento ya que los enfermos con Tx SPK están seleccionados entre los que tienen menor comorbilidad. El reducido tamaño de la muestra en algún subgrupo ha podido disminuir la potencia estadística en algunas pruebas. Sería interesante triangular los estudios de calidad de vida con metodología cualitativa, ya que esta última facilita una información más exhaustiva e introducir la perspectiva de género en los estudios para intentar comprender las diferencias que se observan en la vivencia de enfermedad y en la percepción de salud y de calidad de vida.

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (EXPT E P1041210)

BIBLIOGRAFÍA:

Sureshkumar KK, Patel BM, Markatos A, Nghiem DD, Marcus RJ. Markatos A Quality of life after organ transplantation in type 1 diabetics with end-stage renal disease. Clin Transplant. 2006 Jan-Feb;20(1):19-25.

Ichikawa, Y., Fujisawa, M., Hirose, E., Kageyama, T., Miyamoto, Y., Sakai, Y., Mori, F., Isotani, S., Yazawa, K., Hanafusa, T., Fujikubo, M., Fukunishi, T., Kamidono, S., Nagano, S.: Quality of life in kidney transplant patients. Transplantation Proceedings 2000; 32: 1815-1816

Burra P, De Bona M, Canova D, Feltrin A, Ponton A, Ermani M, Brolese A, Rupolo G, Naccarato R Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation Acta Gastroenterol Belg. 2005;68(1):19-25

Rebollo P, Bobes J, Gonzalez MP, Saiz P, Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). Nefrología. 2000 Mar-Apr;20(2):171-81.

Martínez-Castelao A, Górriz JL, García-López F, López-Revuelta K, De Alvaro F, Cruzado JM.: Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study) JN 2004; 17(4); 544-551

Joseph JT, Baines LS, Morris MC, Jindal RM: Quality of life after kidney and pancreas transplantation: a review. Am J Kidney Dis. 2003 Sep;42(3):431-45

Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L: Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin, 1998; 111(11):410-416

Badía X, Alonso J, Brosa M, Lock P: Reliability of the Spanish version of the Nottingham Health profile in patients with stable end-stage renal disease. Soc Sci Med 38 (1): 153-158, 1994

Dew MA, Myaskovsky L, Switzer GE, DiMartini AF, Schulberg HC, Kormos RL: Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. Psychol Med. 2005; 35(8): 1215-27

AUTOR/ES:

Alfaro Orozco, C; Del Sur Abarca, A; Notario Pacheco, B;Asensio Rufaco,B; Garcia Mora, C.J; Pardo González, L

TÍTULO:

PREVALENCIA DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN MAYORES CON DEPENDENCIA EN DOMICILIO VERSUS INSTITUCION. "CUIDADO DE MAYORES EN PROV. DE CUENCA"

TEXTO DEL TRABAJO:

Como es bien conocido vivimos en una sociedad envejecida, donde sin embargo, y con relativa frecuencia encontramos actitudes y conductas que reflejan rechazo, así como creencias erróneas respecto a lo que es el proceso natural de envejecimiento. Suelen primar los valores de la juventud frente al a veces denostado e incluso arrinconado envejecimiento.

Tanto el entorno socio-cultural, como la misma persona mayor aceptan en multitud de ocasiones que es normal que los ancianos estén tristes, relegados, pasivos,... y hasta depresivos. Resignándose a verlo como algo "normal", y por tanto no tomando medidas para luchar contra ello. Esa misma sociedad que contribuye a que se sientan así sus mayores, tiene que asumir las consecuencias que esto conlleva, desde los costes personales, hasta los sociales y económicos. Las depresiones en los ancianos tienen manifestaciones particulares y en ocasiones resulta difícil establecer un diagnóstico, bien por una hiperdemanda de multitud de problemas físicos, y consiguiente desviación de la atención, hacia posibles somatizaciones, o por el contrario por una dejadez, no consulta, apatía,...

La depresión es una de los problemas de salud más frecuentes en los ancianos, desde luego es el problema psíquico más importante en este grupo de edad, sin embargo, diferentes estudios concluyen que solo la mitad de los que padecen depresión buscan ayuda y se estima un bajo porcentaje (10-20%) los que reciben un tratamiento adecuado.

Las alteraciones en el estado de ánimo están influyendo directamente en el estado de salud, además son factores que van a desencadenar otro tipo de problemas complicando la situación. Por ello actuar ante posibles signos de alarma, además de diagnosticar y tratar adecuadamente cualquier problema de salud (la depresión en nuestro caso) va a contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

El objetivo de nuestro trabajo es estimar la prevalencia del riesgo de depresión en residencias de mayores comparándolas con los que viven en el domicilio en la provincia de Cuenca.

Para ello la metodología que hemos empleado ha sido la de un estudio observacional prospectivo de cohortes de dos años de seguimiento, del que ahora presentamos resultados del examen basal, es decir, de las primeras valoraciones que se han realizado en ambos ámbitos de atención.

Los sujetos que han participado han sido 330 personas mayores (122 de residencias de Mayores y 208 de domicilios) de 64 y más años con algún grado de dependencia para las AVD Básicas, residentes en residencias de mayores y en domicilios de la provincia de Cuenca. Para establecer el nivel de dependencia, hemos utilizado el test de Barthel, incluyendo a los sujetos que tenían un valor igual o inferior a 95.

Además de la variables sociodemográficas (sexo,edad,estado civil,...), se administraron los cuestionarios RAI-NH (Resident Assessment Instrument- Nursing Home) y el RAI- HC (Resident Assessment Instrument- Home Care), de los que se obtiene la Escala de Depresión "DRS" (Depresión Rating Scale), en la que una puntuación de 3 o más indica riesgo de depresión, dicha escala tiene una sensibilidad del 91% y especificidad del 69% (respecto al DSM IV), además de estar validada con las escalas Hamilton y Cornell de depresión.

Para la captación y administración de los cuestionarios a los sujetos que participan en nuestro estudio, se ha contado con la participación de un grupo de profesionales de enfermería que trabajan en centros de salud y en residencias de mayores de la provincia de Cuenca. Siendo necesario el consentimiento informado voluntario de los sujetos o de sus familiares si ellos no podían darlo.

Para la recogida y análisis de los datos hemos empleado el programa informático del sistema RAI (Resident Assessment Instrument) junto con el paquete estadístico SPSS ver.14 respectivamente.

Los resultados que hemos obtenido son:

Del total de sujetos en residencias, el 59,8% eran mujeres, mientras que en domicilios eran el 62,5%.

La edad media en residencias fue de 81,57 (80,36-82,78) y 81,60 (80,63-82,57) en domicilios.

El riesgo de padecer depresión en residencias fue del 12,3% y en domicilios del 27,6% con una ($p=0,001$).

Por sexo, el riesgo de sufrir depresión en los hombres fue del 2% en residencias y del 21,3% en domicilios ($p=0,61$).

En cuanto al consumo de fármacos: Los sujetos de residencias consumen ansiolíticos un 74,6%, 77,9% antidepressivos y el 76,2% hipnóticos; Y los sujetos que viven en el domicilio El 7,8 consumen ansiolíticos, 7,8 antidepressivos y el 8,2 hipnóticos.

De las personas con riesgo de depresión el 23,9% recibían tratamiento antidepressivo en domicilios frente al 26,7 de los que vivían en residencias de mayores.

De los sujetos que no presentan riesgo de depresión, recibían tratamiento antidepressivo el 3,1% en domicilios y el 21,5% en residencias de mayores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con una $p<0,0001$.

Discusión:

A la vista de los datos, en nuestro estudio aparecen diferencias respecto al riesgo de deprimirse así como respecto al tratamiento farmacológico que recibían los sujetos, dependiendo del medio en el que se encontraban. Ciertamente y como confirman otros estudios, los sujetos que viven en residencias de ancianos tienen una prevalencia de depresión más alta (Aprox. 75% en residencias y entre un 11-29% en domicilio), que los que viven en una comunidad, bien sea en su casa o en la de sus familias.

A menudo el tratamiento farmacológico es la única arma que se emplea para luchar contra las posibles alteraciones en el estado de ánimo, en nuestro caso la depresión. Nuestros datos nos hablan de manera significativa de un 21,5% de personas de residencias, a las que se les está administrando medicación, en un porcentaje elevado, (antidepressivos, y también ansiolíticos e hipnóticos) sin presentar riesgo de depresión, dato este que podría indicar un uso inadecuado de la misma en sujetos sin depresión, aunque es cierto, que en el seno de este grupo podrían estar incluidos sujetos que no presentan riesgo de depresión, porque la medicación haya resultado eficaz. En el domicilio los índices son sensiblemente más bajos, coincidiendo así con otros estudios. Aunque podría indicar un infradiagnóstico en este medio, bien porque los sujetos no lo demandan directamente, bien porque esos cuadros quedan enmascarados por una plurisintomatología que da lugar a muchas consultas, pruebas,..., por otros problemas de salud, que si mejorara el estado de ánimo serían llevados mejor por los afectados.

Poder seguir viviendo integrados en su comunidad, es un deseo y a la vez uno de los mayores temores de nuestros ancianos. Es además el medio que prefieren porque en él pueden seguir desarrollando unas relaciones sociales y una actividad que les ayudará a tener un buen estado de ánimo, y continuar así envejeciendo de manera satisfactoria.

Diagnosticar lo más pronto posible, ser más sensibles y prestar más atención a ciertos cambios en el comportamiento de las personas mayores, valorando la hiperdemanda sanitaria, la hipocondría, o la posible somatización desde un enfoque más integral, contribuiría a mejorar la detección de un problema de salud como la depresión, que puede llegar a ser, en ocasiones, más invalidante que una fractura, y que además potencia y empeora otros problemas que ya pueden estar presentes. Por otra parte muchos estudios atestiguan una relación entre depresión y desarrollo posterior de deterioro cognitivo, un "atajo" que acelera la entrada en el mundo de las demencias.

Sin un buen estado de ánimo, sin ilusión, es difícil seguir adelante, es difícil levantarse, lavarse, vestirse, peinarse, salir fuera de casa,... porque no hay prótesis, ni silla de ruedas que valga.

Los cambios que está experimentando la sociedad están situando a la persona mayor sola más a menudo y durante más tiempo (aumenta el grupo de ancianos que viven solos). Aunque vivir solo no tiene por qué ir acompañado de un sentimiento de soledad, cuando lo hace, la soledad, mas que producir síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc.

La polimedición a la que están sometidos los ancianos conduce a muchas posibles complicaciones que podrían evitarse, adecuando la medicación a la situación de cada persona. Sin entrar en el gasto social que supone un uso inadecuado de los recursos sanitarios.

Según diferentes estudios las residencias de ancianos parecen jugar un papel importante en la mala prescripción y el excesivo uso de medicación no indicada, inapropiada o inadecuada para el paciente anciano.

Todas estas cuestiones evidencian la necesidad de prestar atención a un problema de salud como la depresión en ancianos, diagnosticarla pronto y tratarla adecuadamente contribuirá a mejorar la vida de los ancianos, de sus familias, y de la sociedad en general.

BIBLIOGRAFÍA:

1-OMS (1998a) Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life.

Prepared by Heikkinen, R.L. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

2--Phillips C. Development of a minimum data set-based depresión rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000 Mar.29(2):165-72.-

3-FRANCO MARTÍN MA, MONFORTE PORTO JA. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 19-44.

4-Martha I. Bruce, Ph. D.,M.P.H., et all.Major depression in ederly home health care patients.Am J Psychiatry 2002; 159:1367-1374.

5-Myers BS. Epidemiology and clinical meaning of "significant" depressive syptoms in later life: the question of subsyndromal depression. Am J Geriat Psychiatry 1994;2: 188-191

6-Parmelee PA, Katz IR; Lawton MP. depression among institutionalized aging:assessment and prevalence estimation. J Gerontol 1989;44:22-29.

7-DSM-IV. Guía de uso. Edit. Masson. 1.997.

Martinez-Larrea, J.A. Síndromes depresivos asociados a deterioro cognitivo. Suplemento 3

8-MARTÍNEZ LARREA JA. Envejecimiento normal, trastornos mentales funcionales y principios generales de la asistencia psicogerriátrica. En: Cervera S, Conde V, Giner J, Leal C, Torres F, editores. Manual del Residente de Psiquiatría (Vol. II). Madrid, 1997: 1679-1725.MCHUGH PR.

9-Trastornos emocionales asociados a las demencias. En: Heston L L, editor. Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L., 1998: 1-8.

10-Geda Y., Knopman D., Mrazek D. y cols. Depression, Apolipoprotein E Genotype, and the Incidence of Mild Cognitive Impairment . A Prospective Cohort Study. Arch Neurol. 2006;63:435-440 .

11-Blasco Patiño, F; Martínez López de Letona, J;Villares,P,Jimenez AJ. EL paciente anciano polimedicado: Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacinal de Salud. Vol 29-N^o6 2005

AUTOR/ES:

Concha Carratalá Munuera . REDIAPP (Red de actividades Preventivas) y el resto de componentes de todos los nodos (Aragón, Baleares; Castilla y León, Cataluña, EusKadi, Extremadura, Madrid y Valencia) . un total de 80 profesionales de Enfermería.

TÍTULO:

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PRESEAP

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. En 1999 causaron 131.774 muertes (59.982 en varones y 71.792 en mujeres), lo que supone el 36% de todas las defunciones (31% en varones y 41% en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 333 por 100.00 habitantes (309 en varones y 355 en mujeres) (INE, 2002).

Los dos principales componentes de las enfermedades del aparato circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, que en conjunto producen algo más del 60% de la mortalidad cardiovascular total.

Actualmente, en España la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31% en total, y un 39% en varones y 24% en mujeres). Este fenómeno se empezó a dar en el año 1996, y se debe a la mayor caída relativa del riesgo de muerte cerebrovascular respecto a la muerte por coronariopatía. Cabe destacar que en los varones empieza a predominar la enfermedad isquémica del corazón sobre la cerebrovascular casi diez años antes, desde 1987. En las mujeres la diferencia de la enfermedad cerebrovascular sobre la coronariopatía se va acortando, aunque todavía predomina con mucho la primera. De toda la enfermedad isquémica del corazón, la rúbrica infarto agudo de miocardio es la más frecuente con un 63% (67% en los varones y 58% en las mujeres).

El segundo lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, que representa cerca de la tercera parte (29%) de la mortalidad cardiovascular global. Este porcentaje es mayor en las mujeres (32%) que en los varones (27%). De toda la enfermedad cerebrovascular, el 19% es hemorrágica, el 16% es oclusiva y el 65% se cataloga como otra enfermedad cerebrovascular o como mal definida.

La evidencia existente sobre la eficacia de las unidades de prevención secundaria, o las estrategias para mejorar la misma, es incierta.

Una revisión sistemática de ensayos clínicos sobre programas de prevención secundaria (1) concluyó que estos programas mejoran la atención médica, reducen los ingresos hospitalarios, y mejoran la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes coronarios, pero su eficacia en la reducción de la mortalidad y reinfartos, y la costo-efectividad son inciertas.

También existe evidencia de estudios que evalúan diferentes estrategias para mejorar los resultados en prevención secundaria, utilizando diseños pragmáticos de intervención aleatorizada en la atención primaria, dando resultados dispares. Uno de éstos estudios evaluó el efecto de unidades de prevención secundaria dirigidas por profesionales de enfermería comparándolas con la atención habitual en la consultas del médico de familia. Se observaron mejoras en la utilización de antiagregantes, en el control de la presión arterial y de los lípidos, y en realización de actividad física y seguimiento de dieta. No se observaron cambios en el abandono del tabaco. Estos mismos investigadores han publicado recientemente el seguimiento a los 4 años (2), y observan una reducción de la mortalidad y de los eventos coronarios cuando se comparan ambas estrategias, aunque los mismos autores comentan que estos resultados se deben interpretar con precaución por la baja potencia del estudio para detectar estas diferencias y por los valores de significación estadística en el límite (p borderline).

Nuestra propuesta se centraría en la evaluación de una intervención en pacientes con enfermedad cardiovascular (ya que las medidas de prevención secundaria son prácticamente las mismas que para la enfermedad coronaria, y porque la incidencia de la enfermedad cerebrovascular en España ocupa una situación no tan favorable comparada con otros países occidentales como ocurre con la enfermedad coronaria), donde el profesional de enfermería tendría un papel relevante, y además, de ámbito estatal

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar el control de los factores de riesgo (FR) en pacientes con enfermedad cardiovascular en atención primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico en el marco de un ensayo clínico aleatorizado, abierto, en AP (estudio PREseAP), con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria (PIPS) en el control de los FR, la calidad de vida y la morbimortalidad en pacientes que han padecido una enfermedad cardiovascular.

Se incluyeron sujetos de ambos sexos, menores de 86 años, diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI), accidente vasculocerebral (AVC) o enfermedad arterial periférica (EAP) entre enero de 2004 y mayo de 2005 procedentes de 42 centros de salud españoles. Los centros de salud fueron aleatorizados a seguir la práctica clínica habitual o a recibir por parte del personal de enfermería una intervención específicamente diseñada, realizando visitas cuatrimestrales durante un periodo de 3 años.

La intervención realizada por el profesional de enfermería especialmente entrenado se basa en la optimización del cumplimiento terapéutico, realización de recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico, consejo de deshabituación tabáquica, control y valoración de los signos vitales, parámetros lipídicos y glucémicos en sangre y la consulta o derivación del paciente con el médico de familia o el especialista, en caso de estar indicado.

Resultados:

Participaron en el estudio 1226 sujetos, el 59,7% diagnosticados de CI (50,8% IAM, 23,3% angina estable y 25,9% angina inestable), el 33,9% AVC y el 6,4% de EAP. El 73% de los pacientes con CI, el 63,5% de los pacientes con AVC y el 77,2% de los pacientes con EAP eran hombres. La edad media (DE) era de 64,9 (11,4) años en el grupo de CI, 68,3 (10,9) en el grupo de AVC y de 69,4 (9,6) en el grupo de EAP. Eran fumadores el 17,4% de los pacientes con CI, el 14,7% de los pacientes con AVC y el 25,3% de los pacientes con EAP. Mostraban buen control de la presión arterial (<140/90mmHg) el 61,2%, el 49% y el 46,8% de los pacientes diagnosticados de CI, AVC o EAP, respectivamente y de los lípidos (colesterol total < 175mg/dl y LDL<100mg/dl) el 40,5%, el 19,6% y el 28,6% de los pacientes diagnosticados de CI, AVC o EAP, respectivamente. Recibían tratamiento antiagregante el 92,2% de los pacientes diagnosticados de CI, el 78,9% de los pacientes diagnosticados de AVC y el 72,2% de los pacientes diagnosticados de EAP.

Discusión:

La CI es la enfermedad cardiovascular más prevalente, respecto al AVC y la EAP, mayormente diagnosticada en hombres, con una media de edad inferior a la registrada entre los pacientes diagnosticados de AVC o EAP. Los pacientes con CI mostraron mejor control de la presión arterial y/o de los lípidos que el resto de pacientes, siendo el grupo que en mayor porcentaje recibía tratamiento antiagregante. El control de los FR en los pacientes diagnosticados de enfermedad cardiovascular en AP es subóptimo, según las recomendaciones de prevención cardiovascular. Se espera que el impacto del PIPS resulte en un mejor control al final del seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1..McAlister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong W. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;323:957-962.
- 2.. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2002;326:84-87.
- 3.Jolly K, Bradley F, Sharp S, Smith H, Thompson S, Kinmonth A-L, Mant D, for the SHIP Collaborative group. Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angin
4. Brady AJB, Oliver MA, Pittard JB. Secondary prevention in 24431 patients with coronary heart disease: survey in primary care. *BMJ* 2001;322:1463.
- 5.EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-572.
- 6.Grupo de Investigación del estudio PREMISE. Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin* 2002;119:9-12.
- .7Velasco JA, Cosín J, López Sendón JL, De Teresa E, De Oya m, Carrasco JL, Navarro A. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:406-415.
- 8Brotos C, Calvo F, Cascant P, Ribera A, Moral I, Pernanyer-Miralda G. Is prophylactic treatment after myocardial infarction evidence-based? *Fam Pract* 1998;15:457-461
- Brotos C, Pernanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P, Pinar J. Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go? *Fam Pract* 2003;20:32-5.

AUTOR/ES:

Alejandra Cano Arana, M^a Concepción Martín Arribas, Montserrat Hernández, Magdalena Martínez Piédrola, Carmen García Tallés, Antonio Roldán, Ángeles Palacios, M^a Isabel Jiménez, Ángel Gil de Miguel, en nombre de todo el equipo investigador.

TÍTULO:

Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en pacientes mayores de 65 años

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

Las proyecciones demográficas indican que la población española mayor de 65 años para el año 2010 superará el 20% del total, siendo el colectivo de mayores de 75 años de alrededor de 3.600.00 personas. Esto supondrá un aumento también de la demanda de los servicios de salud que este grupo de población genera.

La literatura indica que en el momento del alta hospitalaria, el colectivo de mayores presenta una importante demanda de cuidados derivada de la existencia de problemas activos que generan dependencia.

En un estudio realizado en España se observa que los diagnósticos de enfermería al alta continúan activos al mes de esta. También se ha descrito un empeoramiento en el estado físico, funcional y emocional a las 2 semanas después del alta comparado con el estado basal en el momento del ingreso hospitalario, junto con problemas de adherencia a los planes de cuidados⁵. La tasa de reingresos es más alta, particularmente en el anciano frágil y la insuficiencia cardiaca uno de los problemas médicos con índice de reingreso más alto.

Se ha estimado que el 70% de los reingresos totales de los ancianos pueden ser prevenidos. Dentro de las causas que contribuyen a los reingresos inesperados se incluye: el manejo médico poco óptimo, carencia de suficientes recursos de servicios en el domicilio, fallos para completar el tratamiento prescrito, efectos secundarios de medicamentos y una carencia en la continuidad de cuidados.

Se han realizado diversos estudios acerca de la implantación de un informe de enfermería al alta, como vía para garantizar la continuidad del proceso asistencial y facilitar el seguimiento de los pacientes, por lo que constituye un elemento clave.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la planificación del alta y seguimiento en Atención Primaria de pacientes mayores de 65 años, como método para garantizar la continuidad de cuidados y coordinar los recursos disponibles a fin de disminuir la tasa de reingresos hospitalarios.

Métodos**Población de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el Área Sanitaria 8 de la Comunidad de Madrid entre Enero de 2003 y Julio de 2005.

La población elegible fueron pacientes mayores de 65 años que ingresaron procedentes de sus domicilios en la Fundación Hospital de Alcorcón, con los diagnósticos: insuficiencia cardiaca, angina, infarto de miocardio, infección del tracto respiratorio y procedimientos ortopédicos de miembros inferiores.

Criterios de inclusión: - ancianos con criterios de anciano frágil o de alto riesgo, - que dieron su consentimiento para entrar en el estudio y - que residían en el área geográfica de referencia del hospital de estudio.

Criterios de exclusión: - ancianos procedentes de residencias geriátricas, - que al alta ingresaran en instituciones cerradas, - deterioro cognitivo y físico que les impidiera su autocuidado.

Intervención

El grupo de intervención entró en el protocolo de planificación del alta y el grupo control recibió la atención convencional de enfermería.

Se procedió a aleatorizar los tratamientos aplicados, por quincenas: la primera quincena de cada mes se reclutaron los sujetos que recibieron la planificación del alta y en la siguiente quincena los sujetos que sirvieron como control. Se evitó el muestreo aleatorio para evitar que los participantes de las dos ramas pudieran coincidir en el mismo periodo de tiempo e intercambiar información.

Se identificaron 4 enfermeras en el Hospital para que desarrollaran la labor de enfermeras de enlace, y llevar a cabo el protocolo. Para el grupo de intervención, la enfermera de enlace, realizó visitas cada 48 horas a los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización con los siguientes objetivos:

- Identificar al cuidador principal, realizar la valoración geriátrica funcional al ingreso, elaboración del plan de cuidados individualizado según los problemas y necesidades de cada paciente y programar las actividades de educación sobre la enfermedad al cuidador y al paciente (10 minutos/día). Dicha información estaba reforzada con trípticos informativos elaborados para ese fin. Coordinar a los servicios necesarios para la resolución de los problemas presentados por el paciente y/o cuidador.

- Dentro de las 24-48 horas del posible alta hospitalaria, la enfermera de enlace realizaba una visita para realizar la valoración geriátrica al alta. Dentro de las primeras 24 horas después de su alta, la enfermera de enlace contactaba con la enfermera responsable del seguimiento en Atención Primaria para informarle del alta del paciente y el plan de cuidados establecido en el hospital. Ambas enfermeras realizaban conjuntamente la primera visita domiciliaria.

- Tanto en el grupo de intervención como en el control, se realizó un seguimiento telefónico del paciente a las 2, 6, 12 y 24 semanas después de su alta hospitalaria para registrar los posibles reingresos.

La principal variable desenlace (outcome) es el reingreso por la misma causa. Como variable secundaria se registró el tiempo hasta el reingreso.

Estimación del tamaño muestral

En España la tasa de reingreso comunicada es muy variable. En la literatura consultada, el porcentaje de reingresos en mayores de 65 años con las patologías de estudio o similares oscila alrededor de un 30%. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa informático Sample Power 2.0. El tamaño muestral predeterminado fue de 290 pacientes en total (145 por brazo), para una diferencia esperada de un 10% en el porcentaje de reingresos entre el grupo de intervención y el control, un nivel de significación del 95% (bilateral) y una potencia del 80%. Dado que se estimó que podía existir alrededor de un 20% de pérdidas se sumó al tamaño muestral, de forma que la muestra total fue de 350 pacientes (175 por brazo).

Análisis estadísticos

Se realizó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y mediante mediana y recorrido intercuartílico para variables continuas de las características basales de los pacientes.

En el análisis univariante, comparando ambos grupos del ensayo, para el contraste de variables discretas se utilizó el estadístico ji cuadrado o el estadístico exacto de Fisher según necesidad. Para contrastar variables continuas se utilizaron pruebas no paramétricas porque las variables no cumplían normalidad, mediante el test de Mann Whitney.

Los posibles efectos de confusión en el análisis de la intervención, se controlaron mediante regresión logística para la variable desenlace reingreso, con estrategia hacia atrás. Se consideró confusión un cambio en el OR mayor del 10%.

Para la variable tiempo hasta el reingreso se realizó un análisis de supervivencia mediante la estimación de curvas de supervivencia por Kaplan Meier y regresión multivariante de Cox.

La evolución de la dependencia a lo largo del estudio, como otras variables secundarias del estudio, se calculó mediante la diferencia de las puntuaciones iniciales y finales de los test de Barthel y Lawton y Brody y comparando los resultados utilizando pruebas no paramétricas (test de Mann Whitney).

Resultados

Flujo de participantes. Tras un periodo inicial de 10 meses de preparación de las enfermeras de enlace y elaboración de los materiales de apoyo, el reclutamiento de los pacientes tuvo lugar entre Diciembre de 2003 y Marzo de 2005 (15 meses). El total de pacientes elegibles para participar en el estudio fue de 546. De ellos cumplieron criterios de inclusión 150. De los 150 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, finalmente participaron en el estudio 97 pacientes, 49 en el grupo de intervención y 48 en el grupo control.

La población de muestreo resultó ser más anciana y con más deterioro cognitivo y limitaciones físicas de las esperadas inicialmente. Esto produjo que tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión solo pudieran reclutarse en el estudio 150 pacientes de los 546 elegibles (27,5%).

Datos basales

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en edad, distribución por sexo, estado civil, vivir solo, ser viudo, nivel de instrucción, capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (escala de Barthel), capacidad para las actividades instrumentales (Escala de Lawton y Brody) y estado cognitivo (Minimental). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de porcentajes entre los grupos en las causas de ingreso ($p=0,014$), siendo el número de pacientes con problemas cardiológicos más elevado en el grupo de intervención (40,8%) que en el grupo control (20,8%) y menos operados de cirugía de cadera en el grupo intervención (4,1%) que en el grupo control (16,7%).

Resultados del seguimiento.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración de la hospitalización inicial, ni en la evolución de la discapacidad en ambos grupos.

De los 97 pacientes en estudio reingresaron 29 (29,9%). El número de reingresos fue mayor en el grupo control, 18 (37,5%) que en el grupo de intervención, 11 (22,4%). En el análisis univariante se obtiene $OR= 2,07$; (IC 95%= 0,851- 5,05) no llegando a alcanzarse la significación estadística ($p= 0,105$). Para corregir la posible confusión que puedan ocasionar otras variables en la estimación del efecto de la intervención, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística incluyendo en el modelo las variables significativas en el análisis univariante. En nuestro caso, solo fue la variable diagnóstico al ingreso. Ajustando el análisis por este desbalance en el diagnóstico, se obtiene una estimación del efecto de la intervención, de $OR=3,3$; (IC 1,13- 9,52) y estadísticamente significativa ($p= 0,028$). El resultado fue consistente al realizar un análisis considerando el tiempo hasta el reingreso. En el análisis univariante la planificación del alta no disminuye los reingresos ($HR= 1,63$; IC95%= 0,77- 3,47; $p= 0,196$), ajustando el análisis de la misma manera que en el modelo anterior, la intervención tiene efecto significativo $HR= 2,29$; (IC95%= 1,03- 5,10; $p=0,042$).

BIBLIOGRAFÍA:

IMSERO. Las personas mayores en España. Informe 2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

Castells X, Mercadé LI, iu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. Informe de la Sociedad española de salud pública y administración sanitaria; 2002 Noviembre 22-24; Zaragoza: invertir para la salud, prioridades en salud pública.

De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos 2001; 12(1): 29-32.

De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Galmes A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. Rev Mult Gerontol 2001; 11(1): 20-22.

Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. J Cardiovasc Nurs 1999; 14(1): 44-54.

Mistiaen P, Duijnhouwe E, Wijkel D, Bont de M, Veeger A. The problems of elderly at home one week after discharge from an acute care setting. J Adv Nurs 1997; (25):1233-1240.

Alonso Martínez JL. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. Llorente Díez M, Echegaray Agara M, Urbietta Echezarreta MA, González Arencibia C, et al. 5. An Med Interna 2001; 18: 248-254.

Fernández Gracia J, Martínez González MA, García Rodríguez J, Bueno cavanillas A, Lardelli Claret P, García Martín P. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. Gac sanit 1997; 108(1),4-8.

Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. The Cochrane Library 2001;(2):1-18.

Roige J, Miguel C. El reingreso en un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc) 1994; 103: 307

Einstadter D, Cebul RD, Franta PR. Effect of a nurse case manager on postdischarge follow-up. J Gen Intern Med 1996; 11:684-688.

Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals - an intervention study. Scand J Soc Med 1995; 23(4): 273-285.

AUTOR/ES:

JAEN TORO, M; RICH RUIZ, M; PRIETO RODRIGUEZ, MA; REJANO CASTAÑEDA, M; CABALLERO VILLARASO, MT

TÍTULO:

FACTORES ASOCIADOS AL NO-SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

TEXTO DEL TRABAJO:

La adherencia a los tratamientos es fundamental en la enfermedad crónica. La no-adherencia aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y contribuye a la aparición de complicaciones, incluso reingresos, que aumentan el gasto sanitario.

Objetivos.

1. Determinar la frecuencia de no-adherencia en términos de Incumplimiento del tratamiento o Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
2. Identificar los factores más frecuentemente relacionados con este problema.

Método.

Ámbito: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Diseño. Estudio transversal.

Sujetos:

A. Población de estudio: Enfermos hospitalizados que reciben medicación para el tratamiento de una enfermedad crónica.

B. Población elegible:

1. Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 60 años.
- Personas en tratamiento de una enfermedad crónica desde hace al menos 6 meses.

2. Criterios de exclusión.

- Rechazar participar en el estudio.
- Terapia anti VIH/SIDA.
- Tratamiento psiquiátrico.
- Sospecha de deterioro cognitivo, identificada como 3 ó más errores en el test de Pfeiffer versión española (en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para las que no).

C. Muestra:

Tamaño muestral: Se realizó el cálculo para la estimación de parámetros poblacionales en poblaciones infinitas, con un nivel de confianza del 95 %, para una proporción estimada del 50 % y un error relativo máximo del 10 %, resultando un número de sujetos necesarios de 385.

Diseño muestral: aleatorio sistemático.

Recogida de información:

La recogida de información se realizó sobre un cuestionario estructurado con preguntas de respuesta cerrada.

La fuente de información ha sido básicamente la historia clínica y la entrevista con el paciente. Las preguntas que abordan la detección del problema fueron introducidas "reconociendo que: seguir el tratamiento adecuadamente, muchas veces no resulta fácil" de forma que posibilitemos el reconocimiento de incumplimiento.

Variables:

A. Dependiente:

Incumplimiento del tratamiento (la persona / familia verbaliza no cumplir uno o más de los regímenes acordados para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones), manejo inefectivo del régimen terapéutico-1 (la persona / familia verbaliza no llevar a cabo el programa de tratamiento de la enfermedad, para el cual no existió pacto), manejo inefectivo del régimen terapéutico-2 (la persona / familia lleva el programa a cabo pero no obtiene los resultados esperados), negativa al tratamiento (la persona toma la decisión informada de no seguir el plan propuesto).

B. Tipos de errores en el tratamiento: de posología, omisión (total o parcial) de las dosis, frecuencia de administración, errores de propósito.

C. Variables que identifican factores relacionados con los problemas: Duración del tratamiento, coste del tratamiento, intensidad de los cuidados, red de apoyo para los cuidados, creencias de las personas significativas, accesibilidad/cercanía al profesional de la salud, credibilidad en el régimen o profesional de la salud, percepción subjetiva de gravedad, complejidad, valoración de los efectos secundarios, falta de conocimientos, falta de fuerza (física y psíquica), falta de voluntad, reingresos.

D. Variables que identifican las características del paciente: Edad, nivel de estudios (máximo nivel completado), situación laboral, diagnóstico principal (CIE), comorbilidad, tipo de comorbilidad, nivel funcional.

Análisis estadístico:

Se ha realizado análisis descriptivo univariante de cada una de las variables mediante distribuciones de frecuencias o medias más / menos la desviación estándar.

Las variables incumplimiento del tratamiento y manejo inefectivo del régimen terapéutico-1 se recodificaron obteniéndose dos variables nuevas: no-adherencia (si/ no) y pacto (si/ no). Se realizó de nuevo un análisis descriptivo por no-adherencia (bivariante).

Para ponderar la contribución de cada factor a la no-adherencia se ha realizado una regresión logística múltiple considerando como variable dependiente la variable no-adherencia.

En todas las pruebas estadísticas se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$.

Resultados

Finalmente se han estudiado 375 pacientes. Verbalizaron no-adherencia un 13.5 % (considerando no-adherencia el hecho de no seguir nunca o no seguir con frecuencia el tratamiento frente a adherencia: no seguirlo a veces o seguirlo siempre)

Si dicotomizamos no-adherencia como no seguir (nunca-con frecuencia-a veces) el tratamiento frente a adherencia: seguirlo siempre, estos porcentajes aumentan ahora hasta cifras del 54,9 % (IC 95 % = 49.8 a 60).

Si utilizamos la información recogida como diagnósticos enfermeros, y siguiendo los mismos criterios anteriormente mencionados para dicotomizar las variables, las cifras serían de:

1. Incumplimiento del tratamiento: 5,6 % y 52, 1 %, y

2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico: 13,9 % y 54,6 % respectivamente.

El modelo de regresión logística finalmente elegido para ponderar la contribución de cada factor a la no-adherencia contiene: creencias de las personas significativas, percepción subjetiva de gravedad, complejidad, falta de conocimientos, falta de voluntad y nivel de estudios (bondad de ajuste del modelo = 87.7 %).

Discusión.

Los resultados dejan ver una frecuencia alta de no-adherencia si tenemos en cuenta el no-seguimiento ocasional (a veces) del tratamiento. Las cifras coinciden con estudios previos.

La idea de pacto en la prescripción (entre paciente y médico) que supone diferenciar entre los diagnósticos enfermeros de incumplimiento del tratamiento y manejo inefectivo del tratamiento no aparece asociada a la no-adherencia.

El estudio identifica un número escaso de variables que explican un porcentaje alto de la variable resultado.

Implicaciones para la práctica clínica.

En definitiva, la no-adherencia aparece como un problema frecuente, en el que podemos incidir concentrando nuestros esfuerzos en la identificación y manejo de:

- Las creencias de las personas significativas, actuando sobre el entorno familiar y social.
- La percepción subjetiva de gravedad, haciendo a la persona consciente de las posibles complicaciones.
- La complejidad, haciendo más fáciles los tratamientos, en su prescripción o en su manejo.
- Combatiendo la falta de conocimientos, así como la falta de voluntad, y
- Adecuando la información a la comprensión (quizás por este motivo el nivel de estudios aparece como un factor de riesgo de no-adherencia).

(Financiado dentro de la convocatoria 2004 del Programa para el Uso Racional del Medicamento. Expediente 32031).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. En Haynes RB, editor. Compliance in health care. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1988; 11-22.
2. Arrazola M; Lerma D; Garrido JM y Ramírez A. Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico Revista ROL Enfermería. Diciembre de 2002. 25(12):70-74.
3. Haynes RB, Sackett DL, Tugwell P. Ayudar a los pacientes a cumplir los tratamientos. En: Epidemiología clínica. Ciencia Básica para la medicina clínica. (2ª edición). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1994.
4. Piñeiro F, Gil VF, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con HTA, DMNID y dislipemias. Med Clínica (Barc) 1998; 111: 565-567.
5. Van Vliet MJ, Schuurmans MJ, Grypdonck MH, Duijnste MS. Improper intake of medication by elders--insights on contributing factors: a review of the literature. Res Theory Nurs Pract. 2006 Spring; 20 (1): 79-93.
6. Johnson MJ, Williams M, Marshall ES. Adherent and non-adherent medication-taking in elderly hypertensive patients. Clin Nurs Res. 1999 Nov;8(4):318-35.
7. Pegueró E; Zorat M y Gené J. Cumplimiento y entrevista clínica. Med Clínica 2001; 116 (Supl 2): 52-55.
8. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Editorial Elsevier. Madrid 2003.
9. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD000011
10. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment?. British Medic Journ 1999; 319:780-782.
11. Haynes RB, Mc Kibbon KA, Kanani R, Bronwers MC, Oliver T. Interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. En: Bero L, Grilli R, Grinshaw J, Oxman A editores. Collaboration on effective professional practice module of the Cochrane database of systematic reviews (up

AUTOR/ES:

Sales, R.; Costa, A.; Albertos, S.; Leal, M. I.; Benavent, A.; Guillem, M.; Monton, J.; Leal, C.

TÍTULO:

Proceso de cuidados de enfermería con pacientes psiquiátricos ingresados con criterios NANDA, NIC y NOC. Modelización predictiva

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: La aplicación del artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. BOE 102 - 29-4-1986) implica que las salas de hospitalización psiquiátrica existentes en los hospitales generales se constituyen como recursos a utilizar durante las agudizaciones de la enfermedad mental. En dicho entorno se requieren estrategias de intervención que reintegren a los pacientes a su entorno comunitario lo antes posible, por lo que se hace imprescindible que el personal de enfermería utilice métodos sistemáticos y explícitos tanto en la detección como en la resolución de problemas.

El desarrollo de taxonomías enfermeras de problemas o respuestas alteradas, como objetivos de salud esperados e intervenciones, ha facilitado en todos los campos de la salud la normalización de un lenguaje enfermero que facilita la transmisión de conocimientos y experiencias profesionales.

Para la realización de nuestro trabajo, hemos seleccionado las respuestas alteradas del listado taxonómico II de la N.A.N.D.A que se presentan con mayor frecuencia en pacientes psiquiátricos ingresados en una sala de agudos, agrupados por Patrones Funcionales de Salud (Gordon M 1982), los objetivos de salud propuestas por el grupo de la Universidad de Iowa (NOC) ajustadas a los criterios de intervención establecidos por la Universidad de Iowa (NIC)

Hipótesis: El personal de enfermería de una planta de hospitalización psiquiátrica identifica respuestas alteradas y realiza intervenciones para su resolución y la consecución de objetivos de salud.

Objetivos: a) Verificar que el personal de Enfermería detecta respuestas relacionadas con los Patrones de Salud en los pacientes ingresados en una sala de hospitalización psiquiátrica; b) Comprobar que el personal de Enfermería realiza procesos de cuidados identificando respuestas alteradas, enuncia objetivos de salud, diseña y ejecuta las actividades adecuadas en una sala de hospitalización psiquiátrica; c) valorar la evolución de patrones, respuestas humanas y objetivos de salud durante la estancia hospitalaria y d) evaluar las intervenciones que se realizan, su coincidencia con las propuestas por el grupo de la Universidad de Iowa (NIC) y las repercusiones en los objetivos alcanzados (NOC).

Material y Métodos: Se ha estudiado una cohorte de 100 pacientes (ingresados correlativamente) en la planta de hospitalización del Servicio de Psiquiatría del H. Clínico Universitario de Valencia durante 6 meses, con los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos, edad > 18 años, diagnósticos de trastornos esquizofrénicos y trastornos del estado de ánimo (DSM IV) y estancia hospitalaria superior a 16 días. Se ha elaborado un protocolo de recogida de datos distribuido en 11 secciones correspondiente cada una a los patrones funcionales (Gordon); cada sección compuesta por las respuestas mas frecuentes (seleccionadas de la Taxonomía II, NANDA), los objetivos de salud (seleccionados de la Taxonomía NOC) y las intervenciones de enfermería (seleccionadas de la Taxonomía NIC) consideradas idóneas para la solución de problemas y la consecución de objetivos. Se ha utilizado una escala de Likert para patrones, respuestas alteradas y desviación de objetivos de salud durante los tres primeros días del ingreso y al ser dados de alta. Los datos se han tomado de tres fuentes: verbalizados en los cambios de turno, transcritos en las hojas de observación y por medio de la observación participante. El personal de enfermería de la sala no estaba especialmente entrenado para el proceso y seguía sus pautas habituales en la asistencia. Los datos se incluyeron en una base específica y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 11.5 y Stata 8/SE. Como variables dependientes se ha analizado la evolución ingreso-alta del grado de mejoría/empeoramiento de los patrones funcionales, respuestas alteradas y objetivos de salud.

Como variable explicativa fundamental se han considerado: las intervenciones enfermeras ajustadas a NIC. Otras variables explicativas han sido introducidas en el modelo por asegurar el control de factores confundentes. Se han utilizado pruebas estadísticas no paramétricas para las variables cualitativas y análisis multivariante para el establecimiento de interrelaciones entre variables. Se ha tomado como límite de significatividad estadística una $p < 0.05$.

Resultados: Hemos reunido nuestros resultados en tres apartados: 1) Características de la muestra; 2) Análisis descriptivo (variables de los patrones funcionales y análisis de conjunto) y 3) Análisis multivariante (sobre intervenciones y alteraciones del patrón, sobre intervenciones y objetivos de salud).

1) La muestra estaba constituida por 100 pacientes (37.7 ± 15.4 años; rango 18-80 a.), 61 hombres y 39 mujeres (33.4 ± 13.5 y 44.5 ± 15.9 años, respectivamente, $p < 0.05$); estancia media 26.6 ± 9 días (rango 16-80); diagnóstico: 65 pacientes con trastornos esquizofrénicos y 35 con trastornos del estado de ánimo. Predominio de nacionalidad española (90%), solteros (68%) y con estudios primarios (51%); están en paro laboral el 31% y con y trabajo activo el 29%.

2) Se comprueba una mejoría significativa ($p < 0.001$) al alta respecto al ingreso en la evolución de los patrones, tanto en la evolución del patrón en cada paciente como en el conjunto de todos los patrones en todos los pacientes, de las respuestas alteradas y los objetivos de salud. Los patrones que se muestran mas alterados en el momento del ingreso y las respuestas que con mayor frecuencia muestran la alteración del patrón así como su evolución en tanto duró la estancia hospitalaria: Patrón percepción control de la salud (score medio ingreso 4.76 ± 0.49 , alta 1.87 ± 0.72) las respuestas que mostraban la alteración del patrón fueron "protección ineficaz" 98 pacientes, "riesgo de lesión, asfixia o trauma" 91 pacientes, "incumplimiento del tratamiento" 85 pacientes. Patrón funcional cognitivo conductual (score medio ingreso 4.82 ± 0.41 , alta 1.70 ± 0.68) las respuestas mas frecuentes "Trastorno de los procesos del pensamiento" 98 pacientes, "deterioro en la interpretación del entorno" 84 pacientes. Patrón Rol relaciones (score medio ingreso 4.66 ± 0.51 , alta 2.02 ± 0.85) las respuestas mas frecuentes "deterioro en la interacción social" 92 pacientes, "aislamiento social" 86 pacientes, "interrupción de los procesos familiares" 78 pacientes.

3) Se objetiva la repercusión del total de intervenciones enfermeras en la mejora de los patrones (variable de ajuste el diagnóstico, la edad y el sexo) nos ofreció una OR de 1.02 ($p = 0.015$), especialmente en pacientes con trastornos del estado de ánimo (OR=2.609, $p = 0.022$), no siendo significativos ni las variables edad ni sexo.

Las intervenciones agrupadas por campos que mas repercutieron en la resolución de los patrones fueron las siguientes: fisiológicas básicas, fisiológicas complejas, conductual, seguridad y sistemas de salud, no resultando significativo el campo de familia. Dado que el trabajo lo hemos realizado en una sala de hospitalización psiquiátrica, hemos obviado el campo comunidad por no considerarlo pertinente. En cuanto a la consecución de los objetivos de salud, se ha objetivado la influencia del total de intervenciones en el conjunto de pacientes (OR1.19, $p = 0.000$), sobre todo en pacientes con trastornos del estado de ánimo, según nuestros datos, respecto a la variable edad se produce una repercusión inversamente proporcional (a menor edad, mayor consecución de objetivos).

Las intervenciones agrupadas por campos que incidieron de forma significativa en la consecución de los objetivos fueron las siguientes: campo fisiológico simple, campo fisiológico complejo y campo conductual, no resultando significativos los campos seguridad, familia y sistemas de salud.

Conclusiones: 1. Las enfermeras/os de una planta de hospitalización psiquiátrica de un hospital general, Sí que detectan respuestas alteradas y realizan intervenciones organizadas y estructuradas para alcanzar la resolución de las mismas. 2. La recogida de datos por patrones funcionales se muestra eficaz en la aplicación del proceso de cuidados. 3. Los enfermeros/as de Psiquiatría detectan en sus pacientes problemas reales o potenciales que están contenidos en la taxonomía propuesta por NANDA (aunque no siempre se utilice exactamente una nomenclatura idéntica). 4. Los objetivos de salud que se marcan los enfermeros/as en este tipo de hospitalización psiquiátrica, se corresponden con las propuestos por la Universidad de Iowa (NOC). 5. Las intervenciones que realizan estos enfermeros/as son las mismas que el listado propuesto por la Universidad de Iowa (NIC) y su realización repercute directamente en la consecución de objetivos de salud y en la resolución de problemas. 5 Las Taxonomías estandarizadas permiten transmitir conocimientos y experiencias en los cuidados que repercuten positivamente en los pacientes ingresados.

La aplicación del presente trabajo en tres salas de psiquiatría de tres comunidades autónomas: Hospital Clinic Universitari de Valencia, Hospital Reina Sofía de Murcia y Hospital Ntr^a Sra. del Perpetuo Socorro de Albacete (Castilla La Mancha) ha sido dotado con una beca del FIS de Evaluación de Tecnologías Sanitarias PI05/90091 el año 2006

BIBLIOGRAFÍA:

Bulechek GM, McCloskey M, Joanne C. Nursing Interventions. Effective Nursing Treatments. 3º ed. Philadelphia. Saunders Co. 1999

Fornes J. El proceso de valoración en enfermería en Salud Mental 2002 en Intersalud.net <http://www.intersalud.net/articulos/fornes.htm> (16 de Marzo 2005)

Gordon M. Manual of Nursing Diagnoses. 10ª Edition. St. Louis. Mosby. 2002

Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid. Harcourt- Mosby. 2002

Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Madrid. Harcourt Brace. 1998

Leal I, Sales R. Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. En: Vallejo J, Leal C (eds) "Tratado de Psiquiatría". Barcelona. Ars Médica. 2004: 2103-2120

MacClokey J Dochterman, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC). Iowa. Mosby 2004

NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. Madrid. Elsevier 2005

Sales R, Albertos S, Piqué J, Merelles A, Leal MI. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General. Valencia. Nau Llibres. 1991

Sales R, Albertos S, Leal MI, Villasante A, Piqué J. Diagnósticos en Enfermería: de la Teoría a la Práctica. Notas de Enfermería 1991; 1: 51-88

Sales R, Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla <http://www.san.gva.es/cas/prof/enfermeria/observatorio/tesistotal.pdf> (28 de Junio de 2006)

AUTHOR/S:

Ana Covadonga González Pisano, Marta M^a González Pisano

TITLE:

Validación de los Diagnósticos de Enfermería como método indirecto para valorar el cumplimiento terapéutico en usuarios de Atención Primaria de Salud

TEXT:**Objetivo:**

El cumplimiento del tratamiento se define como el “grado en el que el comportamiento de una persona (en términos de tomar la medicación, seguir una dieta o asumir cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos sanitarios”. El objetivo del estudio es valorar la eficacia de cuatro Diagnósticos de Enfermería (DdE) como métodos indirectos, sencillos y fáciles de aplicar en la práctica clínica para identificar a las personas que introducen cambios en su estilo de vida (dietéticos, físicos o farmacológicos) necesarios para prevenir o tratar una enfermedad.

Métodos:

Se trata de un estudio transversal realizado en consultorios de dos Centros de Salud de Asturias y León durante el período comprendido entre septiembre de 2005 y abril de 2006. Se atendía a una población adulta (mayores de 14 años) de 3.379 personas. Se ha realizado un cálculo para la estimación de parámetros en poblaciones finitas con un índice de confianza del 95% y un error relativo máximo del 5% resultando un número de sujetos necesario de 140 personas. Se realizó un muestreo aleatorio simple sobre el listado de usuarios incluidos en cartilla sanitaria en el momento de comenzar el estudio. Los criterios de inclusión fueron tener más de 14 años, estar en tratamiento con dieta, ejercicio o medicación, y aceptar voluntariamente participar (previo consentimiento informado), y los criterios de exclusión el no cumplir los criterios de inclusión, estar en terapia oncológica o de toxicomanías o sospecha de deterioro cognitivo (medida por el test de Pfeiffer). Se solicitó la autorización al Comité de Ética y a las respectivas Gerencias Regionales de Salud. Se contemplaron los aspectos éticos y legales de investigación en humanos y la protección de datos.

Como no existe ningún método estándar para medir el cumplimiento o adherencia terapéutica se utilizaron los métodos indirectos utilizados más fiables: el Test de Morisky-Green, el Test de Batalla, el test de Haynes-Sackett y la Capacidad de Autocumplimiento.

Entre los diagnósticos enfermeros (DdE) que valoran el cumplimiento y cuyo uso es más frecuente por estudios de la Red Centinela de Enfermería de Castilla y León se encuentran: Manejo efectivo del régimen terapéutico, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Incumplimiento del tratamiento y Afrontamiento defensivo. Se construyó para la obtención de datos un cuestionario que incluyese variables sociodemográficas y los métodos indirectos antes mencionados. Las etiquetas diagnósticas de enfermería fueron valoradas por dos enfermeras entrenadas (índice de fiabilidad – cálculo de concordancia simple- entre ambas del 98%).

Se realizó un análisis descriptivo univariante para cada una de las variables mediante distribución de frecuencias o medias más/menos la desviación estándar, y la concordancia en la valoración de cumplimiento (índice Kappa) de los distintos métodos utilizados.

Resultados:

De las 170 personas incluidas 50,7 % eran mujeres y 49,3 % varones. La media de edad ha sido de 58,9 años ($\pm 15,87$). El nivel socioeconómico medido por el test de Graffar fue medio alto para un 7,2%, medio bajo para un 37,7%, bajo para el 49,3% y modesto para el 5,8%. El tipo de enfermedad que presentaban fue aguda para el 15,8% y crónica para el 84,1%.

El porcentaje de cumplimiento medido por los DdE fue de 50,7 %, siendo el medido por los demás de: Morisky-Green 44,9%, Batalla 68,1%, Haynes-Sackett 96,7% y Capacidad Autocomunicada 72%. La menor dificultad en la adherencia se presenta para los fármacos (69,6%), después para el ejercicio (50%) y por último la dieta (40%).

Encontramos significativa estadísticamente la correlación entre los DdE y el Test de Morisky-Green, no así la relación con los otros métodos indirectos (Batalla, Haynes-Sackett...), ni éstos entre sí. Sin embargo el valor de concordancia medido por el índice kappa es muy débil en todos los métodos utilizados entre sí y con los Diagnósticos de Enfermería, y débil (0,245) entre estos últimos (DdE) y el cumplimiento autocomunicado para la dieta.

Conclusiones:

El porcentaje de cumplimiento que hemos hallado con los DdE es similar al de otros trabajos realizados en nuestro medio para la adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo existen muy pocos estudios que se centren en los estilos de vida de los usuarios del sistema de salud. Los DdE tienen sensibilidad para valorar el cumplimiento a régimen dietético, ejercicio físico y fármacos; el resto de los métodos utilizados únicamente son sensibles a la adherencia a fármacos. Sin embargo ninguno de ellos tiene suficiente fiabilidad, y por este motivo cuando se mide adherencia al tratamiento se utilizan varios instrumentos diferentes de medida.

Dada la importancia que tienen los estilos de vida y el cumplimiento terapéutico para el control de las enfermedades crónicas, y teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad que cada vez requiere más cuidados, es necesario elaborar un instrumento que nos permita identificar este problema y establecer las medidas necesarias para minimizarlo.

Los profesionales de enfermería en la Atención Primaria tienen una importancia fundamental en el fomento del autocuidado y en la promoción de hábitos saludables, tanto en el contexto de la salud como de la enfermedad. Disponemos de herramientas de detección de los mismos útiles y necesarios, tanto para la gestión de cuidados como para la gestión de recursos. Esta línea de trabajo podría ser muy útil y se debería profundizar en ella dado el escaso número de estudios existentes que se centre no sólo en la adherencia al tratamiento farmacológico sino también en hábitos saludables y la importancia del rol que la enfermera ejerce en estos cuidados.

AUTHOR/S:

Ana Cláudia Giesbrecht Puggina
Maria Júlia Paes da Silva

TITLE:

The music and verbal message influence on the vital signs and face expression of the patients in physiological or induced coma.

TEXT:**INTRODUÇÃO**

The coma can be described as the state of total loss or partial conscience, the voluntary motricity, generally due to brain damage, intoxication, endocrine and metabolic problems, of which, depending on the seriousness, the vital functions are kept in greater or smaller degree(1,2). The hearing perception of patients in coma, both physiological and induced, in relation to the verbal communication around, has always been questioned and until today, even with the progress of Medicine and of neuroscience, we still do not have a precise answer of what happens in the mind of these patients during the experience of being in coma(3,4,5,6,7,8,9). The hearing seems to be the last sense to be lost, and this affirmation can be supported through reports of people that returned from this state. Most of them report sensorial hearing data like sounds, words, phrases, familiar voices, etc. That's why the sonorous environment in which the patient is put in is extremely important, as well as the chatting beside the bed and the communication with the patient, especially before any procedure is done.

The studies that treat the hearing in patients in the state of coma, in one way or the other, point to the existence of a certain hearing perception. However, more studies need to be done to determine other methods that are able to measure the responses of patients in the state of coma to the hearing stimuli, for the universe of studies through this line of research is still very small (10).

OBJECTIVES

The objectives of this work was: (1) to verify the influence of music and oral message over the vital Signs and the patients' facial Expression in physiological or induced coma; (2) to relate the existence of the patient's responsiveness with Glasgow Coma Scale or with Ramsay Sedation Scale in what refers to the musical incentive and the verbal incentive.

CASUISTRY AND METHOD

It is a randomized controlled clinical trial. The sample consisted of 30 patients of intensive care unit, who were divided in 2 groups: control group (without auditory stimulus - 13 patients) and experimental group (with auditory stimulus - 17 patients). The place of study was Units of Intensive Therapy of a hospital school in the city of São Paulo (Brazil).

The oral message was used with two basic objectives: to expose the patient to a language incentive and to focus the patient's attention. The music used in the present study was selected by a relative, considering the patient's preference, and he/she sought to offer an incentive with an affectionate bond with the patient besides guaranteeing him/her comfort.

The oral message was elaborated the patient's relatives. The music was selected by a relative, considering the patient's preference. 2 Compact Disc (CD) were made for each patient. One with the resonant (preferable music and message) and the other with the same time of recording of the prior CD, but without resonant incentives. During the sessions the patients used head phones. The advisor was responsible for the random distribution of the groups, without the researcher knowing which CD was chosen, avoiding, with this disguise, the tendentious interpretation in the collection of data. The volume of the resonant incentives was between 60 and 70 decibels. The evaluation according to Glasgow Coma Scale and Ramsay Sedation Scale was always accomplished before each session and before any stimuli. The patients were submitted to 3 sessions, being accomplished 1 a day for 3 consecutive days. Was elaborated an instrument for collection of the data. The vital signs were evaluated after 60 seconds of each incentive and logged in a pre-established sequence: Pulse, Axillary's Temperature, Blood Pressure, Saturation of Oxygen (O₂) and Breathing Frequency. All the patients included in the research were monitored with homodynamic monitor. The facial Expression was recorded for future visualization.

For the comparison of the variables we used the Exact Test of Fisher, Test of Mann-Whitney and the Test t. The probability of occurrence of the tests statistics (p) was classified in:

- The difference was considered as significant if p inferior to 0.05
- The difference was considered as significant if p inferior to 0.10
- The difference was considered as significant tendency if p between 0.10 and 0.20
- The difference was considered as not significant if p superior to 0.20

RESULTS AND DISCUSSION

Comparing the two groups, experimental and control, according to the Exact Test of Fisher, in relation to age group ($p=1.00$), causes of the lowering of the level of conscience ($p=0.46$) and days of internment ($p=0.81$) these don't differ statistically among themselves, in other words, they can be considered homogeneous.

The UTI of the Soon-aid (PS), subdivided in Trauma and Clinic, was the unit in which made the collection of data. The UTI of the Trauma has a total of 21 patient and takes care of victims of trauma. The Clinical UTI has 15 patients, where they are interned patient with diverse pathologies, in general, aged and chronic illnesses.

The chosen songs were very varied, because, according to the age group, social level and even ethnologic origin, the patients were very different, most of the time, those songs were related to a significant moment in the patient's life, personality, positive experiences etc.

All of the messages, one way or another, demonstrated longing and affection for the patients. In most of them, 27 of the 30 messages (90%), independent on the relatives' religion there was a strong religiosity expression; words as God, Jesus and prayer were very present. The desire that the dear family member goes back home soon was mentioned by 20 of the 30 (66.7%) relatives. And other 16 (53.3%) relatives referred during the message expressions that show a desire for the patient not to worry about the external problems and to stay calm during the hospitalization.

We compared statistically the groups in relation to the differences among the values before and during each of the incentives (or silence in the controls) in the three sessions. In spite of the averages of the vital Signs of the experimental Group during the music and the message being altered in the great majority of the time in relation to basal average, when compared with the Group control, we found significant differences statistically and significant tendencies in just some moments.

Comparing the groups, we found alterations statistically significant in the following vital Signs: Saturation of O₂. - Session 1; Saturation of O₂. - Session 3; Breathing frequency. Session 3, all during the message. The significant tendencies were the following ones: Temperature - session 3 during the message; Systolic blood pressure - session 3 during the music; Diastolic blood pressure - session 3 during the message; Breathing frequency- Session 2 during both the music and the message.

The patients' facial expression during each session was collected in the following way: we observed the patient immediately before the intervention and we wrote down his/her basal facial expression so later we could disregard the alterations that already happened before the intervention, as well as, the reflexes previously present; starting from that, his/her facial Expression was recorded through the filming for future visualization.

The registered facial alterations were only those not previously presented by the patient and due to great diversity of data, we joined them in: occurrence or not of alteration of the facial expression during the intervention compared to the basal expression.

CONCLUSION

We found alterations statistically significant in the variables Saturation of O₂, Breathing Frequency and Facial Expression. Considering only the alterations statistically significant, we can observe that apparently the message was a stronger incentive than the music in relation to the capacity to produce suggestive physiological answers of hearing.

However when we consider the alterations in indicative of tendency have a certain balance between the stimuli musical and verbal; suggesting that the musical stimulus also can be considered a significant stimulus.

We observed response to the hearing incentives in all of the punctuations of the Scale of Coma of Glasgow in the patients of the experimental Group when we obtained differences statistically significant; therefore, we can affirm that this variable influenced only a little the answers in this study. As for Ramsay Sedation Scale, only 1 of those patients was evaluated with this scale, what makes any analysis more difficult.

We can not affirm how much these patients are capable to hear us, but considering these results we need to at least worry about what to say around of them.

FINAL CONSIDERATIONS

The moment of the collection of data when we had a direct contact with the relatives was an interesting experience. As we talked to this relative explaining how the elaboration of the message should be and the choice of the music, we really ended up in contact with that patient's story and contextualized him/her. The chosen music is part of specific moments of the story of that patient's life, most of the time of happiness. The sayings of the message are not only demonstrations of affection, but they tell the every-day life of these patients.

The moment with the relatives was always involved in a lot of emotion. It was interesting to observe some things: children that had difficulties saying they love the parents, parents that didn't know the children's musical taste and at that moment they noticed their fault, children apologizing and promising a lot of things, spouses swearing eternal love...

The messages also bring something very interesting: the attachment to something divine to overcome the difficulties, even if that attachment was weak for a long time. The research, for many relatives, seemed to represent a new opportunity to talk to their dear ones, many were touched and cried.

In regards to the hearing of the patients in the state of coma there are many questions to be asked and to many of them we still don't have answers. What we cannot stop believing is that it does exist a certain perception of these patients and that we cannot say anything thoughtless or inadequate by their bed; we must instead, take certain precautions and always be ethical. This is exactly the applicability of this study, to always be ethical.

BIBLIOGRAPHY:

- 1- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- 2- Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
- 3- Jones CP. Spark of life. Geriatr Nurs. 1990;11(4):194-6.
- 4- Aldridge D, Gustorff D, Hannich HJ. Where am I? Music therapy applied to coma patients. J R Soc Med. 1990;83(6):345-6.
- 5- Sisson R. Effects of auditory stimuli on comatose patients with head injury. Heart Lung. 1990;19(4):373-8.
- 6- Jones R, Hux K, Morton-Anderson A, Knepper L. Auditory stimulation effect on a comatose survivor of traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75:164-71.
- 7- Jones SJ, Pato MV, Longe O. Auditory information processing in comatose patients: eps to synthesized 'musical' tones. Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl. 1999;50:402-7.
- 8- Schinner KM, Chisholm AH, Grap MJ, Siva P, Hallinan M, La Voice-Hawkins AM. Effects of auditory stimuli on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in traumatic brain injury. J Neurosci Nurs. 1995;27(6):348-54.
- 9- Walker JS, Eakes GG, Siebelink E. The effects of familial voice interventions on comatose head-injured patients. J Trauma Nurs. 1998;5(2):41-6.
- 10- Puggina ACG, Silva MJP da, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva dos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(3),313-9.

AUTHOR/S:

Ingrid de Almeida Barbosa (Graduate Student, 8th semester from EEUSP; São Paulo, Brazil), Maria Júlia Paes Silva (Titular Professor of medical-surgery department from EEUSP; São Paulo, Brazil)

TITLE:

Nursing Humanized Care: acting with respect in a University Hospital

TEXT:

Introduction: The need for humanization of the cares in hospital setting exists in a social context in which some factors have contributed for the spalling of the human being as somebody who is understood as purely biological: necessities, the technology, the view that's the healthcare team withholds the knowing and, not having the perception of the completeness of the Human being, are examples of these factors. For many times, the advances in medical technology, mainly from the second half of 20th century, made the care becomes the application of a technician procedure, in order to fulfil a mechanist objective, as to punch venous access, to medicate or, the Human being embrittlement when one is patient disfavors the exertion of one's autonomy when it happens a paternalistic view that's the healthcare team withholds the power and the knowing underestimating the sick person's capacity for making judgments related to itself and its health(1). Seeing through human being not only as somebody who has biological necessities, but also a bio-psycho-social and spiritual agent, who has rights to be respected, being supposed to be guaranteed its ethical dignity, it's fundamental to start walking in direction to the humanization of the health's care.

To humanize the cares include respecting the human being individuality, and composing "a concrete space in the health institutions, that legitimize the human being of the involved people"(2). In this manner, to take care of in a humanized way, the health professional must be able to understand himself and to the other, extending this knowledge to the manner of action and becoming aware of the values and the principles that lead this action. In this context, to respect the patient is a primordial component regarding to humanized cares(2).

To respect involves hearing what the other has to say, seeking to interpret what we hear, to have compassion, to be tolerant, honest, considerate, it is to understand the necessity of the self-knowledge to be able to respect itself, and then, to respect the other(3). Even though the respect concept is plenty large, It's possible to aim that, when the nurse acts considering the patient individuality and subjectivity, treating him with attention, consideration and deference(4), he will be paying great attention, so he will be offering integral and humanized cares.

To respect the other in way of doing things also includes to consider bioethics principles of the autonomy, justice, beneficence and not-slander. These principles are subsidiary to the human dignity becoming an essential component of the care quality(5). Considering that to respect involves acting respectfully, it shouldn't be disrespected that these actions are in association with the way from which the interpersonal relations between the nurse and the patient occur, so the way the nurse communicates with him is a primordial factor when the component respect is analyzed in this relation. Communication is the process of exchanging messages, which has as main elements the context, the sender, the receiver and the own message. This process is composed, basically, of verbal and not-verbal shapes, yond the close-language, which is the way we speak(6). The objective of the adequate communication is to reduce conflicts that can be generated and to cure doubts, besides being the basic instrument of the Nursing effective assistance, therefore only through it we're able to understand the patient as a whole, and to identify the meaning of the problem for him. The nurse, knowing about the appropriate therapeutic communication techniques, he has one more resource in behalf of himself, giving a more humanistic approach to the communication and to the interpersonal relations(7-8). All these aspects take us to ask: Is the nurse aware that it's from its communication with the patient that he demonstrates respect? Does he note that his behavior, attitude and way of acting are what make his patient feels respected? Does he note that the principles of the autonomy, justice and beneficence can be pointed out in his hospital routine? Does the nurse way of acting and communicating with the patient daily indicates that he respects the

patient in his plenitude?

Specific objectives: to verify the aspects of the hospital routine where the nurse notes the bioethics principles in the attendance, and to verify in what situations the nurse notes the conception of respect becomes an essential component of his routine by the patient's side.

Methodology: It was an exploratory, descriptive and it had a qualitative approach research, it was carried out at a great General Governmental Hospital in São Paulo, Brazil. The individuals who participated in this study as subjects were 18 nurses from medical and surgical clinics, who accepted to participate, and who worked for at least one year in these clinics. The total depended on the saturation of the data, that is, when the speeches had been repeated we suspended the interviews. Initially we requested the authorization to the Ethics Committee at the mentioned institution. After the study's approval by the Committee, the nurses had been contacted and who accepted to participate answered the following questions in a recorded and an appointed time interview: How do you think that bioethics principles of the autonomy, justice, beneficence and not-slander can help you to care appropriately? In your opinion, in which situation we can respect or disrespect the customer? What does to take care of in a humanized way mean for you? How can you practice the "humanization" daily? The data had been analyzed according to Bardin's proposal(9), who proposes three stages of the discourse analysis: 1- pre-analyses, 2- analytic description 3- inferential interpretation

Results: Characterizing the studied population, we found out that most of the 18 nurses interviewed (66,6%) were at least 10 academic years, and 55,5% were at least 5 years work at the institution, 15 years work was the maximum of time found in the University Hospital.

The following categories were met: 1- The interference of the bioethics principles in nursing practice (Orienting the action, helping to respect the patient, taking the hospital routine as something that makes the application of these principles more difficult); 2- How to respect the patient despite of the hospital routines (Considering each patient, having a good communication and breaking the routines); 3- How to take care of in a humanized way (Having an appropriated interpersonal relationship, being able to identify the individualities, and taking care of own team); 4- How to practice humanization theory (Having the communication properly, respecting, empathy, and good mood, breaking the hospital routines, and humanizing the team).

Discuss: 1st Category: The interference of the bioethics principles in nursing practice – As cited the bioethics principles are: autonomy, justice, beneficence and not-slander. The nurse respects the patient when he follows these principles while doing the patient care, since respecting involves to notice the patient as who is entitled to exercise his autonomy, to consider the human being with specifics social, biological and spirituals necessities, and do good(1). We find in this category that, to follow the bioethics principles guides the nurse to act in a humanized way, helps him to respect the patient and, at last, that there is a factor which makes more difficult the respect to autonomy and other principles

2nd Category: How to respect the patient despite of the hospital routines- it involves the understanding that when a nurse cares at hospital setting he comes upon rules and norms that must be followed. And, to respect despite of routines, at first the nurse must consider each patient, because it helps the nurse to be more flexible even if he must follow the norms of the hospital. Having a good communication it was the second subcategory cited as something important to the nurse in order to respect the patient despite of the hospital routines, as some writers said(7,8). And, at last, according to the nurses, a way to respect the patient despite of the hospital routines is breaking them. Being able to respect the patient despite of the hospital routines, the nurse goes toward the humanization, and to care in a humanized way is a dare.

3rd Category: How to take care of in a humanized way- it was understood as a present necessity, because many times the care becomes an application of the nursing care technician(1). And, to notice that the one, whose these technicians are applied, is a bio-psycho-social agent, it's essential to humanize. We found in this category that to care in a humanized way, the nurse must: have an

appropriated interpersonal relationship, be able to identify the individualities, and take care of his own team properly.

4th Category: How to practice humanization theory: it involves to act following the bioethics principles, cited by the writers(1,2). When the nurse practices the theory, he is respecting the patient. Figures out that to respect is to hear the other, to be attentive, to consider one's individuality and subjectivity and to respect the other. So, in this category we found that the nurse must have a proper communication, empathy, respect and good mood, and humanize the team. Having in mind (and in the heart) the bioethics principles, he will be able to act in his best way.

Conclusions and final considerations: from the objectives of this study, to verify the aspects of the hospital routine where the nurse notes the bioethics principles in the attendance, and to verify in what situations the nurse notes the conception of respect becomes an essential component of his routine by the patient's side, we concluded that the nurse has knowledge that the bioethics principles help him in his action, because they guide him in his action, making the respect to the patient happens naturally. But, they understand that the hospital norms and routines make it difficult to put into practice these principles. The situations, which the nurse notes the conception of respect becomes an essential component of his own routine, are the simpler ones, as when making the patient's hygienic, medicating, explaining the procedure, and some more.. However, the nurse withhold himself to very simple situations, and maybe he doesn't perceive that this concept may be enlarged and be applied to the other situations, as much in ethical dilemma as in situations not such complex. No interviewee cited harder situations to be decided.

It's necessary that the nurse reconsider his care., so that he'll be able to notice that the bioethics principle must guide his practice helping with the respect to the patient and with the Nursing humanized care, in order that make the care not becomes just an application of the nursing care technician, but a complex practice, which consider the one to whom care is being provided, is Worthy, and not only with biological necessity, but also with psychological, social and spiritual.

BIBLIOGRAPHY:

1. Miranda JM. Tecnologia, autonomia e dignidade humana na área da saúde. In: Siqueira JE, Prota L, Zancanaro L (organizadores). Bioética: estudos e reflexões. Londrina: UEL; 2000. p.101-16.
2. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 12-30.
3. Fernandes MFP, Pereira RCB. Percepção do professor sobre o respeito. Nursing. 2005; 87(8): 375-9.
4. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
5. Anjos MF. Dignidade humana em debate. Bioética. 2004; 12(1): 109-14.
6. Stefanelli MC. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: Stefanelli MC, Cervalho EC(organizadores). A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. São Paulo: Editora Manole; 2005. p.28-46.
7. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente (5º ed.); 1996.
8. Mendes IAC. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem. São Paulo: Sarvier; 1994.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

AUTHOR/S:

Dr Jenny Morris & Dr Veronica Maynard

TITLE:

The Perceived Value of an Evidence Based Practice Module to Evidence Based Practice Skill Development in the Workplace

TEXT:

Objectives: Evidence based practice (EBP) is an important concept in healthcare. A degree level EBP module is undertaken by students on post-qualifying programmes to develop skills in developing answerable clinical questions, critical appraisal of primary and secondary evidence, and application of research based evidence to practice. Despite training in these skills, there is some suggestion that nurses and other health care professionals lack confidence in this area and fail to make the links between research based evidence and practice. The purpose of this study was to investigate how the EBP skills developed on the degree level EBP module were utilized in practice, and to identify what local barriers there were in using these skills.

Methods: A cross sectional postal questionnaire survey of all students who had completed the module within the past three years (n=393); followed by interviews of a convenience sample to explore further issues that emerged from the survey (n=7).

Results: 191 completed questionnaires reflecting a response rate of 48.6%. The results showed that the students perceived themselves as 'quite skilled' or 'competent' with regard to the key EBP skills, and that completion of the module had contributed 'greatly' to this skill acquisition. Results from the survey and the interviews showed that time and cultural issues were the greatest barriers to developing further and actually using the EBP skills gained through completion of the module and the module assignment.

Conclusions: The perceived value of the taught EBP module was apparent, with the students indicating that they had the necessary knowledge and skills to implement evidence in practice. However, if the skills obtained are to be developed further and actually used appropriately in the work place, cultural changes need to occur so that health care professionals have the time and resources available to work as competent evidence based practitioners.

AUTOR/ES:

Carmen Álvarez Nieto, Jesús Aguilar Prieto, José Antonio Castilla Alcalá

TÍTULO:

¿Cuántas muestras de semen es necesario analizar para estimar la calidad seminal de un individuo?

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: Debido a la alta variabilidad biológica de los parámetros seminales, el número de muestras de semen a analizar en el estudio del varón propuesto por diferentes autores es controvertido, oscilando entre 1 y 4 muestras. El objetivo de este estudio es determinar el número de muestras de semen a analizar para estimar el punto de ajuste homeostático de los diferentes parámetros seminales en función de la variabilidad analítica y biológica.

Metodología: El número de muestras necesarias para la estimación del punto de equilibrio homeostático fue calculado mediante la fórmula propuesta por Fraser (2001): $n = [1,96 * [CVA^2 + CVI^2]^{1/2}/D]^2$ donde n es el número de muestras necesarias, CVA es el coeficiente de variación analítica a nivel del punto de ajuste homeostático, CVI es el coeficiente de variación biológica y D es el porcentaje de desviación deseado respecto al punto de ajuste homeostático. Los datos de coeficientes de variación analítica y biológica fueron obtenidos en estudios previos de nuestro grupo (Álvarez et al., 2003), siguiendo las recomendaciones de análisis de semen de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999). Las características seminales estudiadas fueron concentración, vitalidad, morfología, motilidad total, motilidad progresiva, y progresiva rápida.

Resultados: Para obtener estimaciones más precisas (<15%) del punto de equilibrio homeostático verdadero con un 95% de probabilidad, es necesario analizar al menos 14 muestras para la concentración seminal, 6 para la movilidad total, 7 para la morfología y 3 para la vitalidad. Para obtener una estimación que esté dentro del 30% del punto de equilibrio homeostático verdadero con un 95% de probabilidad es suficiente estudiar dos muestras de semen para todos los parámetros seminales analizados, excepto para la concentración, para la cual es necesario analizar al menos 3 muestras. El estudio de una muestra varias veces apenas mejora la estimación del punto de equilibrio homeostático. Variaciones en el CV analítico hacen necesario estudiar un mayor número de muestras.

Discusión: Aunque una estimación de un parámetro analítico dentro del 30% del punto de ajuste homeostático verdadero con un 95% de probabilidad puede parecer insuficiente, dada la alta variabilidad biológica de los parámetros seminales, nos parece adecuado para que estos tengan una utilidad clínica. El uso de las técnicas de análisis de semen descritas por la OMS (1999), hace que repetir varios análisis sobre una misma muestra no mejore la estimación.

Conclusiones: Los resultados del estudio revelan que analizar dos muestra de semen de un individuo con diferencia de una semana supone una aproximación óptima al punto de equilibrio homeostático de los parámetros seminales, excepto en el caso de la concentración que es necesario analizar 3 muestras. Todo esto, siempre y cuando se mantengan el CV analítico dentro de las especificaciones de calidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Álvarez C, Castilla JA, Molina R et al. Biological variation in seminal parameters in healthy subjects. *Hum Reprod* 2003; 18:2082-8.
2. Carlsen E, Petersen JH, Andersson AM, Skakkebaek NE. Effects of ejaculatory frequency and season on variations in semen quality. *Fertil Steril* 2004; 82:358-66.
3. Fraser CG . *Biological Variation: From Principles to Practice*. Washington, USA.: 1st edn. AACC Press, 2001.
4. Fraser CG, Hyltoft-Petersen P, Libeer JC, Ricós C. Proposals for setting generally applicable quality goals solely based on biology. *Ann Clin Biochem* 1997; 34:8-12.
5. Fraser CG, Kallner A, Kenny D, Peterson PH. Introduction: strategies to set global quality specifications in laboratory medicine. *Scand J Clin Lab Invest* 1999; 59:477-8.
6. Jeyendran RS . *Interpretation of Semen Analysis Results*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
7. Poland ML, Moghissi KS, Giblin PT, Ager JW, Olson JM. Variation of semen measures within normal men. *Fertil Steril* 1985; 44:396-400.
8. Ricós C, Álvarez V, Cava F et al. Current database on biologic variation: pros, cons and progress. *Scand J Clin Lab Invest* 1999; 59:491-500.
9. World Health Organization . *WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Semen-Cervical Mucus Interaction*. Cambridge, UK: 4th edn. Cambridge University Press, 1999.

AUTOR/ES:

Delirio Jiménez Sánchez, E Candel Parra, M Carrión González, A Villada Munera, MA del Egidio Fernández, MP Córcoles Jiménez, A Denia Cortés, M Moreno Moreno. Enfermeros.Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. E.U. Enfermería. Universidad Castilla La Mancha

TÍTULO:

Factores de riesgo presentes en pacientes ancianos con fractura de cadera secundaria a caída

TEXTO DEL TRABAJO:

Las caídas en los ancianos constituyen un problema de primera magnitud tanto desde el punto de vista social como sanitario, por su elevada frecuencia, la gravedad que pueden comportar en términos de mortalidad, la atención sanitaria demandada y el consiguiente gasto, así como por la pérdida de autonomía que originan en el paciente. En la población anciana que vive en la comunidad, el estudio de Aceitón establece una prevalencia de caídas del 35% (1).

La bibliografía existente recoge numerosos factores de riesgo para las caídas en ancianos, que pueden clasificarse en intrínsecos (propios de la persona, como inestabilidad en la marcha, déficits visuales, patologías neurológicas y musculoesqueléticas, determinados fármacos como hipotensores y sedantes, etc.) y extrínsecos (propios del ambiente, como los suelos irregulares o con desniveles, falta de iluminación, alfombras mal colocadas, etc.) (2,3,4).

En el conjunto del problema de caídas en los ancianos, destacan por su relevancia las que tienen como consecuencia una fractura de cadera, tanto por su frecuencia (en España se producen cada año 55.000 fracturas de cadera, de las que un 50% son secundarias a una caída (2) como por su coste (los costes directos de atención sanitaria ascienden a 220 millones de euros (5), y por la morbimortalidad asociada a las mismas (la tasa de mortalidad en estos casos se calcula en un 30% a los doce meses de la fractura (6,7).

Objetivo:

Identificar las circunstancias de la caída, situación previa y factores de riesgo presentes en las personas mayores de 65 años que sufren fractura de cadera secundaria a una caída.

Método: Estudio observacional descriptivo transversal. Criterios de inclusión: mayores de 65 años ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete por fractura de cadera secundaria a caída, entre el 1 de abril de 2005 y el 31 de marzo de 2006. Criterios de exclusión: fracturas patológicas y politraumatizados. Variables: edad, sexo, lugar de residencia habitual, circunstancias de la caída, existencia de caídas previas, patologías asociadas, tratamiento farmacológico habitual, tipo de fractura, estado mental (según el cuestionario de Pfeiffer) e independencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel). Los datos han sido recogidos mediante entrevista con los pacientes y sus familiares, realizada al día siguiente del ingreso hospitalario, así como mediante revisión de la historia clínica. Se ha realizado análisis estadístico con frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas.

Resultados: Hasta el momento de redactar esta comunicación, se han analizado los datos de 315 pacientes incluidos en el estudio. La mayoría son mujeres (74,6%). La edad media es elevada (81,66 años, con un rango entre 65,1 y 99 años). Predominan las fracturas pertrocantéreas (44,4%) y subcapitales (39%). La mayoría de estas personas vivían en domicilio familiar (82,5%); un 41,5% tenían alteración del estado mental (Pfeiffer superior a 5).

Solamente un 17% de las caídas se produjeron en la calle; dentro del domicilio, la estancia donde se produjeron mayor número de caídas fue el dormitorio (18,3%). Las horas en que ocurrieron más caídas fueron las 10 de la mañana (10,3%) y las 6 de la tarde (9,9%), destacando que en horario nocturno (desde las 23 h hasta las 7 de la mañana) sólo se producen un 8,4% de las caídas. En cuanto al modo en que ocurrió la caída, destacan las producidas por factores extrínsecos (escurrirse y tropezar acumulan un 53,8% de los casos). Sólo un 39% habían sufrido alguna caída en los seis meses previos. Respecto a los factores intrínsecos, un 18% de los pacientes presentaban accidentes ocasionales en la continencia urinaria y un 12% de la continencia intestinal. Las dificultades visuales y auditivas existían en un 6,1% de los ancianos y los trastornos musculoesqueléticos en un 16,5%.

En cuanto a los fármacos consumidos, destacan los antihipertensivos (38,8%), los diuréticos (22,5%), los ansiolíticos (15,5%) y antidepresivos (10,2%). Un 21% de los pacientes eran diabéticos. De un total de 215 pacientes en los que se recogió este dato, un 78,6% eran independientes para la deambulación antes de la caída, y un 47,9% subían y bajaban escaleras de forma autónoma.

Discusión:

Siguiendo los factores de riesgo establecidos en la clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA internacional (8) para el diagnóstico "Riesgo de caídas", encontramos que nuestro estudio concuerda en cuanto a la mayor presentación de caídas en mujeres ancianas, en pacientes con consumo de antihipertensivos y tranquilizantes, y en alteración del estado mental. También coincidimos con otros estudios realizados en la mayor presentación en pacientes diabéticos y con problemas visuales (2,3).

Esta multiplicidad y variedad de los factores de riesgo hace que resulte casi imposible el control de todos ellos, por lo que la labor preventiva en las caídas de los ancianos se ve notablemente dificultada. Desde el punto de vista clínico, en cuanto a las estrategias de prevención, es destacable que las caídas con una consecuencia grave como es la fractura de cadera se han producido en personas de edad avanzada, pero que estaban en una situación de bastante independencia en cuanto a movilidad y no tenían antecedentes de caídas en los meses previos. Estas caídas han ocurrido mayoritariamente en el domicilio de los pacientes, lo que implica que las estrategias de prevención han de orientarse a estos espacios, así como a las horas de mayor actividad. La mayor proporción de factores extrínsecos entre los que han producido la caída nos invita a prestar mayor atención al control de los mismos (suelos húmedos, escalones, muebles mal colocados, etc.).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Aceitón A, Navarro E, Moreno V, López T, Rodríguez A. Las caídas y sus consecuencias en las personas mayores. *Revista Metas de Enfermería* 1999; 19: 10 – 14
- (2) Santillana Hernández SP, Alvarado Moctezuma LE, Medina Beltrán GR, Gómez Ortega G, Cortés González RM. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. *Revista Médica IMSS* 2002; 40 (6): 489 – 493
- (3) Rubinstein TC, Alexander NB, Hausdorff JM. Evaluating Fall Risk in Older Adults: Steps and Missteps. *Clinical Geriatrics* 2003; 11 (1): 52 – 61
- (4) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevención y tratamiento de las fracturas de cadera en personas ancianas. *Guía Clínica Nacional*. (1ª ed.). Edinburgh: Royal College of Physicians. SIGN Executive, 2002
- (5) Prevención y diagnóstico precoz de la osteoporosis. Available from: <http://www.entornosocial.es/sociosanitaria> [Consultado el 15 de enero de 2004]
- (6) Fernández García-Valdivieso M, Moragón Arcas R, Moratalla Arnas E, Ríos Martínez AC, Sánchez Naharro MD. Fracturas de cadera en mujeres mayores de 65 años. Hospital General de Albacete. 1994. *Revista de Enfermería*, 1996; 6 : 38 – 45
- (7) Sánchez-Crespo Bolaños JR, Sánchez Martín MM. Estudio de mortalidad y capacidad funcional en pacientes con fractura osteoporótica de cadera tras un año de seguimiento. *Medifam* 1996; 6 (1): 26 – 30
- (8) NANDA. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. Madrid: Elsevier, 2003

AUTOR/ES:

Nieto Blanco Esther, Camacho Pérez Javier, Dávila Álvarez Victoria, Ledo García Pilar, Moriano Bejar Purificación, Pérez Lorente Mónica, Serrano Molina Lucia.

TÍTULO:

RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE UN PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción. La incontinencia urinaria (IU) es un problema frecuente en la mujer, se estima que entre 10 y 30% la padecen, aunque no sea frecuente que consulten por ello¹. La incontinencia de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU), y mixta (IUM), son los tipos más comunes en la población general. La variabilidad en la prevalencia depende de los instrumentos de medición de la misma 2. Es además conocido que afecta a la calidad de vida (CV), principalmente en las relaciones sociales, siendo las mujeres con IUM las más afectadas. 3,4.

La naturaleza multi-factorialidad de la IU y las circunstancias de cada sujeto aconsejan el diseño de intervenciones que contemplen estas especificidades. Los ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico son el tratamiento conservador más recomendado para las mujeres con IUE o IUM, tal como evidenció la revisión sistemática de la Cochrane 5. En la IUU, cuyo síntoma más frecuente y molesto es el deseo súbito e irreprimible de orina, con o sin incontinencia y casi siempre asociado a la frecuencia en la micción y a la nicturia, el abordaje terapéutico es la reeducación vesical, para a través de distintos procedimientos, enseñar para a controlar la frecuencia y urgencia del deseo miccional.

El desarrollo de la Atención Primaria (AP) en nuestro país ha permitido que determinados problemas sentidos por la población, pero ocultos, como es el caso de la IU, se desvelen. La proximidad de la atención y el papel que juega el profesional de enfermería han contribuido a ello. Objetivo general. Evaluar los beneficios derivados de la aplicación de una intervención de enfermería integral y estandarizada en mujeres IUE, IUU y IUM, leve o moderada, realizada por enfermeras en el ámbito de la AP.

Objetivos específicos. 1) Estudiar la efectividad de una intervención experimental enfermera, sobre la mejoría de los síntomas clínicos de la IU, aplicando un plan de cuidados que incluye la reeducación de la vejiga, el fortalecimiento del suelo pélvico y la higiene miccional en la población diana de los centros de salud del Área VI de Madrid. 2) Evaluar el impacto del plan de cuidados en la mejora de la (CV), en la población estudiada.

Diseño. Ensayo clínico comunitario controlado y de comparación de una intervención sistemática experimental (GI) frente a la intervención convencional o de control (GC), ofertada en la actualidad en los Centros de Salud, con aleatorización de los centros donde se ha realizado el trabajo, estratificado por edades y tipos de IU.

Muestra. Siendo conservadores con los resultados de la intervención y considerando que el grupo control de intervención no sistemática obtendría un beneficio limitado (mejoría en el 20% de las mujeres con IU), se planteó como objetivo de eficacia una mejoría de al menos el 50% de las mujeres al finalizar la intervención. Para ello se estimó necesario reunir una muestra de 256 mujeres, 128 por grupo.

VARIABLES. Sociodemográficas, tipos y severidad de la IU, pérdidas del volumen de orina (Pad Test), CV, amenorrea, tabaco, fármacos, estreñimiento, nº partos, índice de masa corporal (IMC), actividad física de riesgo, micción y defecación no relajada, ingesta de líquidos, nº de veces que se levanta por la noche y uso de material protector.

Criterios de inclusión: 1) Mujeres entre 40-69 años con algún tipo de incontinencia y capacitadas para seguir el plan de cuidados propuestos, que acepte participar en el estudio. 2) Mujer con diagnóstico de IUE, de IUU y IUM, leve o moderada.

Criterios de exclusión: Mujeres con patología psiquiátrica, enfermedad grave, que tuvieran un prolapso uterino, vaginal y/o rectal de grado II y III, portadora de sonda vesical, que tuvieran IU severa o de carácter neurológico, infección urinaria y una puntuación de 3 o superior en el test de Pfeiffer o fuera analfabeta.

Mediciones. Los tipos de IU se evaluaron con el cuestionario (IU-4)⁶ validado y utilizado en nuestro país, consta de 4 preguntas dicotómicas. La severidad se evaluó mediante la escala (Sandvik)⁷.

Para evaluar el volumen de pérdidas de orina se utilizó el Pad-test o test de la compresa. Éstas se pesaron con una balanza electrónica (600 g /0,01g precisión), antes y después de la prueba.

Las molestias que producían los síntomas en la CV se valoraron con el cuestionario (I-QOL)⁸.

Análisis estadístico. Se analizaron las características de las mujeres que abandonaron el estudio en ambos grupos para verificar que las pérdidas pudieran representar un sesgo relevante. En las mujeres que completaron el estudio se realizó un análisis de comparabilidad basal de las variables sociodemográficas, clínicas y de sus factores desencadenantes mediante los correspondientes test de hipótesis.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico, SPSS versión 10.

Intervenciones. Para las mujeres con IUE y IUM del grupo de intervención (GI), se estableció un plan de cuidados estructurado con educación grupal, de 5 sesiones y de una 1 hora de duración que incluía: conocimientos de fisiología, anatomía vaginal, descripción de los factores desencadenantes modificables, además demostración práctica de los ejercicios de fortalecimiento y reeducación del suelo pélvico. A las mujeres del grupo control (GC), se les propuso la intervención habitual que realizan las enfermeras en AP.

En el caso de las mujeres con IUU del GI, a la fisiología y la anatomía se unía la evaluación del patrón de eliminación mediante el diario miccional de 7 días. Se establecieron los intervalos de eliminación de acuerdo a su valoración hasta conseguir evacuaciones cada 3 horas y se instauraron los cuidados específicos según los factores asociados y modificables identificados. Se les enseñaron técnicas para conseguir un vaciado completo de la vejiga, además de relajación y distracción mental.

Al GC de las mujeres con IUU, se le explicó individualmente como utilizar el diario miccional según sus hábitos urinarios y las pautas a seguir en casa, en función de los cambios que fueran consiguiendo. Todas fueron evaluadas a los 3 meses.

Resultados. Se captaron 151 mujeres (59%), de las que se completó el seguimiento en 103, 48 en el GI (37,5%) y 55 en el GC (42,9%). Durante el seguimiento abandonaron el estudio un número similar de mujeres en ambos grupos, 26 en el GI versus 22 en el GC, χ^2 ($p=0,44$), no identificándose diferencias estadísticamente significativas en las características basales entre las mujeres perdidas y seguidas en ninguna variable.

La reducción proporcional promedio de las pérdidas de orina apreciada en relación a la pérdida inicial de cada mujer fue del 51% en el GI frente a un incremento de 81% el GC, estas diferencias no fueron significativas χ^2 , ($p=0,06$).

La diferencia promedio del volumen de pérdidas antes y después de la intervención fue en las mujeres del GI de 5,7 g ($n=22$), frente 1,8 g en el GC. ($n=27$), no siendo esta reducción significativa t student ($p=0,12$), IC al 95% [-1,09/8,92].

Los cambios producidos en la severidad de la IU se valoró por la escala de Sandvik y se agruparon en: "mujeres que se curaron o mejoraron" y "mujeres que permanecieron igual o empeoraron" después de la intervención. Mejoran o se curan el 40,5% en el GI ($n=42$) frente al 21% ($n=42$), GC, χ^2 ($p=0,059$).

El uso de compresas disminuyó en ambos grupos tras la intervención, la proporción de la disminución fue de un 60,7% en el GI versus 36,4 % GC, aunque estas diferencias no fueron significativas $p=0,16$.

La media global de las puntuaciones del test de la CV, tras la intervención, fueron de 85,6 en el GI v 85,1 en el GC. Las diferencias antes y después de la intervención fueron significativas estadísticamente en ambos grupos, GI, ($p=0,002$) y GC, t Student ($p=0,001$).

En los resultados de las tres subescalas en que se subdividen los 22 ítems se aprecian que en dos de ellas, "psicosocial" y "relaciones", las puntuaciones mejoraron tras la intervención tanto en el GI como en el GC; fue en la subescala de "comportamiento" donde la puntuación empeoró en el GC frente al GI estas diferencias resultaron estadísticamente significativas t student ($p=0,000$).

Discusión. El estudio evaluó la eficacia de un programa de educación estructurado para mejorar de la IUE, IUU o IUM, leve y moderada en mujeres, conducido por enfermeras en el ámbito de la AP. Ambas intervenciones (I,C) se han mostrado eficaces en la mejoría de la IU (severidad, reducción del volumen de las pérdidas, reducción del material protector, CV). Esta mejoría ha sido de mayor cuantía en el GI respecto del GC, con diferencias clínicamente relevantes.

Sin embargo, los test de hipótesis de comparación del efecto logrado en las distintas variables, no han rebasado el límite de la significación estadística ($p < 0,05$).

Las pérdidas de mujeres durante el seguimiento, condicionó la reducción de la potencia del estudio respecto a la precisión efectuada en los cálculos muestrales, (poder de estudio estimado sobre población real seguida, 0,72).

La diferencia de la reducción media de las pérdidas de orina logradas con ambas intervenciones fue de 3,9 g. Esta diferencia, sin embargo, hay que tomarla con cautela ya que puede verse influida por el efecto suelo en el GC en el que las pérdidas de orina fueron al inicio menores.

Las puntuaciones del test sobre la repercusión de los síntomas de la IU sobre la CV de las mujeres fueron altas si las comparamos con las puntuaciones obtenidas en otros estudios, en los que los valores medios fueron 64,9 y 57,6 respectivamente 4, lo que parece acorde con la severidad que presentaban las mujeres de este estudio, que era leve y moderada.

Como punto débil señalar el posible efecto Hawthorne. Todos los enfermeros participantes conocían la hipótesis del estudio y dado que en este tipo de diseños resulta difícil enmascarar la intervención, pudiera darse que los participantes en el GI pusieran mayor entusiasmo en el proceso.

Finalmente nos gustaría señalar que estudios de esta naturaleza, analizar la efectividad de una intervención enfermera en el ámbito de la AP y desde la práctica clínica, son un reto en nuestro país. La experiencia vivida ha resultado compleja y difícil de llevar a buen término por las dificultades encontradas a la hora de compaginar la investigación con la actividad clínica diaria de la mayor parte de este grupo de investigación, por lo que sería necesario contar con ayudas específicas para el trabajo de campo que estimulen la investigación en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Damian J, Martin-Moreno J, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo- Marquez L, Martines- Agulló E. Prevalence of Urinary Incontinence among Spanish Older People Living at Home. *Eur Urol* 1998; 34: 333-338.
2. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García P, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, Serrano Molina L, Fonseca Redondo B. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 32(7):410-4.
3. Karin S Coyne, Chris Payme, Samir K. Bhattacharyya, Denis A. Revicki, Christine Thompson, Ron Corey, Timothy L. Hunt. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a National Community survey. *Value in health* 2004. 7(4):455-463.
4. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García P, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, Serrano Molina L, Fonseca. Repercusión de la incontinencia urinaria en la CV de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (3): 129-35.
5. Hay-Smith, E.J.C., Bø K., Berghmans, L.C.M., Hendriks, H.J.M., de Bie, R.A. and van Waalwijk van Doorn, E.S.C. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library Oxford: Update Software*, 2003.
6. Badia X; Castro D; Perales L; Pena JM; Martínez-Agulló E; Conejero J; Araño P; Marqués A; Roset M; Perulero N. Elaboración y validación preliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas* julio/agosto 1999; 565-572.
7. Sandvik H, Steinar H, Arnfinn S, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its impleation in an epidemiological survey. *Journal of epimiology and Community health*. 1993; (47): 497-499.
8. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence.

LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

*M^a José de la Fuente Fombellida
Albacete, 24 de Noviembre de 2006*

OBJETIVO:

Dar a conocer un modelo de organización para la atención a las personas con necesidades coincidentes de atención social y sanitaria, que se basa en la colaboración entre el Sistema Sanitario y de Acción Social de Castilla y León.

ANTECEDENTES

Castilla y León es la comunidad autónoma (Región) más extensa de España, con 94.235 Km². Está situada en el centro de la Península y configurada por 9 provincias. Tiene un total de 2.510.849 habitantes y una densidad de población de 27 hab. / Km²

El 22,6% de la población tiene 65 o más años y la esperanza de vida al nacer es de 80,5 años (77,6 en varones y 84,3 en mujeres). Alrededor del 50% de la población vive en el medio rural, en municipios que casi en su totalidad son menores de 5.000 habitantes.

Esta situación plantea un reto importante a los Sistemas (sanitario y social): El logro de la accesibilidad de todas las personas con el mayor nivel de calidad posible, a la vez que se van adaptando los servicios a los cambios que se están produciendo en la población, relacionados fundamentalmente con el envejecimiento y la inmigración.

En este contexto se elabora el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, cuyas líneas estratégicas proceden de las conclusiones de un estudio cualitativo de consenso tipo Delphi que llevó a cabo la Consejería de Sanidad durante los años 2000 – 2001. Este estudio se centró en los aspectos problemáticos de la “atención sociosanitaria” para identificar oportunidades de mejora, y por tanto, campos concretos de actuación.

Teniendo en cuenta el alineamiento existente entre la misión, visión y valores de los Servicios Sociales y la Sanidad, y con los objetivos de: mejorar la calidad de vida de las personas, la accesibilidad de los ciudadanos a la Sanidad y los Servicios Sociales, la efectividad de ambos Sistemas y aumentar la calidad de los servicios, se plantean 4 líneas estratégicas:

- Potenciar la coordinación sociosanitaria
- Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario y prevenir la dependencia
- Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales
- Atender las necesidades específicas de determinados colectivos

EL MODELO DISEÑADO PARA LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL: LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

Se determina el perfil del “usuario sociosanitario” como aquél que precisa, de manera simultánea o sucesiva servicios sociales y sanitarios para resolver sus necesidades, que por sus características, sólo pueden ser abordadas, resueltas o al menos mejoradas, mediante la prestación integrada de servicios.

“Garantizar la prestación integrada de servicios” se convierte en el eje del modelo, y de ello se deduce la necesidad de una organización que lo sustente. Se trata por tanto de diseñar la colaboración entre dos Sistemas de atención, el Social y Sanitario, que

habitualmente discurren en paralelo y que tienen cada uno su propia planificación y prestación de servicios diferenciada.

Se crean, y regulan mediante Decreto, las estructuras de coordinación sociosanitaria. Son estructuras “virtuales” que se hacen “reales” cada vez que se reúnen para el trabajo en coordinación. Cada miembro de ellas mantiene la dependencia funcional y jerárquica con su organización de procedencia y su trabajo ordinario, además de formar parte de estas estructuras.

Las dos estructuras más operativas son: las Comisiones de coordinación sociosanitaria, de ámbito provincial y los Equipos de Coordinación de Base (ECB). Estos últimos formados por profesionales de atención directa de ambos Sistemas que actúan dentro de una demarcación geográfica definida que abarca todo el territorio de Castilla y León.

Las tareas de la Comisión se sitúan en torno al apoyo a los ECB y al análisis y propuesta de adaptación de recursos y procedimientos integrados de atención que mejoren la continuidad entre ambos sistemas.

Las tareas del ECB se centran en la gestión de casos sociosanitarios y la puesta en práctica de proyectos integrados de atención a grupos de personas que comparten problemas.

Es de destacar el carácter multidisciplinar de ambas estructuras, la configuración de los ECB como mecanismo que inicia y une las actuaciones de ambos Sistemas, y la regularidad de las reuniones como base para el mantenimiento y estabilidad de la actividad.

LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

A medida que las personas avanzan en edad, y en mayor medida en aquéllas en situación de dependencia, aparecen con frecuencia múltiples problemas que se interrelacionan y potencian entre sí, derivando en situaciones muy complejas que necesitan, para su correcto abordaje, de una atención integrada, definida ésta como:

“El conjunto de servicios y procesos asistenciales bien planificados y bien organizados dirigidos a las necesidades y problemas multidimensionales de una persona o grupo que comparte problemas similares”.

La atención integrada hace posible proporcionar una atención sistemática y coherente que permite:

Apoyar entorno vital

Combinar tareas profesionales

Conectar y combinar servicios y organizaciones

Coordinar servicios / proveedores

Enlazar con cada sistema asistencial

En Octubre de 2003 se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación adicional 3ª: “.....resulta por tanto necesario configurar un Sistema Integrado que aborde desde la perspectiva de la globalidad el fenómeno de la dependencia....”

La configuración de un Sistema Integrado a través de la creación de estructuras de coordinación sociosanitaria es una posibilidad ya probada y con un desarrollo de tres años en Castilla y León, tras de los cuales se pueden hacer las siguientes apreciaciones:

ASPECTOS POSITIVOS de este modelo:

Resta complejidad a la Organización en su conjunto, al no crear un Sistema añadido a los tradicionales.

Posibilita la valoración multiprofesional completa, primer e imprescindible primer paso para la atención integrada.

Aporta percepción de continuidad lineal en la atención gracias al establecimiento de planes de intervención compartidos

Permite la adaptación eficaz y efectiva de servicios a las características de la persona, convirtiéndola en el centro de la atención

Mejora la satisfacción profesional, al mejorar o resolver problemas inabordables desde la óptica de cada sistema por separado.

DIFICULTADES DEL MODELO

Requiere mayor esfuerzo e implicación profesional

Diferencias de adecuación metodológica, de lenguaje y organización de ambos Sistemas de atención

Organización territorial no coincidente

Resistencias profesionales al trabajo en equipo

CONCLUSIONES

El modelo aparece como un elemento motivador por mejorar la perspectiva de resolución de problemas complejos pero a su vez necesita de profesionales motivados para superar el escepticismo inicial

El modelo necesita de espíritu de trabajo en equipo, superando la inclinación a trabajar cada uno a su manera y aceptando desdibujar en parte el rol profesional para orientarse a los resultados. La atención integral se facilita si se propicia el contacto entre profesionales.

El modelo precisa de políticas que favorezcan el consenso, apoyo e implicación de las diferentes Administraciones (Sistema de Salud, de Servicios Sociales y Administración Local).

Se necesita que los profesionales que forman parte de las estructuras vean reconocido su trabajo en coordinación y dispongan de tiempo para llevarlo a cabo.

Se necesita formación

AUTOR/ES:

Kelly Pereira Coca, Ana Cristina Vilhena Abrão, Monica A .Gamba, Rebeca de S. Silva

TÍTULO:

TRAUMAS DEL PEZÓN: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS-ESTUDIO DE CASO-CONTROL

TEXTO DEL TRABAJO:

Las ventajas de la lactancia materna son innumerables tanto para la madre como para el niño, familia y sociedad. Las evidencias científicas vienen demostrando los variados beneficios de la lactancia materna exclusiva, debiendo ser mantenido en el período de seis meses sin necesidad de complementación.(1-2). Entre las dificultades encontradas en la práctica de la lactancia materna, la lesión del pezón es vista como una de las causas, sino la primera, en hacer que la mujer decida utilizar la leche artificial para la alimentación de su hijo, iniciando el proceso de destete precoz. (1,3-5). Las estadísticas revelan que el 80% a 95% de las mujeres que dan de lactar a sus niños experimentaron algún grado de dolor, habiendo reportado el 26% de ellas dolor extremo del pezón y el 65% presentaron daños en los pezones.(5-6) Otro estudio mostró que el dolor y la lesión del pezón estaban presentes en el 96% de las mujeres en proceso de lactancia materna.(7). La lesión del pezón puede ser definida como la herida o cambio patológico de la piel del pezón, no siempre relacionados con el amamantamiento.(8) También puede ser considerada como la solución de continuidad de la piel del pezón y/o areola, que dificulta el proceso de amamantamiento por ser muy doloroso.(9) Otro autor denomina a las lesiones del pezón como rajaduras cuando son heridas superficiales, y fisuras a las heridas que alcanzan la dermis.(10) OBJETIVO: El estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la aparición de traumas del pezón en mujeres al inicio de la lactancia. MÉTODO: Se realizó un estudio de caso-control. La población del estudio estuvo constituida por 146 púerperas, internadas en la Unidad de Alojamiento Conjunto del servicio de Obstetricia del Hospital Sao Paulo, de la Universidad Federal de Sao Paulo - Brasil, siendo 73 casos, definidos como la púerpera con trauma del pezón unilateral o bilateral y 73 controles, definidos como ausencia de esta patología. Fueron excluidas de la muestra: mujeres que estaban dando de lactar a más de un hijo; el cual presentaba dificultad persistente para succionar y aprehensión de la región del pezón y la areola, dificultando así la evaluación de la mamada y comprometiendo su comparación; los niños que presentaban malformaciones de la región del paladar y la lengua; y las mujeres que estaban amamantando solamente con una de las mamas (mastectomía unilateral). La recolección de los datos fue iniciada el 14 de setiembre del 2004, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la UNIFESP/EPM y concluida en mayo del 2005 y para realizarla, se utilizó un instrumento construido especialmente para el estudio, conteniendo los datos de identificación de la madre, historia obstétrica progresiva, historia obstétrica actual y condiciones de salud, examen físico de las mamas, datos relacionados al recién nacido, datos sobre la observación de la mamada e informaciones sobre el amamantamiento. Los datos fueron recolectados por medio de consulta de enfermería realizada con la madre mediante el consentimiento informado dado durante el internamiento de la púerpera. Las variables maternas seleccionadas para el estudio fueron color de la piel, categorizada en blanca y no-blanca; situación conyugal, categorizada en con compañero y sin compañero; escolaridad, referida en años de estudio; experiencia anterior con lactancia materna, categorizada en sin experiencia y con experiencia; interurrencia mamaria anterior, categorizada en sí o no; preparación adecuada de la mama en la gestación, categorizado en sí o no; paridad, categorizada en primípara y secundípara y/o múltipara; tipo de parto, categorizado en vaginal y cesárea; condiciones de las mamas, categorizada en flácidas, turgentes y/o ingurgitadas; tipo de pezón, categorizado en protruido o semiprotruido y/o malformados; pigmentación de la región del pezón y la areola, categorizada en normal y despigmentación parcial y/o total de por lo menos un pezón; uso de leche materna en la región del pezón y la areola, categorizado en sí o no. Las variables neonatales seleccionadas para el estudio fueron el sexo, categorizado en masculino y femenino; peso de nacimiento, expresado en gramos y edad gestacional: categorizada

en: menor o igual a 36 semanas y seis días y 37 semanas o más. En cuanto a las variables relacionadas al amamantamiento, se verificó el horario de la primera mamada, categorizada en: hasta una hora y más de una hora después del nacimiento. Inicialmente se realizó un análisis univariado, verificando la presencia de asociaciones entre traumas del pezón y las variables exploratorias(11). Para el análisis multivariado, fue utilizado el modelo de regresión logística con adopción del odds ratio como medida de asociación(12). RESULTADOS: En los casos y controles analizados se observó que las mujeres se encontraban en promedio en el segundo día de puerperio. En lo que se refiere a la edad, el promedio encontrado entre las mujeres fue de 26 años (desvío patrón de seis años). Con relación al color de la piel, la presencia de traumas del pezón fue mayor en las mujeres de raza blanca (53,7%). Para la escolaridad, se verificó distribución semejante entre los casos y controles ($p=0,630$). El promedio encontrado fue de ocho años de estudio. De las mujeres del grupo de caso, 45 ya habían tenido experiencia anterior en amamantar. En lo que se refiere al tiempo de esta experiencia, el 46.9% ya había dado de lactar a sus hijos por lo menos un mes o más. No fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles. La mayoría de las mujeres que dieron de lactar a sus hijos anteriormente (66.7%), presentó intercurriencia mamaria. Diferencias estadísticamente significativas fueron verificadas entre los grupos de caso y control. En lo que se refiere al tipo de intercurriencia mamaria presentada anteriormente, el 68.9% de las púerperas presentaron traumas de los pezones anteriormente. De la misma forma, los resultados mostraron que el 74.4% de las mujeres habían presentado ingurgitamiento mamario en otro período de la lactancia. Al evaluar el tipo de intercurriencia mamaria anterior, no hubo diferencia estadísticamente significativa en relación a los grupos estudiados. En relación al tipo de parto, los resultados encontrados mostraron que los casos estuvieron más presentes en mujeres sometidas al parto vaginal (59.6%). En la comparación entre los grupos, el tipo de parto fue estadísticamente significativo. Respecto al uso de leche materna o calostro en la región del pezón y la areola antes y/o después de las mamadas en el proceso de amamantamiento, se observó que el 57.4% de las mujeres que realizaron esta práctica pertenecían al caso. No se verificó diferencia estadísticamente significativa entre los casos y controles. De las variables estudiadas, fueron estadísticamente significativas: situación conyugal ($p= 0,031$), preparación inadecuada de los pezones en la gestación ($p= 0,001$), mamas turgentes o ingurgitadas ($p= 0,007$), pezones semiprotruidos o malformados ($p= 0,013$), despigmentación del pezón ($p= 0,001$) y amamantamiento en la primera hora de vida del niño ($p= 0,007$). En el modelo de regresión final, la mujer que estaba sin compañero tuvo 3,247 veces más oportunidad de presentar trauma del pezón; las primíparas tuvieron un riesgo 3,157 veces mayor para la aparición de la lesión; las mujeres con mamas turgentes o ingurgitadas tuvieron 12,307 más oportunidad de presentar trauma del pezón; los pezones semiprotruidos o malformados aumentaron en 4,685 veces la oportunidad de ocurrencia del trauma cuando fue comparada con ambos pezones protruidos. La ocurrencia de lesión del pezón fue 13,976 veces mayor para mujeres con por lo menos un pezón parcialmente despigmentado o totalmente despigmentado. Las mujeres que amamantaron en la primera hora después del parto, tuvieron 11,616 veces la oportunidad de presentar trauma, cuando se compararon con las que amamantaron a sus hijos por primera vez después de una hora de vida. DISCUSIÓN: la lesión del pezón ocurrió entre el primer y el sexto día después del parto, siendo el segundo día el promedio para la ocurrencia de la lesión. Este resultado era esperado, puesto que esta dificultad se presenta al inicio del proceso del amamantamiento, cuando la madre está aprendiendo a posicionar al niño y enseñándole a realizar una adecuada aprehensión de la región del pezón y la areola. Todas las variables estudiadas en la presente investigación, ya fueron citadas en la literatura como posibles factores de riesgo para la aparición de traumas del pezón, no obstante, muchas no fueron confirmadas como estadísticamente significativas. En relación a la situación conyugal, la actuación de los especialistas en lactancia materna permite inferir que la presencia del compañero durante el amamantamiento trae beneficios en la prevención del trauma, pues la madre se siente más segura y atenta a las explicaciones y orientaciones ofrecidas por esos profesionales. En cuanto a la preparación de los pezones en la gestación, los estudios muestran que el uso de cremas, aceites y pomadas predispone a la aparición de traumas del pezón, contraindicando esta práctica. (8) De la misma forma, el uso de esponja o toalla para la preparación de los pezones también está contraindicado, pues los dejan más sensibles y predispuestos a lesiones. (9,12) . En relación a la paridad, la mayor incidencia de lesiones del pezón se verifica en mujeres primíparas en virtud de la inexperiencia en la técnica

de amamantar(11) . En relación a las condiciones de las mamas se sabe que la presencia del ingurgitamiento mamario puede llevar a la distensión y edema de la región del pezón y la areola, tornando el pezón aplanado y la región poco flexible. Eso dificulta la aprehensión adecuada de la región por el recién nacido, predisponiendo a la aparición de la lesión(12). Frente a estos resultados, es importante enfatizar la realización del test de flexibilidad areolar, antes de las mamadas, que consiste en retirar el exceso de leche por medio de ordeñamiento manual cuando esta región se presenta endurecida, ya sea en la mama turgente como en la ingurgitada. En cuanto a la clasificación anatómica de los pezones, el semiprotruido es considerado subdesarrollado y de difícil aprehensión, principalmente cuando presenta areola poco flexible. Ya los pezones pseudo-invertidos como los invertidos verdaderos, son considerados malformados y presentan región areolar sensible y susceptible a lesiones(12). La identificación de que la despigmentación es un factor de riesgo para el desarrollo de traumas del pezón debe determinar la elaboración de un plan de cuidados, especialmente el uso del sol, con el objetivo de aumentar la resistencia de la piel. El inicio de la lactancia en las primeras horas de vida es ideal para el establecimiento del vínculo madre-hijo, además de influenciar en la contracción uterina y disminuir el riesgo de hemorragias post-parto(3) . Entre tanto el resultado de este estudio cuestiona la técnica que está siendo realizada. Se cree que la aparición de la lesión estuvo relacionado, no por el hecho de que el niño haya mamado en la primera hora, sino porque al ser colocado para mamar, no fue observada la posición correcta ni la aprehensión adecuada. Estos resultados contribuyen en el sentido de ofrecer subsidios científicos para el establecimiento de medidas de prevención de los traumas del pezón, así como mejorar la visión del profesional de salud en la atención a las características peculiares de la mujer lactante.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Lavergne NA. Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997;26(1):53-8.
- 2-World Health Assembly. Resolution WHA54.2 of 18 may 2001. Infant and young child nutrition [text on the Internet]. In: 54th World Health Assembly; 2001 May 18; Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization; 2001 [citado 2005 Aug 3]. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea54r2.pdf
- 3-Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr (Rio J). 2000;76 Suppl 3:S238-52.
- 4-Huml S. Sore nipples: a new look at an old problem through the eyes of a dermatologist. Pract Midwife. 1999;2(2):28-31.
- 5-Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1993;22(3):247-56.
- 6-Huml SC. Moist wound healing for cracked nipples in the breastfeeding mother. Leaven. 1994;29(1):2-6.
- 7-Pugh LC, Buchko BL, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. Birth. 1996;23(2):88-93.
- 8-Biancuzzo M. Sore nipples: prevention and problem-solving. Worldwide; 2000. [Simplifying Breastfeeding Management Self-Learning Series].
- 9-Vinha VHP. Traumas mamilares (ferimentos): prevenção e cuidados. In: Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 1999. p.45-54.
- 10-Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. 7aa ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- 11- Agresti A. Categorical data analysis. 2a ed. New York: Wiley; 2002.
- 12-Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 1989. 307p
- 13-Peres JAT, Santana RM, Lacordia PL, Dolnikoff M, Deláscio D. Uso da lisozima na fissura da mama puerperal. J Bras Ginecol. 1980;90(6):317-9.
- 14-Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. J Midwifery Womens Health. 2000;45(3):212-5.

AUTHOR/S:

Candan Ozturk, PhD,RN, Hatice Yildirim Sari, MSc,RN, Murat Bektas, MSc,RN, Ayfer Elcigil, PhD,RN
Dokuz Eylül University, School of Nursing, İzmir, Türkiye

TITLE:

ACCIDENTS IN PRESCHOOL CHILDREN

TEXT:

Accidents, in developing countries and developed countries alike, are one of the leading causes of infant death and it is imperative to accept them as a public health problem since they frequently occur in early childhood and cause death and vital injuries. Moreover, accident-related deaths are reported to be four times likelier than the others (Celik Inanc, 2004; Scholer et al, 1997). World Health Organization defines accident as "an unexpected and an unintended event causing physical and mental injuries".

According to the results of epidemiologic studies, accidents usually occur to children aged between 1 to 5 years old (Hosoglu et al, 2005; Polat et al, 2005; Akbay-Onturk and Ucar, 2003; Celik Inanc, 2004, Y Id z and Bahcecik, 1995). Mothers' age, educational and socioeconomic status, the number of people the child lives with at home and environmental factors have been found to be influential in the occurrence of injuries (Altundag and Ozturk, 2004; Gulbrandsson and Bremberg, 2004; Celik Inanc, 2003; Ertem et al, 2001). Scholer et al. (1997) reported that 0-4 years old children of young mothers who are undereducated and have more than one child are more likely to die in accidents. In various studies, it has been noted that accidents may occur in spring and summer months more frequently and boys are under much greater risk (Polat et al, 2005; Altundag and Ozturk, 2004; Schwebel et al, 2004; Akbay-Onturk and Ucar, 2003; Celik Inanc, 2003; Ertem et al, 2001; Kypri et al, Scholer et al, 1997; Y Id z and Bahcecik, 1995).

Childhood accidents are traffic accidents and home accidents which are the leading causes of childhood injuries such as drowning, falls, burns, foreign object aspirations, poisoning. Because 0-6 years old children tend to spend much time at home than any other place, they may be exposed to numerous hazards, which usually take place in kitchens, living rooms and bathrooms (Altundag and Ozturk, 2004; Kypri et al, 2001; Bourget and McArthur, 1998; Gallagher and Hunter, 1995).

AIM: This study aims to specify incidents of accidents in children and relevant factors and security measures taken by parents against home accidents.

METHOD: It was intended to be a descriptive study and conducted in four kindergartens in Izmir where 4-6 years old children are being educated with a preschool education program. Sampling consists of 510 children in total from two lower middle class kindergartens (n=370) and two upper middle class kindergartens (n=140). We managed to get through the study with only 447 students out of 510 total (%87,6) as other students dropped out of the kindergartens for several reasons.

Collecting Data:

a) Parental Information Form comprises 8 questions, which address to the likelihood of accidents as well as demographic inquiry and it was prepared by the researchers in accordance with the recent literature.

b) Definitive Scale for Measurements Taken by Mothers Against Home Accidents for 0-6 Years Old Children was developed by Cinar in 1999 in order to identify the attitudes of mothers who have 0-6 years old children toward measurements against home accidents. A five-point Likert Scale is used in the scale which consists of 40 items including 34 positive and 6 negative statements each of which is scored from 1 to 5, 5 (always), 4 (often), 3 (sometimes), 2 (rarely), 1 (never). Statements number 6, 9, 23, 26, 30 and 40 are the negative ones and their scores are calculated inversely from the present values based on the same scale. The minimum score is 40 and the maximum is 200, which shows the maximum level of measures taken by mothers in order to protect children from home accidents. The respondents are supposed to complete the scale between 15-20 minutes. The Cronbach alpha internal consistency coefficient is 0.75.

FINDINGS

Demographic status: Out of 510 in total, 447 children (87.6%), 226 girls (50.6%) and 221 boys (49.4%), participated in the study with an average age of about 5,1 + 0,8. There were 93 in age 4 group (20.8%), 188 in (42.1%) and 166 in age 6 group (37.1%). 39.6% of mothers (n=177) graduated from high school, 38.7% (n=173) from college and 21.7% (n=97) from primary school. On the other hand, 46.5% (n=208) of fathers were college graduates, 35.3% (n=158) high school and 18.1% (n=81) primary school.

36.5% of children (n=163) are reported to have had an accident, while 63.5% of children (n=284) are found not to have any. Among those who had an accident, 38.5% (n=87) are boys and 34.4% (n=76) are girls. 33 children in age 4 group (35.5%), 71 children in age 5 group (37.8%) and 59 children in age 6 group (35.5%) are found to have had an accident.

While 40.2% of children whose mothers are primary school graduates are noted to have had an accident, 29.5% of children whose mothers have university degrees are told to have been involved in an accident. There appears to be a meaningful relationship between mothers' educational status and incidents of accidents ($p=,050$).

While 53.1% of children whose fathers are primary school graduates are found to have been involved in an accident, 34.1% of children whose fathers have university degrees are told to have had an accident. As seen in table 3, a meaningful relationship between fathers' educational status and incidents of accidents has been observed.

27.4% of boys (n=62) and 28.5% of girls (n=63) had a history of fall, which is followed by burns (7.6%); 8.8% of boys (n=20) and 6.3% of girls (n=14) had a history of burn. 3.2% of all children (n=14) have been hospitalized for accident-related reasons, 3.7% (n=8) of whom are girls and 2.7% (n=6) of whom are boys. 3.8% (n=17) of children (3 children in age 4 group, 7 children in age 5 group and 7 children in age 6 group) are reported to have accidents quite often.

Whereas mothers in age 23-27 group acquired $X=88.1$ in total, those in 38-47 group received $X= 98.1$ in total. In the light of the scores acquired by mothers, it is evident that as the mothers' age rises up, measures against home accidents increase in number accordingly.

Mothers whose children are involved in accidents quite often received $X=100.9$ in total, on the other hand, those whose children don't have accidents so often acquired $X=90.3$ in total, which depicts that the former are more conscientious about the measures against home accidents than the latter

34.9% of the mothers who participated in the study are found to have taken first aid training; however, 65.1% of all mothers simply have not. It appears to be a meaningful relationship between first aid training and mothers' educational status ($p=,000$).

DISCUSSION

36.5% of children (n=163) are reported to have had an accident, while 63.5% of children (n=284) are found not to have any. Among those who had an accident, 38.5% (n=87) are boys and 34.4% (n=76) are girls. 4.9% (n=11) of boys and 2.7% (n=6) of girls are noted to have been involved in accidents frequently. It has been statistically proved by various studies that boys happen to have accident-related injuries more frequently than girls (Polat et al, 2005; Altundag and Ozturk, 2004; Schwebel et al, 2004; Akbay-Onturk and Ucar, 2003; Celik Inanc, 2004; Ertem et al, 2001; Scholer et al, 1997; Y Id z and Bahcecik, 1995).

While 40.2% of children whose mothers are primary school graduates are reported to have had an accident, 29.5% of children whose mothers have university degrees are noted to have been involved in an accident. It is thought that there is a meaningful relationship between mothers' educational status and incidents of accidents ($p=,050$). Studies have shown that mothers' educational status certainly have an effect on the occurrences of accident-related injuries (Altundag ve Ozturk, 2004; Gulbrandsson and Bremberg, 2004; Celik Inanc, 2003; Ertem et al, 2001). An interesting finding might be the meaningful relationship between fathers' educational status and incidents of accidents ($p=,002$). While 53.1% of children whose fathers are primary school graduates are found to have been involved in an accident, 34.1% of children whose fathers have university degrees are told to have had an accident, which is believed to entail the cultural characteristics of Turkey and patriarchal family structure.

3.2% of all children (n=14) have been hospitalized for accident-related reasons, 3.8% of them (n=18) are reported to have been involved in the accidents frequently. A statistical variable hasn't been observed to explain the phenomenon, which may well be related to the relatively small numbers of children who have been hospitalized for accident-related injuries, or who have had accidents quite often.

There is no meaningful difference between the incidents of accidents in children and mothers' age, which has been stressed as an important factor in the recent literature (Altundag and Ozturk, 2004; Guldbrandsson and Bremberg, 2004; Celik Inanc, 2004; Ertem et al, 2001; Scholer et al, 1997), and which is supported by the fact that as the mothers' age rises up, the amount and range of measures against home accidents increase in number accordingly. Average score for the scale for mothers in age 23-27 group is found to be X=88.1 in total, while it is X= 98.1 for those in 38-47 group. The average score for mothers whose children are involved in accidents quite often (X=100.9) is comparatively much higher than those whose children don't have accidents so often (X=90.3), yet without a statistically meaningful relationship (p=.051).

21.6% of primary school graduate mothers (n=21) are reported to have taken first aid training, while 46.8% of mothers with a university degree stated that they have. It appears to be a meaningful relationship between first aid training and mothers' educational status (p=.000).

In brief, results of our study have shown that one third of the preschool children have had accidents, young mothers are seemingly insufficient in maintaining measures against home accidents, and fathers' educational status has an effect upon the occurrence of accidents. It is highly suggested that parents of preschool children be educated on security measures and first aid in order to ensure a safe environment for children.

BIBLIOGRAPHY:

1. Altundağ S, Ozturk C. Ev Kazalar Nedeniyle Hastaneye Gelen 3-6 Yaş Grubu Çocuklardaki Kaza Türleri ve Bunu Etkileyen Etmenler. Çocuk Forumu Dergisi. 2004; May s-Ağustos.
2. Akbay-Onturk Y, Uçar B. Eskişehir Bölgesinde Çocukluk Çağ Zehirlenmelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003; 46:103-113.
3. Bourget CC, McArthur ER. Unintentional Injuries: Risk Factors in Preschool Children. Am J Dis Child. 1989; 143.
4. Celik Inanc D. Çocukluk Çağ Yaralanmalarında Davranışsal Belirleyiciler Neyi Gösteriyor?. Klinik Çocuk Forumu. 2004; 4(2):6-11.
5. Ertem İ, Balibey M, Şahin F, Beyazova U. Çocukluk Çağ Ev Kazalar . Uluslararası Katılımlı 23. Pediatri Günleri ve 3. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı . İstanbul. 2001.
6. Gallagher SS, Hunter PA. Home Injury Prevention Program for Children. Pediatric Clinics of North America. 1995; 32(1).
7. Guldbrandsson K, Bremberg S. A Study of Safety-promoting Activities for Children and Adolescents in 25 Swedish Municipalities. Health Promotion International. 2004; 19(2):215-226.
8. Hosoglu E, Vitrinel A, Cicek N, Agz kuru T, Sad koglu S, Ak n Y. Çocukluk Çağ nda Zehirlenmeler, Çocuk Forumu. 2005; 1:27-31.
9. Kypri K, Chalmers DJ, Langley JD, Wright CS. Child injury morbidity in New Zealand, 1987-1996. Journal of Paediatrics & Child Health. 2001; 37(3):227-234.
10. Polat S, Tufekci FG, Ozyac oğlu N, Yazar F. Çocuk Acil Kliniğine Başvuran 0-18 Yaş Grubu Olguların İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 8(2):55-62.
11. Scholer SJ, Mitchel Jr EF, Ray AW. Predictors of Injury Mortality in Early Childhood. Pediatrics. 1997; 100:342-347.
12. Yıldız S, Bahceci N. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına Getirilen Çocukların Travmatik Kazaların Yönünden Epidemiyolojik İncelenmesi. Hemşirelik Bülteni. 1995; 9(35):99-110.

AUTOR/ES:

Sônia a Pereira
Eleonora Menecucci de Oliveira

TÍTULO:

(Re) Construyendo el hospital: la óptica del niño portador de enfermedad renal crónico

TEXTO DEL TRABAJO:

Hace mucho tiempo, que los profesionales del área de la salud están preocupándose con los efectos que ocasiona la hospitalización en la salud mental del niño y las publicaciones son extensas y relevantes. Mas, grande parte de estos estudios, trata de entender como los procedimientos hospitalares y las normas administrativas interfieren en la atención al niño, sin considerar lo que el niño piensa y siente durante esta experiencia, escuchando y considerando la opinión de ellos (1). Conocer y comprender el prójimo, saber lo que el piensa, siente y dejar que el también los conozca, es condición indispensable para la formación del vínculo, que en pediatría es el punto central para que sea posible establecer el relacionamiento afectivo con el niño y por consecuencia con la familia. El vínculo afectivo es la condición viable para que el niño deje de ser un objeto, en el sentido material del cuidado y adquiera un rostro, una historia para que al fin se pueda establecer una relación del ser humano para el ser humano o entre humanos. En estudio anterior sobre la calidad de vida del niño renal crónico, en diálisis peritoneal, percibí que para esos niños hay un corte abrupto en el desarrollo del "proyecto de ser" anteriormente elaborado por ellos. Para esos niños, la pérdida de la calidad de vida esta asociada no solamente a la enfermedad física, mas principalmente porque están imposibilitados de realizar las diversas tareas propias de la edad y por no tener conocimientos suficientes para tratar con los nuevos sentimientos y emociones provenientes del hecho que el tratamiento limita su ejecución (2). De esta forma, el objetivo de esta pesquisa fue ver por la óptica del niño con enfermedad renal crónica, el ambiente hospitalar y la adecuación o no de esta estructura en atender sus necesidades durante los períodos frecuentes de internación para realizar el tratamiento dialítico y captar en el imaginario de esos niños como ellos perciben el hospital y cuáles modificaciones introducirían en esta realidad para que mantengan o recuperen su calidad de vida. Es mi asertiva de que el niño en edad escolar puede crear sus expectativas frente al mundo hospitalar y al cuidado del equipo de salud, haciendo emerger sus necesidades y deseos de cambios posibles portando posibilidades de ser realizadas por un atendimento de calidad en el servicio que los atiende. El estudio tiene fundamentos en los presupuestos de investigación cualitativa y en la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (3), analizados a partir de la teoría existencialista de Sartre (4). La teoría existencialista, analiza la condición humana bajo la perspectiva de la experiencia de la angustia. Movidio por estas angustias, el vivir cotidiano es marcado por la búsqueda de respuesta frente a los dilemas presentados por el mundo interno y externo. Esta búsqueda por comprensión crea en el ser humano una tensión, que tanto puede paralizarlo como impulsarlo a superar sus dudas o conflictos, Sartre (5), recuerda que no son las dificultades o sufrimientos frente a una situación que determina una concepción nueva de la realidad, mas antes en lo opuesto "es a partir del día en que se puede concebir otro estado de las cosas que nueva luz se proyecta sobre penas y sufrimientos y decidimos que ellos no son mas tolerables" y en un movimiento contrario al que es dado por la realidad, se busca modificarla. La teoría de las Representaciones Sociales esta centrada en el estudio de la interfase entre el individuo psicológico y el individuo social, entendiendo que tanto es un agente de transformación cuanto un producto de la sociedad, direccionada a comprender como sucede la articulación entre los fenómenos individuales y colectivos dentro de esa sociedad. Para Moscovici (3) las Representaciones Sociales constituyen un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana, durante los procesos de comunicaciones interpersonales y que forman teorías verdaderas del censo común, que por su poder convencional y determinante sobre la realidad adquieren una existencia casi concreta, pues circulan y se cruzan incesantemente a través de la palabra oral, gesto o de un encuentro. Por medio de conversaciones

informales, mantenidas día a día, esas teorías van siendo interiorizadas y organizadas, constituyéndose en un sistema “dominante” de pensamientos y relaciones que se incorporan a los grupos sociales (6). Local del estudio: Sector de Nefrología Pediátrica de un hospital universitario del Municipio de São Paulo. La muestra de este estudio fue constituida de 9 niños adolescentes, con edades entre 9 y 15 años, con historia de vida relacionada a 3 internaciones hospitalares, como mínimo, independiente del tiempo de permanencia o del periodo transcurrido entre ellas y la evolución de la enfermedad primaria hasta la cronicidad. Para la realización de este estudio fueron obedecidos todos los preceptos éticos contenidos en la Resolución 196/96, que establece las normas para Investigación relacionada a seres humanos (7). Los datos fueron colectados en 3 etapas: lectura del prontuario (historia clínica) donde se buscó conocer las experiencias anteriores de internación; entrevistas con 8 preguntas abiertas, semi-estructuradas abordando la relación del sujeto con el ambiente hospitalar y el uso de la Técnica Proyectiva (diseños-historia con tema dirigido) (8) que posibilita aflorar, de forma lúdica, aspectos del contenido interno de los sujetos que hasta entonces eran mantenidos en nivel inconciente. De este modo, fue posible identificar 4 núcleos temáticos: “El hospital es así...” El hospital, para los sujetos estudiados, representa el lugar donde la curación puede ser obtenida, reconocen también que su estructura, organización y dinámica están direccionadas a que eso sea posible, siendo por medio de ese atendimento complejo que las personas tienen acceso a recursos humanos, tecnológicos y materiales, que irán a auxiliarlos a recuperar la salud. La percepción de la función del hospital, refleja la opinión del censo común presente en el imaginario del niño como consecuencia, el niño nada más hace que reproducir los discursos que escucha todos los días en su ambiente socio-cultural. Consecuente al propio movimiento del crecimiento y desarrollo, él se va apoderando de un discurso previamente construido por personas externas a él y a medida que pasa a convivir con la enfermedad y consecuente tratamiento, incorpora nuevos y diferentes significados al concepto semejante. “Sentimientos expresos... en busca de significados”: Los dibujos realizados por los sujetos, cuando inquiridos sobre el significado de estar en este local realizando tratamiento dialítico, ofrece indicios sobre la manera como cada uno se posiciona en la relación “yo- enfermedad/ tratamiento- hospital”. Los sujetos demuestran discrepancias entre el discurso hablado y el expresado a través del grafismo, o sea, entre lo pensado y lo sentido. Así, de esta manera general, el hospital es representado en el grafismo como una estructura con ventanas cerradas o con protección, puertas pequeñas o ausencia de ellas, las cuales impiden el contacto con el mundo externo, como si en el dibujo, los sujetos explicitasen, lo cuanto se siente solo, inseguro y excluido. “Lo que los niños quieren modificar”. En ese prisma, ellos hacen solicitudes relativamente sencillas, como alterar el tamaño y tipo de camas, mejor organización del espacio ambiental y actitudes más solidarias durante la realización de los procedimientos. Otra solicitud es cuanto a la recreación, pues para ellos realizar algunas actividades durante las sesiones de diálisis es reencontrar por algunos momentos el placer y la alegría. Jugar significa olvidar la enfermedad, pudiendo de esta manera reelaborar la realidad, explotando la fantasía y la creatividad típica de esta edad. Otro aspecto relevante, para ellos, es la dificultad de frecuentar la escuela, en razón de la necesidad de internaciones frecuentes que los impiden de seguir la enseñanza normal en las escuelas. “Desconstruyendo el hospital y la enfermedad”. Es importante resaltar que la reacción de cada niño esta íntimamente asociada a la historia de la enfermedad en la vida de cada uno de ellos. La realidad del hospital referente a la cura cambia la expectativa del niño, en su obtención, mientras el tratamiento se prolonga por tiempo indeterminado. El transplante renal es el único objetivo del niño y sus familiares y en eso depositan todas sus energías y esperanzas. Esa expectativa los mantiene confiantes y les auxilia a soportar la espera y el largo periodo del tratamiento dialítico. Así, en el imaginario de estos niños y familiares, el transplante significa la libertación del tratamiento dialítico, por tanto de la enfermedad y la posibilidad de retomar sus proyectos de vida, suspendidos en este periodo. En este sentido, mientras el tratamiento se alarga y la cura no ocurre, ellos se ven frente a la vida y a la enfermedad en una espera incierta en cuanto al futuro, sin saber lo que pueda suceder. Cuando esa realidad penetra en sus vidas cargadas por decepciones, frustraciones e inseguridades, como una concha, el niño se encierra en si mismo, no hablando más sobre el asunto y esquivándose a enfrentar la realidad conocida. Uno de ellos, desahogándose dijo: “Cambiaría esos casos que llegan... así nomás... con niños nacidos cerrados... quisiera que naciera normal... solo eso... nada más...”.

Los pacientes de este estudio tienen una historia de vida relacionada a la enfermedad renal crónica y muchos de ellos viven con ella hace años esperando la cura definitiva. Fue lo que aprendieron, escucharon o que les fue prometido y ellos esperan que se cumpla, entendiendo que la cura es una responsabilidad del hospital con sus muchos recursos. Con esa esperanza, aceptan venir al hospital y realizar el tratamiento con la finalidad de recuperar una situación ya perdida. Es un consenso que nosotros, los profesionales de salud solo fuimos preparados para una de las posibilidades de la enfermedad: la cura. De esta manera, no se preocupan en preparar al profesional para las otras dos posibilidades, con el fin de ayudar o de preparar los pacientes para esa larga espera. Lo que acaba por transformarse en más un obstáculo, que deben superar para que se adapten a la nueva realidad de vida y pese a todo eso, vivirla.

En consonancia con el referencial Sartreano, de que no se puede impedir que las personas realicen sus viajes por la vida y se deparen con sufrimientos, pérdidas, miedos y angustias, pues ellos son inherentes al vivir humano. Puedo como enfermera peditra que escogió trabajar junto a los niños, influenciar en este viaje, volviéndola más confortable y alegre.

BIBLIOGRAFÍA:

VERISSIMO, M. de La Ó R. - A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. Rev. Esc. Enf. USP, v.25, n.2, p.153-68, ago. 1991.

PEREIRA, S.R. - Qualidade de vida da criança renal crônica submetida ao tratamento por Diálise Peritoneal Intermitente - Estudo de Caso. São Paulo, 1993. p.126-7. Dissertação Mestrado. Universidade Federal de São Paulo-EPM.157 p.

MOSCOVICI, S. - A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.

SARTRE, J.P. - El Ser y La Nada: Ensayo de Ontología Fenomenológica. Tradução de Juan Valmar. 9ª ed. Buenos Aires, Ed. Editorial Losada, 1993. 776 p.

SARTRE, J.P. - O existencialismo é um humanismo. São Paulo, Ed. Abril Cultural, 1978. p.3-32.

MOSCOVICI, S. - The phenomenon of social representations. In: FARR, R.; MOSCOVICI, S. (org.) Social Representations. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

Resolução???

TRINCA, W. - Investigação Clínica da Personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. 2ª ed., São Paulo, Ed. EPU, 1987. 154p.

AUTHOR/S:

:Irandokht Allahyari9(Msc), *Fatemeh Alhani(PhD), Anooshiravan Kazemnejad(PhD, Mina Izadyar(PhD). *alhani_f@modares,aAddress: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iranc.ir

TITLE:

An investigation on the quality of life of the Thalassemic children in 2005

TEXT:

Introduction and Objective: Thalassemia is the most common genetic disease in Iran and also the world [1]. There are some 20000 children in Iran suffering from this disease. Major thalassemia, like other chronic diseases effect different aspects of patients life. So that the patient needs from first years of his/her life to receive blood, desferal and other medication to survive [2]. The children with B-thalassemia major tolerate various and chronic stress due to their to resave reputed blood infusion, dependency to health practitioner and suffering from injection, etc. all these could effect their quality of life . Accordingly, the present research is an attempt to investigation the quality of life among the children with B-thalassemia major.

Material and Methods: The present descriptive research was carried out on some 50 school-age children with B-thalassemia. The research tools include: demographic questionnaire, Ped's QOL [3] and QOL of thalassemia dimension. The validity and reliability of the questionnaires were assessed by content validity and test-re-test.

Results: the result showed that the subjects were 8-12 years old with mean $10\pm 1/47$ years. Their weight means were 28.5 ± 5.19 kg and height mean 132 ± 10.10 cm. They were studying in the grade of primary school to the first grade of middle school .the age of diagnosis and infusion in 68% of them was under first year of life and in 22% was their second year of life .Infusion interval in 74% of them was 15-21 days. Also the result showed that the general quality of life was weak in 18%, moderate in 38% and good in 44% of them. Also, the quality of life in thalassemia dimension was weak in 10%, moderate in 14%, good in 76%of them. %78 of samples has 1-2days in month absence from school.

Discussion: the result show that the quality of life of the Thalassemic children in 56% of general dimension and 24% of thalassemia dimension was weak or moderate. Mikelli & Tsiantis found that thalassemic adolescents reported more depressive symptoms and a lower quality of life than patients with short- time injuries. This finding support the need for psychological support and rehabilitation programs as a means of enhancing motivation and quality of life of thalassemic adolescents.[4] Pearson correlation test showed that there was a significant correlation ($r=0.509$, $p<0.01$) between the Peds Qol and qol of thalassemic children

Therefore it is concluded that any increase in general QOL can increase the thalassemia QOL. Results showed most of thalacemic children has 1-2days in months absent from school, that effecting educational successful. The educational successful is effect on educational self esteem that it's effect on self esteem in hole [5]In during of school years absence from school effect on educational successful and self-esteem, thus can reduce the quality of life [4]. Dimensions of self-esteem include educational self-esteem has significant relationship with quality of life [5]. One of the ways for promotion of quality of life is regulating the blood injection program with their school program [6].

Hence in order to improve thalassemic children QOL the intervention strategies should be such that take in to consideration the child, the disease, the school and society , recreation and the child's mental and spiritual situations, so that they could be effective on all aspects of the children's life.Therfor in the second phase we applied the family-centered empowerment model for promotion their Qol.

BIBLIOGRAPHY:

- 1-Abolghasemi h, eshghi p. Comprehensive Textbook of thalassemia. 1st ed. Tehran: baghiatallah medical university publications;2004.
- 2- Musera W, Monguzzi G. and et al. Psychosocial support in thalassemia major. Monza Center's Experience. Supplements Di Hematological. 1990; 75, N.S.
- 3- Peds QITM pediatric Quality of life inventory version 4.0; 1998. Available from: <http://www.pedsgl.org>
- 4- Mikelli A, Tsiantis J. Briferport : Depressive syndromes and quality of life in adolescents with b thalassemia. Journal of adolescence 2004. 24: 213-216.
- 5- Rpstami F. The effect of group counseling program on self-esteem and quality of life of adolescence girls before menstraition experience . These is presented for MSC in pediatric nursing education, Tarbiat Modares University of Iran, 2005.
- 6-Thalassemia. Section 2. Capter 2 : so you want to know moor, 2005. Available from :www.thalassemia.Com.Pk.Ver4.

AUTHOR/S:

Leil,iShahbazi; Tahere,salimi; Abdolreza,Sadrearhami; Farokh,Soheil arsha; khadije,Nasiriani; Fateme Alhani

TITLE:

Educational effects on infertile women quality of life

TEXT:

Infertility is generally defined as the inability to conceive after 12 months of unprotected and appropriately timed intercourse (1) and occurs in approximately 20% of all unions (2). Fecundity and giving birth to a child define the essence of life for many couples; childlessness results in social stigmatization for infertile women and places them at risk of serious social and emotional consequences and leads to a negative effect on quality of life (3). Childbearing is commonly assumed to be a natural and inevitable part of being a woman. Although there is an increasing tendency among women to delay both marriage and childbearing, motherhood is still closely connected with womanhood and believed to provide identity and status for women (4) and in one study, the 39 functionally infertile couples were judged by the authors to be "anxious and depressive persons". Furthermore, the author stated that many women suffered from dysmenorrhoea, functional sexual disorders, functional disorders in the gastrointestinal area and cardiovascular problems, all of which may have a psychosomatic component (5).

In Vitro Fertilization (IVF) and another Advanced Reproductive Treatment (ART) are medical treatments that require a high level of active participation of the patient, who often finds the process both physically and emotionally exhausting. Studies have shown that ART treatments can exert psychosocial impacts on both patients and couples. Women undergoing ART treatments usually report high levels of anxiety, depression, and emotional stress. Diagnostic and intervention procedures, which are often long and intrusive, induce physical pain, disturb the patient's daily routine, and put strain on the sexual relationship of the couple (6) because although the large number of referrals reflects the need for treatment, the effectiveness of the services is currently compromised by a high patient default rate (~65%). Women often said they did not know what to expect (1) and may have a negative impact on various aspects of health-related quality of life including limitations in physical functioning, general behavior, (7) and quality of life of infertile couples is lower than that of fertile couples (8). One action to cope with this problem has been to educate the patient (9).

Health-related quality of life (HRQOL) is a multidimensional, dynamic concept that encompasses physical, psychological, and social aspects that are associated with a particular disease or its treatment. Once the domain of social science, HRQOL measurement now has an important role in evaluative research as a measure of outcome. This particularly applies to clinical trials in which health status tools are being used to aid clinical decision-making regarding treatment choices by providing additional information on the benefits of medical therapies or interventions from the patient's perspective (10).

This is the first study on HRQOL and educational effects on HRQOL using the SF-36 questionnaire in Iranian infertile women. This Quasi-Experimental study presents the relationship with a selected list of demographic and other variables.

METHODS:

The study was a Quasi-Experimental investigation of educational effectiveness on 30 infertile women referred to Yazd infertility research and therapeutic center, of Shahid Sadoghi University of Medical Science and Health Services.

We used the SF-36 questionnaire before and after education to evaluate HRQOL. A hand-delivered questionnaire was given to the patient. After group education about definition, etiology, factors, diagnostic procedures, kinds of treatment, Advanced Reproductive Treatment and especially psychosocial, sexual, effect of infertility at 1-2 hours, they were asked to complete it after one month, after education questionnaire sent it back to infertility center.

HRQOL Measures:

The SF-36 questionnaire, a generic instrument for measuring HRQOL, developed for the Medical Outcome Study, is composed of eight scales to measure physical and mental dimensions of health

status. The eight scales are as follows: Physical Function (PF), Role-Physical (RP), Bodily Pain (BP), General Health Perceptional (GH), Vitality (VT), Social Functioning (SF), Role-Emotional (RE), and Mental Health (MH). The scales are scored on a 0-100 possible range. The scales are scored on a component summary scores, which aggregate the physical and mental components of the eight scales profile of the SF-36 Questionnaire into Physical Component Scale (PCS) and Mental Component Scale.

RESULTS:

Table 1. Demographic characteristics of study population

Age (years) : Mean (range)	Mean 28.8 (SD 7.8)	(17-47)
job : housekeeper	48	80
Education level		
Elementary - guidance	20	33.3
diploma	24	40
university	16	26.7
Cause of infertility		
Male factor	26	43.3
Female factor	22	36.7
Combined or undetected	12	20
Length of marriage : Mean (range)	Mean 7.2 (SD 4.9)	(1-21)
Length of infertility : Mean (range)	Mean 5.6 (SD 4.5)	(6-20)
Strategy of selection if female were unsuccessful for child bring		
adoption	12	20
embryo of present	6	10
Oval or sperm of present	12	20
No child	20	33.3
others	10	16.7
The most common problem about infertility		
Child lover	44	73.3
stress of community	8	6.7
Stress of relationship	2	3.3
Fear of alone	4	13.3
others	2	3.3

Table 2 : Impact of instruction on quality of life in infertility women

Average (mean) SF36 scores

(high scores imply a better level of health and well-being)

Category on SF36 scale	Before instruction	Mean/SD	After instruction	Mean/SD	P-values
Physical functioning	58.0000	26.71570	60.6667	23.36861	0.029
Physical role performance	56.1458	21.78756	60.2083	20.85739	0.001
Body pain	62.9167	25.52071	63.3333	26.24761	0.001
General health	59.8500	23.23777	62.3333	22.73283	N
General vitality	56.6667	15.98905	59.8333	20.90551	0.05
Total dimension of physical	59.2281	17.07567	61.6354	18.02900	0.002
Social functioning	57.0833	26.57802	57.0833	28.93276	N
Emotional role performance	49.1667	14.85175	48.8889	17.87747	N
Mental health	62.6667	20.51099	62.8000	20.98670	N
Total dimension of psychological	56.3958	12.98245	57.1514	14.92208	N
Total questionnaires	59.3934	15.30213	57.8120	13.22683	N

The results showed no significant differences among quality of life and age, Length of marriage, Education level, job.

Discussion & CONCLUSIONS:

Women in infertile couples reported poor to fair quality of life and client instruction not statistical significant effect on quality of life. also The finding showed The Length of marriage, Age, Education level, job, duration of infertility might have a ineffective impact on quality of life . Ragni G showed Male SF-36 scores were higher than those reported by women. Duration of infertility and previous IVF attempts significantly influenced HRQoL (P < 0.01). The need for IVF did not seem to markedly influence subjective health status less to improve quality of life. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T reported Eighteen infertile couples and 12 couples seeking elective sterilization participated in the study. The Marital Adjustment Test scores for the women of the infertile couples were significantly lower than the scores of the controls (P = 0.01) . A trend toward lower quality-of-life scores was noted in women (P = 0.09) but not in the men of infertile couples. No statistically significant impact on sexual functioning in women was noted; however, the men in the infertile couples had lower total. Women in infertile couples reported poor marital adjustment and quality of life compared with controls.

so far Health professionals should be sensitive to the quality of life in infertile women of their patients to provide the best possible medical support such as consultation. Future studies will hopefully assist women in coping with the challenges and rigors of infertility and treatment and quality of life. Ideally, these studies would determine risk factors not only for psychological morbidity, but also physical morbidity, and attempt to modify psychosocial variab

BIBLIOGRAPHY:

Timothy Pearman Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors, Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:33 .

Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP: Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. Gynecol Oncol 2002, 87:178-184.

Chan YM, Ngan HYS, Li BYG, Yip AMW, Ng TY, Lee PWH, Yip PSF, Wong LC: A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. Gynecol Oncol 2001, 83:10-19.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004 Jan;63(1):126-30.

Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliani I, Nicolosi AE. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. Hum Reprod. 2005 May;20(5):1286-91.

Julia Schmid, Sylvia Kirchengast, Elisabeth Vytiska-Binstorfer , Johannes Huber Infertility caused by PCOS—health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria Human Reproduction 2004 19(10):2251-2257.

Hahn S, Janssen E O, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, Kimmig R, Benson S, Balamitsa E, Elsenbruch, S , Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome, European Journal of Endocrinology, Vol 153, Issue 6, 853-860.

SIGRID ELSENBURCH, SUSANNE HAHN, DANIELA KOWALSKY, ALEXANDRA H. O'FFNER, MANFRED SCHEDLOWSKI, KLAUS MANN, ONNO E. JANSSEN , Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome , Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 88(12):5801–5807 .

AUTHOR/S:

BRITO, Irma(1); AMADO, João(2); COUTO, António(1); ESTEVES, Fernando(3)
(1)Escola Superior de Enfermagem Dr Ângelo da Fonseca, Coimbra, Portugal; (2)Instituto Superior de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal, (3) ANCOSE

TITLE:

Effect of a Brucellosis prevention course at shepherd's population

TEXT:

Brucellosis is an anthroponosis of great magnitude because human infection is related with direct or indirect contact to infected animals, being mostly an occupational disease. At Serra da Estrela (Portugal), Brucellosis is related with the reversion of normal period for sheep's birth because the milk is essential for cheese production during the winter till the spring.

An community-based intervention was launched in 2002 to identify the main factors related with the maintenance of Brucellosis at Serra da Estrela. It was applied the preventive model

PRECEDE_PROCEED to reduce the risk conduct for the Brucellosis contamination at shepherd by promoting safety behaviour. Targets for change were adherence to preventive measures related with animal brucellosis and human contact with animals and theirs products.

We developed a quasi-experimental design based on PRECEDE-PROCEED model. A 32hours course was design from a previous ethnographic study. The aims were to stimulate discussion on health and safety issues related with the pasturing and cheese production. Educational activities were based on ecological approach involving community groups. The programme was derived from a mix of theoretical models of behaviour change theories (persuasive, communication model and involvement of community leaders and institutions). Health education was retained as the main intervention strategy.

The course was implemented in groups: 320 individuals selves enrolled. They completed evaluation questionnaires about knowledge and conduct related with Brucellosis contamination at the first and the last day of the course and also 3 months later.

The main results showed a significant increase in knowledge about Brucellosis contamination and about risk factors ($p > 0,0000$), at the end of the course. Three months later 83% refer changes in pasturing and cheese production conducts due to the knowledge acquired.

Evaluating the process, the results showed that the courses allowed to the reflection on knowledge and beliefs related with the human/animal Brucellosis and the risk/protection attitudes. Also increase the adoption of preventive behaviours face to the Brucellosis.

In view of the obtained results we believe that is important to implement community's interventions who promote the discussion about the public problems as Brucellosis, because they increase community involvement The best way to eradicate the illness in the animals and to prevent the human contamination, is to make each person/ shepherd self responsible.

The ecological vision shows greater promise of reaching beyond environmental determinants of health that are under the direct control of individual. It thus avoid putting all the burden of change on the individual (or veterinarian) and possibly escapes the victim-blaming" criticism and "revolving door" complaint often associate with individual-centred approaches. The ecological approach also reach the issues of equity and social justice because is seen as more relevant to this clientele's environment and lifestyle realities.

This approach could offer financial incentives for individuals and organizations because is an structural intervention who seams more cost-effective than a series of isolated efforts.

Key words:Brucellosis prevention; Public Health; Community-based intervention, PRECEDE-PROCEED

BIBLIOGRAPHY:

Czeresnia, D; Freitas, C M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

Thorogood, M; Yolande, C. Evaluating health promotion practice and methods, Oxford: Oxford University Press, 2000

Green, Lawrence; Kreuter, Marshall. Health promotion planning, an educational and environmental approach. London, Mayfield publishing company, 1991

Renwick, Rebecca; Brown, Ivan; Nagler, Mark. Quality of life in health promotion and rehabilitation, London: SAGE Publications, 1996

Principles & Foundations Of Health Promotion And Education: (James F. McKenzie, James T. Girvan, Randall R. Cottrell), 2001

CRESPO, Léon F. Caprine em ovine Brucellosis, Paris, OIE, 1994
Instituto de Protecção da Produção Agro-Alimentar. Plano de erradicação da brucelose dos ovinos e caprinos. Portugal: IPPAA, 1994

Ministério da Agricultura e do Comércio e Turismo. Portaria 533/93. Normas sanitárias aplicáveis aos laticínios. Diário da República, 1º ser. B, 21 Maio 1993; 118: 2777-89
Ministério da Agricultura. Portaria 3/95. Classificação das explorações. Diário da República, 1º ser. B, 3 Janeiro 1995; 2:25-28.

Ministérios do Planeamento e Administração do Território, da Agricultura Pesca e Alimentação e do Turismo. Portaria 73/90. Normas sanitárias dos queijos. Diário da República, 1º ser. B, 1 Fevereiro 1990; 27: 436-38..

AUTHOR/S:

Candan Ozturk, RN, PhD
Hatice Yildirim SARI, RN, MSc
Dokuz Eylül University, School of Nursing, İzmir, Türkiye

TITLE:

PROMOTING INFANT HEALTH: WHERE ARE WE? A SAMPLE FROM SOUTHEAST OF TURKIYE

TEXT:**INTRODUCTION**

Health promotion aims to prevent illness and promote good health. Primary care staff, and health visitors in particular, are expected to play a key role in promoting the health of children and parents. Health promotion calls for three basic prerequisites, which are protection, education and healthy public policy.

Initiatives for protecting infant health may be enlisted as parental education and participatory guidance (growth and development, nutrition, infant and child care, safety, first aid, diseases and complications, child behaviors, employment of health care systems), screenings, immunization, growth and development monitoring and assessing family dynamics. Initiatives for promoting health may differ in each developmental period as they may change in each age group in accordance with the child's individual development.

OBJECTIVE: This study aimed to bring out the measures that mothers in Southeastern Anatolia take in order to promotion their children's health.

METHOD: It was conducted in a primary health care center in the town center of a Southeastern city, Mardin. Mothers who brought their children to the center were interviewed over a week in June 2004 (n=46) for which a questionnaire based on Ardell's model of wellness was utilized. Ardell's wellness model includes four fundamental prerequisites, which are nutrition, physical exercise, environment and stress management and Ardell emphasized accomplishment of these prerequisites through self-responsibility. Barleben (1987), on the other hand, introduced a guide for infant health protection and promotion by combining Ardell's health promotion model with initiatives of health protection and nursing procedures. The questionnaire form which was used in this study is based upon Ardell's model and Barleben's guide. Data were evaluated using nominal and percentage distribution with statistical packet program.

SAMPLING

Infants who participated in this study are aged between 1 month and 12 months old (average 5.6 months). 54.3% of the infants are girls (n=25) and 45.7% of them are boys (n=21). 50% of the infants are the single child, while 19.6% of these children (n=9) have one sibling. Their mothers are aged between 19 and 38 years old, with an average of 26.4 years, while their fathers are aged between 24 and 54 years old, with an average of 32.1 years. 37% of mothers graduated from primary school and 45.7% (n=21) of fathers graduated from high school. 19.6% of the families who participated in the study have no social security (n=9), family income of 58.6% of these families barely cover their expenses and 30.4% of them (n=14) earn less then their expenses.

Limitations of the study:

There are some limitations that need to be acknowledged and addressed regarding the present study, most important of which is that only one outpatient clinic was chosen for the sampling and data were collected from those who were visiting that particular clinic.

RESULTS

Health Controls: All infants are being monitored by the outpatient clinics where 43.5% of all mothers take their children only when they have got a health problem.

As it is shown in table 1, 47.8% of mothers aged between 19-28 years old and 8.7% of mothers aged between 29-38 years old take their babies to routine health controls, which illustrates that there appears to be a meaningful relationship between mothers' age and their behavior of taking their babies to routine health controls ($X^2 = 4,890$ $p = .027$, $p < 0,05$) while the same relationship couldn't be found between fathers' age and their behavior of taking their babies to routine health controls ($X^2 = 4,753$, $p = ,093$, $p > 0,05$).

All of the high school graduate mothers and 10.9 of university graduate mothers take their babies to routine health controls. There is a meaningful relationship between mothers' educational status and their behavior of taking their babies to routine health controls ($X^2 = 23,194$ $p = .000$) while the same relationship couldn't be found between fathers' educational status and their behavior of taking their babies to routine health controls ($X^2 = 4,221$, $p = ,23$, $p > 0,05$).

All well-off families were found to take their children to routine health controls but, on the other hand, 19.6% of low-income families were found not to take their children to controls. There is a meaningful relationship between economic status of the families' and their behavior of taking their babies to routine health controls ($X^2 = 6,395$, $p = ,041$, $p < 0,05$).

Among 26 families who take their babies to routine controls, 34.8% of them prefer private doctors, 10.9% of parents ($n=5$) choose outpatients clinics, 6.5% of these families ($n=3$) said they favor hospitals and 4.3% of them ($n=2$) have a preference for both private doctors and outpatients clinics. A meaningful relationship between mothers' age and educational status, fathers' age and educational status and economic status of the family and their behavior of taking their babies to routine health controls couldn't be found.

Immunization: All infants in the study are vaccinated on a regular base.

Nutrition: 87% of babies are fed with breast milk, while 13% of them ($n=6$) not. There isn't a meaningful relationship between breast feeding and mothers' age and educational status, fathers' age and educational status and economic status of the family.

While 76.1% of babies ($n=35$) are not given cow's milk, 23.9% of babies ($n=11$) are. 4.3% of high school and university graduate mothers and 19.6% of primary school graduate or unschooled mothers are reported to be feeding their babies with cow's milk ($X^2 = ,3,765$ $p = ,052$). Mothers' age, fathers' age and educational status and economic status of the family are not found to affect such behavior.

37% of babies ($n=17$) are reported to be given formula milk, while 29% of babies ($n=29$) are not fed with formula milk. 3% of children who are 4 months old are started to be given additional food. However, one infant from the 7 months old group hasn't been given additional food.

Accidents: 80.4% of babies haven't had an accident, but 19.6% of children ($n=9$) are reported to have an accident such as falls (13.0% $n=6$), and foreign object aspirations (6.5% $n=3$). There isn't a meaningful relationship between mothers' age and educational status, fathers' age and educational status, infant's sex and economic status of the family economic and accidents.

87% of mothers haven't been given first aid training.

Stress Management: Mothers stated that their children cry, wail and pull their legs up and crawl when they are stressed and 41.3% of mothers consider breast feeding as the best remedy.

DISCUSSION

Health Controls: Routine health controls are confirmed to be highly important for early diagnosis and initiatives. All in all, we have to face a significant shortfall that only 55% of all families have their routine controls done. We found in our study that economic insufficiencies certainly hinder the families from taking their babies to routine health controls. It is obvious that income comes out as one of the important determinants of health condition. According to the recent reports of the World Bank, one fifth of world population lives under the international poverty line, and children suffer disproportionately from such inequalities (Hatun, Etiler ve Gönüllü, 2003). Education emerges as another factor that influences health controls in our study, which suggests that families with low education and income levels apparently need to be educated on infant care.

Immunization: It sounds comforting that all children in the study are vaccinated on a regular base, while only 48% of children who are younger than 12 months old are reported to be vaccinated fully in Turkey (TNSA 2003).

Nutrition: 87% of babies are fed with breast milk, 23.9% of all infants in the study (n=11) are given cow's milk and 37% of babies (n=17) are fed with formula milk. High rates of breast feeding are considered to be a good progress. Tuncel et al. (2006) found breast feeding rates as 33.0% in babies who are younger than 4 months, and 3.7% in children who are 4 to 6 months old. Findings of our study have shown that mothers with low educational level tend to use cow's milk more, which implies that education may well shape the nutrition behaviors of mothers. Sanlier and Aytekin (2004) pointed out the fact that university graduate mothers are inclined to use breast milk more than the others. Dalgic, Hizel and Köse (1997) stated that as mothers' educational status rises up, their awareness increases accordingly, while initiating additional food and educational levels are in inverse proportion. It is obvious that mothers need more education on infant feeding.

Accidents: It was found in our study that nearly one fifth of children have had an accident, which is considered to be one of the leading causes of mortality and morbidity. Hampshire et al (2001) noted that avoiding accidents may be a vital prerequisite in promoting health. Although one way of avoiding accidents seems to be educating mothers, it turns out that 87% of mothers haven't been educated on first aid. Knowledge and awareness of parents about avoiding accidents, maintaining a safe environment and first aid must be increased.

Stress Management: Mothers expressed their belief that their children cry, wail and pull their legs up and crawl when they are stressed, and 41.3% of them consider breast feeding as the best remedy in such occasions. Mothers said that they can recognize the moments when their babies are stressed out. However, using breast feeding as the only solution to control and soothe their babies' stress entails that they need be provided with more education on other possible solutions.

CONCLUSION:

A geographical and cultural bridge between Asia and Europe, Turkey still needs further studies on infant health. For instance, Mardin, situated in the Northern East part of the country, is in urgent need for the studies on promoting infant health. Despite being conducted with a limited sampling, our study surely mirrors the traumatic conditions of the Southeastern region and depicts that health services in the region is far less sufficient.

BIBLIOGRAPHY:

References

- 1.Barleben SS. Promotion of Health in the Child. Servonsky J, Opas SR, editor. Nursing Management of Children, Jones and Bartlett Publishers; 1987.
- 2.Hampshire AJ, Blair ME, Crown NS, Avery AJ, Williams I. Infant and Pre-School Child Health Promotion: What Do Health Visitors and General Practitioners Think is Important and What Do They Record?. Ambulatory Child Health. 2001; 7: 191-201
- 3.Tunçel EK, DüNDAR C, Canbaz S, Pekşen Y. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumları ve Saptanması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10 (1).
- 4.Şanlıer N, Aytekin F. 3-6 Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme ve İşal Konusunda Bilgi ve Davranışları ve İncelenmesi (Analysis Of Knowledge Level And Behavior Of Mothers With Children Of 0-3 Years Of Age Concerning Nutrition And Diarrhea). Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 24 (3): 81-100
- 5.Dalgıç N, Hizel S, Köse R. Ankara'nın Merkez İlçesinde Anne Sütü İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları İncelenmesi. VI. Halk Sağlığı Kongresi. 1997; 14-18 Nisan, Adana.
- 6.Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E. Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003; 46 (4): 251-260.

AUTHOR/S:

Candan ÖZTÜRK, Hatice YILDIRIM SARI, Murat BEKTAŞ, Ayfer ELÇİGİL

TITLE:

HEALTH PREVENTION AND PROMOTION VIA IDENTIFYING HEALTH RISKS IN PRE-SCHOOL CHILDREN

TEXT:

Programs that aim to designate and promote preschool children's health are in limited number in our country. On the other hand, parents and especially preschool teachers, who have a considerable effect on children's healthy development, need to be well informed on protecting and promoting health and educated in order to turn their knowledge into action within a properly designed program.

This study aims to assure an early diagnosis of health risks of children who are attending kindergartens run by Izmir National Education Directorate and dispatch these children to the related clinics and ensure that they are treated.

METHOD: This project has been intended to be a service project and a descriptive study. It has been carried out in two kindergartens operating under the supervision of Izmir National Education Directorate. Study samples consisted of 100 children in total from lower middle class (n=50) and upper middle class (n=50) kindergartens. There were 50 girls (50%) and 50 boys (50%) in the study sample. There were 24 in age 4 group (24%), 34 in age 5 group (34%), 42 in age 6 group (42%), with an average of 5,2 + 0,8. 35% of mothers (n=35) graduated from high school, 43% (n=43) from university and 22% (n=22) from primary school. On the other hand, 54% (n=54) of fathers were university graduates, 26% (n=26) high school and 20% (n=20) primary school. Of all children in the study 75% were the single child (n=75) in family, 21% had one sibling (n=21), 4% (n=4) had more than one sibling. 86% of children had no chronic illnesses (n=86).

COLLECTING DATA

A. Parental Information Form: It includes demographic information and questions designed for mapping out children's nutrition habits, immunization level and oral health condition which was designed by the field experts in accordance with the recent literature. Approval forms were sent to parents via kindergarten management in order to ask for parental permission and inform the parents about the content of the study. Those who showed willingness and allowed health inspection of their children were sent the parental information forms and asked to fill in appropriately. Parental information forms were sent to the parents and all were sent back.

B. Height-Weight Measurement. Children's height was measured with a scale hung down the wall while children were standing upright, barefoot and heels touching to the wall. While measuring their weight, they were asked to take off their outfit and shoes and the scale was set to zero. Height and weight measurements were made with calibrated equipment and evaluated in comparison with percentile norms of Turkish children(Neyzi & Ertuğrul 2002).

C. Blood Pressure Measurements : After a fifteen minutes rest (Potter&Perry, 1999), children's blood pressure was measured with aneroid sphygmomanometer in the right arm three times with five minute intervals, which was carried out by the same person with the same equipment. A band covering three fourth of humerus was chosen for the procedure. Taking the average of blood pressure measurements, the results were evaluated in comparison with percentile norms of Turkish children in accordance with age and sex.

D. Vision Tests. While evaluating visual acuity, Snellen charts using a series of "Es" facing different directions were used. Wall-mounted Snellen charts were placed at the eye level and children were asked to sit on a chair at five meters distance. After that, they were asked to read random three letters starting from the top of the chart, first with right eye only, then left eye only and finally with both eyes. Visual acuity in children who were already using glasses was evaluated with and without glasses. During the tests, student behaviors like blinking, narrowing eyes, thrusting their heads back or forth and eye watering were also monitored. Visual acuity 10/10; 10 was considered as normal vision and those who are 7/10 and under was included in the risk group.

E. Evaluation Of Development Level. It was accomplished with Denver II Developmental Test, which evaluates certain skills of children in comparison to their ages and used in screening asymptomatic children in terms of developmental problems. The test consists of 116 items, which is divided into four subscales, which are personal/social, fine motor-adaptive, language, and gross motor. It was evaluated in accordance with the standardization given in the tester instructions.

F. Oral-Dental Inspection: The number of teeth, presence (or absence) of decayed teeth, number of decayed teeth, the presence of gingivitis, tooth deformation and tooth plaque were inspected.

RESULTS: Results of our study showed that 5% of the children (n=5) are taller than 97. percentile, 1% (n=1) is less heavier than 3. percentile and 6% (n=6) are heavier than 97. percentile. In the vision tests, it was found that 7% of the children have vision problems. Blood pressure results illustrated that 2% of the children in the study had percentile results higher than 95. percentile. 37% of the children had oral-dental problems. According to the results of the Denver test, 3% of children showed retardation in the development of gross motor skills, 2% in fine motor skills, 1% in language and 1% in personal/social field. As a result of vaccination card reviews and parental information forms, 22% of the children were found not to have completed all of their vaccines.

DISCUSSION: We found a child under three percentile scores and six children over 97 percentile scores. There are many reasons for motor and mental retardation and one of the foremost reasons is poverty (Mackner, Black and Starr 2003; Potts and Mandleco, 2002; Reifsnider, Allan and Percy, 2000), which can be vindicated with our study because our sampling represents both lower-middle class and upper-middle class. Recent financial crises and the growing problem of unemployment in our country have resulted in a considerable decline in income per capita, which, consequently, has brought about a rise in malnutrition. Today, 12% of children aged between four and six in Turkey are suffering from malnutrition and 20-40% of preschool children have protein energy malnutrition (TNSA 2003). Children with percentiles scores over 97 can be accounted for malnutrition and fast food consumption in addition to one-sided nutrition (e.g. carbohydrate based nutrition), though there may be genetic and endocrinologic reasons as well. Children with abnormal percentile scores should be evaluated in this respect, too.

It was also found out that 2% of children had blood pressure scores over 95 percentile. Neyzi et al. (2002) pointed out the fact that hypertension risk is about 1-3% in childhood, while it may rise up to 5-10% in adolescence. It is obviously essential that hypertension screenings be carried out in childhood in order to determine risk groups and initiate subsequent protective programs. Early diagnosis of hypertension will enable us to diagnose other hypertension-related systemic problems and start the treatment procedures immediately. One should keep in mind that early diagnosis and treatment will minimize complications and upgrade life quality. During the vision tests, 7% of children were found to have vision problems. The prevalence of vision problems vary from 8,9% to 18,2% .

Unless diagnosed early in childhood, vision problems hinder both cognitive and social development. Screenings are of vital importance in order to ensure normal development of children and healthy transition to the following periods.

Besides, 37% of children had dental and periodontal problems. Nowadays oral-dental problems are rising in number due to underdeveloped motor skills of children, relative autonomy they get as they grow up and the inordinate amounts of organic materials in the tooth structure. It must to promote tooth brushing habits, educate parents accordingly and ensure regular dental inspections. Standard definitive tests are used in order to dispel objective errors in developmental evaluation. For instance, Denver II Developmental Test is commonly used in developmental periods of childhood. In our study, according to the results of Denver tests, 3% of children showed retardation in the development of gross motor skills, 2% in fine motor skills, 1% in language and 1% in personal/social field. Acquiring social, behavioral and academic skills will ensure a successful transition to school period. Children learn to focus attention to the teacher guided activities, communicate with the peers and accommodate to the conditions of speaking out or keeping silent when necessary in the classroom. Though it is evident that early diagnosis of developmental problems in childhood is so substantial, limited number of developmental tests and screenings in preschool period in our country appears to be a great shortfall.

CONCLUSION: Children have to face many risks during preschool period. It is of vital importance to carry out routine screenings in preschool children in order to specify risks in regard to health problems, e.g. nutrition, dental, growth and development, vision, blood pressure and immunization, educate parents and extend nursing services in schools to ensure the success of those programs in order to avoid and minimize such health risks.

BIBLIOGRAPHY:

1. Ergin A. 7 Yaş Grubunda Ambliyopi Türlerinin Prevalans . Türkiye Klinikleri Medical Research. 2000;18(3):126-33.
2. Ergin A. K r k kale Merkezi İlkokul Birinci S n flarda Göz Taramas Sonuçlar . Türkiye Klinikleri T p Bilimleri Dergisi. 2001; 21(3):166-72
3. Garipağaoğlu M, Günöz H. 6 Yaş Aras İstanbul'da Yaşayan Çocuklarda Beslenme Özellikleri ve Büyüme-Gelişmeye Yans mas . Beslenme ve Diyet Dergisi. 1993; 22 (2): 161-70.
4. JNC 6. National High Blood Pressure Education Program. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med.1997; 157 :2413 –446.
5. Kaiser LL, Malger- Quinonez HR, Lamp CL, Jonhs MC, Sutherlin JM, Harwood JO. Food Security and Nutritional Outcome of Preschooler-age Mexican-American Children. J Am Diet Assoc. 2002; 102(7): 924-929.
6. Lejarraga H, Pascucci MC, Krupitzky S, Kelmansky D, Bianco A, Martínez E, et al. Psychomotor development in Argentinean children aged 0–5 years. Paediatric and Perinatal Epidemiolog.2002; 16: 47–60.
7. Leu Y, Zeng XJ, Du MQ, Bedi R. The Prevalence Of Dental Erosion İn Preschool Children İn China. Journal Of Dentistry.2005; 33: 115–121.
8. Luman ET, McCauley MM, Shefer A. Maternal Characteristics Associated With Vaccination of Young Children. Ped atr cs. 2003;111(5):1215-18.
9. Turkey Demographic and Health survey. Hacettepe University Institute of Population Studies. 2003
10. Neyzi Ö, Ertuğrul T. Büyüme ve Gelişme. Pediatri Cilt:1, Nobel T p Kitapevi; 2002.
11. Potts NL, Mandlco BL. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. Philadelphia: Delmar-Thomson Learning; 2002.
12. Mackner LM, Black MM, Starr RH. Cognitive Development of Children in Poverty with Failure to Thrive: a Prospective Study Throughage 6. Journal of Child Psychology and Psychiatry.2003; 44(5): 743–751
13. Reifsnider E, Allan J, Percy M. Mother's Explanatory Models of Lack of Child Growth. Public Health Nursing. 2000;17(6):434-42.

AUTOR/ES:

Cervera Monteagudo B, Moya Martínez P, Castellanos Beleña M, Martínez García R, Romón Martínez B, García Roger A.

TÍTULO:

Categorías de utilización de recursos en mayores dependientes de la provincia de Cuenca (Resource Utilization Groups)

TEXTO DEL TRABAJO:

Estudio financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III y por la Consejería de Sanidad de la JCCM

INTRODUCCIÓN

La provincia de Cuenca es una de las más envejecidas de España; una de cada cuatro personas en ella tiene más de 65 años. Especial relevancia tiene el hecho de que el grupo de personas de 80 y más años en nuestra provincia alcanza alrededor del 7% (1).

El envejecimiento se asocia a una disminución en la capacidad de realización de actividades de la vida diaria (2), especialmente en el grupo de personas de 80 y más años. Este hecho, unido a la disminución del apoyo informal a las personas mayores dependientes generan uno de los grandes retos de la política nacional: la atención sociosanitaria o cuidados de larga duración a las personas mayores (3).

La organización de dicha atención pasa por la identificación de las necesidades de cuidados de estas personas, tanto en su domicilio como en el medio institucional. En este sentido, Brant Fries y colaboradores, han desarrollado un instrumento (4 y 5) que nos permite la evaluación de las necesidades de los receptores de la atención sociosanitaria al tiempo que facilita la gestión de los recursos al clasificar a los individuos en grupos de isoconsumo de recursos (Resource Utilization Groups).

OBJETIVO

Identificar y clasificar en categorías de isoconsumo de recursos a los mayores con dependencia en la provincia de Cuenca.

MÉTODOS

- Diseño: Estudio observacional prospectivo de dos años de seguimiento del que se presentan resultados del examen basal.

- Sujetos: 122 personas mayores de 64 años con algún grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) residentes en domicilios y residencias de la provincia de Cuenca.

La captación de los mayores residentes en domicilio se ha realizado en los centros de salud de Carboneras de Guadazaón, Honrubia, Cañaveras, Cañete, Villas de la Ventosa, Casasimarro y Montalbo.

La captación de los mayores dependientes institucionalizados se realizó en 2 residencias de mayores de Cuenca capital.

- Instrumentos: para la inclusión de los sujetos en el estudio se utilizó el test de Barthel, de manera que las personas con una puntuación menor o igual a 95 eran susceptibles de ser incluidas en el estudio.

Se administró además a cada uno de los sujetos que aceptaron participar el test de Pfeiffer que valora el deterioro cognitivo de la persona.

Se utilizaron también la versión en español de los cuestionarios RAI-NH (Resident Assessment Instrument- Nursing Home) y RAI-HC (Resident Assessment Instrument- Home Care). Estos

cuestionarios de valoración multidimensional se administraron a los sujetos en el caso de los mayores para los que el test de Pfeifer no sugirió deterioro cognitivo y con ayuda de los cuidadores en el caso de las personas en las que el test de Pfeifer sugería deterioro cognitivo.

- Variables: además de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etc.) los cuestionarios RAI-NH y RAI-HC recogen entre otras, variables que nos permiten categorizar a los sujetos en grupos de isoconsumo o RUG (Resource Utilization Groups) en su versión III. Las variables utilizadas para el cálculo del RUG de cada sujeto son: un índice de AVD que puntúa de 4 a 18 para el RAI-NH o de 4 a 15 para el RAI-HC y valora 4 AVDs: movilidad en la cama, uso del aseo, transferencias y dependencia para comer(6,7); este índice se conjuga con las necesidades de cada sujeto en cuanto a cuidados de acuerdo a 7 categorías mutuamente excluyentes y ordenadas jerárquicamente según la intensidad de cuidados requerida. Estas categorías son de más a menos intensidad de cuidados: rehabilitación especial, servicios extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, problemas cognitivos, problemas de conducta y funciones físicas reducidas. Por último, para los sujetos en domicilio, la clasificación RUG III tiene en cuenta un índice que mide la necesidad de ayuda para 3 actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI), a saber, preparación de comidas, manejo de medicación y uso del teléfono (7).

Teniendo en cuenta estas variables, el sistema de clasificación RUG III para residencias nos permite discriminar 44 grupos de isoconsumo diferentes mientras que este número es de 33 para los sujetos residentes en domicilio. Estos grupos se integran en las 7 categorías antes descritas.

- Análisis de los datos: los datos obtenidos de las valoraciones fueron introducidos en un programa informático cedido por la corporación Interrai, propietaria de los derechos del instrumento RAI. Este software, utilizando las variables descritas en el apartado anterior permite la distribución de los individuos en categorías RUG

RESULTADOS

122 sujetos valorados en residencias, de los cuales sólo en 56 (46%) la valoración contenía todas las variables necesarias para el cálculo de los RUG. La edad media de 79,48 años (desviación típica de 6,29). El 51.8% eran hombres.

208 sujetos estudiados en domicilios, siendo 204 el número de sujetos a los que se pudo calcular el RUG. De éstos, el 63.7% son mujeres. La edad media de la muestra en domicilios es de 81.71 años, con una desviación típica de 7,02 años

La distribución de sujetos en grupos de categorías de utilización de recursos ordenados de menor a mayor intensidad de cuidados fue la siguiente: 28.6% de sujetos en la categoría de "funciones físicas reducidas", 51.5% en domicilios para la misma categoría. Ningún sujeto en la categoría de "problemas de conducta" en ninguno de los dos medios. El 19.6% de los sujetos en residencias estaba incluido en la categoría de "deterioro cognitivo"; esto fue así para el 11.3% en domicilios. Respecto a la categoría "complejidad clínica", 23.2% de sujetos pertenecían a ella en residencias y 31.4% en domicilios. Ningún sujeto fue clasificado en las categorías "cuidados especiales" y "servicios extensivos" en residencias, mientras que la frecuencia fue de 3.4% y 1% respectivamente en domicilios. Finalmente, para la categoría de más intensidad de cuidados, "rehabilitación especial", la frecuencia fue de 28.6% de sujetos en residencias y 1.5% de sujetos en domicilios.

DISCUSIÓN

Hasta donde conocemos, nuestro estudio es el primero que presenta una distribución de sujetos en función de grupos de isoconsumo de recursos en domicilio en España.

Las dos categorías con mayor porcentaje de sujetos en domicilio son la de funciones físicas reducidas y complejidad clínica, perteneciendo a la primera más de la mitad de los sujetos. En este sentido nuestros resultados son muy similares a los del estudio de Bjorkgren et al. (7). Sin embargo en residencias la categoría de funciones físicas reducidas incluye sólo el 28.6% de los sujetos

en favor de la categoría de rehabilitación especial que acoge al 28.6% de sujetos mientras que este porcentaje es sólo del 1.5% en domicilios. Debemos interpretar estos resultados con precaución debido al escaso tamaño de la muestra en residencias, no obstante, sí parece aceptable señalar lo que estas cifras sugieren; que los mayores dependientes que necesitan mayor intensidad de cuidados los reciben en el medio institucional (residencias), hecho que parece razonable, teniendo en cuenta que la organización actual de cuidados en el domicilio en nuestra provincia no permite una intensidad muy elevada en este medio.

Cabe destacar que ninguno de los sujetos de la muestra se sitúa en la categoría de problemas de conducta. Nuestros resultados difieren ligeramente de otros estudios en domicilio (7) y en residencias (8) que muestran encuentran frecuencias del 2 y 1.6% respectivamente. Esto podría estar relacionado con la elevada prevalencia de consumo de fármacos antipsicóticos (9), así como al tamaño de la muestra de nuestro estudio que en el caso de residencias parece insuficiente.

Coincidimos con otros autores (7,8) respecto a baja la frecuencia de mayores encontrada en las categorías cuidados especiales y servicios extensivos en domicilio. Este dato parece lógico teniendo en cuenta que estas categorías acogen a personas con características clínicas complejas e intensidad de cuidados elevada que en la actual organización de cuidados en nuestra provincia es subsidiaria de atención institucional.

Análisis posteriores a este previo nos permitirán establecer con más fiabilidad la descripción de categorías de utilización de recursos en nuestra provincia, especialmente en lo que respecta a instituciones, pero en principio, esta clasificación de los ancianos dependientes en categorías de isoconsumo en nuestra muestra, aporta información útil para la evaluación y la gestión de los recursos en la atención sociosanitaria a los mayores dependientes en la provincia de Cuenca.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Instituto Nacional de Estadística [Base de datos en Internet]. Disponible en internet <http://www.ine.es/inebase>
- 2.- Beland F, Zunzunegui V. Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Ageing* 1999; 28: 153-159.
- 3.- Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España. Disponible en http://www.seg-social.es/imsero/dependencia/may_libroblanco.html
- 4.- Won A, Morris J, Nonemaker S, Lipsitz L. A foundation for excellence in long term care: The Minimum Data Set. *Annals of Long Term Care*. 1999; 7(3): 92-97.
- 5.- Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgardari A, Rinaldi C, Gambassi G, Lattanzio F, Bernabei R; SILVERNET-HC Study Group of Bergamo. Minimum Data Set For Home Care: A Valid Instrument To Assess Frail Older People Living In The Community. *Medical Care*, 2000; 38(12): 1184-1190.
- 6.- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care* 1994; 32(7): 668-685.
- 7.- Bjorkgren MA, Fries BE, Shugarman LR. A RUG-III Based Case-Mix System for Home Care. *Canadian Journal on Aging* 19(2) 2000: 106-125.
- 8.- Gómez Tato I. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. [Libro en Internet]. Xunta de Galicia; 2000. Disponible en <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/CPublicaLibro.asp?Color=&Id=425>
- 9.- García del Pozo J, Isusi Lomas L, Carvajal García-Pando A et al. Evolución del consumo de fármacos antipsicóticos en Castilla y León (1990-2001). *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003; 77(6): 725-733.

AUTOR/ES:

Maria Fernanda Zorzi Gatti
Maria Júlia Paes da Silva

TÍTULO:

La utilización de la música como intervención reductora de la ansiedad de los profesionales de emergencia.

TEXTO DEL TRABAJO:

1. **INTRODUÇÃO:** La enfermería es considerada una profesión que sufre el impacto total e inmediato del stress, que viene del cuidado constante con personas enfermas, de cargas síquicas provenientes de condiciones físicas y biológicas y de la organización del trabajo. En el sector de emergencia las relaciones interpersonales representan la principal dificultad en función de un ambiente muchas veces conturbado, de la demanda excesiva de pacientes, de la necesidad de asistencia inmediata y de la limitación de estructura física. En respuesta a las presiones organizacionales se encuentran las enfermedades psicósomáticas descritas sobre el nombre de stress. Florence Nightingale, desde el siglo XIX, ya había identificado la manipulación del ambiente físico como componente principal del atendimiento de enfermería, apesar del alto costo en la época que inviabilizó la pesquisa con la música, fue la primera enfermera a registrar que instrumentos capaces de producir sonidos continuos, en general, proporcionaban efectos benéficos acalmando los pacientes. Utilizando el principio de resonancia, conforme preconizado por Martha Rogers, el cambio en el padrón de los seres humanos y del ambiente es propagada por ondas y por medio de esa vibración rítmica de las ondas sonoras, la música permite crear un estado receptivo a través del relajamiento de la sensorialidad humana posibilitando la asimilación de ese contenido, puede afectar diversos parámetros fisiológicos considerados relevantes en situaciones de stress como la respiración, la frecuencia cardiaca, la coordinación, la percepción espacial y la productividad. La música erudita presenta un contenido de forma artística a través del ritmo, de la melodía, de la armonía y del timbre de los instrumentos, alcanza elevado teor de arte, se preocupa no apenas con el sentido estético, mas también en transmitir algo significativo y verdadero, utiliza la relación sensorial con el oyente. De modo general, la música barroca es significativamente eficaz, si comparada a otras formas musicales, en la inducción de un estado alerta relajado acompañado por la sensación de bienestar del oyente y Johann Sebastian Bach es un perfecto ejemplo de arte barroca en la historia de música. Creemos que la inversión en la salud física y mental del profesional es vital para la cualidad de la atención prestada, que el control del ambiente de trabajo y de las relaciones puede contribuir de forma significativa para el bienestar del equipo y que formas de intervención que favorezcan esos aspectos necesitan ser investigados y validados en nuestro medio.

2. **OBJETIVOS:** El estudio se propone verificar la influencia de la utilización de la música erudita ambiente de Johann Sebastian Bach en servicio de emergencia en el Estado de ansiedad de los profesionales que actúan en este sector, además de conocer su percepción acerca de esa propuesta.

3. **MÉTODOS:** Realizado un estudio de campo descriptivo-exploratório, transversal, con abordaje cuantitativo en el sector de emergencia de un hospital privado. Fueron incluidos en el estudio todos los profesionales que actúan en el sector en los períodos de la mañana y tarde. Utilizamos el Inventário de 'Ansiedad Rasgo-Estado' (IDARE) con a clasificación de los niveles de Estado de ansiedad baja, moderado, elevado y altísimo y un cuestionario de evaluación de la percepción del profesional. Iniciamos la colecta de datos en el período de abril a mayo de 2005, fue pré-agendado un día con cada profesional para el relleno del IDARE en el inicio y final de su plantón. En la semana siguiente, fue iniciado el sonido ambiente y durante una semana los profesionales estuvieron expuestos a la música sin que fuese hecha colecta de datos. En la tercera semana, todavía con música ambiente, fue repetida la colecta de datos con los mismo critérios de la primera semana, el relleno, el cuestionário de percepción. Los datos paramétricos fueron comparados entre los grupos a través del Test T de student, los datos no paramétricos fueron analizados a través del Test de Mann-Whitney para grupos independientes y el Test de Wilcoxon para grupos dependientes.

4. RESULTADOS: Participaron del estudio 49 profesionales, destacándose el grupo de enfermería con 42,8%; la experiencia en la área de emergencia prevaleció entre 06 a 17 años con 53% siendo la carga horaria de trabajo de 10 a 12 hs/día para 53% de los entrevistados. En la semana sin la música hubo un aumento significativo del escore de Estado de ansiedad de los profesionales del inicio para el fin del plantón ($p=0,0048$), Ya en la semana en que hubo la exposición a la música el aumento del escore fue más significativo ($p=0,0028$). La demanda de pacientes en la semana sin la música fue significativamente menor cuando comparada a la semana con música ($p=0,0001$). Predominó la preferencia musical de Música Popular Brasileña (MPB) para 73% de los profesionales, apesar de que 61% haya apreciado el repertorio y 76% haya percibido efectos positivos en el ambiente después de la exposición a la música clásica, tales como: armonía, relajamiento, calma, tranquilidad, atención, levedad, felicidad y disminución del stress.

5. DISCUSIÓN: Hubo una elevación del valor absoluto del escore de Estado de ansiedad en las dos semanas, apesar de insuficiente para alterar la clasificación que se mantuvo moderada. Comparando los resultados de las dos semanas, percibimos una tendencia de peora del Estado de ansiedad en la semana con música, pero, al correlacionar esos datos con la demanda de pacientes, observamos una tendencia de disminución del Estado de ansiedad a la medida que el trabajo aumentó ($p=0,008$), denotando consonancia con la teoría de Martha Rogers sobre el principio de la integralidad y de la resonancia, donde el individuo está en constante cambio de energía con el ambiente, independiente de su sistema de atención estar dirigido para la audición de la música. La preferencia musical parece ser otro factor que no interfiere en la disminución de la ansiedad del profesional, una vez que el género de música clásica no era la preferencia de la mayoría mas pudimos observar una disminución de los escores de Estado de ansiedad en la correlación de las dos semanas con la demanda de trabajo, además de haber sido una experiencia placentera para el grupo. Limitaciones fueron consideradas, a ejemplo de la variable de demanda de trabajo que no fue posible aislar, no entanto, consideramos que el hecho de que el grupo percibió una mejora del ambiente, y que se tornó mas armonioso, y aprobar La intervención nos apunta una aplicabilidad práctica en pro de los servicios de emergencia. En el ámbito da pesquisa, investigaciones más profundas en el control de las variables posibilitarian verificar la eficacia de esa intervención en la ansiedad de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Campbell DG. The Mozart effect: tapping the power of music to heal the body, strengthen the mind, and unlock the creative spirit. London : Hodder Mobius; 2002.
2. Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo (SP): Atlas; 1992. p. 149-73.
3. Estrada EG. Psychological factors in the emergency department. In: Parker JG, editor. Emergency nursing a guide to comprehensive care. Canada: John Wiley & Sons; 1984. p. 11-22.
4. George JB. Nursing theories: the bases for professional nursing practice. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2002.
5. Menzies IEP, Jaques E, Rodrigué E. Defensa contra la ansiedad: rol de los sistemas sociales. Buenos Aires: Lumen; 1994.
6. Nightingale F. Notes on nursing; what it is, and what it is not. New York: Dover; 1969.
7. Queiroz GJP. A música compõe o homem, o homem compõe a música. São Paulo: Cultrix; 2000.
8. Rogers ME. Nursing science and the space age. Nurs Scie Q 1992; 5(1):27-34.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the trait-anxiety inventory. Palo Alto; 1970.
10. Warner CG, editor. Enfermagem em emergências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980. O comportamento responsivo em situações de emergência; p. 17- 37.

AUTOR/ES:

Albert Sobrino Miriam; Albert Sobrino Sonia.

TÍTULO:

¿Existe el Intrusismo profesional en el ámbito de los cuidados a domicilio?

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: En pleno año 2006, nuestra Sociedad, La Española, se encuentra en la última etapa de una transición demográfica que comenzó hace casi ahora 25 años. Por aquel entonces, ya se vislumbraba cómo la disminución de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida, podrían desencadenar lo que hoy es ya una realidad: El envejecimiento del Envejecimiento(1).

Es el caso de la comunidad Autónoma Gallega, uno de los más preocupantes en España. Galicia ocupa junto con Castilla León, Asturias y Aragón uno de los más altos grupos poblacionales de ancianos(1). Pero, ser la cuarta comunidad más "anciana" de España no es un problema menor.

Las consecuencias del envejecimiento por todos conocidas son graves tanto a nivel económico, social y sanitario. Es en este último ámbito en donde se van a encontrar los principales problemas.

Problemas que en su mayoría van a estar relacionados con la dependencia asociada a la edad.

Según datos del CSIC(2), el 32% de los mayores de 65 años presentan algún tipo de discapacidad, frente al 5% del resto poblacional. El incremento de la discapacidad y por ende de la

dependencia, demanda por parte de los poderes públicos y de los profesionales sanitarios, especialmente enfermeros, una acción raúda y de calidad. No obstante, estas medidas llegan probablemente tarde, motivo por el cuál nos hemos planteado esta Investigación que tiene como

Objetivo general: Conocer las características/rasgos de los sujetos que se ofrecen para cuidar adultos dependientes en el domicilio, en el ámbito de la comunidad autónoma gallega. Y como objetivos específicos: Describir el perfil del entrevistado, determinar el nivel de preparación de estos "cuidadores", y averiguar las características del producto ofrecido.

MATERIAL Y MÉTODOS: El abordaje del estudio fue descriptivo transversal. Para la selección de la población diana, se recurrió a los periódicos de anuncios por palabras de mayor difusión en Galicia (O Mensaxeiro, El Rastrillo y Segundamano) publicados la primera quincena del mes de marzo de 2005. Se escogieron de las secciones de demanda de empleo de particulares, la totalidad de anuncios que, publicados gratuitamente, cumplieran los siguientes criterios de inclusión: uso de los lexemas: cuidar, atender, y sus diferentes morfemas; referidos a: adultos, ancianos, personas mayores, enfermos, pacientes o personas con discapacidad. Asimismo, caían dentro de los criterios de inclusión aquellos que se ofrecieran usando la denominación de un determinado oficio o profesión de cuidados. Excluyéndose, los que se publicitasen para el cuidado de niños, los que no se limitaran a Galicia, los referentes a empresas o compañías, y así como los que carecieran de teléfono de contacto. Finalmente 123 anuncios fueron seleccionados, de los cuales 12 fueron eliminados por duplicidad (Total:111).

Para contactar con los sujetos se estableció un protocolo de llamadas(3,4) (10 intentos en caso de no respuesta, de Lunes a Viernes, en Horario de 9 a 14 y 16 a 20, u otra en caso de especificación horaria en el anuncio). Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario de elaboración propia, estandarizado, con sección de notas para recogida de datos cualitativos y con enmascaramiento de objetivo, creado siguiendo las etapas de: construcción, pilotaje y distribución. Paralelamente y con el objeto de recabar la mayor cantidad de información posible, se realizó un estudio de "survey"(5) sobre los anuncios seleccionados (123). La operacionalización de las variables y el análisis estadístico (medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias, t student, análisis de varianza) se realizó con el SPSS 14.0.

RESULTADOS: El porcentaje de respuesta ascendió al: 76,57%.

De los 111 potenciales encuestados, 4 se negaron, 19 no contestaron a las llamadas telefónicas, 2 eran números telefónicos erróneos y 1 de ellos abandonó el país. El tiempo medio de llamada fue de 5,02 minutos (desviación típica: 1,45). Casi la totalidad de los cuidadores eran mujeres (95,3%), de nacionalidad española (69,41%). Un porcentaje de sujetos que ascendió al 29,41% procedían de países sudamericanos. La edad media rondó los 38 años (desviación típica: 11,37)

El 65,9% ofrecían sus servicios en la provincia de A Coruña, seguidos de Pontevedra (27,1%), Orense (4,7%) y Lugo (2,4%).

El 64,7% de las personas encuestadas carecían de cualquier tipo de formación relacionada con el ámbito de los cuidados. Por otro lado, el 32,9% habían terminado con éxito alguna formación relacionada con el producto ofrecido. Éstos eran predominantemente : Auxiliar de Enfermería (46,4%), seguido de Auxiliar de Geriatría (25,0%) y Auxiliar de ayuda a domicilio (14,2%). Del total de encuestados, un individuo, se había diplomado en Enfermería. Titulaciones que habían finalizado aproximadamente hacía 2,07 años (Desviación típica: 4,9)

En lo referente al grupo sin formación, y ante la pregunta ¿Cómo surgió esta faceta profesional? El 49,12% afirmó que comenzó después de cuidar a un familiar dependiente, fundamentalmente de primer grado (padre o madre), frente al 50,37% que nunca había tenido al cargo un familiar con discapacidad/dependencia. En estos últimos, fue especialmente llamativo el uso de frases como las siguientes para la justificación de su trabajo: "se paga bien" o "¿cómo qué formación?, no sé a qué se refiere", y "para cuidar no hace falta saber mucho ¿no?".

En lo que respecta a la idea de cuidar "conceptuada" por los sujetos de estudio, esta fue ciertamente variable:

El 58,8% se refería a Cuidados básicos, destacando frases descriptoras cualitativas como: "asearles el culito", "atenderlos como a un niño", "darles la comida", "en lo que es los pliegues cutáneos se les pasa una esponjita" o en algunos casos "lo que es la ayuda a domicilio".

El 22,61% ofrecía en su producto además de los Cuidados Básicos, funciones de acompañamiento, reseñando específicamente descriptores como "trato humano", "velar", "dar cariño", "tener paciencia", etc.

El 7,14% ofertaban como único producto el acompañamiento, pronunciando locuciones como: "Sólo los acompaño, si están muy malitos tendría que ser un profesional", "sólo acompañar porque cuidarlos es mucha carga y peso".

El resto ofrecía una combinación general de las posibilidades de cuidado, esto es : cuidados básicos, acompañamiento, o inclusive procedimientos más específicos. Como es el mantenimiento y/o cambio de cateterismos urinarios, el tacto rectal, la administración de medicación por vía parenteral, o la realización de ejercicios respiratorios, señalando claramente que no es fisioterapeuta y que no se "mete" en el campo del profesional (frases no expresadas por el enfermero).

En lo referente a los horarios, el 41,2% se ofrecía de forma indiferente para trabajar de mañana, tarde o noche. En otro sentido, el 56,5% contaba con referencias que podría acreditar en caso necesario, a diferencia del 30,6% que carecía de ellas. El resto, si bien contaba con éstas, no podía justificarlas. Con respecto al perfil de actividades ofrecidas por los estudiados. El 55,3% se ofrecían única y exclusivamente para cuidar, el 21,2% para la limpieza del hogar de forma principal, siendo secundario el cuidado. Y el 23,5% de forma indistinta para cuidar y la limpieza del hogar. El coste por el servicio de cuidado ofrecido ascendió a 5,52 Euros/hora (desviación típica: 1,85) en turno de día y a 6,62 Euros/hora (desviación típica: 2,79) en turno de noche.

En relación a diferencias estadísticamente significativas, se encontraron diferencias significativas entre la nacionalidad y la carencia o no de formación. En este sentido, se observó que el 88,46% de los extranjeros carecían de formación frente al 57,62% de los españoles ($p=0,005$).

Analizando ahora los datos referentes a los anuncios estudiados cabe señalar que: El 77,23% de los anunciantes utilizaban como locución para "vender" su producto la descripción del mismo. Esto es, locuciones como "se cuidan ancianos", "mujer joven cuidaría ancianos", etc. Mientras que el 22,75% restante se refieren a la titulación poseída

en combinación con una serie de características personales para describir su producto. Véase por ejemplo: "Auxiliar de Enfermería con informes cuidaría personas mayores" o "Auxiliar de ayuda a domicilio, joven y sin cargas cuidaría a ancianos y niños".

En otro orden de cosas, es destacable el tipo de cualidades que los cuidadores utilizaban en sus anuncios. Así, destacan en su mayoría, cualidades profesionales (50%), como "...Experiencia e Informes ...". "... experta en alzheimer...". Observándose en segundo lugar cualidades personales (29,3%) como "mujer joven y sin cargas", "Responsable", "Seriedad", "Española", "Creyente", etc, Y finalmente una descripción combinada de cualidades personales y profesionales (20,66%). Para concluir, el estudio de "survey" reveló que el 52,84% se ofrecían en sus anuncios para cuidar de forma exclusiva, mientras que el 47,15% se ofrecía además de para cuidar, para la realización de actividades, fundamentalmente del sector servicios como: tareas del hogar, cajera, chofer, camarera, dependienta, etc,

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio arrojan una carencia evidente de formación de estos cuidadores. Aún en el caso de aquellos con algún tipo de formación, ésta se observa como mínima o muy básica para las posibles necesidades de estos clientes. Bajo nuestro punto de vista, estos resultados sugieren una actividad intrusa en un área que debería ser monopolizada y liderada por enfermería. Es hora de que retomemos el pulso de los auténticos cuidados a domicilios. De que recojamos el testigo de Mary Robinson(6). Enfermera Británica visitadora que revolucionó la Enfermería domiciliaria en los convulsos años del final del siglo XIX. Es, el momento de que aprovechemos la reciente publicación del proyecto de Ley sobre Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia(2), para reclamar una atención profesional y de calidad. Evitando que personas sin instrucción ejerzan este tipo de actividades, poniendo en posible riesgo la salud y bienestar de los ciudadanos. Los profesionales de enfermería deben asumir este campo de acción como propio(7,8), demostrando a la población las diferencias entre por ejemplo: el aseo ofrecido por estos "cuidadores" y la satisfacción de la necesidad de higiene que ofrecen los expertos en el arte y la ciencia de los cuidados: Enfermer@s(9,10).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Abellán García A. Las personas mayores en España. Informe 2004. [monografía en Internet] *. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. 2005. [2 de Septiembre de 2006].
2. Gobierno. Proyecto de Ley sobre la la Promoción de la Autonomía Personal y de Calidad. [monografía en Internet] *. Madrid. Congreso de los Diputados. 5 de Mayo de 2006. [2 de Septiembre de 2006].
3. Galán I; Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. Gac Sanit 2004;18(6):440-50
4. Salinas Martínez de Lecea JM; Calvo Salguero A; Aguilar Luzón MC. Un análisis comparativo entre la entrevista Telefónica y la entrevista presencial En la determinación de la prevalencia de los juegos de azar. Metodología de Encuestas Vol 6, Núm 2, 2004, 119-132.
5. Tejada Fernández J. El proceso de investigación científica. Barcelona. Fundació la Caixa: Escola D'Infermeria Santa Madrona. 1997.
6. Donahue MP. Historia de la Enfermería . Volumen III. Ediciones Doyma. 1985.
7. Cindy Blevins. There really is a difference: Home care competencies. The Journal of Continuing Education in Nursing; May/Jun 2001; 32, 3
8. Allen, J; Fabri AN. An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. Care of Older people. Australia. 2005
9. Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la Atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 613-625
10. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. El Alzheimer: un reto para la Enfermería. Barcelona. Fundació la Caixa. 2005.

AUTOR/ES:

Leticia San Martín Rodríguez
Danielle D'Amour, PhD
Nicole Leduc, PhD

TÍTULO:

Los efectos de la colaboración interprofesional sobre la satisfacción y el compromiso de los profesionales de la salud

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Desde hace ya varios años, los sistemas de salud de los países occidentales promueven la colaboración entre los profesionales de la salud como elemento clave de la organización del trabajo en las organizaciones sanitarias. La colaboración interprofesional en los equipos de salud supone "la estructuración de una acción colectiva a través de una información y una toma de decisiones compartidas" (1). Del desarrollo de esta colaboración interprofesional se espera la obtención de resultados positivos para todas las partes implicadas en el proceso: los pacientes, los profesionales y las propias organizaciones de salud (2).

Los resultados de la colaboración interprofesional en el contexto de la salud han dado ya lugar a algunos estudios de investigación, demostrando de forma más o menos concluyente la existencia de beneficios específicos para las distintas partes implicadas (3,4). Más concretamente, en lo que se refiere a los resultados de la colaboración en los profesionales de la salud, las revisiones bibliográficas apuntan a que la colaboración conlleva una mayor motivación y una mejora de la salud mental en el trabajo (3,5), así como un aumento de la satisfacción de estos profesionales en el trabajo (2,3,4,5).

La satisfacción en el trabajo puede ser definida como "un estado emocional agradable o positivo que resulta de un proceso de evaluación del trabajo o de las experiencias en el trabajo" (6, p.1300). La satisfacción en el trabajo es un fenómeno influenciado por numerosos factores, tanto personales como del entorno de trabajo (7). Del mismo modo, tanto variables de naturaleza individual como organizativa influyen en el compromiso de los profesionales con la organización, compromiso que puede ser definido como "la fuerza según la cual un individuo se identifica y se implica en una organización" (8, p. 604).

El principal objetivo de este estudio es determinar el efecto que, sobre la satisfacción en el trabajo y sobre el compromiso con la organización, tiene la intensidad de colaboración desarrollada en los equipos interprofesionales de oncología y hematología de un centro hospitalario.

HIPÓTESIS

Las hipótesis del estudio son dos:

H1: La intensidad de la colaboración interprofesional tiene un efecto positivo y significativo sobre la satisfacción de los profesionales.

H2: La intensidad de la colaboración interprofesional tiene un efecto positivo y significativo sobre el compromiso de los profesionales con la organización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio correlacional predictivo con una muestra de 41 médicos, enfermeras y residentes (tasa de respuesta del 80,39%) pertenecientes a 5 equipos de oncología y hematología de un hospital universitario español.

Los instrumentos de medida para las diferentes variables al estudio son los siguientes:

- 1) Escala de la intensidad de colaboración interprofesional (9) para evaluar la intensidad de la colaboración desarrollada en los equipos. Esta escala está formada por 16 ítems evaluados según una escala Likert con un gradiente de 5 puntos.
- 2) Escala "Font Roja" (10) para evaluar la satisfacción de los profesionales en el trabajo. Este instrumento está compuesto por 27 ítems evaluados según una escala Likert con un gradiente de 5 puntos.
- 3) "TCM Employee Commitment Survey" (11) para evaluar el compromiso de los profesionales con la organización. Sus 18 ítems son evaluados según una escala de tipo Likert con un gradiente de 7 puntos.
- 4) Cuestionario de evaluación de variables sociodemográficas: edad, años de experiencia, tipo de profesional (médico, enfermera, residente) y tipo de unidad de hospitalización (unidad de corta estancia o unidad de hospitalización estándar).

El análisis de los datos se ha realizado principalmente a través de regresiones lineales múltiples. Para determinar el mejor modelo de regresión para cada una de las dos variables dependientes, se han desarrollado en primer lugar todos los modelos posibles y posteriormente, el mejor modelo se ha seleccionado en base a los coeficientes de determinación múltiple. Un análisis posterior de los residuales nos ha servido para evaluar la calidad del ajuste de estos modelos.

RESULTADOS

En lo que se refiere a la primera hipótesis (H1), el modelo de regresión múltiple muestra que hay tres variables - la intensidad de colaboración interprofesional ($p < 0,001$), el tipo de profesional ($p = 0,004$) y la experiencia ($p = 0,037$) - que contribuyen significativamente a explicar la variabilidad de la satisfacción de los profesionales en el trabajo. Así, una vez controlado el tipo de profesional y su experiencia en el trabajo, la satisfacción media de los profesionales de un equipo aumenta en 0,572 (IC 95% 0,354 a 0,791) puntos (sobre una escala de 1 a 5) cuando la intensidad de la colaboración interprofesional aumenta en un punto. Además, la intensidad de la colaboración interprofesional es la principal variable predictiva de la satisfacción en el trabajo, explicando ella sola el 33,9% de la variación de la satisfacción.

Por otro lado, en lo que se refiere a la segunda hipótesis (H2), los análisis de regresión realizados no han encontrado ningún modelo que explique de forma significativa la variabilidad del compromiso de los profesionales con la organización.

Finalmente, cabe señalar que el alfa de Cronbach de todos los instrumentos utilizados ha sido superior a 0,70.

DISCUSIÓN

La influencia significativamente positiva de la intensidad de colaboración desarrollada en los equipos sobre la satisfacción puede deberse a la importancia que los elementos de interacción tienen sobre la satisfacción de los profesionales de la salud. En efecto, la interacción interpersonal es la base de la colaboración entre los profesionales de salud y varios estudios previos han demostrado que diversos elementos de interacción, como el tipo de relación y de comunicación establecidos entre los profesionales, están fuertemente asociados a la satisfacción en el trabajo de dichos profesionales (12,13).

Por otro lado, el hecho de que la intensidad de la colaboración en este estudio no explique la variabilidad del compromiso de los profesionales con la organización puede deberse a dos motivos.

En primer lugar, a pesar de la hipótesis teórica planteada en este estudio, es posible que la relación entre la intensidad de colaboración y el compromiso con la organización no exista en la práctica. Contrariamente a la satisfacción en el trabajo, que es un fenómeno local dependiente de un entorno de trabajo concreto, el compromiso con la organización es un fenómeno más general, que depende mucho más de elementos organizativos que de las particularidades del trabajo diario desarrollado

en el equipo (8,14). A este respecto, nos parece interesante el introducir para próximos estudios una hipótesis que contemple el fenómeno del "compromiso con el equipo", un fenómeno más local que el del compromiso con la organización y que puede estar más intensamente relacionado con la intensidad de la colaboración desarrollada en el trabajo diario de los equipos.

En segundo lugar, el hecho de no encontrar una relación entre estas variables puede deberse también a una falta de potencia estadística. En efecto, para la correlación encontrada en este estudio entre estas dos variables ($r= 0,290$) y manteniendo el error tipo I en 0,05, el tamaño de la muestra de este estudio otorga una potencia estadística de 50%. Es decir, que tenemos una probabilidad del 50% de equivocarnos y concluir, como en este caso, que no existe relación entre la intensidad de la colaboración y el compromiso con la organización, cuando realmente si que existe esta relación. El hecho de que el valor de la "p" ($p= 0,086$) se encuentre muy próximo a 0,05 no hace sino apoyar esta teoría.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio contribuyen a la comprensión de dos fenómenos tan importantes como la satisfacción en el trabajo y el compromiso con la organización dentro de las instituciones sanitarias. La comprensión de estos dos fenómenos es especialmente importante porque, según estudios previos, se encuentran íntimamente relacionados con fenómenos negativos, como el absentismo laboral, el burnout, el abandono del puesto de trabajo, la falta de motivación, etc. Así pues, contar con la evidencia de que la mejora del nivel de colaboración entre los profesionales de la salud tiene una influencia muy significativa y positiva sobre la satisfacción en el trabajo nos parece esencial en el contexto sanitario actual. El fomentar el trabajo en equipo basado en la colaboración entre los profesionales serán beneficioso no solo para el paciente, sino también para los propios profesionales que trabajan en esos equipos.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec (tesis doctoral). Montreal : Université de Montréal; 1997.
- (2) Sullivan TJ. Collaboration. A health care imperative. New York : McGraw-Hill; 1998.
- (3) West MA, Slater J. Teamworking in primary health care: A review of its effectiveness. London: (4) Health Education Authority; 1996.
- (4) Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. J Interprof Care 2005; 19(suppl. 1): 148-65.
- (5) Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, et al. The effectiveness of health care teams in the National Health Service. London: NHS; 2001.
- (6) Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. En MD Dunnette (Ed), Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College; 1976.
- (7) Spector PE. Job satisfaction. Application, assessment, causes, and consequences. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1997.
- (8) Porter LW, Richard MS, Mowday RT, Boulian PV. Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. J Appl Psychol 1974; 59: 603-609.
- (9) Sicotte C, D'Amour D, Moreault M. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. Soc Sci Med 2002; 55: 991-1003.
- (10) Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 1988; 52: 63-66.
- (11) Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. Hum Resource Manag Rev 1991; 1: 61-89.
- (12) Blegen MA. Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. Nurs Res 1993; 42: 36-41.
- (13) Lu H, While AE, Barribal KL. Job satisfaction among nurses: A literature review. Int J Nurs Stud 2005; 42: 211-227.
- (14) Glisson C, Durick M. Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations. Adm Q 1988; 33: 61-81.

AUTHOR/S:

P. Burggraeve, T. De Backer, W. Verheyen

TITLE:

Qualitative research project : 'The use of computerised Nursing Protocols in a general hospital'

TEXT:**1. Objectives**

Four hypothesis were tested during the study :

- (1) Are computerised standard nursing protocols resisted by the staff who is required to use them?
- (2) If resistance exists, what factors indicate the resistance to use the protocols?
- (3) If resistance does not exist, what factors indicate the use of the protocols?
- (4) How are the protocols used in the daily practice by the users?

2. Methods

During December 2005 approximately 300 surveys were randomly assigned over 30 wards in the general hospital. The survey asked for gender, age, seniority as a nurse and seniority on the ward, level of diploma, how many different computerised standard nursing protocols the nurse used and how often the nurse used the protocols. 56 Surveys were completed. 6 out of 56 nurses were selected for an in-depth interview during January 2006, based on the amount and frequency of used protocols. 5 nurses frequently used different protocols, 1 nurse rarely used limited protocols. The results were typed out and analysed with SPSS and QSR NVivo version 7. The data have been analyzed using axial coding and under the supervision of a multidisciplinary team.

3. Results

A quantitative analysis (SPSS) proved a significant correlation ($p < .05$) between seniority on the ward and the amount of different computerised standard nursing protocols used. The longer the nurse worked on the ward, the less different standard nursing protocols she used.

Qualitative analysis (QSR NVivo version 7) of the interviews showed overall a low internal motivation to use the computerised protocols. Nurses did not feel the need to consult an external source of information.

Further, four groups of factors lay the foundation for using or not using the protocols. First we recalled factors in the nurse as an individual. Computer skills, age and seniority on the ward could be derived from the interviews for not using the protocols. The subjects indicated that using the protocols are useful for students, beginning nurses on the ward and occasionally for finding unknown information.

Second, there are factors typical of the profession of the nurse, which include an other culture of gaining information (ask colleagues, doctors, other ward and own notes), working away from the patient is negatively valued and differences in the computerised protocol depending the prescribing doctor are reasons for not using the standard nursing protocols. Stimuli of the head nurse motivates using the protocols.

A third group of factors is related to the computerised standard protocols themselves. The nurses questioned the reliability, completeness, being up-to-date, user-friendly and doubted the spelling of the protocols and words to search. The amount of protocols available is exhaustive, which cannot be maintained well, so the reliability, completeness and being-up-to-date decreases. The alphabetic organisation on the other hand made searching in the computer system more attractive, if they knew how to spell the word or the right term.

Fourth, structural factors are mentioned. The most frequent criticism was that the computerised system is time-consuming to use. If searching the computer is time-consuming and the nurse was after searching not sure of the reliability, completeness and being-up-to-date, the motivation for using the standard nursing protocols decreased.

Other structural elements for not using are the low accessibility of computer terminals and different, confusing passwords, and differences for patients from other hospitals. The nurses would use the computersystem, when they got a training in using the computer system, for groups of patients with unknown pathology hospitalised on the ward and when they had time left. When the nurses got a training in using the computer system, for groups of patients with unknown pathology hospitalised on the ward and when they had time left, the nurses would search on the computer system.

4. Conclusion

Nurses did not feel the need to search for computerised information and they felt searching the computer system as time-consuming. If furthermore the protocols are not reliable, incomplete, not up-to-date and not user-friendly valued, time is lost again by checking the information gained from the computer system. The hospital was advised to limit the amount of protocols available, adjusted to the motivated nurses, and to keep up the quality of these. Beginning nurses and students could get more responsibility in maintaining the total system.

BIBLIOGRAPHY:

Langowski, C. (2005). The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems. *Quality Management in Health Care*, volume 14, issue 2, 121- 125.

Roy, L., Simpson, C. (1999). What does IT have in store for nursing. *Nursing Management*, October, 14-15.

Timmons, S. (2003). Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*, 10, 257-269.

McDaniel, A.M. (2005). Commentary on "Shared decision making and nursing informatics research in Norway". *Applied Nursing Research*, volume 18, issue 2, 70-72.

Copping, M. (2005). Electronic nursing. *Nursing Standard*, June 15, vol 19, no 40, 69-70.

Swan, B.A., Lang, N.M., McGinley, A.M. (2004). Acces to quality health care: links between evidence, nursing language, and informatics. *Nursing Economics*, vol 22, no 6, 325-332.

Saba, V.K. (2001). Nursing informatics: yesterday, today and tomorrow. *International Nursing Review*, vol 48, issue 3, 177.

Simpson, R.L. (2004). The softer side of technology: how IT helps nursing care. *Nursing Administration Quarterly*, vol 28, no 4, 302-305.

Hovenga, E., Garde, S., Heard, S. (2005). Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *International Journal of Medical Informatics*,

AUTHOR/S:

DN Guerriere, AYM Wong, R Croxford, P McKeever, & PC Coyte

TITLE:

Determinants and Outcomes of Privately and Publicly Financed Home-Based Health Services

TEXT:**1. Objectives**

In Canada, within an environment characterized by personnel shortages and escalating health care costs, an increasing number of care recipients who were traditionally cared for as in-patients are now being cared for in the home setting. As a result, a financing shift has occurred whereby care recipients may receive a mixture of publicly and privately financed home-based nursing services as well as care provided by family members and/or friends. The purposes of this study were to: 1) determine costs incurred by care recipients and their family caregivers and overall costs to the health care system; 2) assess the determinants of privately financed home-based nursing and personal support services; and 3) identify whether public and private expenditures are complements or substitutes.

2. Methods

Two hundred and forty-three short-term clients (< 60 days of home-based nursing service) and 271 continuing care clients (> 60 days of nursing and/or personal support service) were recruited from six urban and rural regions across the province of Ontario, Canada. Participants were interviewed by telephone once a week for four weeks. During each interview, information on the time and monetary costs of home-based care was collected using the Ambulatory and Home Care Record [1] (© Coyte & Guerriere, 1998). Participants were asked to report services such as health care appointments, laboratory tests, and travel expenses as well as amount of time devoted to receiving care and lost time from labour employment. Information regarding clients' activities of daily living, severity of illness, and demographic data were also collected.

3. Findings

The mean total cost of care for a 4-week period was \$7,670.67 (CDN). Eighty-five percent of total expenditures were privately financed (\$6,510.90), while only 15% were public (\$1,159.77). The majority of total public expenditures (60%) were attributable to home-based health care appointments, while 28% and 25% were comprised of ambulatory health care appointments and medical supplies/equipment, respectively. Almost all of the total private expenditures (96%) were comprised of time costs.

Private expenditures were higher for males, the very elderly, younger care recipients with a high number of chronic conditions, and care recipients with many chronic conditions (regardless of age). Older clients had more medications and health care appointments and also tended to have more care provided by family caregivers compared to younger clients.

The relationship between private expenditures and public expenditures was inelastic. A ten-fold increase in public expenditure was associated with a six-fold increase in private expenditures. This is equivalent to a 10% increase in public expenditures being associated with a 6% increase in private expenditures, thereby resulting in a 6.6% increase in total expenditures when public expenditures account for 15% of total expenditures. Therefore, private expenditures were somewhat unresponsive or inelastic to changes in public expenditures.

Private expenditures increased as public expenditures increased, but this effect was modulated by the number of ADLs. As the number of ADLs increased, the effect of public expenditures became smaller. For example, for a care recipient with two ADLs and for a care recipient with four ADLs, each 10-fold increase in public expenditure was accompanied by an increase in private expenditure by 3.6-fold and 2.2-fold, respectively. The relationship between private and public was the same for both continuing care and short-term clients.

4. Conclusions

A greater appreciation of home-based nursing is necessary for practitioners, health managers, and policy decision makers to ensure that care recipients and their families receive efficient, effective, equitable, and quality care. By characterizing the distribution of publicly and privately financed care, critical issues such as inequalities in access to home care, and quality of care can begin to be addressed. This study demonstrated that an increase in publicly financed services did not result in a reduction of privately financed care. Rather, the severity of illness and demographic characteristics predicted the amount of services received. Those individuals with a higher severity of illness had higher expenditures for both publicly and privately financed care. This research may be used to develop a measurement strategy, which can then be implemented to evaluate local, provincial or national predictors and outcomes of home-based nursing care.

BIBLIOGRAPHY:

1. Guerriere DN, Ungar WJ, Corey M, Croxford R, Tranmer JE, Tullis E, et al. Evaluation of the Ambulatory and Home Care Record: Agreement Between Self Reports and Administrative Data. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2006;22(2):203-10.

AUTHOR/S:

Maria José da Silva Lumini Landeiro

TITLE:

Medication errors: the problem of medical prescriptions transcription in a paper supported information system

TEXT:

As medication use is the most common intervention in healthcare, drug administration hazards are frequent and they may occur all over the medication process. We focused the transcription stage of this process, concretely the transcription errors of medical order's to other supports of information and its relation with patient safety. We pretended to contribute to the implementation of medication error reduction strategies as a mean to promote healthcare quality improvement and patient safety. The goal of our retrospective, descriptive exploratory study was to identify and analyse the type and frequency of medication transcription errors and the professional's perception of the issue. The research took place in an university hospital in Oporto.

The data were obtained analysing 165 clinical file's "medical orders" and "drug administration record/control" sheets. We also proceeded to semi-structured interviews to some nurses of the care unit involved in the study.

Results obtained showed that there were different types of transcription errors: incorrectly transcribed prescriptions to nurses records, missed interpretation of some of the prescription items (drug, via dosage, dilution, etc), transcription of non-existing written prescriptions, transcriptions completing or correcting lapses of prescription. Analysis of interviews concluded that the main reasons for these inconsistencies involved either the prescribing act or the transcription stage. Causes involved illegible or incorrect prescriptions, insufficient knowledge, lapses and human factors such as lack of attention, fatigue or night overwork. We also concluded for the necessity of professional education programs, need for development of medication system protocols, changes at the organizational level and individual workers attitudes. We consider the implementation of electronic prescription an important measure to solve this problem.

BIBLIOGRAPHY:

Bates. W. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ* 2000; 320: 788-91.

Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention serious medication errors. *JAMA* 1998 ; 280: 1311-6.

Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch, K, Schwed K, Jamison, D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing. *JONA* 2002; 32 (10): 509-522.

Coimbra JAH. Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como factor de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa. [dissertation]. University of São Paulo, Ribeirão Preto 2004.

Fragata J, Martins L, editors. *O erro em Medicina*. 1st ed. Coimbra: Almedina.; 2004.

Gandhi T K, Kaushal R, Bates DW. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani SHB, Ueta J, editors. *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.2-9.

Ghiglione R, Matalon B, editors. *O inquérito: teoria e prática* 4th ed. Oeiras: Celta Editora; 2001.

Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*.

Washington, DC: National Academy of Sciences, 2000.

Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson MS. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine Washington, DC. *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press, 1999.

Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272 (23): 1851-1857.

Parsons, D. W., *A segurança do paciente nos Estados Unidos da América*. In: Cassiani SHB, Ueta J, editors. *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 123-131.

Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000; 20: 768-770.

Reason J, editor. *Human Error*, 14th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.

Reason J, Hobbs A, editors. *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*. 2nd ed. Hampshire: Ashgate Publishing Company; 2004.

AUTOR/ES:

García C., Pescador A., Córcoles P., Del Egado M^a A., Gómez M., Imbernón F^o J.

TÍTULO:

EL CICLO DE DEMING COMO SISTEMA DE MEJORA DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

TEXTO DEL TRABAJO:

La calidad de los servicios que prestamos en la asistencia sanitaria a supuesto desde hace tiempo una preocupación para los gestores, profesionales y, por supuesto, para los usuarios (pacientes y familiares). El objetivo es proporcionar el mejor servicio posible, con el uso más adecuado de los recursos, consiguiendo la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de la organización.

La obtención de este objetivo va de depender, fundamentalmente, de dos factores: la calidad científico-técnica de los profesionales, por un lado, y por otro el grado de adecuación de nuestras prácticas a las necesidades de los usuarios. Todo ello, en definitiva, repercutirá en el grado de satisfacción que estos últimos muestran al final de su proceso.

En los últimos tiempos se añade otro factor muy importante que está relacionado con los anteriores: la prevención del riesgo y la seguridad clínica, es decir, prevenir / evitar el error.

Dada la repercusión que nuestras actividades tienen sobre los usuarios, es necesario que el resultado de nuestras actividades sea el que se pretende y no una sorpresa. Queremos asegurar la consecución de unos estándares. Esto es lo que se denomina "Aseguramiento de la Calidad" (escalón previo a sistemas más evolucionados como la Calidad Total). Para ello, es necesario definir y controlar los procesos. Esto se hace mediante herramientas como: protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas, mapas de procesos. Basadas en la mejor evidencia científica, nos ayudan a mantener el nivel científico-técnico de los profesionales y prevenir errores.

Una vez realizados, difundidos e implantados estos protocolos, vías, etc. se hace necesario evaluar el seguimiento que, por parte de los profesionales, se hace de ellos. Para llevar a cabo esta evaluación se deben establecer una serie de indicadores que nos permitan saber que resultados estamos teniendo y poder compararnos.

Esta evaluación puede ser vista como una "inspección" hacia el trabajo realizado por estos profesionales, pero debe entenderse como una forma de comparar lo obtenido con lo planificado y una forma de identificar las desviaciones pudiendo establecer correcciones. Entraríamos así en el denominado " ciclo de mejora continua" que nos lleve a conseguir la prestación de unos servicios con la mejor calidad posible.

Para llevar a cabo este ciclo de mejora continua se plantea seguir el modelo de Deming: Plan, Do, Check, Action (PDCA)

- Planificar: determinar los objetivos
- Realizar: implantación mediante la formación, coordinación y motivación de los profesionales
- Comprobar: evaluar detectando las desviaciones y las posibles causas
- Actuar: establecer las medidas correctoras necesarias volviendo a planificar

OBJETIVO:

Establecer el ciclo de Deming (PDCA) como herramienta de calidad en las actividades de enfermería.

METODOLOGÍA:

Se establece un plan para verificar la implantación y seguimiento de protocolos por las distintas Unidades del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

A principios de año se realizan reuniones en las Unidades para explicar como se va a llevar a cabo el proceso y los items que se van a evaluar para verificar el seguimiento de los protocolos.

Se realizan dos evaluaciones anuales, una antes del verano y otra a finales de año. Se intenta evitar la coincidencia con periodos vacacionales donde la presencia de personal eventual es mayor.

Población: los pacientes ingresados en las Unidades de Enfermería del CHUA

Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresado durante un mínimo de 24 horas. Se escogen los pacientes a estudio mediante muestreo sistemático. Dada la diferencia en el número de

enfermos ingresados en las distintas Unidades, se consensua una muestra de 25 a 30 pacientes por Unidad.

Criterios de exclusión: estar ausente de la Unidad e ingresos de menos de 24 horas.

Los evaluadores se escogen entre las supervisoras de las distintas Unidades y son entrenados previamente. No evalúan la Unidad a la que pertenecen. Se forman equipos de evaluadores compuestos por un coordinador-consultor con conocimientos en temas de calidad y dos supervisoras. Se recoge información, sobre los ítems previamente acordados, de los registros de enfermería con comprobación posterior mediante observación directa del paciente.

Registros: valoración al ingreso del paciente, firma de tratamientos y cuidados, registro de aplicación y seguimiento de protocolos de: úlceras por presión, sondaje vesical, vías periféricas y centrales, ingesta y eliminación.

Observación del paciente: valoración de la aplicación y seguimiento de los protocolos de acogida, úlceras por presión, sondaje vesical, vías periféricas y centrales.

se recogen los datos en formularios que posteriormente se transfieren a una base de datos Access Microsoft Office.

RESULTADOS.

Se obtienen resultados de cumplimiento de los ítems valorados por Unidades y se comparan entre sí. Se observa un desigual seguimiento por las distintas Unidades. La aplicación a los pacientes de las distintas actividades que componen los protocolos se cumple en un porcentaje alto. Al valorar la cumplimentación de los registros se observa que existe un déficit importante, siendo un aspecto a mejorar.

DISCUSIÓN:

La realización de protocolos de actuación elimina la variabilidad en la práctica clínica, mejora el nivel científico-técnico de los profesionales, disminuye las posibilidades de errores o efectos adversos y todo ello debe conseguir la satisfacción de los pacientes.

Se debe verificar la implantación y seguimiento de estos protocolos comparando los resultados obtenidos con los planificados, estudiando las desviaciones e impulsando acciones correctoras que nos permitan mejorar la calidad de los cuidados.

La metodología del ciclo de Deming se muestra adecuada para conseguir este objetivo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Rotger i Estapé J.J., Canela Campos M.A., Gestión de la calidad. Una visión práctica. (1996)
- Joint Commission on the accreditation of healthcare organizations. Accreditation manual for hospitals.
- Ureña V. Diseño y puesta en marcha de un programa de calidad en un hospital. Todo Hospital 1999; 155: 213-6
- Caamaño C., Martínez J.R., Alonso M., Sáinz A. Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(8): 670-7
- Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 2005.
- Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 245-246.
- Badía A, Bellido S. Técnicas para la gestión de la calidad. Ed Tecnos. 1999
- Borrego García D. Los costes de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- Costa Estany JM. Organización por procesos. En: Gené J, Contel JC. Gestión en Atención Primaria. Ed Masson. Barcelona 2001.
- Delgado R. "La variabilidad de la práctica clínica". Revista de Calidad Asistencial, 1996; 11(4):177-183.
- Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). Control de Calidad Asistencial 1991; 6:31-39.
- Fernández Martín J, Guitérrez Fernández R, Marín Rubio JM, Parra Vázquez B, Royo Sánchez C. Mejora en la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Rev Calidad Asistencial 2004; 19(3): 142-50.
- García Caballero J, Garrido Cantarero G, Díez Sebastián J. Indicadores claves de calidad en el hospital. En: Curso de Calidad Asistencial. Hospital La Paz. Madrid 1997.
- García Caballero J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. Medicina Preventiva 1999;5
- Granados Navarrete A. Los protocolos y las Guías de práctica clínica en los programas de calidad asistencial. Ponencia en XIV Congreso Nacional de Calidad Asistencial. Salama

AUTOR/ES:

Mansilla López, M.; Muñoz Mansilla, M^a B.; Mansilla López, P.

TÍTULO:

Conocimiento del Código Europeo contra el Cáncer en estudiantes de enfermería en Ciudad Real

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: En 1988, dentro del programa Europa contra el cáncer, se aprueba el Código Europeo Contra el Cáncer, documento guía dirigido a la población con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad. Cuando en el año 2003 se publica la tercera revisión del código (1) la incidencia de cáncer había aumentado y la OMS siguió insistiendo y aconsejando a los profesionales y organizaciones sanitarias en su divulgación para disminuir esta tendencia (2). En España, el Plan Nacional contra el Cáncer (3) admite entre sus puntos críticos la difusión del CECC, señalando entre otras causas la escasa información sobre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de cáncer, la insuficiente concienciación de los profesionales de la salud sobre la necesidad de adoptar estilos de vida saludables y el arraigado "mito de invulnerabilidad" existente en la población respecto a esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que muchos de los factores de riesgo asociados al cáncer son conductas humanas y lo que realmente expresan las recomendaciones del CECC es la adopción de hábitos de vida saludables, tanto en lo referido a evitar o modificar factores relacionados con la aparición de tumores (tabaco, alimentación, obesidad, actividad física, alcohol y sol), como en la participación en programas de salud pública (4-5), estimamos conveniente la realización de un estudio que nos permitiera clarificar hacia que factores de riesgo es necesario dirigir los esfuerzos principales durante la formación de los estudiantes en los conocimientos sobre los puntos del CECC.

Objetivos: Identificar el conocimiento que tienen los estudiantes matriculados en la EUE de Ciudad Real de las recomendaciones recogidas en el Código Europeo contra el Cáncer previo al estudio teórico en el aula y a la realización de prácticas clínicas con pacientes oncológicos. Analizar las conductas que siguen en relación a los consejos preventivos y de diagnóstico precoz conocidos y recomendados en el CECC.

Material y método: Estudio descriptivo de tipo transversal realizado en febrero de 2006. Población diana: alumnos de 1º curso de la E.U.E. de Ciudad Real.

Criterios de inclusión: Alumnos que no han formación teórica sobre el cáncer. Estudiantes que no han realizado prácticas clínicas en unidades de hospitalización de Oncología. Conocer el CECC.
Criterios de exclusión: alumnos que no cumplen los criterios anteriores. 5 estudiantes fueron excluidos directamente por participar en una prueba piloto, reuniendo 62 alumnos los criterios de inclusión mencionados.

Como fuente de datos se utilizó un cuestionario diseñado especialmente para el estudio con 43 preguntas relacionadas con las recomendaciones del CECC, agrupadas por conocimientos y niveles de actitud. categorizadas con varias posibilidades de respuesta y relacionadas con los consejos del CECC sobre la prevención primaria y secundaria de cáncer. Las variables estudiadas son edad y sexo. La variable independiente fue tener historia familiar de cáncer en primero o segundo grado..

Procesamiento estadístico con programa SPSS 11.0. Los datos fueron codificados por una única persona verificando la introducción mediante la doble entrada de un 10% de las encuestas seleccionadas de forma aleatoria.

Resultados: 62 estudiantes, 48 mujeres y 14 varones con una edad media de 20,5 años conocen las recomendaciones del código a través de la lectura de artículos referidos al cáncer (48%), por personas que les habían hablado (40%) o por carteles expuestos (12%). 40 estudiantes, el 64,52% de la muestra tenían historia familiar de cáncer.

Respecto al conocimiento de las recomendaciones expresadas en el CECC, el 88,10% (n=54) cita entre 5 y 7 encontrando que el 9,6% (n=6) mencionan menos de 3. Son más conocidas las referidas a la detección precoz que las orientadas a la prevención. Lunares que cambian de tamaño, forma o color; tos, ronquera persistente; adelgazamiento y anorexia son síntomas reconocidos, señalando el 87,10% (n=54) la autoexploración de mamas en búsqueda de bultos y la realización de mamografías y citologías como pruebas específicas de detección precoz de cáncer para la mujer.

Entre las recomendaciones destinadas a la prevención las más citadas han sido los efectos nocivos del tabaco solo y en asociación al consumo de alcohol (84%), la exposición excesiva al sol (80%), el tabaquismo pasivo (65%) y el consumo diario de verduras y frutas (51%). Menos mencionadas son la limitación de alimentos ricos en grasas animales (42,54%), evitar la obesidad (19%) y realizar alguna actividad física (16%), citando en menor proporción (13%) uno de los nuevos consejos difundidos tras la última revisión, concretamente el referido a la participación en programas contra la hepatitis B. No se ha encontrado referencias a las recomendaciones dirigidas a evitar la exposición de sustancias cancerígenas ni a las normas de protección radiológicas.

Entre los consejos dirigidos a la prevención destacan con un por su dificultad la realización la ingesta diaria de frutas y verduras, 56,45% (n=35) y el abandono del tabaco, 51,61% (n=32). Les siguen con un 21% (n=13) evitar las limitaciones de la exposición al sol, expresando el 11,29% (n=7) la dificultades en la reducción del consumo de bebidas alcohólicas, la ingesta de grasas animales y la revisión de la piel. Y estas dificultades se manifiestan en las conductas seguidas.

La prevalencia global de fumadores habituales es del 33,87% (n=21). Fuman 15 mujeres (31,25% de la muestra femenina) y 6 varones (50% de muestra masculina). Las diferencias más significativas se observan según el sexo en la prevalencia de nunca fumadores (26 mujeres y 2 varones). En relación a la historia familiar de cáncer encontramos que el 32,50% de los alumnos (n=40) ha dejado de fumar.

Con respecto a la frecuencia del consumo de alcohol el 54,84% (n=34) lo realiza durante los fines de semana mientras que 22,58% (n=14) lo hace 1 o 2 veces al mes. En relación con la variable sexo 8 alumnas y 1 alumno manifiestan que nunca han consumido alcohol mientras que 3 mujeres y 2 varones con antecedentes familiares de cáncer lo hacen a diario. El inicio del consumo de alcohol es referido casi por la mitad de los alumnos (48,39%) al periodo en el cual estaban estudiando la secundaria y tenían entre 15 y 16 años de edad, apreciándose 2 mujeres y 1 varón, todos con historia familiar de cáncer que iniciaron su contacto con el alcohol antes de los 15 años.

Las dificultades mencionadas para evitar la exposición al sol se reflejan en elevado porcentaje (62,90) que han tenido quemaduras en una o dos ocasiones a pesar de emplear protectores solares. El 37,10% restante (18 mujeres y 5 varones) toma el sol con poca protección o con ninguna, no teniendo en cuenta las franjas horarias más dañinas a pesar de sufrir quemaduras en más de dos ocasiones o todos los veranos un 18,75% de las estudiantes (n=48). La variable edad se refleja en esta conducta, relacionándose hombre y mujer de menor edad (19 a 21 años) con menor empleo de factores de protección y mayor exposición al sol entre las 12 y las 16 horas.

La fórmula de cinco raciones al día entre frutas, verduras y hortalizas es seguida por el 41,67% de las estudiantes (n=48), especialmente mujeres que no han fumado nunca, que han dejado de fumar y que han tenido historia familiar de cáncer. Destaca como conducta opuesta que el 50% (n=12) de los estudiantes masculinos no incluyen estos alimentos en su dieta diaria.

El 32,26% de los estudiantes manifiestan tener aumento de peso y controlarlo con ejercicio físico y dieta. En relación al ejercicio, con excepción de estos alumnos y de un 12% que lo hace de forma diaria. El resto apenas realiza actividad, y un 40% de las mujeres no hace ninguna.

El 56,45% de los alumnos se muestra partidario de facilitar información sobre el CECC a familiares y amigos mientras que un 32,26% consideran que deben ser las autoridades sanitarias las encargadas de la divulgación.

Discusión: Aunque los resultados obtenidos han de tomarse con cautela dado el escaso tamaño muestral, observamos que hay estudiantes de enfermería cuyo estilo de vida incluye conductas de riesgo para el desarrollo del cáncer y que el cumplimiento de las recomendaciones del CECC no está relacionado proporcionalmente con el conocimiento que tienen sobre los consejos para la prevención y diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Las recomendaciones más conocidas para la prevención primaria son las referidas a las dos primeras revisiones del código, apreciándose un desconocimiento mayor de los últimos consejos publicados en el año 2003, especialmente sobre la vacunación contra la Hepatitis B. Los mayores puntos débiles se encuentran en la información de los programas destinados al diagnóstico precoz; donde se observa como en el de cáncer de útero existe confusión sobre la edad recomendada en la mujer para la fecha de inicio y la periodicidad de la misma y el programa de cáncer colo-rectal es apenas conocido y referido únicamente a varones, así como en la información sobre todos los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de cáncer.

La historia familiar de cáncer parece tener efecto positivo sobre el seguimiento y modificación de hábitos, pudiendo considerar que los alumnos con antecedentes familiares son más permeables a las intervenciones preventivas, tal y como señalan algunos estudios publicados (6).

La realización de estudios sobre la información y el conocimiento que tienen los alumnos previo al estudio teórico del cáncer pueden ayudarnos a comprender las conductas seguidas por los estudiantes, los determinantes psicosociales de las mismas y los aspectos operativos que sean claves para el éxito de las intervenciones educativas en el estudio del cáncer.

Una correcta información, la difusión de las recomendaciones sobre prevención y diagnóstico, el intercambio de experiencias con profesionales sanitarios, familiares y pacientes y la realización de prácticas clínicas en servicios de oncología puede permitir a los estudiantes de enfermería adquirir como sujetos individuales los conocimientos necesarios para decidir ejercer un control sobre su propia salud y así poder mejorarla, y ayudar a otras personas mediante la información y asesoramiento de las acciones recomendadas en el CECC a cambiar sus comportamientos para evitar los cánceres prevenibles.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology* 14: 973-1005. 2003.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). 58 Asamblea Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer. Disponible en Web: <http://www.who.int/es>
3. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
4. Martín Moreno J. M^a.: El Código Europeo Contra el Cáncer. Tercera revisión (2003): Insistiendo y avanzando en la Prevención del cáncer. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 77: 673-679 5.
5. López González M. L.: "Riesgo conductual de cáncer y factores asociados en el modelo A.S.E. en pacientes de A.P.S.". En: Comunicaciones X Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Disponible en Web: <http://www.doyma.es>
6. López González M^a L. et al: Evaluación de la implementación del programa FAPACÁN para prevenir el riesgo conductual del cáncer en usuarios de Atención Primaria del norte de España. *Rev. Española de Salud Pública* 2003; vol. 77: 681-680)

AUTOR/ES:

María Arantzamendi, Alison Richardson, Julia Addington-Hall, M^a Isabel Saracibar, Silvia Corchon, Ana Carvajal.

TÍTULO:

Metodología combinada: estudio de las experiencias de las enfermeras hospitalarias que cuidan de pacientes en fase terminal.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

En los últimos años, en España, los cuidados paliativos se están desarrollando progresivamente. Si consideramos el número de pacientes con cáncer que muere cada año en nuestro país, estos cuidados cubren el 26% (1). Sin embargo, si tenemos en cuenta los pacientes en fase terminal por otros procesos el porcentaje disminuye. Además, este tipo de atención no se distribuye uniformemente en todo el territorio nacional y tiene un desarrollo limitado en los hospitales, donde muchos pacientes siguen falleciendo. En estos casos, debido a la falta de unidades especializadas que proporcionen este tipo de cuidados, son las enfermeras de unidades de hospitalización general las que los cubren. A pesar de este hecho tan generalizado, la evidencia acerca de las experiencias de estas enfermeras es limitada. Creemos que comprender qué supone para las enfermeras esta práctica es de suma importancia ya que permitirá promover las medidas de apoyo necesarias tanto para un óptimo desarrollo personal y profesional como para la prestación de una atención de calidad a los pacientes.

El objetivo del estudio es presentar la utilización de una metodología combinada para el estudio de las experiencias y de los factores personales y profesionales que influyen en el trabajo de las enfermeras que cuidan de pacientes en fase terminal, en hospitales que no tienen unidades de cuidados paliativos.

Método:

Con el fin de comprender qué supone para las enfermeras hospitalarias el cuidar de pacientes en fase terminal se aplicó el diseño de una metodología combinada (mixed-method) (2,3). Esto conlleva la combinación de diferentes métodos para estudiar un problema. En este caso se combinaron secuencialmente métodos cualitativos y cuantitativos. La recogida de datos se realizó a través de observaciones, entrevistas y encuestas.

El tipo de observación se eligió considerando la tipología de Gold (4). El periodo de observación permitía valorar el trabajo diario de las enfermeras e identificar aspectos claves del mismo en el cuidado de pacientes en fase terminal. Las entrevistas permitían obtener la visión y percepción de las propias enfermeras. Por último el cuestionario permitía estudiar las relaciones entre las características personales y profesionales de las enfermeras y sus experiencias en el cuidado de este tipo de pacientes.

Las observaciones se efectuaron durante 3 meses en una unidad de hospitalización donde habitualmente ingresan pacientes en fase terminal. Las entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo con enfermeras (n=21) de tres unidades de dos centros hospitalarios. Las enfermeras entrevistadas tenían distinto grado de formación y experiencia profesional. Posteriormente, se realizó una encuesta en la Comunidad Foral de Navarra (n=255) en la que se invitó a participar a todas las enfermeras que trabajaban en unidades hospitalarias en las que habitualmente ingresaban pacientes en fase terminal y que carecían de unidad de cuidados paliativos.

El análisis de los datos cualitativos se realizó aplicando el análisis de marco (framework analysis) (5) mientras que el análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v11.0.

Resultados:

Las observaciones supusieron una toma de contacto con el día a día del cuidado de los pacientes en fase terminal de las enfermeras hospitalarias. El análisis de los datos de las observaciones permitió identificar aspectos relevantes relacionados con el trabajo diario de las enfermeras como: cambios en la dinámica de la unidad, distribución del trabajo, relación enfermera-paciente y enfermera-familiar, trabajo en equipo y expresiones verbales de las enfermeras.

Estos temas se consideraron a la hora de desarrollar el esquema para las entrevistas semi-estructuradas. A través de éstas se pudo profundizar en los temas que emergieron como relevantes en el análisis de las observaciones. Se pudo entender la perspectiva de las enfermeras sobre su trabajo diario y abordar aspectos observados que ellas probablemente no hubiesen comentado porque no parecían ser conscientes de algunos de ellos. Asimismo, durante las entrevistas se abordaron aquellos aspectos que ellas mismas consideraban como facilitadores o no de su trabajo. El análisis de las entrevistas permitió identificar más aspectos relacionados con las experiencias de las enfermeras.

Posteriormente, los datos cualitativos (obtenidos de las observaciones y entrevistas) sirvieron de base para la formulación de la encuesta. La elaboración del cuestionario que se utilizó en la encuesta fue laboriosa ya que había muchos datos cualitativos y era difícil integrarlos y priorizarlos a la hora de crear el cuestionario. A la hora de desarrollar un cuestionario es importante considerar la extensión del mismo, ya que esto puede influir en el índice de respuesta (6, 7). Por ello se redujo la extensión del cuestionario inicial revisando este en función de los objetivos del estudio.

La versión definitiva del cuestionario constaba de seis secciones: formación y apoyo, experiencias en el cuidado de pacientes en fase terminal y en el cuidado de sus familiares, calidad del cuidado y factores influyentes, sentimientos acerca de la muerte y características sociodemográficas.

Discusión:

La combinación de diversos métodos de recogida de datos es un reto. Cada método tiene sus peculiaridades que deben ser tenidas en cuenta para realizar un estudio de calidad. Esto supone un mayor tiempo de recogida de datos, análisis y posterior integración de datos; pero también conlleva un proceso de aprendizaje importante para el investigador.

La integración de los datos, un aspecto esencial de este tipo de diseños, se ha ido realizando durante todo el proceso ya que como se ha mencionado anteriormente los datos recogidos con un método se han considerado en el siguiente método. No obstante, la integración también se llevará a cabo en los resultados finales del estudio.

En este estudio, la aplicación de la metodología combinada ha facilitado el desarrollo progresivo del trabajo en base a los resultados obtenidos, ya que ha permitido identificar aspectos relevantes e incorporarlos a los posteriores métodos de recogida de datos. De este modo se ha obtenido una información más completa y relevante que tal vez utilizando una sola metodología no se hubiera conseguido.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Centeno C, Hernansanz de la Calle S, Flores LA, Sanz A, Lopez-Lara F. Programas de Cuidados Paliativos en España. Año 2000. *Medicina Paliativa* 2001, 8 (2): 85-99.
2. Creswell JW. *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 1st Ed. London: Sage Publications; 2003.
3. Tashakkori A, Teddlie C. *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. London: Sage Publications; 1998.
4. Gold RL. Roles in sociological field observations. *Social Forces* 1958, 36 (3): 217-223.
5. Ritchie J, Lewis J. *Qualitative Research Practice: A guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications; 2003.
6. Fowler FJ. *Survey Research Methods*. 3rd ed. London: Sage Publications; 2002.
7. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment* 2001, 5 (31).

AUTOR/ES:

Vanessa Grespan Setz; Sôna Regina Pereira; Masuco Naganuma

TÍTULO:

El trasplante renal bajo la óptica de niños portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico-Estudio de caso

TEXTO DEL TRABAJO:

Esta investigación se basa en la experiencia profesional y en la observación frecuente de la expectativa y ansiedad con que el niño y respectiva familia aguardan la posible realización de un trasplante renal mientras éste continúa sometiéndose al tratamiento dialítico. Es especialmente difícil para ellos y sus familiares entender y aceptar los límites determinados por la enfermedad crónica, en relación a la posibilidad real de la existencia de cura, por ser confrontados constantemente por la evolución tecnológica y científica en el área de la salud y en la que son amplia y rápidamente divulgadas por los diferentes medios de comunicación. Así, se torna complicado comprender, que gran parte del avance en el tratamiento de la salud se dirige a aumentar la sobrevivencia del individuo, mejorar su calidad de vida, reducir la frecuencia y la intensidad de los períodos de exacerbación de la enfermedad y no la cura propiamente dicha. Por otro lado, para el niño y su familia, la realización del trasplante representa la esperanza de dejar atrás los rigores de la diálisis y de las restricciones dietéticas en fin, la posibilidad de retornar a un cotidiano normal de vida. Kleinman citado por McDaniel et al(1) refiere que la enfermedad crónica no puede ser curada y que la cura deseada se puede transformar en un mito peligroso, comprometiendo todo el proceso de crecimiento y desarrollo normal del niño. O sea, colocar la cura como meta única de vida puede transformarla en una barrera para buscar otras alternativas de vivir la vida con calidad. Objetivos: Buscando entender mejor esta dinámica, los objetivos del estudio fueron comprender el significado del trasplante renal para niños y adolescentes en tratamiento dialítico y conocer sus expectativas en relación a esta modalidad de tratamiento. El referencial teórico que sirvió como sustento para la discusión fue la teoría del cuidado de Mayeroff(2), que refiere que "cuidar es ayudar al otro a madurar", pues al cuidar, el ser cuidado ayuda a la persona a organizar su propia vida, dándole un significado, un sentido. Refiere aun que las personas que poseen esta vivencia y percepción desarrollan un sentimiento de "estar en el lugar correcto" (2). Metodología: Debido a las características del estudio utilizamos el abordaje cualitativo y dentro de ésta el Método de Estudio de Caso. Este método, originario de la investigación clínica desarrollada por el área médica, tiene como premisa de que se puede adquirir conocimiento sobre una determinada enfermedad a partir de la profundización de un único caso(3). Basada en esta premisa, las Ciencias Sociales lo adaptó y lo utiliza con el objetivo de conocer, comprender y explicar la dinámica envuelta en la construcción de las relaciones en una comunidad o grupo específico, en este caso el de niños portadores de insuficiencia renal crónica sometidas a tratamiento dialítico, por compartir experiencias semejantes. Las etapas seguidas fueron: formulación del problema; definición de la unidad caso; determinación del número de casos; elaboración de un protocolo; recolección de información; evaluación y análisis de los datos, como recomienda Stake y Yin citados por Gil(4). El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad Federal de Sao Paulo con el número 0533/02 y obedeció a los patrones establecidos por la Resolución 196/96, que trata de las Normas de Investigación que involucra a seres humanos(5) Local del estudio: Unidad de Nefrología Pediátrica de un hospital-escuela en la ciudad de Sao Paulo en Sao Paulo - Brasil, con capacidad para 36 camas. El período de recolección de datos fue de septiembre a noviembre del 2002. La población estuvo constituida por 15 sujetos en el grupo etáreo entre 06 a 16 años y que estaban en tratamiento dialítico en el período estipulado para la recolección. Los instrumentos para recolección de los datos fueron la entrevista grabada semi estructurada con 07 preguntas que abarcaban el conocimiento y las expectativas que el niño/adolescente poseían sobre el trasplante renal y la Técnica Proyectiva, específicamente el Dibujo-historia con tema, consolidado por Trinca en sus estudios sobre investigación de la personalidad (6).

Para la aplicación de esta técnica se solicitó a los sujetos la confección de dos dibujos (el primero sobre un niño antes del transplante renal y el segundo después de la realización del transplante). Los discursos fueron categorizados según Bardin y reunidos de acuerdo con los significados emergidos de las respuestas dadas por los sujetos(7). Los significados dieron cuatro categorías: Construyendo el conocimiento sobre el transplante; Buscando entender la espera por el transplante; Creando expectativas de cambio y En contacto con la frustración. La categoría emergida del análisis de los dibujos fue denominada Develando los sentimientos a través del dibujo. Construyendo el conocimiento sobre el transplante: "Sé que es el mejor tratamiento para cuidarme. Necesito cuidar de mi riñón bien. Necesito tomar remedios correctamente. Tengo que tomar agua. Tengo que cuidarme para no perder el riñón" (Maria 3 - 11 años). Otro niño de la misma edad refiere no tener ningún conocimiento: "No sé mucho, no. Sé que no tengo cura, tengo que hacer transplante. Tengo que tomar remedio. Sé que para con la hemodiálisis" (João 1 - 11 años). Maria 3 por haber vivenciado la situación del transplante y haber perdido el injerto, posee un poco más de información que João1 que está en tratamiento hemodialítico desde hace poco tiempo. Entre tanto, los discursos de los sujetos denotan que el conocimiento que obtuvieron fue asimilado por la vivencia diaria con el equipo de salud y familiares, o sea, de aquellos que oyeron hablar y no por medio de una orientación sistemática que les dio informaciones precisas sobre lo que pueden esperar de esta modalidad de tratamiento. De esta forma emerge la segunda categoría Buscando entender la espera por el transplante, en la que los sujetos buscan encontrar explicación para comprender la situación de espera del transplante renal: "Por causa de la vejiga. Tengo reflujo...ellos van a cuidar...mi vejiga pues yo ya no conseguía orinar mucho, por causa del reflujo. Sólo que días atrás ellos dijeron que parece que ya no estaba con reflujo. A causa de eso ellos creen que van a reactivarme. Voy a conversar con el personal de la uro" (Maria 1 - 12 años), "Porque no da tiempo de hacer. Yo creo que no estoy en lista" (Maria 4 - 8 años). Los sujetos se apoderan de lo que oyen para construir una explicación que los posibilite entender el proceso en el cual están insertados. Al no tener acceso a informaciones sistemáticas sobre su situación de enfermedad y tratamiento van construyendo internamente una imagen sobre cómo sería vivir sin tener que hacer el tratamiento hemodialítico -.Creando expectativas de cambio: "Quedarme en casa. Poder ir a la escuela. Voy a poder quedarme en casa, asistir, jugar"... "Ah! Va a cambiar. Voy a poder hacer todo lo que quiero. No casi todo, no es así!. Voy a poder jugar mejor, no voy a poder estar viniendo para acá!" (Maria 1 - 12 años), "Crecer y tener una vida normal. Quedarme en casa. Voy a poder subir en los árboles. Tener una vida normal. Jugar pelota"... (João 6 - 8 años), "Voy a poder beber bastante agua y comer hamburguesa. Ah"... y beber agua y gaseosa". "Voy a comer salchicha caliente, pastel, pollo, arroz, camarón, pizza. Voy a poder beber gaseosa, jugo, bastante agua" (Maria 2 - 10 años), "Ah! un pinchazo menos" (José 1 - 15 años, al referirse a la punción en la fístula arteriovenosa). Las limitaciones impuestas por la enfermedad que son visibles por lo que dicen y la esperanza de tener una vida "normal" como los niños que no están enfermos es lo que los motiva a soportar el largo y tedioso tratamiento hemodialítico. De esta forma cuando el tan esperado resultado no acontece, los sujetos entran en contacto con la frustración: "Pensé que daba resultado". "Perdí el transplante". (João 3 - 9 años), "primero la mujer llamó a la casa y yo salí muy rápido. Era para estar en el hospital, ahí conseguimos para mí y una niña. Luego lo mío no dio resultado y sí de la niña ". ..."Primero? Ah! estaba contento. Pensaba que iba a ser efectivo, después vi que no. El médico dijo que perdí el riñón. Ah! sentí tristeza. Después de unos 5 años es que vine a recibir otro. Espero que este no demore" (José 1 - 15 años). Al referirse al segundo transplante completa: "Ah! esperaba mucha cosa (del segundo transplante). Entrar ya en mi clase de natación. Pero no dio resultado. Yo jugaba bastante pelota, andaba en bicicleta. Tomaba los remedios en horario correcto. Sólo no aguantaba beber agua. No sé por qué. Lloré mucho" (José 1 - 15 años). La angustia consecuente de la frustración trae la sensación de desamparo, desencadenado por no saber qué esperar del inevitable y amenazador futuro. Así al no tener acceso a informaciones correctas los niños y adolescentes tienen que lidiar con la frustración que a su vez pueden llevarlas a cerrarse a la vida y a otras posibilidades de vivir con calidad. La categoría emergida de los dibujos denominada - Develando el sentimiento a través del dibujo, expresan por la grafía los sentimientos y las expectativas de los niños en relación a los tratamientos dialíticos y al transplante. En los dibujos sobre el niño antes del transplante renal, las figuras humanas dibujadas muestran cuán inferiores se sienten frente al tratamiento y a la máquina

de hemodiálisis, de la cual dependen para vivir. Los brazos presentan desproporción en relación al cuerpo como consecuencia de la presencia de la fistula arteriovenosa y sus múltiples punciones en cuanto que los cuerpos están malformados por la presencia de la enfermedad crónica con sus complicaciones. Los dibujos sobre el niño después del trasplante renal demuestran sus esperanzas de tener una vida "normal", donde podrán crecer, desenvolverse, jugar, estudiar, quedarse en casa más tiempo, comer alimentos que hoy no están permitidos y beber agua, jugo y gaseosa sin restricciones, además de no precisar someterse a las constantes punciones necesarias de la hemodiálisis. Consideraciones Finales: El trasplante posibilita a los niños/adolescentes con enfermedades crónicas la oportunidad de tener una vida más próxima a la normal, semejante a la de los demás. Es importante colocarlas en contacto con la realidad y apoyarlas en este período de enfrentamiento de la enfermedad y su tratamiento. De esta manera es importante que las instituciones que las atienden, implanten servicios que actúen en la educación y que transmitan informaciones correctas, orientándolas para que se sientan seguras y comprendidas en el caminar de sus vidas. Acogerlos en sus solicitudes y ayudarlos a buscar la realización personal como seres completos y responsables por sí mismos y por los otros. Es posible dar esperanza sin olvidar de trabajar con la realidad. No está prohibido que sueñen, sin embargo se debe tener cuidado para que esos sueños no se vuelvan obsesión. Si eso ocurre y el sueño no se concretiza podrán perder la oportunidad de vivir del mejor modo posible y perderán el sentido o significado de la vida. Comparándose los grupos etéreos se percibe que los niños menores poseen visión más limitada, por lo que su entendimiento, en relación al tratamiento, queda comprometido. Creemos que con ellos lo mejor sea trabajar utilizando el dibujo lúdico, lo que les permitirá una mejor comprensión de los hechos. Así, conocer al niño, sus sentimientos y el modo cómo ve la situación, permitirá al enfermero indicar, junto al equipo de salud cuál es la mejor estrategia para corregir distorsiones e implementar medidas de manutención de la calidad de vida a esos niños/adolescentes..

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kleinman A. The Illness Narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
2. Mayeoff M. On Caring. New York: Harper & Roll publishers; 1971.
3. Becker HS. Método e Pesquisas em Ciências Sociais. 4ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.
4. Gil AC. Como Delinear um Estudo de Caso. in: Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: EPU; 1987.
5. Brasil. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional da Saúde - Resolução nº. 19 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Ministério da Saúde, 21 (1) p. 52-6; 1996.
6. Trinca W. Investigação Clínica da Personalidade: o Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática (Temas Básicos de Psicologia, v. 18). 2ª. ed. São Paulo: EPU; 1987.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: edições 70; 2000.

AUTOR/ES:

Buchele, Fatima;
Coelho, Eza BS

TÍTULO:

La Representación Social del Beber

TEXTO DEL TRABAJO:

Consumir bebidas alcohólicas desde hace tiempo es una característica común de todas las civilizaciones y continuará siendo de acuerdo con las perspectivas actuales. Por ello, creemos que conocer sus mecanismos sociales nos ayudará a buscar maneras más eficaces para lidiar con las consecuencias del beber.

Parece que los 8 a 10% que llegan a la dependencia del alcohol consumen la energía de los especialistas en la tentativa de buscar soluciones más sólidas para el tratamiento y medidas preventivas más eficaces. Considerando las inferencias metodológicas de las Representaciones Sociales, destacamos los principales cuestionamientos que guiaron nuestro interés en esta investigación, que fueron: Cuál es la representación social del beber para los segmentos sociales escogidos?

Cuáles son los aspectos sociales que atraviesan la dinámica del beber para los segmentos estudiados?

Para ello, los objetivos se concentraron en torno de los siguientes aspectos:

Identificar y comprender las representaciones sociales del beber que atraviesan el discurso de los diferentes segmentos sociales.

Procuramos analizar el significado del beber conforme los segmentos que de cierta forma nos harían encontrar el significado de la representación social del beber. Para interpretar sus declaraciones utilizamos referencias bibliográficas específicos de la Hermenéutica de la Profundidad, así como buscamos estrategias ideológicas que atraviesan las declaraciones de los sujetos que compusieron los segmentos sociales investigados.

METODOLOGÍA

Utilizamos, para el desarrollo de esta investigación, un método cualitativo de análisis cuyos presupuestos epistemológicos nos hacen creer que al analizar nuestro fenómeno, buscamos respuestas de gran amplitud y profundidad, que nos hizo recordar la necesidad de la participación de los sujetos y de los significados que los mismos atribuyen al objeto investigado.

Los segmentos sociales fueron compuestos de los siguientes sujetos:

1. individuos en primera internación por alcoholismo;
2. individuos abstemios de alcohol por más de dos años;
3. profesionales de salud que no trabajan con dependientes químicos;
4. profesionales de la salud que trabajan con dependientes químicos y por último;
5. individuos de la comunidad.

La técnica de recolección de datos fue de los grupos focales, que son entrevistas focalizadas realizadas en grupos. A partir de la declaración de esos individuos, hicimos la grabación, transcripción, categorización, análisis e interpretación de los datos, para identificar la representación social del beber. Nuestras entrevistas focales de grupo fueron grabadas, transcritas y examinadas exhaustivamente, y también nuestras observaciones cotidianas nos llevaron a la captura del hecho real, partiéndose de los siguientes procedimientos:

Asociaciones libres, lectura fluctuante. A partir de ahí se mostraron como se constituyó el grupo así como sus representaciones.

RESULTADOS EL DISCUSSION

A través del análisis de las declaraciones y unidades de significado que derivaron de los diferentes segmentos estudiados y analizados observamos el posicionamiento de los individuos frente a la situación del beber. Las unidades de significado fueron mapeados a partir de cinco ejes centrales: Placer, Sufrir, Sociedad, Antagonismos y factores influyentes.

Al analizar el mapa en esa visión de conjunto de todos los segmentos percibimos que la mayoría de las categorías trae una visión negativa del beber. Estas categorías incorporan un eje fuerte en la

representación, el sufrir, expresada en todos los segmentos. En el eje el beber es relacionado con preconcepto, culpa, vergüenza, crítica, discriminación, o hasta cuando se coloca de forma ambigua, cuando el beber oscila entre el placer, pero, se transforma en sufrir a partir de su uso abusivo.

En el eje Sufrir expresado sólo en el segmento de los individuos abstemios por más de dos años, una categoría, Placer x Sufrir. Esta se mostró ambivalente en sí misma. Incide en algo bueno que puede ser malo al mismo tiempo. Queda evidente que el beber es placentero cuando no incide en dependencia, es un sufrimiento cuando ese beber se caracteriza como dependencia. La categoría Preconcepto apareció en cuatro de los segmentos estudiados con excepción en de los profesionales que trabajan con la dependencia química.

El sufrir expresado por las unidades de significado que distinguió las categorías Culpa, Vergüenza, Crítica y discriminación apareció citado una vez en cada segmento, sin embargo, reitera la dimensión negativa de ese beber e incorpora así categorías fuertes, cargadas de significados pesados, tales como muestran las expresiones descritas en este estudio. Como vimos, el Sufrir emerge con destaque en la pauta de las discusiones de los grupos focales. De otro lado, un otro eje, Placer, incorpora un grupo de categorías configurando una dimensión positiva para el beber, expresadas por las categorías Libertad y Alegría, descritas en todos los segmentos. Sin embargo, si comparamos este eje al de Sufrir observamos que esta dimensión aparece de forma casi irrelevante en su sentido de placer.

Otro eje Antagonismos, presenta una tercera visión del beber en sólo uno de los segmentos. En él las categorías, Control x Descontrol, Calmante x Agresividad, no se refieren a funciones negativas o positivas del beber. Ellas se relacionan entre sí componiendo una expresión ambigua expresada por las unidades de significado, como fue citado anteriormente en el cuerpo de los resultados de este estudio. Una cuarta visión relaciona el beber en el eje Factores Influyentes, expresado por las categorías Variable, Timidez, soledad, Predisposición, así como, Información y Descontrol. En tres de los segmentos estudiados los factores influyentes aparecieron descritos, a través de sus diversas categorías, como siendo factores que predisponen al beber. Vale resaltar que en este eje sólo la categoría variable se repitió en dos de los segmentos. Todas las otras, o sea, Timidez, soledad, Predisposición, Información y Descontrol, fueron citadas una vez en cada uno de los tres segmentos. Lo que notamos es que estos factores congregan categorías entre sí que explican motivos, razones o situaciones citadas que facilitan ese beber, dentro de un saber del censo común. Por último, una quinta visión de la Representación Social relaciona el beber al eje Sociedad, expresado por las categorías Medios de Comunicación, Individualismo, Enfermedad, Cultura, Información y Vigilancia. Este eje fue presentado en cuatro de nuestros segmentos analizados y siempre que entraba en la cena de las discusiones en grupo era causador de polémicas. La categoría Medios de Comunicación instituyó unidades de significado en tres de nuestros segmentos y presentó fuertes indicios sociales inductores al beber, cuando los sujetos refieren el apelo de las propagandas en el consumo o en la busca del placer a través de las bebidas alcohólicas. La categoría Cultura apareció en dos de los segmentos y mostró a través de las declaraciones, los valores transmitidos de generación en generación y como que ella puede influenciar el beber, en determinadas regiones. La categoría Ambiente Social también marcó dos de nuestros segmentos y acentuó la posibilidad del beber estar relacionada a una "obligación" social, vinculada al hecho de que las personas se diviertan o sean aceptadas en ambientes sociales. La categoría Vigilancia fue instituida en un único segmento como en un diálogo de vigía constante, sin treguas, tanto en el ambiente terapéutico como fuera de él, de los profesionales de salud que trabajan con dependencia química. Aún en el eje Sociedad otras dos categorías, el Individualismo y la Enfermedad, marcaron fuertemente esas representaciones. Como categoría Individualismo quedó explícito por las unidades de significado, en dos de nuestros segmentos, que las personas son responsables por sus actos, sin sufrir cualquier interferencia del contexto social en que se encuentran o incluso, pudieran ser realmente víctimas de una enfermedad. Como categoría Enfermedad las declaraciones aparecieron en dos segmentos, pero esa situación nos parece reafirmar la existencia de una dicotomía entre el saber del censo común y el conocimiento científico. A pesar del segmento Comunidad haber endosado el beber como siendo una patología, los dos segmentos de sujetos que presentan dificultades en sus vidas con la bebida, no citan esa posibilidad como viable. Las dos categorías también serán discutidas en la relación que establecemos con la Ideología. Las unidades de significado expresaron el placer de beber y el de sufrir. El placer de beber estuvo anclado a un consentimiento "obligatorio normal" de la sociedad que bebe. que produce procesos explícitos e implícitos. concediendo a ella una identidad

social, como una forma adecuada de enfrentar el cotidiano, así como de relacionarse con el mundo y los objetos que los rodean, con alegría y libertad.

El beber, de otro lado, cuando está relacionado al sufrir, liga esta situación a “aspectos negativos” concebidos socialmente con alto carácter pre conceptual y discriminatorio incorporando representaciones fuertes que ocultan responsabilidades sociales influyentes.

A su vez la sociedad acepta este beber “trasladando sus responsabilidades”, pues, a pesar de mostrar el conflicto, minimiza lo real desviando la atención de la problemática para aspectos individuales, que fueron también fuertemente marcados. Los medios de comunicación, por ejemplo, minimizan este proceso relacionando claramente el beber a “situaciones placenteras”, estableciendo interfaces de ese beber a otros tipos de placeres, como el sexual, por ejemplo, a través de imágenes de mujeres bonitas en “out doors”, capas de revista masculina. La comprensión de ellas nos ofrece soporte técnico científico para una actuación consciente, amplia y porque no decirlo, más eficaz.

Otro cuestionamiento que quisiéramos señalar sería de que el beber, en nuestra sociedad, podría contribuir involuntariamente para alimentar un círculo vicioso que margina, embriaga socialmente a los individuos, ya sea en las “fiestas”, conmemoraciones, al conducir embriagado y provocar accidentes. Es interesante señalar hasta que punto ese beber no se torna una garantía fuerte para sujetos desempleados, desilusionados, como una de las pocas posibilidades de poseer poder y dominio particular de algo concreto en la vida.

La ebullición que compusieron estos ejes, sus respectivas categorías y unidades de significado, contienen muchos sentidos que, precisamos conocer y no simplemente rotularlos como el mal del siglo pasado y del futuro.

BIBLIOGRAFÍA:

- Buchele, F. A embriaguez social do beber. Florianópolis, 2001. 192p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Chauí, MS. O que é ideologia. 38 ed. São Paulo : Brasiliense, 1994. p.125.
- Farr, RM. Individualismo como Representação Coletiva. In: AESBICHER, V. et al. Idéologies et représentations sociales. Paris: E.D.S – Delval, 1991.
- Farr, RM. Representações Sociais: A Teoria e sua História. In: Pedrinho Guareschi et al. Textos em Representações Sociais. Petrópolis : Rio de Janeiro : Vozes, 1995. p.324.
- Fiorin, JL. Linguagem e ideologia. São Paulo : Ática, 1988.p.88.
- Guareschi, PA. Representações Sociais da Política e Ideologia. Rev. Sociedade em Debate, Pelotas, v. 3, n. 32, p 49-70, setembro, 1997.
- Moscovici, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- Moscovici, S. La psychanalyse, son image et son public. Paris : Presses Universitaires de France, 1976.
- Moscovici, S. The Phenomenon of Social Representation. In: Robert Farr; Serge Moscovici. Social Representation. Cambridge : Cambridge University. Press, 1984.
- SAUPE, R et al. Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1998. 306p.
- Thompson, JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1998, p.426.

Fátima Büchele: Prof. Dra Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil - Centro de Ciências da Saúde - Depto Saúde Pública. e-mail: buchele@mbox1.ufsc.br.

Elza B. S. Coelho Prof. Dra Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil - Centro de Ciências da Saúde - Depto Saúde Pública. e-mail: elza@salema.trix.net. Florianópolis/SC – Brasil.

AUTOR/ES:

Joaquín Tomás-Sábado
Amor Aradilla

TÍTULO:

Felicidad, religiosidad y salud percibidas en estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

La relación entre felicidad y salud ha sido ampliamente tratada en la literatura, partiendo de la consideración de que para poder plantearse la posibilidad de ser feliz es necesario disfrutar de un mínimo estado de salud. La gran mayoría de los estudios realizados han constatado una fuerte relación entre felicidad y salud (1), de manera que los individuos y comunidades más saludables son los que manifiestan mayores niveles de felicidad. Asimismo, se ha encontrado que los sentimientos de felicidad correlacionan negativamente, entre otras, con las medidas de neuroticismo, con el estrés, con dificultades de naturaleza emocional y con el riesgo suicida (2, 3).

Algunas personas creen que la felicidad es lograda al azar, otros piensan que es un arte y una ciencia que puede ser desarrollada mediante el esfuerzo voluntario (4). Pero, ¿qué es realmente la felicidad?, ¿qué significa ser feliz? La búsqueda de respuestas a estas preguntas ha sido una constante en la historia de la humanidad y en torno a ellas han girado los más importantes movimientos filosóficos y religiosos. Algunos de ellos incluso han planteado que la verdadera felicidad no puede ser alcanzada ni conocida en esta vida y sólo es posible experimentarla en el estado místico al que se accede tras la muerte física.

Lo cierto es que la mayoría de los autores que han tratado este tema coinciden en la dificultad que plantea hacer una definición de felicidad, al tratarse de un concepto impreciso y abstracto, caracterizado precisamente por la subjetividad (5), por lo que, en muchas ocasiones se sustituye por otros más objetivables, como el de bienestar o satisfacción de la vida, íntimamente relacionados con la salud del individuo y con su calidad de vida (6)

Por otra parte, si definir el concepto es difícil, las dificultades se acentúan cuando se intenta realizar la evaluación objetiva de cuál es el estado de felicidad de una persona. Aunque han sido desarrolladas diferentes escalas de medida de felicidad, todas ellas parten de una concepción personalista y son, en consecuencia, difícilmente generalizables, por lo que algunos autores han propuesto que la forma más realista de evaluar el sentimiento de felicidad de un individuo es, simplemente, pedirle que se sitúe dentro de una escala analógica (7), dejando que él mismo elabore su propia definición personal.

En las últimas décadas ha surgido también un considerable interés hacia el estudio del papel de la religión y la espiritualidad sobre la salud y el bienestar psicológico (8), especialmente en Estados Unidos, donde más del 60% de las personas consideran que la religión es muy importante en sus vidas. Se piensa que las creencias religiosas pueden proporcionar apoyo psicológico y físico en situaciones de sufrimiento o estrés y constituir un mecanismo de afrontamiento eficaz ante enfermedades importantes, como el cáncer (9).

Aunque con resultados poco concluyentes, las relaciones entre la religiosidad y la felicidad también han sido objeto de atención por parte de los investigadores, considerando que los sentimientos religiosos pueden actuar modulando la interacción social y la regulación de las emociones, influyendo en el bienestar subjetivo.

Según Ellison (10) los individuos que manifiestan firmes creencias religiosas muestran altos niveles de satisfacción vital, mayor felicidad personal y menos secuelas psicológicas negativas tras los acontecimientos traumáticos de la vida. Maselko y Kubzansky (11), por su parte, relacionan la actividad religiosa regular con mejor salud y bienestar.

El objetivo general de este trabajo fue estudiar, en una muestra de estudiantes de enfermería, la relación que existe entre el grado de religiosidad, felicidad y salud percibidas. De forma específica, se pretende contrastar la hipótesis de que las medidas de bienestar y felicidad son un buen indicador para estimar la salud mental de los individuos.

MÉTODO

Sujetos. Se utilizó una muestra incidental de 130 estudiantes de enfermería, 107 mujeres y 23 hombres, de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat de Sant Cugat del Vallès, Barcelona, con una edad media de 22,36 (DT = 3, 46) y un rango de 18 a 41 años.

Instrumentos. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo autoadministrado que contenía, además de los datos sobre sexo y edad, las siguientes medidas:

- Cuestionario con cuatro ítems donde se pide al alumno que valore entre cero y diez su grado actual de religiosidad, felicidad, salud física y salud mental.
- Forma española de la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Kuwait University Anxiety Scale = KUAS). La KUAS es una escala desarrollada para evaluar la ansiedad rasgo, que consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, de raramente a siempre, que puntúan todos ellos en la misma dirección, de 1 a 4, de manera que el rango de posibles puntuaciones totales es de 20 a 80, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad. La escala fue construida originalmente en árabe, demostrando buenas propiedades psicométricas. Existen formas validadas paralelas en inglés y en español (12)
- Forma española de la Escala Árabe de Obsesión-Compulsión (Arabic Obsessive Compulsive Scale = AOCS). La AOCS es un instrumento desarrollado para evaluar la sintomatología obsesivo-compulsiva. Consta de 32 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso, que puntúan cero ó uno, presentando un rango de posibles puntuaciones totales entre 0 y 32. La escala, construida originalmente en árabe, ha sido adaptada al inglés y al español (13), con buenos resultados

Procedimiento. El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal correlacional. Los estudiantes respondieron al cuestionario de forma colectiva, en sus propias aulas de clase. Previamente se les advirtió que la participación era voluntaria y se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos.

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows, calculándose medias, desviaciones típicas y coeficientes de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Los resultados indican, en primer lugar, que los estudiantes manifiestan un bajo nivel medio de religiosidad (3,66), mientras que en felicidad, salud física y salud mental se atribuyen puntuaciones considerablemente altas (entre 7,33 y 9,91). En la matriz de correlaciones destaca la correlación negativa de la religiosidad con la felicidad ($r = -0,10$; ns), la salud mental ($r = -0,25$; $p < 0,05$) y la salud física ($r = -0,01$, ns). La felicidad presenta una correlación positiva moderadamente alta con la salud mental ($r = 0,46$; $p < 0,01$) y bastante más baja con la salud física ($r = 0,19$; $p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ponen en evidencia, en primer lugar, el bajo nivel de religiosidad existente en los jóvenes españoles, en contraste con gran parte de los estudios realizados en el ámbito anglosajón, donde el sentimiento religioso se manifiesta mucho más importante y más relacionado con el sentimiento de bienestar personal. Lo cierto es que, al contrario de lo que ha sucedido en gran parte del mundo, donde se asiste a un aumento importante de la ortodoxia religiosa de distinto signo, los sentimientos religiosos han evolucionado en España de manera muy diferente, produciéndose en las últimas décadas un notable aumento del laicismo y secularismo y muchas personas, especialmente los jóvenes, han abandonado las creencias y prácticas religiosas (3).

En este sentido, resulta paradójico el hecho de que la religiosidad percibida correlacione de forma negativa con la felicidad, con la salud física y con la salud mental, en este caso de forma significativa, mientras que presenta una correlación positiva con las dos medidas de neurotismo, significativa en el caso de la obsesión-compulsión. Puesto que la medida de obsesión-compulsión presenta correlaciones positivas y significativas, tanto con la felicidad como con la salud mental, podría especularse con la idea de que la religiosidad percibida de los estudiantes estaría relacionada con cierto grado de malestar subjetivo de naturaleza fundamentalmente anancástica.

Como se esperaba, la felicidad correlaciona negativamente con las medidas de neurotismo y de forma positiva con la salud mental y la salud física. No obstante, mientras la correlación con la salud mental puede considerarse moderadamente alta ($r = 0,46$), en el caso de la salud física, apenas alcanza significación ($r = 0,19$). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Bray Y Gunnell (14), y apoyan su hipótesis acerca de la utilización de medidas de bienestar y felicidad percibidas como indicadores fiables para evaluar el grado de salud mental de la población.

Es evidente que los resultados de este trabajo son difícilmente extrapolables a otros colectivos y serían necesarios estudios en sujetos con características distintas a las de la muestra utilizada, principalmente en cuanto a la edad y el estatus de salud. Sin embargo, desde la perspectiva de la planificación de los cuidados de enfermería, las relaciones que se han encontrado entre las variables estudiadas, pueden aportar argumentos que faciliten la apreciación del estado de salud mental de los pacientes y la estimación de sus necesidades en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ. Happiness as related to gender and health in early adolescents. *Clin Nurs Res*. 2005; 14(2): 175-90.
2. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med*. 2002;55(11):1891-904.
3. 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(6): 328-333.
4. Yampey N. En torno al concepto de felicidad. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1980; 26(4): 308-17.
5. García Ferruelo M. La salud como aproximación a la felicidad. *Índice: Revista de Estadística y Sociedad*. 2006; 14: 9-11.
6. Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *J Med Philos*. 1997; 22(1): 11-28.
7. Abdel-Khalek AM. Happiness among Kuwaiti college students. *Journal of Happiness Studies*. 2004; 5(1): 93-97.
8. Tomás-Sábado J, Limonero JT. Religiousness and death anxiety. In: Ambrose SD, editor. *Religion and Psychology: New Research*. New York: Nova Science Publishers; 2006. p. 105-120.
9. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*. 2005; 14: 450-63.
10. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav*. 1991; 32(1): 80-99.
11. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Soc Sci Med*. 2006; 62(11): 2848-60.
12. Abdel-Khalek AM, Tomás Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric parameters of the Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (S-KUAS). *Eur J Psychol Assess*. 2004; 20(4): 349-57.
13. Gómez-Benito J, Tomás-Sábado J, Guilera G, Abdel-Khalek AM. The Spanish form of the Arabic Obsessive Compulsive Scale (AOCS). Manuscrito no publicado.
14. Bray I, Gunnell D. Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(

AUTOR/ES:

Virtudes Niño Martín, Sofía Lerma Merino, M^a José Aragón Cabeza, M^a Soledad Montero Alonso

TÍTULO:

Estudio de la situación de la formación práctica en los estudios de Enfermería y propuestas de mejora en la Comunidad de Castilla y

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCION - JUSTIFICACION**

Entendemos la formación práctica en los estudios de enfermería como una herramienta pedagógica pensada y utilizada para que los estudiantes aprendan a cuidar a través de la práctica de los cuidados, bajo la supervisión de profesionales, y en un contexto laboral- asistencial real, para que este aprendizaje práctico se convierta en una experiencia que les conduzca a ser profesionales competentes. Por esto y considerando que tenemos, en un futuro cercano, oportunidades que pueden contribuir a la mejora de la calidad de la formación práctica asistencial de los estudios de Enfermería entre las que se encuentran : el desarrollo de la carrera profesional en la CCAA de Castilla y León y la adaptación de los estudios de Enfermería al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, hemos querido aprovechar para contribuir a la mejora, de esta formación, con este trabajo

Con la formación práctica, se pretende que el estudiante:

-Interrelacione e integre los conocimientos teóricos con la práctica asistencial para poder resolver los conflictos y problemas de su profesión.

-Reflexione sobre la acción

-Adquiera habilidades y competencias propias de enfermería en diferentes ámbitos profesionales.

Como afirma Kane (1992) “ un profesional competente es quien utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y juicio asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio”. Esta afirmación coincide con la definición sobre competencia profesional que se incluye en el capítulo III , artículo 42 de la Ley de Cohesión y Calidad (2003).

Debemos asegurar que el estudiante se desenvuelva en distintos entornos asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Atención socio-sanitaria..) que le permitan conseguir una capacitación integral; posibilitándole que aplique los conocimientos adquiridos a las situaciones específicas de los diferentes entornos laborales. Como afirma el enfermero y pedagogo D.Jose Luis Medina “ A cuidar se aprende cuidando” (Medina, 1998), esta frase expresa de forma concisa, que los estudios de Enfermería son una disciplina que además de tener áreas de conocimientos teóricos, se requiere el aprendizaje de habilidades y actitudes en la práctica.

Sin embargo en los entornos sanitarios concretos, esta formación práctica asistencial puede originar perturbaciones o conflictos si no se realiza una buena planificación e implicación de la organización y los profesionales asistenciales y docentes que han de participar.

Por ello, en el Plan de Formación de la Gerencia Regional de salud de Castilla y León, se contempla una línea estratégica que hace referencia a la “garantía de continuidad de la formación” y junto con el acuerdo entre la Administración y las organizaciones sindicales representativas para la puesta en marcha de la carrera profesional en nuestra Comunidad Autónoma se pretende potenciar la participación e implicación de los profesionales en esta docencia

También nos encontramos en un momento de cambios importantes en la remodelación de las enseñanzas universitarias como consecuencia del desarrollo de los acuerdos de Bolonia y donde destaca el nuevo enfoque en el alcance del aprendizaje.

Como hemos mencionado, ante el escenario descrito, nos pareció interesante revisar diferente documentación referida a la formación sobre práctica clínica en enfermería para identificar sus puntos fuertes y débiles y comprobar los puntos de confluencia con los identificados en nuestra CCAA a través de encuestas a alumnos y opiniones de informadores clave de Castilla y León , y así plantear diferentes estrategias que favorezcan la mejora de la calidad en la formación práctica asistencial de los estudios de Enfermería .

.-

1.-OBJETIVOS:

- Detectar los puntos fuertes y débiles relacionados con la formación práctica de los estudiantes de las Escuelas de Enfermería.
- Identificar los puntos de confluencia entre la situación general y la de Castilla y León.
- Proponer estrategias de mejora en la formación práctica de los estudiantes de Enfermería de Castilla y León

2.- METODOS:

Planificamos el trabajo utilizando una metodología cualitativa – descriptiva . Empleando dos estrategias metodológicas para la consecución de los objetivos fijados en el estudio. Por un lado revisión de documentación relacionada con la formación práctica asistencial en los estudios de enfermería y por el otro el análisis de las opiniones de alumnos e informadores clave de nuestra CCAA:

Se realizó una clasificación de los Items más frecuentes y destacados en la documentación como puntos fuertes y débiles en esta formación (por alumnos y profesionales) para encontrar los porcentajes medios de opinión en los diferentes artículos y después hacer una comparativa con los items identificados por nuestros alumnos e informadores clave.

a) El análisis de documentación . Se obtuvo utilizando diversas fuentes:

Revisión bibliográfica de artículos relacionados con la formación práctica en los estudios de Enfermería a través de la búsqueda en diferentes bases de datos(Medline, Web of Science, ISI Proceedings, Pub Med, Cuiden). Se incluyeron entre la documentación consultada,-- Estudios de los planes de mejora sobre la Titulación Enfermera, recogidos en los informes de evaluación de diferentes Escuelas Universitarias Españolas(Granada, Huelva, Valladolid...).

Esta revisión se llevó a cabo en el primer trimestre del año en curso.

Se desestimaron 3 artículos por no encontrar en ellos referencia a los items de clasificación.

b) Estudio de las Valoraciones realizadas por alumnos de Escuelas Universitarias de nuestra CCAA sobre la formación práctica, por diferentes vías, realizada en el segundo cuatrimestre académico del 2006.

c) Grupo de informadores clave de la Comunidad de Castilla y León:

Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada, Direcciones de Escuelas Universitarias y algún Responsable de formación y calidad de diferentes hospitales de nuestra CCAA. Donde a través de dos jornadas de trabajo en abril y mayo del 2006, se debatieron , primero en grupos homogéneos, los puntos fuertes y débiles de la formación en nuestra Comunidad Autónoma para después, ponerlos en común , priorizar los puntos de confluencia de los tres grupos y plantear propuestas de mejora.

3.- RESULTADOS:

Entre los puntos débiles encontrados en la documentación sobre la formación practica observamos:

DE LOS PROFESIONALES:

-Poca motivación hacia la docencia (46,92%) debido a :

-Falta de incentivo económico (68%),-Falta de reconocimiento en currículum(84%)

-Desconocimiento de los objetivos de formación (49,5%),-Sobrecarga de trabajo que le produce la presencia del alumno (73%),-Escasa preparación que posee para ejercer esta docencia (22%)

-Distanciamiento entre la teoría impartida y la realidad asistencial (88,8%),-Insuficiente información recibida por parte de los responsables de organizar esta formación (87,2%),-No tener ocasión para expresar su opinión sobre el desarrollo de esta formación (77,2%),-Falta de interés /motivación por el aprendizaje por parte del alumno(4%) -Casi el 50% manifiesta no poder realizar docencia en las actuales condiciones de trabajo que tiene.

DE LOS ALUMNOS:Desconexión entre teoría y práctica (78%),-Evaluación basada en criterios bastante subjetivos (69%),-No tener cerca al responsable de las prácticas (32%)

Entre los puntos fuertes encontrados en la documentación encontrada observamos:

DE LOS PROFESIONALES:-Cualificación para la asistencia de los profesionales (83%),--Contar con profesores asociados clínicos/ responsables de prácticas (41%),-Disponer de documentación de soporte como apoyo a la docencia (87%),-Reconocimiento de la labor docente en carrera profesional (92,1%),--Adaptación de los planes de estudios (78%)

DE LOS ALUMNOS:-Buena adaptación a los diferentes entornos clínicos,(87%) -Conocimiento del trabajo en equipo a través de la interrelación con los profesionales implicados(78%),-Aplicación práctica de los conocimientos teóricos(69%).-Establecer una relación terapéutica con el paciente(93.2%)

Entre los puntos de confluencia sobre la situación general y la de Castilla y León, destacamos:
-Como p. débiles: Falta de coordinación entre profesionales docentes y asistenciales; falta de reconocimiento de la labor docente; desconexión entre teoría y práctica; falta de interés/ motivación del alumno por el aprendizaje, no objetividad en la evaluación de las prácticas, sentimiento de no tutorización.

-Como Puntos fuertes/Oportunidades: Implantación de la carrera profesional y reconocimiento a la labor docente; existencia de profesores asociados clínicos / responsables de prácticas; convergencia al EEES (actualización planes de estudio)

4.- DISCUSION/ESTRATEGIAS DE MEJORA:

Se proponen estrategias de mejora en relación a:

--Fomentar el protagonismo del alumno en su aprendizaje práctico:-Introducir metodologías docentes basadas en el aprendizaje experiencial y autoevaluación continuada (pensamiento crítico) . Nos parece fundamental contar con un tutor de referencia y guías de aprendizaje (guía del alumno).

--Motivar/ implicar a los profesionales hacia la docencia

Reconocimiento a su labor docente tanto en carrera profesional como por parte de la Universidad; profesionalización del tutor; tutorización personalizada; definición consensuada de los objetivos a alcanzar en cada unidad y contar con documentación de apoyo para la labor docente : guía del tutor. Aumentar el porcentaje relativo de la nota práctica en la nota final de cada una de las materias relacionadas con las prácticas clínicas

--Potenciar la coordinación entre profesionales docentes y asistenciales

Definir conjuntamente objetivos docentes, metodología a emplear, que apoye para su consecución, y documentos de seguimiento y evaluación de las prácticas entre los profesionales que participan en esta formación (docentes y asistenciales) ; establecer los canales de comunicación adecuados entre las dos instituciones (comisiones de seguimiento); establecer cronogramas de reuniones entre los profesionales implicados ; participar en actividades formativas y de investigación conjuntas

-

BIBLIOGRAFÍA:

Bibliografía

- Kane MT. The Assessment of Professional Competence. Education and the Health Professions 1992 ; 15: 163-182
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 16/2003, de 28 de mayo. BOE, num.128/2003 (pag.20567), 29 de mayo 2003 .
- Medina Moya JL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Revista de Enfermería. Albacete. 2002; nº 15
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, 44/2003, de 21 de noviembre. BOE, num. 280/2003 (pag. 41442), 22 de noviembre 2003
- Plan de Formación de la Gerencia Regional de salud de C y L. 2003/2005
- Acuerdo entre la Administración y Organizaciones sindicales sobre la puesta en marcha de la Carrera Profesional. Junta de Castilla y León 2006.
- Acuerdo de Bolonia: Espacio Europeo de la Enseñanza Superior. Declaración conjunta de los ministros europeos de educación reunidos en Bolonia el 19 de junio de 1999.
- García Vallejo R. Los alumnos realizan prácticas de Enfermería Comunitaria ¿Cómo evaluarlas?. Rev. ROL Enf. 2003;26(3):237-240.
- Malvarez, S.Contexto de la práctica centrada en los cuidados. Multideterminación, crisis y complejidad. (monografía en Internet) Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/1/01e03.html>
- Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. (U. de Deusto. U. de Groningen) 2003
- Universidad de Salamanca. Plan de Mejoras de la Titulación de Diplomatura en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca. 2005
- Universidad de Murcia. Plan de Mejoras de la Titulación de Diplomatura en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Murcia. 2004
- II Plan de Calidad de las Universidades. Informe final de la Diplomatura en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante. 2003
- Universidad de Valladolid. Evaluación de la Titulación. Informe final: Plan de Mejoras. Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid.2004

...

AUTOR/ES:

Marta Durán Escribano. Departamento de Enfermería. Universidad de Alcalá (Madrid).
M^a Teresa Miralles Sangro. Dpto. de Enfermería. Universidad de Alcalá (Madrid)

TÍTULO:

La participación del estudiante en la evaluación de su proceso de aprendizaje

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción.

La evaluación es considerada parte integrada en todo el proceso de aprendizaje y en ello consideramos que el protagonista principal ha de ser el propio estudiante quien pasará a ser agente activo en la construcción de su propio proceso de evaluación. Esta primera parte del estudio que hoy presentamos, pretende evaluar el aprendizaje teórico, en donde proponemos a nuestros alumnos que ellos mismos redacten las preguntas del examen escrito. Para completar este proceso, se pasa un cuestionario a los estudiantes en donde reflejan su percepción sobre los contenidos de la materia y los métodos de evaluación propuestos. Se pretende con ello conocer las bondades y/o dificultades del método propuesto, sirviendo de referencia y de medida para la continuidad del proyecto.

El estudio se realiza en los últimos cuatro años desde la implantación del proyecto y se comparan resultados con años anteriores. Con ello se analizan las diferencias y similitudes en los resultados obtenidos que nos habrán de servir para apoyar o detraer los cambios metodológicos incorporados.

Objetivos del estudio.

- Analizar el tipo de preguntas que realizan los estudiantes y los temas seleccionados.
- Comparar las calificaciones obtenidas por los estudiantes antes y después de incorporar el cambio de modelo en la evaluación de la asignatura.
- Estudiar la percepción del estudiante sobre los métodos aplicados en su propia evaluación.

Hipótesis.

- La redacción de preguntas por parte del estudiante estimula su forma particular de aprender y desarrolla destrezas de estudio fomentando la consulta de bibliografía.
- La selección de preguntas determinadas por los estudiantes permite al profesor profundizar en aquellos temas que suscitan mayor interés o grado de dificultad.

Método.

- 1.- Tipo de estudio. Estudio longitudinal univariado que analiza y describe la participación del estudiante en la evaluación de su aprendizaje.
- 2.- Sujetos: Estudiantes de tercer curso de enfermería. Asignatura de Administración de Servicios de Enfermería
- 3.- Temporalidad: Desde el curso 2001-2002 al 2005-2006.
- 4.- Instrumentos:
 - a) Registro abierto para el diseño de preguntas de examen.
 - b) Cuestionario de elaboración propia, sobre la percepción del estudiante en su proceso de aprendizaje.

Procedimiento.

- 1.- Se imparten los conocimientos teóricos con la realización de trabajos escritos a partir de búsqueda de bibliografía.
- 2.- Desarrollamos un Taller de Elaboración de Preguntas que concluye en el diseño de las preguntas de examen, profundizando en los temas de mayor interés y/o grado de dificultad.
- 3.- Se diseña la relación de preguntas en un documento que se entrega a los estudiantes.

4.- El estudiante valora mediante cuestionario anónimo diferentes aspectos de su proceso de aprendizaje, entre otras, su participación en el proceso de evaluación.

Análisis de sesgos.

Se resalta la limitación que presenta aportar de forma unilateral las evaluaciones realizadas a través del cuestionario y de las calificaciones. Deberían ser estudiadas las variables que determinan el contexto en el que se ha dado el antes y el después, incorporando aspectos culturales que influyen en el estudiante y aspectos internos derivados de la propia universidad y escuela. Destacar que el profesorado de la asignatura es el mismo en el antes y ahora y el temario y contenidos de la materia no han sido modificados, lo que nos permite cierta confianza a la hora de interpretar los resultados.

Resultados.

1.- Tipo de preguntas y temas seleccionados por los estudiantes.

Las preguntas descritas, abarcan la totalidad del temario impartido en clase.
 El contenido de las cuestiones hacen referencia en su mayoría a los aspectos más técnicos u operativos del temario, frente a un desarrollo conceptual. En la redacción de las preguntas esto se invierte, predominando verbos que inducen al estudiante a desarrollar temas abiertos, como son, desarrolle / describa / relacione / analice / o, comente... que aparecen con una frecuencia muy superior a aquellos otros verbos que indican una respuesta estricta, como son; enumere / cite / o enuncie.

2.- Comparación de resultados entre las calificaciones finales de estudiantes antes y después del inicio del proyecto.

Durante los años estudiados en la implantación del proyecto, el total de alumnos que superan la materia han aumentado y por la misma causa han disminuido los estudiantes suspensos. La media del porcentaje de suspensos en años anteriores es del 25,22% y la media en los años de implantación del proyecto refleja un 13,75% de suspensos. En el mismo orden, los estudiantes que superan la materia en años anteriores es un 74,83% y durante la implantación del proyecto superan la materia 86,25%

El porcentaje de estudiantes "No Presentados" a examen, disminuye en relación con los datos de años anteriores. En años anteriores un 11,70% eran No Presentados a examen y la media del porcentaje de los años estudiados es de 6,11%, lo que significa una disminución del 52,22%

Las calificaciones más elevadas, como son; Matrículas de Honor / Sobresalientes / y Notables han aumentado significativamente, lo cual puede interpretarse como una mejora de calidad en el estudio y aprendizaje del estudiante que transcende en una mayor calidad de las respuestas.

o Matrículas de Honor. Años anteriores 0,90%. / Años del proyecto 2,75%

o Sobresalientes. Años anteriores, 1.80%. / Años del proyecto 2,2%

o Notables. Años anteriores 22,52%. / Años del proyecto 31,47%.

3.- Valoración de la percepción del estudiante sobre su proceso de aprendizaje en la asignatura. Destacamos los siguientes resultados, que se presentan por orden de mayor a menor puntuación;

La pregunta (2) que se refiere al interés del estudiante por la redacción de las preguntas según su propio modelo de aprendizaje personal. Adquiere una media de más de 8, con la desviación típica baja, lo que indica reafirmación positiva hacia la experiencia.

Las preguntas (7, 5 y 1) que hacen referencia a la aportación de nuevos conceptos aprendidos en la materia, como generadores de cultura profesional y social, siendo valorada por los estudiantes en medias que superan el 6 y 7, con la desviación típica algo más elevada, lo que indica una moderada dispersión de opinión del estudiante entendiéndolo en ello que la pregunta está muy relacionada con la diversidad de experiencias previas y parecer de cada estudiante.

Las preguntas (6, 8 y 4), que hacen referencia a los métodos y contenidos de la materia en relación con la aportación a la formación como futuro profesional. Responden con medias que oscilan entre el 6 y el 5, con una desviación típica algo superior, lo que nos está indicando que el estudiante vislumbra su futuro profesional ligado más al saber clínico que al debate de la administración sanitaria. En cuanto a los métodos de aprendizaje y evaluación, la tendencia es a incorporar sistemas de mejora que complementen los actuales.

* La pregunta (3) de menor calificación, hace referencia a aquellos conocimientos previos que el estudiante debería haber adquirido en años anteriores de su educación y que le habrían de permitir haberse introducido en esta materia. La respuesta no supera la media de 4, con una desviación típica que alcanza hasta el 3, lo que nos indica una mayor dispersión en la respuesta y la percepción del carácter de novedad en los conceptos tratados en esta materia. No obstante, existen materias en el plan de estudios que pudieran tener afinidad con los conceptos que se imparten en ésta, como son Fundamentos de Enfermería, Enfermería Comunitaria, Metodología del Cuidado y Relaciones Interprofesionales.

Discusión final.

1.- La participación del estudiante en el proceso de evaluación se constituye relevante en relación con su motivación de superar la materia. Se trata de que el estudiante represente a través de la pregunta sus posibles alternativas de respuesta, fomentando la capacidad crítica y creativa del estudiante.

2.- La selección de preguntas técnicas frente a las más conceptuales, nos indican el perfil del modelo de educación aún dominante en las aulas. La manera en la que redactan las preguntas, a través de verbos que indican desarrollo, sugiere la intencionalidad de poder expresarse abiertamente.

3.- Se debería fomentar la coordinación entre el profesorado de materias afines. La transmisión de conceptos ligados a materias concretas, frente a la transmisión de conceptos universales, genera en el estudiante la comprensión aislada del conocimiento.

4.- Nos aventuramos a predecir, que esta experiencia nos aproxima a los cambios metodológicos que se propugnan en el E.E.E.S., creando en el estudiante una clara conciencia de responsabilidad y participación en su propio proceso de aprendizaje.

5.- Si aceptamos, con diversos autores en metodología educativa, que los modos de aprender impregnan el modo de hacer en el futuro profesional, estaremos admitiendo un futuro para las enfermeras en el que puedan desarrollar creatividad en la generación de conocimiento y una cultura de autoevaluación, que les permita el desarrollo del pensamiento crítico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Morin Edgar. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona 2005. Gedisa.
- Morin Edgar. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona 2001. Paidós
- Escuela de Enfermería de la CAM. El Aprendizaje Basado en Problemas. Madrid, 2004. Agencia Laín Entralgo.
- García Llamas JL., cols. Introducción a la investigación en educación. Tomos I y II. Madrid 2001. UNED.

AUTOR/ES:

Isabel Guerra Cuesta , Agustín Mayo Iscar ,Victor Fradejas Sastre , Beatriz Diez Diez
isabelg@enf.uva.es

TÍTULO:

"El portafolios como sistema de enseñanza-aprendizaje en las prácticas clínicas de los alumnos de E.U.E. Univ. de Valladolid

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

La adaptación de los estudios universitarios al Espacio Europeo de Educación Superior está exigiendo de los docentes un estado de alerta, reconceptualización e indagación de nuevas y viejas herramientas ,a la luz de las demandas sociales de "aprender de otra manera", teniendo en cuenta las exigencias de los nuevos contextos de enseñanza aprendizaje con el ineludible protagonismo de los estudiantes .(1)

La formación practica de la asignatura de Enfermería Medico –Quirurgica de la E.U.E. de la Universidad de Valladolid ha sido objeto preocupación y de estudio por los profesores responsables de la misma a través de varias comunicaciones presentadas en los encuentros de Investen 2002 , 2004 y 2005 con el fin de conocer las dificultades, carencias y grado de satisfacción del aprendizaje desde el punto de vista de los alumnos así como los problemas en la planificación ,impartición y evaluación de las prácticas por parte de los profesores asociados sanitarios y en consecuencia establecer las mejoras necesarias para incrementar la calidad de la docencia (2) (3)

La foma de evaluar los aprendizajes prácticamente no ha sufrido cambios,a pesar de haberse modificado los propositos y las metodologias de enseñanza .

La evaluación como parte integrante del proceso didáctico ,debe aportar evidencias de avances y retrocesos ,dificultades y logros (4) .Buscando modalidades innovadoras para evaluar procesos y resultados educativos se propone e uso del portafolios en la asignatura de Enfermería Medico – Quirurgica durante curso académico 2005/06

El uso del portafolios para el aprendizaje y la evaluación se está convirtiendo en algo popular en nuestro país .El significado de la palabra portafolios se ha extendido ,comprendida como técnica de recopilación, compilación,colección y repertorio de evidencias y competencias propesionales que capacitan a una persona para el desarrollo profesional satisfactorio .(5)

El portafolio del alumno no es una tarea más, tiene un papel importante en la implicación de los estudiantes en su propio aprendizaje.(6) (7).

La carpeta o portafolio es el instrumento donde se recogen los trabajos y reflexiones de los alumnos relacionados con las habilidades, conocimientos y actitudes que se han propuesto en los objetivos del curso.

La evaluación por portafolios esta basada en dos requisitos fundamentales

A) Que los alumnos puedan demostrar que es lo que están entendiendo y aprendiendo a través de la organización de sus trabajos

B) Que el aprendizaje pueda ser evaluado a través de los trabajos.

Los profesores–tutores revisaran los portafolios y evaluaran al estudiante pero este participa en el proceso.

1-Objetivo:

Determinar desde el punto de vista de los profesores y alumnos la utilidad del portafolio como instrumento del aprendizaje y evaluación de las practicas clínicas

2.- Métodos

La herramienta utilizada para medir las características de interés fue un cuestionario de 14 preguntas divididas en tres áreas: Proceso de aprendizaje del alumno. Evaluación, Utilidad de la documentación aportada y carga de trabajo.

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.

El cuestionario ha sido cumplimentado por 17 profesores asociados vinculados a las prácticas clínicas de Enfermería Médico Quirúrgica y 73 los alumnos que cursaban 3º curso de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Valladolid.

Resumimos las respuestas obtenidas a cada pregunta con porcentajes.

3.- Resultados

Analizados los resultados en el área del proceso de aprendizaje del alumno. Los profesores consideran que ha servido para implicar al alumno en su propio aprendizaje en un 66,7%, mientras que los alumnos otorgan un 80%.

En relación con la utilidad de la documentación aportada en el portafolios, existe una coincidencia en las respuestas de ambos colectivos, considerando que los documentos aportados les han ayudado a mejorar las carencias de conocimientos (un 72%), habilidades (un 47%), actitud (un 63%) e investigación (un 72%).

Un 68% de ambos colectivos coinciden en que el portafolios refleja que es lo que están entendiendo y aprendiendo los estudiantes en las prácticas clínicas a través de sus trabajos, ayudando en el seguimiento de la evolución del alumno

En el área de evaluación ambos colectivos afirman (el 55%) que la objetividad de la evaluación ha mejorado con este sistema, estando de acuerdo en la nota final (el 84%) de los alumnos, (el 76%) de los profesores están de acuerdo con la autoevaluación reflejada por el alumno, y ambos colectivos un (50%) afirman que el portafolios ha sido de gran utilidad para consensuar la evaluación.

En el área de la utilidad de la documentación aportada en el portafolios el 67% de profesores y alumnos creen que puede ser útil como instrumento adaptación en su futuro profesional.

El tiempo medio estimado para la elaboración del portafolios por el alumno ha sido de 3 horas semanales y de evaluación por parte del profesor 2 horas semanales.

En el apartado de observaciones un 32% de los alumnos responden que los profesores deberían valorar más el trabajo aportado en el portafolios.

4.- Discusión

De acuerdo con estos resultados creemos que la utilización del portafolios estimula al alumno en su propio aprendizaje, es útil para integrar los conocimientos teóricos y prácticos, sirve para alcanzar una evaluación más objetiva conociendo el progreso y el proceso seguido en el aprendizaje y no sólo por parte del profesor sino también por parte de los estudiantes.

Muestra hasta donde ha llegado el estudiante y el camino que ha recorrido para llegar allí, enfatiza el juicio personal y el significado de las acciones, elimina el riesgo de valoraciones basadas en datos simples, tiene a la vez que una función evaluativa, un gran valor educativo en si misma, ayuda a asumir responsabilidades y a relacionar las experiencias educativas con las competencias personales.

Permite que el alumno tenga una prueba patente de sus logros

Sirve para rendir cuentas ante los responsables de la asignatura, Departamento

Creemos que este método exige una mayor dedicación en ambos colectivos, pero que ante el nuevo escenario de Espacio Europeo de Educación Superior, puede ser un eficaz sistema de enseñanza-aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- M^oJesús Agra ,Adriana Gewerc,Lourdes Montero,El portafolios como herramienta de análisis en experiencias de formación on line y presenciales, Universidad de Santiago de Compostela 1-2
- 2-Guerra Cuesta I, Mateo Herrero M.L.Mayo Iscar A . Análisis de la prácticas clínicas en la titulación de Enfermería un :camino hacia la calidad, Libro de ponencias VIII Encuentro de investigación de Enfermería 2004 -ISBN :84-688-8934-2 .158-160
- 3-Guerra Cuesta I, o M.L.Mayo Iscar A , Diez Diez Beatriz.
Pérez Vidal Sonia , Poza Tamara Narganes. Un camino hacia la autoevaluación de las prácticas clínicas . Libro de ponencias IX Encuentro de investigación de Enfermería 2005 -ISBN: 84-689-4947-7 . 55-57
- 4- Marta Bulwik, La evaluación de los aprendizajes y el portafolios,Rev. Chilena Educación Científica 1-2003 ,ISSN 0717-9618 · 3-4
- 5- Raquel Barragan Sanchez ,El Portafolios, metodología de evaluación y aprendizaje de cara al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior. “Una experiencia práctica en la Universidad de Sevilla ” Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Sevilla
- 6- Pozo Llorente, M.T y Herrera Menchen, M: Guía Metodológica y Evaluativa. Portafolios para el alumnado del curso de Maestría Universitaria en Educación Social y Animación Sociocultural.- Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: 1998.- ISBN: 84-688-4013-0.
- 7- Herrera Menchen, M y Pozo Llorente, T: Guía Metodológica y Evaluativa. Portafolios para el alumnado del curso de Especialista Universitario en Educación Social y Animación Sociocultural.- Universidad Pablo de Olavide. Sevilla: 1998.- ISBN: 84-4014-

AUTOR/ES:

Antonia Alfaro Espín, Carmen Ortega Martínez, Francisco García Alcaraz, Victoria Delicado Useros, Cristina Leal Montoya, Eulalia Ortega Martínez

TÍTULO:

Nuevas metodologías: Aprendizaje cooperativo con estudiantes de Enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

El proceso de convergencia Europea en el ámbito universitario supone, no solo un cambio en la estructura de las titulaciones universitarias sino también un cambio en la metodología didáctica, cuya idea central es el aprendizaje centrado en el alumno. Esto conlleva introducir nuevas estrategias de aprendizaje y de evaluación.

Una de las principales dificultades para mejorar la motivación por aprender radica en los modos de evaluación tradicionales utilizados por los profesores, normalmente exámenes centrados en la valoración del conocimiento teórico. La consecuencia de estas prácticas suele ser que el alumno estudia para aprobar y no para aprender, lo que dificulta la adquisición de competencias y el desarrollo de una actitud reflexiva que potencie el aprendizaje autónomo. Para dar respuesta a esta situación existen diferentes estrategias, entre las cuales se encuentra el aprendizaje cooperativo. El aprendizaje cooperativo es un término genérico usado para referirse a un grupo de procedimientos de enseñanza que parten de la organización de la clase en pequeños grupos formales, informales y de base, mixtos y heterogéneos donde los alumnos trabajan conjuntamente de forma coordinada entre sí para resolver tareas académicas y profundizar en su propio aprendizaje.

Dos autores de referencia, los hermanos David y Roger Jonhson, lo han definido como aquella situación de aprendizaje en las que los objetivos de los participantes se hallan estrechamente vinculados, de tal manera que cada uno de ellos "sólo puede alcanzar sus objetivos si y sólo si los demás consiguen alcanzar los suyos". Las características que definen esta estrategia de aprendizaje son: interacción cara a cara, interdependencia positiva, técnicas interpersonales y de trabajo en equipo, responsabilidad individual y evaluación grupal e individual.

Todas estas características contribuyen a intensificar la formación por competencias, objetivo fundamental propiciado por el Espacio Europeo de Educación Superior, por ello y por las características de la Enfermería hemos elegido este modelo para introducir innovaciones en el aula. Fruto de ello presentamos esta experiencia de aprendizaje cooperativo en Enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL: Evaluar la implementación de una experiencia de aprendizaje cooperativo

ESPECÍFICOS:

- Determinar el grado de satisfacción de los estudiantes con la nueva metodología
- Valorar el grado de implicación del alumnado en el aprendizaje autónomo
- Identificar dificultades y beneficios del modelo

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal

Sujetos: Alumnos de 3º curso de Enfermería matriculados en la asignatura "Atención de Enfermería en Situaciones Críticas Materno-Infantiles" de la EUE de Albacete, UCLM. Participan 66 alumnos (91,6%) de los 72 matriculados.

Variables de estudio: grado de satisfacción del alumnado con respecto al método (medido por escala Likert), tiempo de dedicación de los alumnos a la asignatura, participación del alumnado en las actividades programadas, dificultades en el desarrollo de la metodología.

Fuentes de información: Cuestionario de elaboración propia (preguntas cerradas y abiertas), planillas de observación de grupos y entrevistas estructuradas.

Análisis de la información: Estadística descriptiva univariante: para variables cuantitativas se han .

utilizado medidas de tendencia central y de dispersión, y para variables cualitativas frecuencias relativas y absolutas de las distintas variables.

Para el análisis bivalente se han comparado variables mediante los estadísticos correspondientes según la naturaleza de las mismas

Para los aspectos cualitativos se realiza un análisis del contenido de las entrevistas estructuradas, estableciendo categorías de aspectos positivos y negativos.

RESULTADOS

El 60,7% del alumnado manifiesta estar de acuerdo con la metodología utilizada, considerando 3 de cada 4 alumnos que este método ha fomentado su aprendizaje autónomo; sin embargo el 64,3% hubiese preferido el método tradicional de clases magistrales. La valoración global de la metodología utilizada ha sido de 7,1 en una escala de 0 a 10. Dos de cada tres alumnos encuestados han considerado útil el material utilizado.

La realización del trabajo incluía las siguientes actividades: reunión de grupo, búsqueda bibliográfica, ordenar los datos, elaboración de los contenidos y preparar la presentación. De todas ellas la reunión del grupo ha resultado ser la actividad más complicada (67,9%) y la menos problemática la búsqueda bibliográfica (5,5%). Un 48,2% considera que la colaboración en el trabajo le ha parecido desigual entre los miembros, y uno de cada tres alumnos manifiesta haber tenido algún problema en el grupo. Consideramos que estos hechos junto con la costumbre de recibir la formación con un modelo tradicional hacen que un porcentaje elevado (64,3%) hubiese preferido el método tradicional.

Aproximadamente el 70% de los alumnos manifiesta estar satisfechos con lo aprendido en esta asignatura y, de la misma forma, un 60,7% considera que han cubierto las expectativas que tenían cuando se matricularon de la asignatura.

La dedicación a la elaboración global del trabajo arroja resultados dispares entre el alumnado, con una media de 14 horas y una DE de 10 horas. Siendo la elaboración de los contenidos el apartado que más tiempo ha consumido (4,05 horas) con una DE de 4,33 horas.

Entre los temas trabajados han despertado más interés “El maltrato infantil” y “Delitos contra la libertad sexual” con una puntuación 8,5, en una escala de 0 a 10.

Mediante las entrevistas estructuradas valoramos las dificultades que encontraban los alumnos, entre las que destacamos, como factores intrínsecos: la dificultad para reunir al grupo, la existencia de personas dominantes en el grupo que limitan la expresión y el trabajo del resto de miembros, dificultad para llegar a acuerdos, falta de compromiso en el cumplimiento de tareas individuales. Por otra parte se detecta una dificultad externa al grupo, propia de la organización docente del currículo, como es la coincidencia de prácticas asistenciales a lo largo del desarrollo de los trabajos.

También caben destacar dificultades metodológicas encontradas por la profesora fundamentalmente la ratio alumno/profesor que es muy elevada lo que dificulta la observación exhaustiva del trabajo individual del alumnado.

DISCUSIÓN: A partir de los resultados obtenidos podemos afirmar que el aprendizaje cooperativo permite a los estudiantes actuar sobre su propio proceso de aprendizaje. Facilita la implicación de todos los estudiantes, en contraposición con otras técnicas que, a menudo, no consiguen más que la participación de un nº reducido de alumnos, que acaban dominando la sesión, a pesar de que se detectan, en los resultados, dificultades sociales en el trabajo en grupo. Fomenta el trabajo en equipo, desde el momento que debe existir interdependencia positiva, lo que supone que el grupo no puede tener éxito si falla alguno de sus miembros. Si bien se han dado desigualdades en la implicación de los distintos miembros del grupo, lo que pensamos es debido a la falta de hábito que se tiene de estas estrategias de trabajo. Paradójicamente un alto porcentaje de estudiantes, aunque está de acuerdo con la metodología, hubiera preferido un método tradicional, ligado al hábito o costumbre

Finalmente este método fomenta la capacidad para el razonamiento crítico ya que han de enfrentarse a un problema de forma autónoma independizándose del profesor para adquirir la información, así mismo los miembros del grupo utilizan un tiempo para la reflexión entre ellos, lo que hace que tengan que adoptar una perspectiva crítica sobre su proceso de aprendizaje.

Por todo ello pensamos que tiene claras implicaciones para la práctica clínica ya que facilita la capacidad de relación interpersonal, la habilidad para escribir con claridad, desarrolla la capacidad de liderazgo, enseña a trabajar en equipo y fomenta la consecución de objetivos comunes, preocupándose más por los demás y apartándose de actitudes individualistas y egocéntricas.

BIBLIOGRAFÍA:

Arnaiz P. La tutoría, organización y tareas. Barcelona: Grao, 1998

Del Rincón B. Tutoría Universitaria y Convergencia Europea. Murcia: ICE Universidad de Murcia: 2005.

Glasner A, Brown S. Evaluar en la Universidad. Problemas y nuevos enfoques. Madrid: Narcea, S.A; 2003.

Klenowski V. Desarrollo del portafolios para el aprendizaje y la evaluación. Procesos y principios. Madrid: Narcea, S.A; 2005

Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Alertes, 1999

Michavila F, García J. La Tutoría y los nuevos modos de aprendizaje en la Universidad. Madrid: Cátedra UNESCO/ Comunidad de Madrid, 2003.

Mora J A. Acción tutorial y orientación educativa. Madrid: Narcea, 1998.

Nieto JM. Estrategias para mejorar la práctica docente. Madrid: CCS; 2004

AUTHOR/S:

Dean, S. C.; Oakeshott, P.; Kerry, S. M.; Cappuccio, F. P.

TITLE:

Potential barriers to adequate blood pressure control in poorly controlled hypertensive patients in primary care

TEXT:

Background: Most people with high blood pressure (BP) are managed in primary care, but until recently control was inadequate.

Objectives: To examine potential barriers to adequate blood pressure (BP) control in patients with poorly controlled hypertension.

Methods:

Setting: Computerised inner city general practice

Design: Cross-sectional study

Participants: 155 hypertensive patients aged 50-80 with last recorded BP \Rightarrow 150/90 mm Hg (or \Rightarrow 140/85 mm Hg if diabetic).

Data collection: Patients were invited to attend a nurse-led clinic where BP and BMI were measured according to a standardised protocol. Patients were asked to complete a semi-structured questionnaire including lifestyle, compliance with treatment and knowledge about hypertension.

Statistical analysis: Chi-square tests were used to compare characteristics of attenders vs. non-attenders, and those with adequate vs. inadequate BP control. Chi-square for trend was used for ordered categories and t-tests to compare mean BP.

Findings: 110 patients (71%) mean age 65 years attended the nurse-led clinic of whom 27% were of African origin. Of those who attended 52 (47%) had adequately controlled BP when measured according to protocol. The remaining 58 (53%) had inadequately controlled BP despite similar frequency of review, compliance with treatment and lifestyle. However they were more likely to be diabetic (26/58 vs. 7/52, $p < 0.001$) and on \Rightarrow 3 antihypertensive drugs (20/58 vs. 7/52, $p = 0.01$). While 94% of patients said they complied with their treatment regime on at least 6 days/week, only 9% knew their target BP and only 39% that treatment aims to prevent stroke or heart attack.

Conclusions: About half of apparently uncontrolled hypertensive patients had BP below target when measured according to standard methods. In the remainder with inadequately controlled BP there was no difference in rate of review or compliance with treatment, although they were more likely to be diabetic. Patient knowledge of target BP was poor.

Implications for clinical practice: Primary care nurses are increasingly involved in hypertension management and cardiovascular disease prevention. In line with other studies, our findings suggest that accurate measurement of BP and adherence to evidence based treatment guidelines could lead to improved BP control for hypertensive patients. The provision of tailored education could empower the patient and help them to achieve better BP control.

AUTOR/ES:

M^a Marta González Sánchez

TÍTULO:

VALORES DE LAS MUJERES MAYORES EN DOS CONTEXTOS URBANOS

TEXTO DEL TRABAJO:

Justificación: A lo largo de mi trabajo como enfermera siempre me he preguntado ¿cómo son las personas para las que trabajo? ¿qué es mejor o peor para ellas? ¿cómo adaptar mejor mi trabajo a la población?. Este trabajo de investigación intenta conocer qué valoran como bueno o malo, un grupo de mujeres mayores. Usaremos para el estudio la definición que aparece en el diccionario del termino -valores- como "creencias o convicciones acerca de que algo es bueno o malo, mejor o peor que otra cosa y que cuando decimos que los valores son sociales, lo que señalamos es su origen y naturaleza social: yo no me invento mis propios valores, sino que los encuentro en el elenco que mi cultura y mi época me ofrecen, y ello, de una manera en la que los grupos de que formo parte (o que por algún motivo tomo como referencia) influyen, condicionan, o incluso determinan mi elección. Los valores pueden estudiarse desde el punto de vista psicológico, pues en último término sus portadores somos los individuos pero a la sociología (yo apunto a la enfermería) le interesa el hecho de que sean compartidos por más o menos gente"(15). Las enfermeras, para poder dar unos cuidados adecuados necesitamos conocer cómo son, qué valoran, qué consideran bueno o malo las personas "sujetos" de nuestros cuidados, la búsqueda de esos valores es el objetivo de la investigación cuyos resultados aparecen a continuación.

Objetivos:

- 1-Analizar los valores de un grupo de mujeres mayores que viven en una institución cerrada.
- 2-Analizar los valores de un grupo de mujeres mayores que acuden habitualmente a un centro parroquial.
- 3-Análisis e interpretación de sus discursos.

Métodos utilizados: es una -investigación cualitativa- realizada entre el -30/11/2001 y el 24/3/2003-, utilizando como -técnicas de investigación- cualitativa la observación participante, entrevistas abiertas y cerradas, y el grupo de discusión. La -unidad de observación- son mujeres de un centro parroquial urbano y mujeres residentes en una institución cerrada urbana. El -muestreo- utilizado fue el estructural, buscando aquellas personas que aportan un discurso que permite, con rigor metodológico, realizar la representación de la diversidad de matices socio-estructurales del objeto (sujeto) de estudio (23). La -entrada en el campo- la realizo como enfermera voluntaria, ayudando en la cafetería, impartiendo charlas, midiendo la tensión arterial, aplicando masajes. Dicha entrada fue facilitada y autorizada previamente por el sacerdote de la parroquia y el director de la institución cerrada. El -registro de los datos- se realizó en dos dimensiones, una global mediante atención flotante, relatos, lenguaje no verbal, registro audiovisual e historia oral sobre la comunidad y otra específica mediante la focalización realizando entrevistas y encuestas, los datos se registraron utilizando un diario de campo, una grabadora y una máquina fotográfica. Se solicitaron las autorizaciones necesarias para llevar a cabo la investigación al párroco, al director de la institución cerrada, al grupo de mujeres en general y a cada mujer que colaboraba en la investigación, en particular.

Las personas -informantes- fueron, en el centro parroquial personas que colaboraban como voluntarias en diferentes tareas en el centro y personas socias/clientes, en la institución cerrada informaron el director del centro y mujeres residentes.

Las -categorías- utilizadas en la investigación fueron demográficas, sociales y elementos que conforman sus valores. Finalmente se realizó la organización de la información, el análisis de los discursos y estadística básica para algunas variables cuantitativas.

Resultados: En la investigación participaron 52 mujeres no institucionalizadas que acudían a un centro parroquial, con edades comprendidas entre 60 y 93 con una edad media de 76 años y 5 mujeres institucionalizadas las cuales eran todas mayores de 78 años. A continuación aparecen los diferentes perfiles investigados, el demográfico, el económico y el perfil de sus valores.

En el -perfil demográfico- encontramos como elemento común a la mayoría de las participantes en ambos contextos, la condición de viuda, proceder de zonas rurales y vivir solas se encuentra en la mayoría de las mujeres del centro parroquial y proceder del barrio donde está ubicada la residencia, en la mayoría de las mujeres institucionalizadas.

El -perfil económico- de la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación tiene en común los recursos económicos bajos, reciben una pensión por su condición de viudas o una jubilación por realizar trabajos no cualificados.

Para encontrar el -perfil de sus valores- se considera "valor" como lo bueno o lo malo que una cosa es para la persona que lo refiere. Desde un punto de vista social, los valores que refieren estas mujeres están dentro de su cultura y entorno social, no son inventados y son compartidos por las demás mujeres con las que se relacionaron a lo largo de su vida. El catálogo de sus valores aparece ordenado en valores de carga positiva y valores con carga negativa, para facilitar el análisis. Los valores que aparecen en sus discursos son los siguientes:

1-Compañía versus soledad- "me encuentro muy sola desde que quedé viuda, intenté encontrar pareja pero no saltó la chispa", "durante el día me sentía muy acompañada con mis nietos que entraban y salían de mi casa continuamente pero por la noche era lo peor, ya que yo quedaba sola", "chica contratada para que durmiera conmigo", "ser atendidas cuando sean mayores"(parroquial), "teníamos que haber tenido más hijos, al morir mi hijo y mi marido, me quedé completamente sola, rezo para que marido venga a buscarme y me lleve con él", "al venir cada una de un sitio diferente no tenemos nada en común", "soledad rodeada de gente", "sentimientos de abandono", "dependencia de relaciones exteriores", "alguien con quien hablar"(residencia).

2- Buenas relaciones versus conflictos- "hoy no me sirve para nada venir a jugar, una compañera se negó a sentarse al lado mío en la mesa""pasar el día con mi sobrina""si necesito algo pido ayuda a mi nuera""mucha gente mentía""calla, ahora nos toca a nosotras""sólo me dieron una frase"(parroquial)"no quise volver porque veía discusiones que no me gustaban"(residencia).

3-Bienestar económico versus pobreza- "con su jubilación nos arreglamos pero no se que voy hacer si él se muere", "comemos todos los días en el bar", "comidas de lata", "van a otros centros a jugar porque es más barato", "mi marido no me da casi dinero para vivir", "puedo pagar para que me cuiden"(parroquial), "no puede jugar a la lotería porque no tiene dinero", "vivienda deficiente", "no cubren el coste de la plaza"(residencia).

4-Buena imagen versus dejadez- "todo lo hace mi hija, lo que yo hago es la cama", "las residencias huelen mal, no me gustan", "mi sobrina ayuda, somos mayores", "pagar por limpiar", "los sábados viene mi hija a limpiar lo que yo no puedo"(parroquial), "mi compañera no huele mal como otras", "no quiero bañarme, estoy limpia", "yo misma lo limpio, ellas no limpian bien", "la pobreza no es igual a suciedad"(residencia).

5-Salud versus enfermedad- "no necesito ayuda para cuidarme", "salud es hacer lo que quiera", "no me cuido, como latería", "lo mejor arreglarme sola, no depender de nadie"(parroquial), "si yo pudiera caminar y salir", "es importante comer bien, lo que me apetece, aunque digan que es malo para mi enfermedad"(residencia).

6-Libertad de elección versus normas establecidas- "mis hijas me hicieron venir a vivir aquí para que ellas estuvieran tranquilas", "queremos más días para jugar", "juego a la lotería todos los días ,voy de parroquia en parroquia"(parroquial), "las compañeras no las puedes elegir es la que te toque""quiero elegir la comida", "no quiero que me bañen, ya lo haré yo", "no poder tener determinadas cosas en la habitación", "no puedo tener más espacio para mis cosas"(residencia).

Discusión: Analizando los discursos de las mujeres y las observaciones realizadas a lo largo del trabajo de campo podemos realizar las siguientes consideraciones sobre sus valores.

La -compañía- es valorada en ambos grupos muy positivamente, en el centro parroquial encuentran un espacio cercano y accesible de relación social. Esa compañía hace más soportable la soledad que padecen en la intimidad del domicilio. Buscan alternativas a la soledad tanto en la tecnología como en su red social, desplazándose a otros centros cuando no la encuentran en éste. Esta búsqueda de compañía es gradual en las viudas recientes. No desean ser consideradas como una carga, motivo que llevó al ingreso en la residencia a una de las mujeres. Las mujeres de la residencia no están nunca solas, son más exigentes a la hora de decidir con quién relacionarse que las mujeres del centro parroquial. Las residentes prefieren relacionarse con personas "no residentes", voluntarias, trabajadoras, con el director, estas mujeres refieren no tener nada en común con las demás mujeres residentes a pesar de ser, la mayoría, del mismo barrio. El lazo de unión más importante para ellas es el familiar o casi-familiar.

Todas tenían relaciones personales intensas, pero en todas disminuyen en la vejez. Las -buenas relaciones- son valores verbalizados por ambos grupos, tanto en la familia como en sus relaciones sociales. En ambos contextos evitan los conflictos, los refieren en voz baja y como un secreto, intentan ocultarlos, buscan sus causas y olvidan para evitar la polémica. En el centro parroquial están relacionados con la organización de las actividades y las normas establecidas. En la residencia referían más conflictos que en el centro (existe una relación más estrecha, convivencia continua y unas normas no elegidas ni aprobadas por las residentes) y estaban relacionados con la comida, la limpieza, las actividades, el trato, los servicios y las salidas escasas

El -bienestar económico- está valorado positivamente en ambos grupos, refieren adaptarse a lo que tienen, no tienen muchos gastos y se observa las que mejor ingresos tienen, en sus referencias a utilizar la peluquería o jugar a la lotería, no les gusta hablar de sus ingresos. Las mujeres residentes tienen poco dinero para gastar debido a que la mayoría no puede pagar su plaza en la residencia.

Todas están preocupadas por la -limpieza- y cuidan su -imagen-, las mujeres del centro parroquial asocian las residencias con malos olores y suciedad.

La -salud- está valorada muy positivamente y considerada por ambos grupos como no depender de nadie y poder realizar las actividades básicas de la vida diaria. Cuando se refieren a la salud hablan de independencia física y cuando sus discursos son sobre enfermedades las relacionan con la dependencia física.

Todas valoran el -poder de elección- pero las mujeres residentes tienen menor poder, tienen que adaptarse a la cultura de la residencia, des-culturizarse de su anterior cultura, adaptarse a las costumbres y normas de la residencia, la mayoría dependen para todo de la residencia, las mujeres del centro parroquial tienen mayor poder de elección, pero algunas se consideran limitadas por sus familiares y su salud. Aunque los valores aparecen compartimentados para poder analizarlos mejor, en sus discursos todos los valores aparecen interrelacionados.

Para la enfermería es indispensable conocer los valores de las usuarias para adaptar nuestro plan de cuidados a la población sujeto de ellos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aguirre Baztán A. Etnografía. Barcelona: Marcombo; 1995
2. Allen FR. Single Women / Family Ties. California: Sage; 1989
3. Arber S. Relación entre género y envejecimiento. Madrid: Ediciones Narcea; 1996
4. Arenas M. Las personas mayores de Avilés. Avilés: Excmo. Ayuntamiento de Avilés; 1995
5. Ballesteros S. Gerontología un saber multidisciplinar. Madrid: Universitas; 2004
6. Bott E. Familia y Red Social. Madrid: Taurus Humanidades; 1990
7. Brubaker T. Family relationships in later life. New York: Sage P; 1990
8. Buxó MJ. Antropología de la mujer. Barcelona: Editorial Anthropos; 1998
9. Claval P. Geografía humana y económica contemporánea. Madrid: Akal; 1987
10. Comelles J. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense; 1993
11. Delgado M. El animal público. Barcelona: Anagrama; 1999
12. Díaz, A. Etnografía y Técnicas de investigación antropológica. Madrid: UNED; 2003
13. Fercgla J. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos; 1992
14. Gándara J. Envejecer en Soledad. Madrid: Editorial Popular; 1995
15. Giner S, Espinosa. Diccionario de sociología. Madrid: Alianza Editorial SA; 1998. p. 811
16. Guzmán A. La Parroquia de San Lorenzo de Gijón. Gijón: Parroquia San Lorenzo; 1996
17. INSALUD. Programa de Atención a las Personas Mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999
18. Nielsen MJ. Sex and Gender in Society. USA: Waveland; 1990
19. Milroy L. Language and social networks. New York: Basil Blackwell Inc; 1980
20. Myerhoff B. Remember lives. U.S.A.: University of Michigan; 1992
21. San Román T. Vejez y cultura. Barcelona: Fundación Caja de Pensiones; 1989
22. Segalen M. Antropología histórica de la familia, Madrid: Taurus; 1996
23. Monografía en cinta de Moebio No. 14. Revista de Epistemología, Julio Mejía, redactor. Perspectivas de la Investigación Social de Segundo Orden. Chile: Universidad de Chile-Facultad de Ciencias Sociales; Septiembre 2002. Disponible en <http://www.moebio.uchile.cl/14/frames05.htm>

AUTOR/ES:

Martín Iglesias, Susana

TÍTULO:

Estudio de costes y efectividad de la intervención enfermera en el estreñimiento crónico.

TEXTO DEL TRABAJO:

Existen numerosas definiciones de lo que es el estreñimiento, sin embargo, definirlo con exactitud resulta difícil, ya que como síntoma que es, está sujeto a interpretaciones subjetivas del que lo padece. Un comité internacional recomienda una definición para el estreñimiento crónico, Criterios Roma II (CRII), que tiene en cuenta tanto la frecuencia de las deposiciones como las características de las mismas.

El estreñimiento genera en Estados Unidos 2,5 millones de visitas médicas al año y de ellas un porcentaje importante son realizadas por médicos de Atención Primaria. En Gran Bretaña se producen 450.000 visitas al año a médicos generalistas, lo que supone sólo en el tiempo empleado un coste de más de 7 millones de euros. Además el gasto en laxantes que ocasiona, se cifra en 909 millones de euros en Estados Unidos y en 70 millones de euros al año en Inglaterra.

El tratamiento del estreñimiento no se ha modificado sustancialmente en los últimos 50 años, sin embargo, los costes derivados del mismo son muy variables por lo que se hacen necesarios estudios comparativos. En algunas revisiones se concluye que no hay suficiente evidencia para establecer que la fibra sea superior a los laxantes o que un tipo de laxantes sea superior a otro, por lo que no está justificado que en el tratamiento inicial del estreñimiento se utilicen los laxantes más caros.

En toda la bibliografía consultada se hace una mención especial a la importancia de las medidas educativas y del tratamiento no farmacológico como primer escalón terapéutico y como argumento fundamental en el objetivo de reducir costes. Tras una correcta evaluación de las posibles causas, dejando a un lado el estreñimiento de inicio reciente que requiere otro abordaje, el tratamiento higiénico-dietético es lo único que necesita la mayoría de los pacientes, debiendo pasar al tratamiento con laxantes sólo si tras un periodo de tiempo estas medidas no son eficaces.

No se han encontrado estudios similares que aborden este tema desde este punto de vista, por lo que el presente estudio trata de analizar la efectividad y los costes que supone la atención del estreñimiento crónico en Atención Primaria considerando la aportación enfermera en el cuidado de este problema.

OBJETIVOS: Realizar un análisis comparativo para conocer costes y la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo por médicos y enfermeras en el estreñimiento crónico en Atención Primaria. Conocer la actividad enfermera relacionada con este problema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio en dos Centros de Salud del Área 10 de Atención Primaria de Madrid que tienen informatizadas las consultas. La población de estudio se obtuvo del registro de los pacientes que acudieron a las consultas de médicos y enfermeras entre octubre de 2000 y febrero de 2001 a causa de estreñimiento crónico. Criterio de inclusión: que se cumplieran los CRII para el estreñimiento crónico. Criterios de exclusión: edad inferior a 14 años, episodios de estreñimiento transitorio, patología digestiva previa, enfermedades en fase terminal, enfermedades neurológicas, inmovilizados con un alto grado de dependencia, estreñimiento secundario al uso de fármacos, pacientes con episodio abierto sin ningún registro de actividad.

Los casos se consideraron resueltos si después de la intervención no se cumplían los CRII. Se asignaron costes en función de las intervenciones realizadas por el profesional que diagnosticó el caso, considerando el tiempo de atención y la prescripción de laxantes durante el año posterior a la fecha de diagnóstico. La efectividad se midió en función de los casos resueltos.

RESULTADOS: Fueron incluidos en el estudio 49 pacientes, un 38,8% pertenecientes al C.S Pintores y el 61,2% restante al C.S. San Blas. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al analizar por separado los datos de los centros participantes, por lo que se ha realizado un análisis conjunto de los mismos.

La edad media de los pacientes incluidos fue de 51,6 años (desviación típica(dt): 19,1) de los cuales

el 87,8% eran mujeres y el 12,2% varones sin ser relevante la diferencia de edad según el sexo. En cambio sí se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para la edad si se tiene en cuenta el profesional que realiza la intervención, siendo la media de 43,7 años (dt 18,8) de los pacientes que acuden a la consulta del médico y de 58,7 años (dt 16,6) de los pacientes atendidos por enfermería.

La distribución de casos según el profesional que realiza la intervención fue bastante pareja con el 53,1% (26 casos) seguidos por la enfermera y el 46,9% (23 casos) por el médico, si bien en el C.S. Pintores los casos son seguidos con mayor frecuencia por el médico. Un 7,7% de los casos seguidos por la enfermera fueron derivados a esta consulta por el médico.

En cuanto a los tiempos totales de atención, las enfermeras dedican 12,9 (dt 5,9) minutos de media, mientras que los médicos emplean 6,2 (dt 4), encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de atención por profesional ($p < 0,05$).

Si atendemos a la duración del proceso, la mediana se encuentra en un día en el caso de la consulta médica y en 49,5 días en la de enfermería. En cuanto al número de visitas, la media se encuentra en dos tanto en la consulta de enfermería como de medicina, pero la mediana en el caso de los médicos es de uno mientras que en el caso de las enfermeras es de dos.

Considerando los síntomas de estreñimiento en función de los Criterios Roma II referidos por los pacientes, el 77,6% refiere esfuerzo en la deposición (ESF), el 93,9% deposiciones duras (DD), el 44,9% sensación de evacuación incompleta (EI), el 24,5% sensación de obstrucción ano-rectal (OA), el 6,1% maniobras manuales para facilitar la deposición (MM) y el 91,8% refiere presentar menos de tres deposiciones semanales ($< 3D$). La EI, OA y las MM se presentan con mayor frecuencia en los pacientes tratados por los médicos, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la intervención que se realiza, la enfermera se limita a dar indicaciones higiénico-dietéticas en todos los casos; mientras que en el caso del médico estas recomendaciones están registradas en el 52,2% de los casos y sólo en 4,4% de los casos se limita a recomendar cambios de hábitos sin prescribir laxantes. Es decir, que prescribe laxantes al 95,6% de los pacientes que consultan por este motivo.

En relación con la efectividad de los tratamientos después de la intervención, el 69,2% de los pacientes seguidos por enfermería y el 60,9% de los tratados por el médico se resuelven. En este punto es necesario señalar que sólo en el 8,7% de los pacientes atendidos por el médico se soluciona el problema después de su intervención. El resto continúa comprando laxantes sin receta o no vuelve a la consulta porque el tratamiento no fue efectivo. Sólo el 21% de los pacientes siguen las recomendaciones higiénico dietéticas sugeridas por el médico.

En cuanto a los síntomas referidos por los pacientes después de la intervención el 40,8% refiere $< 3D$; el 10,2% OA; el 14,3% EI; el 30,6% DD; el 26,5% ESF, y en ningún caso son necesarias MM.

ESTUDIO DE COSTES: Se estableció el coste del minuto de consulta tanto de médicos como de enfermeras considerando las retribuciones anuales brutas básicas. El coste medio de la atención en consulta por este proceso fue de 2,8€ en el caso de la enfermera, y de 2,2€ en el del médico. No hay diferencias estadísticamente significativas entre costes en función del profesional, ni tampoco dependiendo de los C.S. con respecto al coste de las consultas, pero es importante señalar que hay una diferencia de 0,8 € en el coste de las consultas médicas entre ambos centros.

Teniendo en cuenta los fármacos prescritos, se genera un coste de 14,2€ (dt 16,8) de media, pero con una mediana de 8,2€. La variación se produce por la diferencia entre los C.S. En uno de los centros la media del coste en fármacos es de 17,7€ si bien la mediana se encuentra en 10,4€ mientras que en el otro el coste medio asciende a 9,9€ con mediana de 8,2€.

El fármaco prescrito con mayor frecuencia fue la ispaghula (F1) prescrita al 56,5% de los pacientes, seguido de la lactulosa (F2) en el 30,4% y en tercer lugar el lactitol (F3) en el 21,7%. El coste medio de un envase de F1 fue de 4,3€ (dt 0,1), de 6,1€ (dt 1,4) para F2, y de 7,1 (dt 2,9) para F3. El número medio de envases prescritos fue de 3,4 para F1, 2,3 para F2 y 1 para F3. En el 13,6% de los pacientes el tratamiento elegido fue el lactitol, en el 22,7% lactulosa, en el 50% ispaghula y un 13,2% fue tratado con combinaciones de ispaghula y lactulosa, ispaghula y lactitol y, lactulosa y lactitol.

Los costes totales de todos los casos ascendieron a 72,8€ en los casos seguidos por la enfermera y a 361,4€ en los tratados por el médico, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los casos tratados por médicos, con un coste medio de 15,7€, y aquellos seguidos

por la enfermera con un coste medio de 2,8€.

Para realizar el estudio coste-efectividad se tomaron los 18 casos resueltos por la enfermera y aquellos en los que la intervención del médico había resultado inicialmente efectiva, que fueron 14. A partir de aquí se calculó la efectividad de ambas intervenciones, resultando 0,69 en tanto por uno para los casos de enfermería y 0,61 para los de medicina. Se calculó también la ratio media que fue de 4€ para los casos de las enfermeras y de 25,8€ en el caso de los médicos. Según esto resultó una ratio incremental de -161,3€, que puede interpretarse como que mediante la intervención enfermera, respecto de la del médico, por cada caso satisfactoriamente resuelto se lograría un ahorro de 161,3€.

DISCUSIÓN: Aunque se han realizado estudios que evalúan los costes y la efectividad de los distintos tratamientos en el estreñimiento crónico, no se ha encontrado ninguno que aborde de manera conjunta las intervenciones higiénico dietéticas frente al tratamiento farmacológico.

Los datos obtenidos en cuanto a la distribución por edad y sexo, son similares a los ofrecidos por Pare et alia, y los resultados obtenidos al analizar los síntomas referidos por los pacientes en función de los Criterios Roma II son semejantes a los reflejados en el estudio realizado por Koch et alia.

El consejo de medidas higiénico-dietéticas sólo está registrado en la mitad de los casos tratados por el médico, si bien, en función de la bibliografía consultada, esta debiera ser la única terapia inicial en el tratamiento de este problema. Llama la atención el gran porcentaje de pacientes a los que se les prescribe un laxante de manera inicial, siendo superior al 85% descrito por Sonnenberg et alia en su estudio.

Hay que considerar además, que en el momento de hacer esta evaluación no se tienen en cuenta los costes que siguen generando algunos pacientes con la compra de laxantes sin receta médica, ni tampoco el impacto en la calidad de vida derivado del no control de este síntoma.

El análisis desarrollado pone de manifiesto que la intervención de enfermería es tan efectiva como la del médico en el tratamiento de este problema y menos costosa. Haciendo una aproximación, podemos concluir además que es la opción más eficiente a la hora de abordar el estreñimiento crónico en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Borum ML. Constipation: Evaluation and Management. Prim Care 2001 Sep; 28(3): 577-91.
2. Carbelo B, Rodríguez S, Martín B, Rodríguez A, Berzosa B. Aspectos educativos para la promoción del autocuidado del paciente con trastornos digestivos. Enferm Clin 1998; 8(3): 126-30.
3. Gómez M, Navarro M, Mendoza E, Santos E. Estreñimiento y consumo de laxantes en ancianos. Aten Prim 2000 Oct; 15: 430-32.
4. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. Am Fam Physician. 2005 Dec 1;72(11):2277-84.
5. Koch A, Voderholzer WA, Klauser AG, Müller-Lissner S. Symptoms in chronic constipation. Dis Colon Rectum 1997; 40: 902-6.
6. Lederle FA. Epidemiology of constipation in elderly patients: Drug utilisation and cost-containment strategies. Drugs Agin 1995; 6(6): 465-69.
7. Lledó JL, Sánchez J, Vidal JV, Estreñimiento. Medicine 1996; 7(5): 204-9.
8. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. Am J Gastroenterol 2001 Nov; 96(11): 3130-7.
9. Passmore AP. Economic aspects of pharmacotherapy for chronic constipation. Pharmacoeconomics 1995 Jan; 7(1): 14-24.
10. Petticrew M, Rodgers M, Booth A. Effectiveness of laxatives in adults. Qual Health Care 2001 Dec; 10(4): 268-73.
11. Solans R, Casellas F. Patología digestiva en el anciano. Aspectos característicos. Medicine 1999. 7(125): 5866-70.
12. Sonnenberg A, Koch TR. Epidemiology of constipation in the United States. Dis Colon Rectum 1989; 32: 1-8
13. Sopeña F, Arenas J. Tratamiento del estreñimiento. Med Integral 2000 Mar; 35(5): 234-41.
14. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton K, Irvine I, Muller-Lissner S. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999; 45: 1143-47.
15. Tramonte SM, Brand MB, Murlow CD, Amato MG, O'Keefe ME, Ramírez G. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. J Gen Intern Med 1997; 12: 15-24.

AUTOR/ES:

Lima Rodríguez Joaquín Salvador, Cobo Castillo Celia, Lima Serrano Marta.

TÍTULO:

Estudio sobre las modificaciones de conductas producidas al intervenir con un programa de EpS grupal en personas con diabetes

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción.

En los momentos actuales, estamos viviendo una época de cambios, que influyen en el manejo del proceso de salud-enfermedad, entre los que podemos destacar el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Además, la salud se ha convertido en un bien de consumo, con lo que la demanda de servicios sanitarios esta siendo cada vez mayor, siendo el sistema incapaz de dar respuesta a la misma.

Para afrontar esta situación, los sistemas sanitarios están considerando la necesidad de un cambio de valores en la población que posibilite un uso más racional de los servicios, devolviendo la autonomía y la independencia al sujeto de los autocuidados, dado que los problemas antes señalados, están relacionado, en gran parte, con la adopción de estilos de vida poco saludables.

La Educación para la Salud (EpS) es un instrumento que interviene en la modificación de estilos de vida, ya que nos permite a los profesionales sanitarios dotar a las personas de los conocimientos y habilidades necesarias, para que sepan y puedan cuidarse a si mismas y a los que le rodean, adoptando hábitos saludables.

Cuando hablamos de conductas o comportamientos nos referimos a estilos de vida, impregnados de fuertes sistemas de creencias y valores, que conforman actitudes, en función de las cuales el sujeto actúa. En estos sistemas intervienen:

- El componente cognitivo (los conocimientos), que se refiere a todo lo que se sabe acerca del objeto de la actitud, es decir, a la información, sea o no ajustada a la realidad, que se tiene respecto a dicho objeto;
- El componente afectivo, que incluye aquellas emociones o estados afectivos que genera el objeto de la actitud y pueden tener una valencia positiva (emociones agradables) o negativa (emociones desagradables) y
- El componente conductual, que se traduce en conductas, es decir, en acciones concretas y objetivas, los componentes anteriores.

Por tanto, un requisito de la EpS es que debe incidir sobre los tres componentes básicos implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, interviniendo sobre los conocimientos, las emociones y las actitudes, atendiendo a las características del individuo y a los condicionantes socioculturales presentes.

Cuando la EpS se desarrolla de forma grupal, resulta especialmente útil si incluye un aspecto fundamental del aprendizaje humano, como es la adquisición de conductas por imitación de aquellas que consideramos acertadas y que realizan nuestros iguales o por personas en las que confiamos. Este método de EpS grupal genera entre los participantes una actitud positiva ante la salud, favoreciendo el cambio y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, al utilizar junto a la información y los conocimientos ofrecidos por el experto en salud, aquellos otros elementos que derivan de la experiencia compartida. Convirtiéndose así, en un elemento dinamizador de las relaciones de autoayuda entre personas que comparten los mismos problemas de salud, ofreciéndoles la oportunidad de: participar en actividades conjuntas, compartir y expresar sentimientos, opiniones, experiencias y sobre todo imitar las conductas que considera asertivas.

Al mismo tiempo, aporta seguridad al individuo, que se siente protegido por los otros miembros del grupo, construyendo así su propia identidad individual y social.

El papel del experto en salud, en este modelo de EpS, debe centrarse en mantener la dinámica del grupo, reforzando las propuestas, ofrecidas por los participantes, que resulten adecuadas y reconduciendo aquellas otras que sean susceptibles de mejora, primando el aprendizaje informal, en el que la dirección del proceso debe recaer sobre el discente, primando la observación de la experiencia de otros, capaz de generar emociones y de provocar la imitación de las conductas.

Objetivos.

General:

Analizar las modificaciones de conductas que se producen en personas diabéticas al intervenir sobre estas mediante EpS grupal, con una metodología participativa, incluyendo los tres componentes básicos del proceso enseñanza-aprendizaje.

Específicos:

Determinar las modificaciones producidas en los participantes respecto a los siguientes elementos:

- Afrontamiento de la nueva situación de salud.
- Alimentación.
- Ejercicio.
- Autocuidados de los pies.
- Manejo de la enfermedad: Autocontrol, manejo de la medicación, situaciones de descompensación.

Metodología

Hemos realizado un estudio explicativo, cuasiexperimental con un grupo de intervención compuestos por personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo II. La elección de la muestra se ha realizado mediante la técnica de muestreo aleatorio sistemático.

La intervención ha consistido en 10 sesiones de EpS grupal de 120 minutos de duración, en las que el docente tras una breve exposición de contenidos, mantiene un papel de mediador, dejando que los discentes participen exponiendo sus experiencias y testimonios.

La evaluación de dicha intervención se ha realizado de forma cuantitativa mediante un cuestionario compuesto de 36 ítems con escala tipo Likert en pretest y posttest y cualitativamente mediante observación participante y análisis de los testimonios.

Resultados.

La muestra está formada por 11 personas diabéticas tipo II, de las cuales dos son mujeres de 50 y 67 años y 9 hombres entre 53 y 78 años. Entre los resultados obtenidos destacamos, entre otros, las mejoras alcanzadas en la alimentación respecto a:

- El consumo de productos desnatados ha pasado del 45 al 72,7%.
- Ha aumentado el porcentaje de individuos que comen verduras cuatro veces al día, de un 27,3 a un 45,5%.
- También ha mejorado el consumo de arroz, previamente el 45,5% lo consumía al menos dos veces por semana y actualmente lo hace un 81,8%.
- Ha aumentado el porcentaje de sujetos que reconocen que consumen más grasas animales de lo conveniente (del 27,2 al 71,7%)
- Aumenta el porcentaje de individuos que reconocen que consumen más dulces y azúcar refinado de lo conveniente, pasando del 63,6% al 100%.

El reconocimiento de la importancia del ejercicio físico ha aumentado del 54,5% al 100%

Sobre el autocuidado de los pies destacamos las mejoras en:

- Atención y cuidado de las uñas del 9,1% al 54,5%.
- Uso de calzado adecuado del 72,7% al 100%.

Respecto al manejo de la enfermedad, observamos que:

- El porcentaje de personas que anotan los resultados de los controles en la cartilla ha pasado del 45,5% al 100%.
- Ha aumentado el porcentaje de participantes que llevan azúcar de absorción rápida cuando sale de casa del 18,2% al 36,4%.

No se aprecian mejoras importantes en los siguientes aspectos:

- Evitar consumo de alimentos precocinados, que se mantiene en el 81%.
- Tengo en casa glucagón para usarlo en caso de emergencia, medicamento que no tenía el 100% de los encuestados. Esto se justifica desde la dificultad para conseguirlo, ya que la mayoría de los médicos de familia recetan este medicamento solo a diabéticos insulino dependientes.

Mediante observación participante, a partir de los comentarios y testimonios, se constata:

- Mejora en autoconciencia de la enfermedad y de la necesidad de cuidarse entre los participantes.
- Aumento de la participación.
- Mayor fluidez en la exposición de testimonios y experiencias.

- Expresiones de motivación hacia los logros conseguidos.
- Manifestaciones de pertenencia a un grupo de iguales.
- Muestras de apoyo mutuo y reciprocidad entre los miembros del grupo. Expresiones de compromiso con el grupo.
- Aumento de la empatía entre los participantes, aceptación y confianza.

Discusión.

El estudio realizado pone de manifiesto importantes cambios conductuales entre los participantes a la intervención educativa planteada, como reflejan los resultados. Los que no se han producido satisfactoriamente se relacionan con las dificultades para conseguirlo, ajenos a la voluntad de los participantes, como es el caso de que el médico no recete un determinado medicamento (glucagon), pudiendo derivarse también del escaso tiempo transcurrido en el momento del postest.

A nuestro parecer, estos cambios de conducta, generalmente difíciles de conseguir, mejoran cuando se utiliza una metodología educativa adecuada, que incluya los elementos fundamentales del proceso enseñanza aprendizaje, difíciles de utilizar sin contar con las experiencias de los iguales. Consideramos que la metodología es fácil de aplicar y asimilar tanto por docentes como discentes.

Las implicaciones para la práctica clínica podemos deducirlas de las palabras de alguna de las enfermeras, responsable del cuidado de los asistentes a las sesiones: "en consulta no me hacen caso a pesar de que se lo repito mil veces", que ponen de manifiesto las dificultades para modificar conductas en personas adultas.

Pensamos que este tipo de trabajo grupal, con personas que presentan un problema de salud crónico, debe mantenerse en el tiempo, en la misma medida en que lo hace el problema, ya que quienes lo padecen, además de información, necesita apoyo, motivación, aceptación, comprensión, etc. que con frecuencia se generan en el grupo.

En la actualidad esta experiencia ha sido asumida por los responsables del centro de salud como parte de la rutina asistencial que se lleva a cabo en el centro.

BIBLIOGRAFÍA:

- Darías Curvo S. Educación para la Salud. Evolución histórica y conceptos básicos en Ramos E. Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas. Enfermería Siglo XXI. Difusión Avances Enfermería. Madrid. 2002.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Hernández Padilla M. Modificación de comportamientos en salud en Frías A. Salud Pública y Educación para la Salud. Masson. Barcelona. 2000.
- Frías A. Salud Pública y Educación para la Salud. Masson. Barcelona. 2000; 375-389. López Santos V.: Educación para la Salud en Frías A. Salud Pública y Educación para la Salud. Masson. Barcelona. 2000.
- Manual de Educación Sanitaria. Doyma. Barcelona. 1989.
- Omran AM., The epidemiologic transition a Theory of de epidemiology of population change Milbank Men Foundation, 1971.
- Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson. Barcelona. 2001.
- Rochón A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Colección de Planificación Sanitaria y Gestión Sanitaria. Masson. Barcelona. 1992.
- Salleras Sanmartí L.: Educación Sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Días de Santos. Madrid. 1990.
- Sánchez Moreno et al. Paradigmas y modelos en Educación para la Salud en Mazarrasa. Enfermería Profesional Biblioteca, Salud pública y Enfermería Comunitaria. Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid. 2002.
- Serrano González I. La Educación para la Salud del siglo XXI. Díaz de Santos. Madrid. 1997.
- Serrano González I. La Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Díaz de Santos. 1989.

AUTOR/ES:

M^a Luisa López González, Alberto Lana Pérez, Jose Manuel Iglesias Sanmartín, M^a Olivo del Valle Gómez, Sandra Díaz Rodríguez, Antonio Cueto Espinar

TÍTULO:

DIFICULTADES Y NECESIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONSEJOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CODIGO EUROPEO CONTRA EL CANCER EN

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción.**

En las últimas décadas se ha producido un extraordinario avance en el conocimiento del cáncer, pero los datos epidemiológicos continúan poniendo de manifiesto su importancia como uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo desarrollado.

Existen numerosos estudios que demuestran la importancia de las conductas como factores de riesgo de cáncer. Entre ellas, el fumar y la alimentación poco saludable son las más destacables y de las que existe más evidencia científica. El tabaco es la primera causa prevenible de cáncer (Parkin DM et al., 1999), y con su eliminación se podría evitar el 20% de las muertes por esta enfermedad (Peto R et al., 1992; Pisani P et al., 1999). Según el ya clásico estudio de Doll y Peto (1981), la dieta es un factor etiológico aún más importante que el tabaco, ya que se estima que se encuentra implicada en el 35% de las muertes por cáncer. Con respecto a otras conductas, está bien documentado el incremento del riesgo que se produce como consecuencia del consumo de alcohol (Thum MJ et al., 1997), el sobrepeso (Calle EE et al., 1999), las exposiciones solares de riesgo (Elwood JM and Jopson J, 1997; Armstrong BK and Kricke A, 2001), la falta de ejercicio físico (McTiernan A et al., 1998) y la de medidas preventivas ante los carcinógenos del medio laboral (Huff J, 1993; Tomatis L, 2002).

Frente a esta evidencia epidemiológica parece razonable establecer que la estrategia más eficaz para reducir las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer es lograr el control de sus principales conductas de riesgo (Ames BN et al., 1995). Pero cambiar conductas no es sencillo. Es bien sabido que, en el proceso de adopción de conductas saludables, las dificultades y necesidades no satisfechas pueden hacer que un individuo no adopte dichas conductas, aún cuando tenga intención de hacerlo.

Objetivo.

Describir las dificultades y necesidades que perciben los familiares de pacientes con cáncer para cumplir los consejos de prevención primaria del Código Europeo contra el Cáncer, identificando el perfil de paciente que debe de ser abordado de forma prioritaria por los profesionales sanitarios, y proponer actuaciones para manejar o eliminar dichas dificultades y cubrir las necesidades.

Material y métodos.

Una muestra de 3.031 familiares de pacientes con cáncer captada en la Atención Primaria de Salud de Asturias, Cantabria y Galicia contestó de forma anónima y voluntaria a un cuestionario validado y autoadministrado que permite medir las dificultades y las necesidades frente al seguimiento de 6 conductas de prevención primaria del cáncer. Medidas de centralización y de dispersión fueron calculadas. También se recogieron variables sociodemográficas y los determinantes de la conducta según el modelo A.S.E (Actitud, Influencia Social, Autoeficacia), que permitieron analizar diferencias a nivel bivalente (Pearson, t de Student y Bonferroni) y buscar, mediante regresión lineal, el paciente con mayor número de dificultades (0= Nulas; 87= Máximas) y de necesidades (0= Nulas; 48= Máximas).

Resultados.

A pesar de que los promedios de dificultades y de necesidades son relativamente bajos, 3,75 [IC95% = 3,60 – 3,89] y 2,36 [IC95% = 2,25 – 2,47] respectivamente, el 79,9% del total de la muestra tiene alguna dificultad y el 68,5% necesita algún tipo de ayuda para lograr el cumplimiento de los consejos preventivos, en especial para comer de forma saludable (47,5% y 40,8% tiene esta dificultad y necesidad respectivamente). De forma general, la “costumbre”, entre las dificultades, y que “se afecte a mi salud”, entre las necesidades, son las principales barreras que separan la intención de la conducta. El paciente con más dificultades es joven (Coeficiente beta = -0,038, p < 0,001), con sobrepeso (beta = 0,08, p < 0,001), sin acceso a Internet (beta = -0,365, p < 0,05), con actitud negativa, poco autoeficaz y con escasa intención (beta = -0,038, beta = -1,076 y beta = -0,157, p < 0,05) e influencia social positiva (beta = 0,092, p < 0,001). De la misma forma, el paciente con más necesidades es joven (Coeficiente beta = -0,036, p < 0,001), con estudios primarios o inferiores (beta = -0,299, p < 0,05), con sobrepeso (beta = 0,142, p < 0,001), sin acceso a Internet (beta = -0,331, p < 0,01), con actitud negativa y poco autoeficaz (beta = -0,014 y beta = -0,699, p < 0,001) e influencia social positiva (beta = 0,034, p < 0,001).

Discusión.

El porcentaje de pacientes con dificultades y necesidades para seguir los consejos de prevención del cáncer es muy elevado. Disminuirlo debe ser prioritario y una de las principales atribuciones de los profesionales de enfermería. Cubrir las necesidades y remover las dificultades detectadas, dentro de las posibilidades del sistema sanitario, podría contribuir a la prevención del cáncer. Estas actividades deberían beneficiar sobre todo a personas jóvenes, con sobrepeso, con limitado acceso a información y bajo nivel educativo, en especial si tienen una actitud poco favorable hacia los consejos preventivos o no se sienten capaces de seguirlos. 3,75 [IC95% = 3,60 – 3,89] y 2,36 [IC95% = 2,25 – 2,47] respectivamente, el 79,9% del total de la muestra tiene alguna dificultad y el 68,5% necesita algún tipo de ayuda para lograr el cumplimiento de los consejos preventivos, en especial para comer de forma saludable (47,5% y 40,8% tiene esta dificultad y necesidad respectivamente). De forma general, la “costumbre”, entre las dificultades, y que “se afecte a mi salud”, entre las necesidades, son las principales barreras que separan la intención de la conducta. El paciente con más dificultades es joven (Coeficiente β = -0,038, p < 0,001), con sobrepeso (β = 0,08, p < 0,001), sin acceso a Internet (β = -0,365, p < 0,05), con actitud negativa, poco autoeficaz y con escasa intención (β = -0,038, β = -1,076 y β = -0,157, p < 0,05) e influencia social positiva (β = 0,092, p < 0,001). De la misma forma, el paciente con más necesidades es joven (Coeficiente β = -0,036, p < 0,001), con estudios primarios o inferiores (β = -0,299, p < 0,05), con sobrepeso (β = 0,142, p < 0,001), sin acceso a Internet (β = -0,331, p < 0,01), con actitud negati

BIBLIOGRAFÍA:

- Ames BN, Gold LS, Willett WC. The causes and prevention of cancer. Proc Natl Acad Sci U S A. 1995; 92(12): 5258-65.
- Armstrong BK, Kricger A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B. 2001; 63(1-3): 8-18.
- Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. N Engl J Med. 1999; 341(15): 1097-105.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J Natl Cancer Insy. 1981; 66(6): 1191-308
- López ML, Comas A, Del Valle MO, López S, García JB and Cueto-Espinar A. Psychosocial factors associated with cancer behavioural risk in relatives of cancer patients. Eur J Cancer Prev. 2004; 13(2), 105-111.
- Lopez ML, del Valle MO, Cueto A. Knowledge of the European Code against Cancer in sixth-form pupils and teachers in Asturias (Spain). Eur J Cancer Prev. 1994; 3(2): 207-13.
- Lopez ML, Garcia-Cueto E, Fernandez JM, Lopez S, Del Valle Md Mdel O, Cueto A. Validation of a questionnaire to evaluate the attitude towards primary prevention advice from the European code against cancer. Eur J Cancer Prev. 2003b ; 12(2): 157-64.
- McTiernan A, Ulrich C, Slate S, Potter J. Physical activity and cancer etiology: associations and mechanisms. Cancer Causes Control. 1998; 9(5): 487-509.
- Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. Int J Cancer. 1999; 15; 80(6):827-41.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet. 1992; 339(8804):1268-78.
- Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. N Engl J Med. 1997; 337(24): 1705-14.

AUTOR/ES:

Buchele, Fátima;
Andrade, Selma R;
Coelho, Elza BS.

TÍTULO:

La inserción de la salud mental en la estrategia de salud de la familia: implicaciones para la práctica

TEXTO DEL TRABAJO:

Se estima en 20% la prevalencia global de trastornos mentales en la población brasileña. Investigaciones epidemiológicas en diferentes regiones encuentran demandas por cuidado psiquiátrico que varían entre 19 y 34 %, datos que aún son representativos en los días de hoy.¹ Aún existe un número significativo de personas institucionalizadas por un plazo mayor de un año. Algunas estimativas consideran que más de un tercio de las personas internadas se encuentran en esta situación, ya sea por ausencia o fragilidad de lazos sociales, ya sea por la ausencia o insuficiencia de instancias de rehabilitación psicosocial. La violación de los derechos humanos ha sido frecuentemente constatada en diversos estudios realizados.² Entre los trastornos mentales, la depresión merece destaque como problema de salud pública, considerando su multicausalidad y la frecuencia con que aparece en las unidades de salud. La reorientación del modelo asistencial, especialmente aliada al componente de la salud mental, es un proceso complejo y lento, sin embargo fundamental para dar cuenta de las demandas de las poblaciones. Redimensionar un modelo de atención en Salud Mental, de forma que pueda estar en sintonía con las nuevas concepciones de salud defendida por el Sistema Único de Salud - SUS brasileño, requiere un movimiento constante de reflexión dirigido a la práctica cotidiana. Será necesario desarrollar una política de salud mental en el contexto del SUS integrada a los diferentes planes municipales de salud, respetando las necesidades, la realidad y el perfil epidemiológico de cada localidad. La reorganización de ese modelo asistencial debe estar en consonancia con una concepción de salud como proceso, o sea, orientada hacia una perspectiva de producción de calidad de vida, con énfasis prioritario en acciones integrales y promocionales de salud. Salud Mental es un concepto complejo en la medida que debe considerar las dimensiones psicológicas y sociales de la salud y los factores psicosociales que determinan el proceso salud-enfermedad.³ El concepto de Salud Mental congrega las nociones de la "condición deseada de bienestar de los individuos" y de las "acciones necesarias que puedan determinar esa condición". Por otra parte, personas emocionalmente saludables comprenden que no son perfectas, viven una inmensa gama de emociones, sienten alegría, amor, satisfacción, pero también momentos de tristeza, rabia, frustración y depresión. ⁴ Este artículo reflexiona sobre la reorientación del modelo de asistencia a la salud en el país, en especial en el área de salud mental. El objetivo es señalar las características de la atención básica a la salud y su relación con la salud mental así como destacar elementos relevantes para la comprensión de la Estrategia de Salud de la Familia como eje de integración con la salud mental. Recientemente, las diversas iniciativas realizadas, vienen dando una importante contribución para la reorientación del modelo de asistencia a la salud, en particular, a la salud mental. Además del desarrollo de innumerables experiencias municipales de implementación de nuevos modelos de atención en salud mental, comprometidos con las directrices de la reforma, merece destaque la creación de nuevos modelos asistenciales como Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Núcleo de Atención Psicosocial (NAPS), Talleres Terapéuticos, Hospital-Día, Servicios Residenciales Terapéuticos, Centro de Convivencias, inclusión de la salud mental en la atención básica y en el Programa de Salud de la Familia (PSF), Proyectos de Inserción en el Trabajo y Cooperativas, Proyecto de Intervención Cultural, entre otros. Los procesos de fiscalización y re-credenciamiento de los hospitales psiquiátricos constituyen una importante fuente de información, de control y gestión para alcanzar los objetivos de la reforma, así como pueden contribuir para los debates y resoluciones derivadas de la creación de las Comisiones Nacionales y Estaduales de reforma psiquiátrica y de salud mental vinculadas a las instancias de control social del SUS.

LA SALUD MENTAL, LA ATENCIÓN BÁSICA Y EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA (PSF).
La historia reciente de la Salud Pública brasileña ha sido escrita con el movimiento de la reforma

sanitaria y la incorporación de principios y directrices en la Política Nacional de Salud, aprobados en la Constitución de 1988, demarcando, legalmente, un nuevo modelo de atención a la salud. La organización de los servicios de salud sufrió profundas alteraciones desde la constitución del SUS en 1990.^{5,6} Además de los principios doctrinarios (universalidad, equidad e integralidad), fueron instituidos los principios que rigen su organización, entre ellos la regionalización y jerarquización; la resolutivez; la descentralización y el comando único; la participación de los ciudadanos; y la complementariedad del sector privado.⁷ La atención básica es una denominación utilizada en Brasil, especialmente en el ámbito del SUS designando un abordaje asistencial que correspondería a lo que se ha llamado en la literatura internacional de atención primaria de salud. La estructuración de sistemas de servicios de salud basada en la atención básica es una exigencia de las concepciones modernas de los sistemas integrados de servicios de salud.^{8,9} Como una posible respuesta al desafío de reorientar el modelo de atención a la salud en el plano asistencial, el Ministerio de la Salud lanzó, en la década de 90, el Programa de Salud de la Familia – PSF, hoy llamado de Estrategia de Salud de la Familia, por ser considerado estructurante de los sistemas municipales de salud. Es en ese plan que se encuentra el gran desafío del sector: implementar nuevas prácticas de atención a la salud que de hecho garanticen a la población el acceso universal, la integralidad y la equidad, en una red jerarquizada de servicios resolutivos. El énfasis en la implantación del PSF es justificada por la necesidad de sustitución del modelo asistencial históricamente centrado en la enfermedad y en el cuidado médico individualizado, por un nuevo modelo sintonizado con los principios de la universalidad, equidad e integralidad de la atención. Para dar cuenta de ese nuevo objeto de atención, ponse en la pantalla el tema de que todo el equipo de salud perciba la multicausalidad de los agravios a la salud, sean ellos de orden física, mental o social, tanto individual como colectivo, considerando siempre los usuarios como sujetos-ciudadanos en su medio ambiente y en su contexto socio-familiar.

SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: implicaciones para la práctica
Existen pocas experiencias de atención básica de salud dirigida a los enfermos mentales, en la región de la Gran Florianópolis, en Santa Catarina/Brasil, aún si llevamos en consideración el Programa de Salud de la Familia. Con este estudio buscamos señalar algunas características del PSF y su relación con la salud mental, a partir de una experiencia realizada con portadores de depresión que habitan en el área de alcance de un centro de salud situado en la Gran Florianópolis, intentando comprender de que modo se insertan las practicas referidas a la salud mental en el contexto más amplio de la atención básica en salud. El Centro de Salud estudiado dispone de tres equipos del PSF, abragando un área de aproximadamente 3.400 familias. Fueron seleccionados 45 personas con diagnóstico de depresión para que participen de la pesquisa, de las cuales la gran mayoría era compuesta por mujeres (31 = 69%). La faja etária predominante fue a de 40 a 59 años (42%), seguida de la faja de 20 a 39 años (40%). Las personas arriba de 60 años totalizaron 16% de los investigados. Entre las personas seleccionadas, fueron entrevistadas 7 personas con diagnóstico de depresión. La investigación, de tipo cualitativa, utilizó el ambiente natural como fuente directa de datos dando especial atención al significado que cada una de las personas daba a su vida teniendo como foco de preocupación mucho más el proceso que el producto. La investigación consistió en un estudio del tipo "multicasos" envolviendo dos o más sujetos, en este contexto, personas sufridores de depresión. Estos datos fueron levantados siguiendo cinco etapas. La pesquisa siguió las exigencias éticas en relación a la obtención de informaciones de fuente primaria, obedeciendo a las normas del Consejo Nacional de Salud.¹⁰ Es importante destacar que resulta necesario garantizar una atención especial a los pacientes depresivos en la llamada edad madura (arriba de los 45 años en los hombres y 55 en las mujeres), debido al hecho de esas personas formar parte del grupo de riesgo para suicidios. Esta faja compone cerca del 25% de los suicidios cometidos, equivaliendo a 10% de la población en general. Los portadores de depresión frecuentan el Centro de Salud desde su inauguración, sin embargo solamente 03 utilizan Centros de Salud de la Gran Florianópolis para realizar tratamiento con un profesional especializado (psiquiatra y neurólogo). Los demás no estaban utilizando ningún servicio especializado en el momento de la pesquisa. Todos los entrevistados aceptaron participar del grupo de auto-ayuda propuesto, indicando que la persona depresiva necesita modalidades terapéuticas colectivas. Eso puede ser confirmado con el hecho de que la mayoría relató no realizar ninguna actividad que implique algún beneficio en relación a su problema de salud mental. Las personas portadoras de depresión

entrevistadas relataron conocer muy poco o casi nada sobre su enfermedad, sea al respeto de los síntomas, sea sobre el inicio del proceso.

CONSIDERACIONES FINALES

Subsisten, aún, divergencias en cuanto a la pertinencia y eficacia del PSF en el campo de la salud mental en Santa Catarina y en el Estado brasileño como un todo. El consenso llevará algún tiempo para ser alcanzado, considerando el avance de su comprensión como estrategia, y considerando que, para la área de salud mental, no hay contradicción entre sus postulados y aquellos defendidos por la política de la Reforma Psiquiátrica. La inserción de prácticas referidas a la salud mental en el contexto de la atención básica a la salud, desde el PSF promueve el principio de la integralidad y de la accesibilidad, permitiendo un abordaje a la problemática en su conjunto, incluyendo el individuo, su familia y su medio social. El proceso de implantación del PSF admite varios momentos, con mayor o menor sustentabilidad, yendo de una transición intermediaria hasta a una consolidación definitiva. La situación de la atención básica a la salud muestra que aún hay mucho por hacer. Estas mejoras están vinculadas con los obstáculos a la implantación del PSF, con la creación de estrategias eficaces en los diferentes niveles de gobierno. Mejorar la atención básica en Brasil, incluyendo la atención a la salud mental en ese nivel de complejidad, no será posible sin un liderazgo fuerte de los gestores públicos de salud, lo que implica un esfuerzo para incrementar su capacidad de inserción institucional.⁹ En el Centro de Salud investigado, a pesar de las limitaciones, aún permanece en funcionamiento el grupo propuesto, cuyas actividades han sido desarrolladas con el apoyo de una universidad. Los cambios ocurridos en el Centro de Salud, que aún son incipientes, cuentan con la colaboración de los profesionales, al menos para motivar la reflexión y el cuestionamiento sobre que tipo de servicio es ofrecido a los usuarios enfermos mentales. Hay un esfuerzo destinado a intentar modificar esta realidad. Y, aunque las dificultades sean de varios órdenes, el punto favorable reside en el hecho de que los portadores de disturbios mentales ya están familiarizados con los profesionales del PSF y con la rutina del Centro de Salud. Esa familiaridad puede probablemente facilitar la implementación de los grupos de auto-ayuda a los pacientes depresivos y a otros que puedan ser identificados.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alves DSN. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias. In: Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica p. 197- 204. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
2. Brasil. Poder Legislativo. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, 2000.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, TE CORÁ, 2001.
4. Secretaria de Estado da Saúde. Gerencia de Atenção Básica à Saúde. Serviço de Saúde Mental. Saúde Mental: ajudando a si e aos outros. Florianópolis – Folder Educativo, s.d.
5. Almeida ES. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: reforma sanitária e o SUS. In: Westphal M F e Almeida ES (orgs) Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: EDUSP, 2001.
6. Cunha, JPP, Cunha, RE Sistema Único de Saúde: princípios. In: Gestão Municipal de Saúde: 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. Manual da Organização da Atenção Básica, 1999.
7. Cohn, A, Elias, PE Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Departamento da Atenção Básica. Manual da Organização da Atenção Básica, 1999.
9. Mendes, EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
10. Conselho Nacional de Saúde (CNS) Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://www.hcpa.urgs.br/gppg/res/196/96>. Acessado em 10 de julho de 2000.

Fátima Büchele: Prof. Dra UFSC-Depto Saúde Pública. e-mail: buchele@mbox1.ufsc.br. Selma Regina de Andrade: Prof. UNIVALI. Enfermeira SES/SC. Doutoranda UFSC/PEN. bolsita Capes/PDEE. e-mail: selma@univali.br. Elza B. S. Coelho Prof. Dra UFSC-Depto Saúde Pública. e-mail: elza@salema.trix.net. Florianópolis/SC – Brasil.

AUTOR/ES:

J Jurado*, M Pastoret*, P Batallé*, N Brossa*, A Dorca*, T Barnera*, JM Pou**.

* Institut Català de la Salut, EAP de Olot (Girona), ** Servei d'Endocrinologia Hospital de la Santa Creu i Sant Pau - Universitat Autònoma de Barcelona.

TÍTULO:

Estudio preliminar de polimorfismos genéticos en las cohortes del North Catalonia Diabetes Study (NCDS).

TEXTO DEL TRABAJO:

Resumen.

Objetivo: Explorar la posible relación entre la polineuropatía diabética (DPN) y los polimorfismos del gen ACE (inserción / delección), que regula el eje Renina-Angiotensina, en una muestra aleatoria del North Catalonia Diabetes Study (NCDS).

Métodos: Se estudiaron 71 pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), 40 con enfermedad cardiovascular (ECV) y 31 sin ECV, apareados por edad y género, seleccionados para evaluar factores de riesgo cardiovascular emergentes en la población estudiada en el NCDS.

El diagnóstico de DPN se estableció mediante evaluación clínica neurológica; la ECV incluyó isquemia coronaria, accidente vascular cerebral e isquemia periférica; el estudio de los polimorfismos del ACE se efectuó mediante amplificación por PCR con "primers" o cebadores específicos para los alelos D e I.

Resultados: En el grupo con DM2 y ECV, los pacientes con DPN manifestaron menor frecuencia del genotipo heterocigótico D/I que los pacientes sin DPN ($p = 0,012$).

El análisis de regresión logística, utilizando el modelo aditivo D/I, la combinación de alelos D/I, en presencia de DPN, manifestó una odds ratio de 0,081 (0,009-0,720)]. En cambio las distribuciones de genotipo homocigóticas (combinaciones D/D o I/I) no presentaron diferencias entre los pacientes con o sin DPN. En el grupo con DM2 sin ECV únicamente se observó una tendencia ($p = 0,08$).

Discusión: Los resultados observados, en este estudio previo, sugieren que el genotipo heterocigótico en la combinación de alelos D/I podría ser un factor protector de la presencia de DPN.

Dirección de Contacto: Instituto Catalán de la Salud, Passeig de Barcelona s/n 17800 Olot (Girona).
Nº de Teléfono: 972 261916 Nº de Fax: 972 269710 Correo electrónico: p415ujc@pgirona.scs.es

INTRODUCCIÓN

La DM2 es una enfermedad compleja, con componentes genéticos y ambientales, y el análisis de sus aspectos genéticos o de reacción individual comporta un componente predictivo de futuras complicaciones en sujetos aun asintomáticos y que requerirá un enfoque diferente a la hora de encarar los problemas de salud.

La identificación de los potenciales candidatos a padecer las complicaciones de la DM2 puede ser de gran importancia, sobre todo si se realiza antes de sus manifestaciones clínicas, porque puede hacerlas susceptibles de medidas preventivas y/o paliativas para el individuo o el grupo de riesgo.

La polineuropatía diabética (DPN) es una importante y frecuente complicación de la diabetes, cuyo diagnóstico a menudo se ha considerado únicamente para estimar el riesgo de ulceración en los pies, limitando las intervenciones a evitar posibles lesiones.

Sin embargo, además del control metabólico de la diabetes [1], se han ido identificando otros factores de riesgo de DPN modificables como: tensión arterial [2], perfil de lípidos [3] e intervenciones sobre el estilo de vida (ejercicio físico y dieta) [4] y se investiga en nuevos fármacos para su tratamiento.

Así, la detección del riesgo de desarrollar DPN, al igual su diagnóstico precoz, permitirá intervenciones preventivas más adecuadas e intensificar las actuaciones sobre estos factores de riesgo modificables en estadios reversibles de DPN.

Pese a la probada asociación entre mal control metabólico y las complicaciones de la diabetes, existe una clara predisposición familiar y una posible relación con factores genéticos. La manifestación en familias y la ausencia de complicaciones en algunos pacientes con mal control metabólico de la diabetes, indica una predisposición genética para desarrollar complicaciones como nefropatía, neuropatía y angiopatía.

En general, las aproximaciones de la medicina preventiva suelen dirigir-se a la población global, aunque deberían complementarse con estudios poblacionales diseñados para identificar mapas de marcadores genéticos específicos que influyen en la prevalencia de determinadas enfermedades y/o de sus complicaciones, en regiones geográficas y grupos poblacionales, enfocados al desarrollo de programas para los individuos con riesgo.

La elevada prevalencia de la DM2 ocasiona una sobrecarga de servicios asistenciales, y la consecuente identificación de riesgo de complicaciones, mediante SNPs (single nucleotide polymorphisms) resultará en un mejor uso de los recursos sanitarios si se utilizan adecuadamente.

Nuestro objetivo fue explorar la posible relación entre la DPN y los polimorfismos del gen ACE (inserción / delección), que regula el eje Renina-Angiotensina, en una muestra aleatoria del "North Catalonia Diabetes Study" (NCDS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: En total se estudiaron 71 pacientes con DM2: una muestra aleatoria de 40 que presentaban enfermedad cardiovascular (ECV) y 31 sin ECV, procedentes de las muestras de las cohortes de los proyectos FIS 01/0846 y FIS PI040181, con diseño Casos-Controles.

El diagnóstico de polineuropatía diabética (DPN) se estableció mediante evaluación clínica neurológica por la presencia de síntomas neuropáticos [escala simplificada del Neuropathy Symptom Score (NSS)], la afectación bilateral de pruebas de exploración física (reflejos aquileos, fuerza muscular), pruebas de sensibilidad al dolor, frío y vibratoria (Diapasón de escala graduada y Neurotensiómetro) y Monofilamento 5,07-10gr.

La presencia de ECV se estableció mediante la historia clínica y/o exploración física de: Cardiopatía Isquémica, Arteriopatía periférica y/o presencia de manifestaciones clínicas de isquemia periférica.

El gen del enzima ACE está localizado en el brazo largo del cromosoma 17 y presenta un polimorfismo dialélico: presencia (I) o ausencia (D) de 287 pb en el intrón 16. El estudio de los Polimorfismos gen del ACE, efectuada la extracción del DNA, se realizó sometándolo a digestión por PCR con dos "primers" o cebadores específicos para obtener los dos alelos D e I que se separaron en dos bandas. Los genotipos DD fueron sometidos a una segunda amplificación con PCR, con dos "primers" o cebadores específicos del alelo I, para confirmar su ausencia:

5'GCCCTGAGGTGTCTGCAGCATGT3' y 5'GGATGGCTCTCCCCGCCTTGCTCT3'.

Estos cebadores flanquean la región del polimorfismo del intrón 16. El patrón del ADN se amplificó a un volumen de 50µL con un contenido de 100 ng de cada cebador, 250 µmol de cada dNTP y 2 mM MgCl₂ 2 U taq Ecotaq (Ecogen). El protocolo del termociclador (aparato PTC 100, MJ Research) fue: penetración a 94°C por 30 segundos, recocido a 56° durante 45 segundos, y extensión a 72° durante 2 minutos, en 35 ciclos.

En el análisis estadístico los diferentes genotipos se consideraron como variables independientes y la PND y demás parámetros estudiados, generalmente, como variables dependientes.

La relación entre la PND y los diferentes genotipos de los polimorfismos del ACE se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, pruebas Chi cuadrado (test exacto de Fisher) y análisis de regresión logística.

Consideraciones éticas: Los participantes dieron su Consentimiento Informado y el protocolo del estudio contó con el visto bueno de la Comisión Ética y Comité Científico del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol i Gurina.

RESULTADOS

En la muestra con ECV se observó una prevalencia de DPN del 27,5% y la distribución de genotipos fue: "I/I" 15,4%; "D/I" 43,6%; "D/D" 41,0%. En el grupo con ECV y DPN la distribución fue: "I/I" 20%; "D/I" 10%; "D/D" 70%. En el grupo con ECV sin DPN la distribución fue: "I/I" 13,8%; "D/I" 55,2%; "D/D" 31,0%.

Comparando subgrupos en la muestra de pacientes con DM2 y MCV: - El grupo con PND presentó menor frecuencia del genotipo heterocigotico D/I que el grupo de pacientes sin DPN ($p = 0,012$). - Las distribuciones de genotipo homocigoticas (combinaciones D/D o I/I) no presentaron diferencias significativas entre pacientes con/sin PND. - Mediante análisis de regresión logística, utilizando el modelo aditivo D/I, la combinación de alelos D/I, respecte a la presencia de PND, manifestó una Odds Ratio de 0,081 (0,009-0,720).

En la muestra sin ECV, la prevalencia de DPN fue del 12,9% con una distribución de genotipos: "I/I" 29,0%; "D/I" 32,3%; "D/D" 38,7%. La distribución de genotipos entre subgrupos con/sin DPN, únicamente presentó una tendencia ($p=0.08$).

DISCUSIÓN:

Mientras que la relación entre la PND y el gen de la aldosa reductasa [5, 6, 7] está bien documentada, hemos observado escasa bibliografía respecto a su posible relación [8] con los polimorfismos del gen del eje Renina-angiotensina (ACE), y no parece un "gen candidato" a pesar de su asociación con la nefropatía y/o la retinopatía diabéticas.

Los resultados observados, en este estudio previo realizado en pacientes con DM2 y ECV, sugieren que el genotipo heterocigótico con la combinación de alelos D/I podría ser un factor protector de la presencia de PND, a la vez que puede presentar aspectos comunes con la relación observada en el estudio FIS 01/0846 entre la presencia de PND y componentes del Síndrome Metabólico y la presencia de ECV, una relación que podría sugerir una patogenia común con la lesión vascular.

Esta presencia de combinaciones heterocigóticas, pero en otros genes, también se han observado asociadas a una prevalencia reducida de neuropatía [9] en la DM2.

Nuestros resultados aconsejan profundizar en la identificación del gen del ACE como marcador genético de riesgo de presentar PND en la DM2, especialmente en presencia de patología vascular, e investigar si: la presencia de la combinación D/D observada en pacientes sin macroalbuminúria [9] es un factor de riesgo; la combinación D/I, que hemos observado en pacientes con ECV, es un factor protector; o bien se presenta una posible inactividad o dominancia de un alelo [10].

La principal limitación de nuestro estudio es su carácter casos-controles que no permite el cálculo del riesgo relativo. Otra limitación importante radica en el tamaño de la muestra, condicionada por el carácter preliminar del estudio y los recursos económicos.

Una ampliación del estudio posibilitaría profundizar sobre sus resultados y analizar la distribución de otros polimorfismos, realizar un análisis de asociación, configurar mapas de alta densidad de SNPs (single nucleotide polymorphisms) y establecer una línea de base para el seguimiento de las cohortes del NCDS.

La detección precoz del riesgo de desarrollar DPN permitiría una más adecuada prevención e intensificar las actuaciones sobre los factores de riesgo modificables [1, 2, 3, 4] en estadios reversibles de DPN, una importante y frecuente complicación en pacientes con diabetes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 1998, 352:837-853.
2. Tesfaye S, Chaturvedi N, Eaton SEM, et al., for the EURODIAB Prospective Complications Study Group Vascular Risk Factors and Diabetic Neuropathy. *N Engl J Med* 2005; 352: 341-50.
3. Vinik AI, Erbas T, Park TS, et al. Dermal Neurovascular Dysfunction in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1468-1475.
4. Smith AG, Russell J, Feldman EL, et al. Lifestyle intervention for pre-diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 2006 29(6):1294-1299.
5. Klemm T, Paschke R. Possible genetic causes for late complications of diabetes mellitus. *Med Klin (Munich)*. 2000 Jan 15;95(1):31-9.
6. Heesom AE, Millward A, Demaine AG. Susceptibility to diabetic neuropathy in patients with insulin dependent diabetes mellitus is associated with a polymorphism at the 5' end of the aldose reductase gene. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998 Feb;64(2):213-6.
7. Sivenius K, Pihlajamaki J, Partanen J, et al. Aldose reductase gene polymorphisms and peripheral nerve function in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Aug;27(8):2021-6.
8. Ito H, Tsukui S, Kanda T, et al. Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion polymorphism and polyneuropathy in type 2 diabetes without macroalbuminuria. *J Int Med Res*. 2002 Sep-Oct;30(5):476-82.
9. Rudofsky G Jr, Reismann P, Witte S, et al. Asp299Gly and Thr399Ile genotypes of the TLR4 gene are associated with a reduced prevalence of diabetic neuropathy in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Jan;27(1):179-83.
10. Suzuki Y, Taniyama M, Muramatsu T, et al. ALDH2/ADH2 polymorphism associated with vasculopathy and neuropathy in type 2 diabetes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 Aug;28(8 Suppl Proceedings):111S-116S.

AUTOR/ES:

M.Gallrt, M.Casellas, A.Pedrosa, E. Varela, F. Casellas, N. Borruel, A. Torrejón, M. Antolín, F. Guarner, J-R. Malagelada

TÍTULO:

UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DEL ADN FECAL HUMANO EN EL SEGUIMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

TEXTO DEL TRABAJO:

La determinación de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa (CU) es fundamental en el seguimiento correcto de los pacientes. Para valorar la actividad de la CU se han descrito índices clínicos, biológicos y endoscópicos, con resultados no siempre coincidentes. En la lesión mucosa de la CU se produce descamación de células epiteliales e inflamatorias a la luz, que se puede medir mediante la determinación de ADN humano en heces y que se correlaciona con la presencia o ausencia de actividad inflamatoria.

OBJETIVO: Determinar la estabilidad a largo plazo de la cuantificación del ADN fecal humano en la CU clínicamente inactiva y valorar si los incrementos en su concentración son indicativos de la aparición de brote de la enfermedad.

MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con CU clínicamente inactiva, tratados con mesalazina oral y con seguimiento durante 12 meses o hasta la aparición de un brote de actividad clínica. Se efectuaron controles clínicos y recogida de muestras fecales para la determinación de calprotectina (ELISA) y de ADN fecal humano (PCR cuantitativa a tiempo real) en el momento de la inclusión de los pacientes, al mes y cada 3 meses hasta finalizar los 12 meses de seguimiento o hasta la aparición de brote (Clinical Activity Index > 7).

RESULTADOS: Se incluyeron 54 pacientes con CU inactiva (mediana del CAI 0.0, hemoglobina 13.9 i VSG 8.0 mm/1ªhora). Durante el año de seguimiento, 23 pacientes (42.5 %) presentaron brote de CU, aumentando el CAI de 1.0 a 8.0 ($p < 0.01$). La mediana de la concentración fecal de ADN permaneció estable durante el año de seguimiento en los enfermos que no presentaron brote de CU, oscilando entre un percentil 25% de $1.4E+03$ copias/mg y un percentil 75% de $8.4E+04$; mientras que, la aparición de brote sintomático de CU fue acompañada de un incremento significativo de los valores de ADN ($2.5E+05$ [$5.9E+04 - 2.8E+06$] copias/mg vs $3.9E+03$ [$1.1E+03 - 4.4E+04$] en el momento de la inclusión, $p < 0.01$). La concentración de calprotectina fecal también permaneció estable en los pacientes en remisión, oscilando entre un percentil 25% de 41 $\mu\text{g/g}$ y un percentil 75% de 1356; mientras que, en el brote de CU se produjo un aumento significativo de los niveles de calprotectina (2327 [810– 4314] $\mu\text{g/g}$ vs 389.5 [103 - 1388] en el momento de la inclusión, $p < 0.01$).

CONCLUSIONES: La concentración de ADN fecal humano en la colitis ulcerosa clínicamente inactiva tratada con mesalazina oral se mantiene estable. El menor solapamiento de los valores de ADN fecal humano le concede mayor fiabilidad en el reconocimiento de la aparición de brote en la CU.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Geboes K, Riddell R, Öst A, Jensfelt B, Persson T, Löfberg R. A reproducible grading scale for histological assessment of inflammation in ulcerative colitis. *Gut* 2000;47:404-409.
2. Gomes P, Boulay C, Smith CL, Holdstock G. Relationship between activity indices and colonoscopic findings in patients with colonic inflammatory bowel disease. *Gut* 1986;27:92-95.
3. Casellas F, Antolín M, Varela E, Garcia-Lafuente A, Guarner F, Borrueal N, Armengol Miro JR, Malagelada JR. Fecal excretion of human deoxyribonucleic acid as an index of inflammatory activity in ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004; 2 (8): 683-689.
4. Liu TC, Chang JG, Lin CP, Lee LS, Lin SF, Liu HW, Chen TP. Detection of beta-globin gene from single hairs. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1990; 6:181-185.
5. F Costa, MG Mumolo, M Bellini, MR Romano, L Ceccarelli, P Arpe, C Sterpi, S Marchi, G Maltini. Role of faecal calprotectin as non-invasive marker of intestinal inflammation. *Dig Liver Dis*. 2003; 35: 642-7.
6. Roseth AG, Schmidt PN, Fagerhol MK. Correlation between faecal excretion of indium-111-labelled granulocytes and calprotectin, a granulocyte marker protein, in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 50-54.
7. F Costa, MG Mumolo, L Ceccarelli, M Bellini, MR Romano, C Sterpi, A Ricchiuti, S Marchi, M Bottai. Calprotectin is a stronger predictive marker of relapse in ulcerative colitis than in Crohn's disease. *Gut* 2005; 54: 367-368.

AUTOR/ES:

Carmen Álvarez Nieto, Laura Rodríguez Olalla, Juan Serrano Martos, Manuel Linares Abad

TÍTULO:

¿Es el embarazo en adolescentes un embarazo deseado?

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: Cuando se revisa la bibliografía, el embarazo adolescente se presenta como una "epidemia" y un problema de salud que hay que erradicar, y no como un acontecimiento social que hay que comprender. Nuestro objetivo es contribuir a mejorar el conocimiento sobre la realidad sanitaria y social de la embarazada adolescente. Con ello, pretendemos posteriormente detectar factores de riesgo asociados al embarazo adolescente y proponer posibles intervenciones de prevención de embarazo en adolescentes, y en todo caso de promoción de embarazo adolescente saludable.

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, basado en una entrevista estructurada y anónima, previa firma de consentimiento informado por parte de las participantes. La muestra consta de 56 embarazadas menores de 17 años que acudían a la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Centro Materno Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, para realizar los controles propios de esta consulta, desde enero del año 2002 a diciembre de 2005. La recogida de datos se realizó de manera individual, durante el programa de educación sanitaria para adolescentes embarazadas. Los instrumentos usados para la recogida de datos fueron: hoja de datos personales y variables de estudio, escala de ansiedad en gestantes de alto riesgo, encuesta alimentaria, autorregistro de ingesta. Las principales variables evaluadas además de las socio-demográficas y culturales fueron principalmente: embarazo deseado a no, ansiedad, relaciones de pareja, sexualidad, anticoncepción, hábitos higiénico-dietéticos, embarazo, parto y recién nacido. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados: El perfil de la adolescente que desea embarazo en nuestro estudio es soltera (84%), no estudia (70.8%), no trabaja (87.5%), y en el 80% de los casos los padres viven juntos y la relación con los padres es buena (68%) o muy buena (20%). La pareja no estudia en ningún caso, y trabajan el 84%. El 90.5% de las adolescentes embarazadas no realiza ningún ejercicio físico y ganan más de 15 Kilos durante el embarazo el 29,2%. El embarazo es deseado en un 44,6% de las pacientes existiendo asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el deseo de embarazo por parte de la paciente y de la pareja. El valor del estadístico Kappa (0.851) muy próximo a 1, indica un alto grado de concordancia entre el deseo de las adolescentes por quedarse embarazadas y sus parejas (ambos "buscan" el embarazo). El 52% manifiesta sentirse contenta, con un bajo nivel de ansiedad (menor que las que no desean embarazo), y el tiempo medio con su pareja es de 6 meses a 1 año (34,8%). El mayor apoyo en todos los aspectos lo reciben de sus madres. Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas hay un alto porcentaje de adolescentes con bajo IMC y recién nacido con bajo peso, y además el porcentaje de madres fumadoras que tiene niños con bajo peso también es alto.

Discusión: Los resultados del estudio revelan que el deseo de embarazo de las adolescentes es manifiesto, y éste se ve reforzado por el apoyo que reciben. Metodológicamente, en el tema del embarazo en adolescentes, el problema se fragmenta en las variables que se creen que actúan sobre los jóvenes, como el nivel socioeconómico, el lugar de procedencia o los conocimientos sobre anticoncepción, y queda excluida la interpretación que los jóvenes hacen de sus condiciones, circunstancias y la construcción social de éstas. En las investigaciones se ha descuidado claramente la fenomenología de la maternidad y de la paternidad tempranas, así como la información sobre los contextos y las condiciones en que ésta ocurre y se desenvuelve.

Conclusiones: La investigación para la prevención y la promoción de la salud de los jóvenes requiere que exploremos sus experiencias y vivencias, que descubramos sus prácticas, culturas y modos de razonar, enfatizando la necesidad de respetar las opiniones de las personas e involucrarlas directamente en las decisiones sobre su salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alan Guttmacher Institute. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: can more progress be made? New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 2001.
2. Bermúdez J, Casanova I. Programa de educación sexual en la adolescencia. *Inquietudes* 2003; 8(28):6-15.
3. Callejas S, Fernandez B, Mendez P et al. Educational intervention for preventing unwanted pregnancies and sexually-transmitted diseases among teenagers in the city of Toledo, Spain. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79(5):581-589.
4. Cuesta C. Naturaleza de la evidencia e implicaciones en la salud reproductiva de los jóvenes. *Enfermería Clínica* 2003; 13(4):221-226.
5. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternity in adolescence: obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases. *Ginecol Obstet Fertil* 2002; 30(12):944-952.
6. Klein JD. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics* 2005; 116(1):281-286.
7. Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev* 2006; 3(1):170-171.
8. Montgomery KS. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. *J Pediatr Health Care* 2002; 16(6):282-289.
9. Stevens-Simons C, Sheeder J. Paradoxical adolescent reproductive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:29-33.

AUTOR/ES:

M^a Pilar Calvo del Valle, M^a José San Román Sotillo, Ulpiano Tejerina Guzmán, Esther González María

TÍTULO:

Atención al embarazo, parto y puerperio en mujeres inmigrantes y no inmigrantes de la Z.B.S. Rondilla II de Valladolid.

TEXTO DEL TRABAJO:**JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:**

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, con un aumento progresivo cada año, en donde prácticamente el 50% son mujeres. Éstas son en muchos casos jóvenes en edad fértil, ya que el 48% se encuentran en la franja etaria de 15 a 49 años (1); entre sus posibles necesidades de atención sanitaria se encuentra la atención al embarazo, parto y puerperio.

En la ciudad de Valladolid, en la que se encuentra la zona básica de salud (Z.B.S) Rondilla II, y según los datos del Padrón Municipal (1), el número de inmigrantes se ha incrementado anualmente, pasando de 4.781 en 2002 a 9.347 en 2004 y a 14.587 en 2006. La proporción de mujeres respecto al total de inmigrantes se ha mantenido constante, en torno al 50%, en todos estos años, estando empadronadas en la actualidad 7178 mujeres, lo que representa el 49,2% de la población inmigrante y el 4,26% de la población total de mujeres censadas en la ciudad.

La población atendida en nuestra zona de salud incluye en la actualidad el 12% de la población femenina inmigrante de la ciudad, es decir 860 mujeres (1). Cabe destacar que un 74,40 % de éstas, se encuentran en edad fértil, según la pirámide de población.

En los últimos años se ha detectado un aumento del número de embarazos captados en la Z.B.S., de los cuales, un número creciente corresponde a mujeres inmigrantes, no sólo por la mayor presencia de éstas, sino por su mayor natalidad (2). Algunos trabajos (3-5) han puesto de manifiesto que las diferencias culturales y el desconocimiento del sistema sanitario español, pueden condicionar la utilización de los servicios de salud. En el caso de la gestación, se ha detectado que las mujeres inmigrantes acceden más tardíamente y acuden a un menor número de visitas (6,7), con las posibles repercusiones para la salud de la madre y del hijo.

En nuestra Z.B.S. no existe ningún dato al respecto, por ello este trabajo tiene como objetivo conocer los resultados de la aplicación del programa de salud materno-infantil en todas las mujeres españolas e inmigrantes que acceden al servicio de atención al embarazo, parto y puerperio en la Z.B.S. Rondilla II de Valladolid, así como conocer si existen diferencias entre ambos grupos de mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de todas las mujeres gestantes captadas en la Z.B.S. Rondilla II de Valladolid durante los años 2002, 2003 y 2004.

Las variables consideradas teniendo en cuenta la valoración del riesgo gestacional que propugna la S.E.G.O.(8) son: sociodemográficas (fecha de nacimiento, nivel de estudios, actividad laboral, pareja estable), antecedentes de enfermedad o enfermedad detectada durante la gestación (enfermedad previa, enfermedad de transmisión sexual -ETS-, VIH/SIDA, hepatitis B o C, toxoplasmosis y rubeola) antecedentes obstétricos (número de embarazos previos, número de abortos previos), seguimiento del embarazo actual (fecha de captación del embarazo, edad de la gestante en la captación, semanas de gestación en la primera visita con la matrona, embarazo deseado, aborto espontáneo, interrupción voluntaria de embarazo -IVE-, patología obstétrica que incluye diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia, total de semanas de gestación, analgesia epidural, tipo de parto), utilización de servicios (número de controles de embarazo con la matrona, número de controles postparto con la matrona, educación maternal) y finalmente relacionadas con el neonato (percentil de peso al nacimiento, número de semanas con lactancia mixta, número de semanas con lactancia materna exclusiva, motivo del abandono de lactancia materna). Para las mujeres inmigrantes se han considerado además: país de origen, estancia legal y comprensión del idioma.

Los datos se han obtenido de las historias clínicas del embarazo y pediatría en atención primaria, así como de los registros de la consulta de la matrona. En los casos de mujeres que han cambiado de zona de salud se solicitó la información, bien por entrevista telefónica, o bien a través del centro de salud en el que reciben actualmente la atención.

En el análisis estadístico se describen las características de la población con medias o porcentajes. Se comparan los datos entre mujeres inmigrantes y no inmigrantes con ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis para datos cuantitativos y con chi-cuadrado para cualitativos. Se calcula OR para variables dicotómicas. El nivel de confianza es 95%. El análisis se realiza con EPIINFO 3.2.

RESULTADOS

El total de mujeres gestantes captadas es de 348; de ellas 58 son inmigrantes (16,7%) y 290 (83,3%) no inmigrantes.

Respecto a la población inmigrante, provienen de 12 países distintos, aunque el 54% son latinoamericanas. 14 mujeres (24%) tienen estancia ilegal, y 8 mujeres (14%) no entienden el idioma, si bien sólo una, no va acompañada de traductor.

Las diferencias entre gestantes inmigrantes y no inmigrantes son estadísticamente significativas en cuanto a nivel de estudios (12% con secundaria o universitarias vs 49%; 86% primarios vs 50,7%; 1,7% analfabetas vs 0%); actividad laboral, con 22,4% en servicio doméstico vs 1,7 y 6,9% con trabajo cualificado vs 31,7%; pareja no estable (13,6% vs 2,1%) OR 7,5 (2,5-22,7); número de embarazos previos (1,09 vs 0,57); edad en la captación de la gestación (27 años vs 31); semanas de gestación en la primera visita (13,2 vs 8); embarazo no deseado (41,4% vs 15,9%) OR 3,7 (2-6,8); número de controles de gestación por la matrona (2,6 vs 3,1); número de controles postparto por la matrona (0,65 vs 0,76); asistencia a educación maternal (6,9% vs 47,1%) OR 0,08 (0,02-0,23); y analgesia epidural (63% vs 82,3%) OR 0,37 (0,18-0,74). Existen igualmente diferencias estadísticamente significativas respecto a la patología obstétrica al considerar en conjunto los casos de preeclampsia, eclampsia y diabetes (6,9% vs 1%) OR 7,1 (1,5-32,5), si bien al analizar individualmente cada patología sólo se mantiene estas diferencias respecto a los casos de preeclampsia (5,2% vs 0,3%) OR 15,8 (1,6-154,3). En cuanto a la patología infecciosa detectada durante la gestación las diferencias son estadísticamente significativas únicamente en las ETS distintas de VIH (3% vs 0%).

No se han encontrado diferencias significativas respecto al número de abortos previos (0,4 vs 0,2), aborto espontáneo (7% vs 13,8%) o interrupción voluntaria de embarazo (5,3% vs 2,1%) durante la gestación en estudio, VIH/SIDA (0% vs 0,3%), hepatitis B o C (0% vs 0,3%), total de semanas de gestación (35,9 vs 35), tipo de parto (54,3% de partos eutócicos vs 59,7%, 10,9% instrumentales vs 16,9% y 30,4% de cesáreas vs 21,8%). No hay diferencias en la duración en semanas de la lactancia materna (9,6 vs 11,3), ni mixta (2,7 vs 4), si bien es significativamente menor el porcentaje de inmigrantes que utiliza la lactancia mixta (18% vs 36,3%). Tampoco hay diferencias en el motivo de abandono de la lactancia materna (11,8% vs 7,8% por elección materna con motivo no laboral, 7,8% vs 4,9% por incorporación al trabajo, 9,8% vs 15% por prescripción debido a enfermedad infantil o materna) ni respecto al percentil de peso del neonato (44,2 vs 46). Respecto a los problemas de salud previos a la gestación, su baja prevalencia no permite hacer estimaciones.

Existe una tendencia entre las mujeres inmigrantes a un mayor número de IVE y de cesáreas. Destaca en ambos grupos el mantenimiento de la lactancia materna hasta que el niño no precisa lactancia adaptada en un 35% de los casos.

DISCUSIÓN:

Al igual que en otros estudios (6,7,9), la población de gestantes inmigrantes estudiada tiene menor nivel de estudios y peores condiciones laborales que las mujeres no inmigrantes; las diferencias entre ambos grupos se dan fundamentalmente en el periodo pregestacional y en la gestación, pero no así en el periodo neonatal. Con mayor frecuencia las mujeres inmigrantes no tienen pareja estable en el momento del embarazo, lo que podría influir en el importante número de embarazos no deseados y plantea la necesidad de reforzar el conocimiento y la utilización de los servicios de planificación familiar; son además, más jóvenes en el momento de la captación del embarazo y sufren mayor número de patologías durante el mismo. Cabe destacar, en consonancia con otros estudios (6,7), las diferencias en las semanas de gestación en la primera visita (en promedio 5 semanas más tarde) y en la asistencia a educación maternal (la mitad de las españolas van al menos al 50% de las sesiones, mientras que sólo el 7% de las inmigrantes acuden).

El hecho de que acudan más tarde a la primera visita de la matrona, asistan a un menor número de controles de gestación en atención primaria que las mujeres no inmigrantes, y especialmente la menor asistencia a educación maternal, podrían estar indicando un peor control de todo el periodo gestacional e influir en el mayor número de problemas encontrados; por otra parte, parecen indicar que estas mujeres realizan una infrutilización de los servicios que se ofrecen desde atención primaria para la promoción, prevención y control de la Salud Materno-Infantil. Estos aspectos junto con el menor uso de analgesia epidural por parte de las inmigrantes podrían sugerir que existen problemas de accesibilidad que merecen ser estudiados con más profundidad.

A pesar del limitado número de mujeres inmigrantes estudiadas, nuestros resultados están en consonancia con los datos arrojados por estudios realizados en otras Comunidades como Madrid (3), Navarra (9), Andalucía (6) y Castilla la Mancha (5), así como con los trabajos elaborados por el Instituto de la Mujer (10), y nos hacen plantear la necesidad de revisar la adecuación de los protocolos de atención a la mujer a las características de las nuevas poblaciones, tanto de atención a la gestante como de anticoncepción, con el fin de disminuir embarazos no deseados e IVEs, y de favorecer un acceso más temprano y continuado a los cuidados de la mujer en edad fértil. Si bien existen iniciativas en marcha en nuestra Comunidad Autónoma (11), en las que se propone la elaboración de guías para la asistencia sanitaria a inmigrantes que faciliten el acceso al sistema sanitario, será necesario reforzar la difusión y aplicación de las mismas entre los profesionales sanitarios; igualmente deberá fomentarse la elaboración de documentos dirigidos a las mujeres inmigrantes que les ofrezcan información sobre la atención y protección sanitaria durante el embarazo, parto y postparto incluyendo asesoramiento en planificación familiar y educación sexual, potenciando su difusión en los ámbitos más utilizados por esta población.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ayuntamiento de Valladolid. Evolución y características de la población de nacionalidad extranjera empadronada en Valladolid. Disponible en: <http://www.ava.es> (Consultada el 3-04-2006).
2. INE: Encuesta de Fecundidad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es> (Consultada el 17-04-2006).
3. Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Estudio de salud de la ciudad de Madrid 2.005.
4. Felipe Santamaría N., Gayoso S., Guerra A., Martín C., Ruiz-Escribano E., Zúñiga A. Inmigrantes y Atención Sanitaria en España. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva>. (Consultada el 28/03/2006).
5. Cid G., Gómez ML., Porras T., Antón MJ., Vázquez MD., Buedo B. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? *Enferm Comun* 2005;1(1):24-28.
6. Martínez E., López A.F., Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Prof.* 2004;5 (17):12-18.
7. Pérez S., Muñoz N., Robledo A., Sánchez Y., Pallás CR., De la Cruz J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr. (Barc)* 2004; 60:3-8.
8. Fabre E. Manual de asistencia al embarazo normal. SEGO 2ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones S.A. 2001.
9. De la Torre J., Coll C., Coloma M., Martín JI., Padrón E., González NL. Control de gestación en inmigrantes. Departamento de Salud del gobierno de Navarra. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple5a.html>. (Consultada 07/08/2006).
10. Castillo S. La salud de las mujeres inmigrantes: indicadores, percepción, accesibilidad y utilización de los servicios de salud. Instituto de la Mujer. 2001.
11. Junta de Castilla y León. Plan Integral de Inmigración en Castilla y León 2005-2009: Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia.

AUTOR/ES:

Marca Lorenzo-Díaz, Antonio Hernández-Martínez, Carmen Pardo-Serrano, Juan García-García, Diana Gil-González.

TÍTULO:

Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

La sociedad española asiste desde 1996 a un vigoroso crecimiento de la población inmigrante (1) especialmente extracomunitaria debido, entre otros factores, a los desequilibrios Norte-Sur, al control migratorio desarrollado en el resto de Europa, y a la coincidencia con un periodo intenso de crecimiento de la actividad económica española, que han convertido al Estado español en un destino cada vez más definitivo de los inmigrantes económicos (2). La segmentación del mercado laboral, con puestos de trabajo escasamente cualificados y fácilmente controlables para las mujeres, y las políticas migratorias españolas definidas en la "Regulación del 2000" y la "Documentación por Arraigo del 2001" (3) que posibilitan el asentamiento por vínculos familiares (3), han favorecido el incremento de mujeres inmigrantes (feminización de la migración), fundamentalmente en nacionalidades Latinoamericanas.

Este perfil migratorio es causa de formas específicas de demandas sanitarias moduladas por las condiciones de vida en el país receptor (4) y por los presupuestos de atención sanitaria de la Ley de Extranjería (5). Concretamente, la utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes está centrada en el área gineco-obstétrica (6) y pediátrica (7).

Es reciente en España el interés por estudiar los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes y sus condicionantes. Mientras que algunos trabajos concluyen que no hay diferencias entre inmigrantes y sus hijos y autóctonas (8), otros manifiestan más factores de riesgo obstétrico y perinatal en las primeras (9) fundamentalmente debido al escaso apoyo social y deficientes condiciones socio-económicas, y sugieren realizar una captación mayor y más temprana de estas gestantes (10). En otros países con una amplia trayectoria sanitaria en materia de diversidad cultural como son Estados Unidos y Canadá (4), se ha tipificado el fenómeno denominado paradoja epidemiológica (11) o paradoja latina (12), puesto que los resultados obstétricos y neonatales (bajo peso, prematuridad y mortalidad infantil) son mejores en mujeres latinas con bajo estatus socioeconómico (especialmente mejicanas) que los encontrados en mujeres blancas anglosajonas y afroamericanas. Al parecer, son las prácticas culturales tradicionales mejicanas las que desempeñan un factor de protección en el embarazo y en el parto.

En este sentido, se pretende identificar el perfil epidemiológico obstétrico y neonatal de las gestantes inmigrantes que dieron a luz en el Servicio de Partos del CHUA durante los años 2004 y 2005.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en el Servicio de Partos del CHUA durante los años 2004 y 2005. La población de referencia está constituida por todas las mujeres que ingresaron en el Servicio durante el periodo considerado (n=6.165, 677 inmigrantes y 5.488 autóctonas). Se excluyeron a dieciséis inmigrantes: cuatro con parto gemelar, dos con fetos nacidos muertos y diez por nacionalidad mal recogida. La población final objeto de estudio (1.322) se constituyó a partir del total de la población inmigrante (661) y un número similar de población autóctona seleccionada según el orden de registro inmediatamente anterior al de la mujer inmigrante en el Libro de Partos, principal fuente de información.

Las variables recopiladas para el análisis fueron las siguientes: nacionalidad, operacionalizada de forma dicotómica (autóctona/inmigrante), nominal por área geográfica (Latinoamérica, Magreb, países del Este de Europa, autóctonas), y desagregada por países de procedencia; edad de la madre (en años cumplidos truncándola al incrementarla en 0,5 unidades).

Variables obstétricas: paridad, dicotómica (primípara/múltipara); antecedentes obstétricos (número de embarazos, cesáreas, abortos e hijos); edad gestacional, ordinal (pretérmino/a término/posttérmino); tiempo total de parto (minutos); tipo de parto (eutócico/instrumental/cesárea); tipo de parto, dicotómica (eutócico/distócico); parto en expulsivo, dicotómica (sí/no) y empleo de analgesia regional, dicotómica (sí/no). Variables neonatales: peso del recién nacido (gramos); pH de arteria umbilical; Test de Apgar (al minuto y a los cinco minutos) e ingreso en Pediatría, dicotómica (sí/no)

Se efectuó una descripción de las variables estudiadas. En el análisis bivariante, se emplearon las pruebas de la ji-cuadrado y la t de Student; como pruebas no paramétricas, la U de Mann Whitney junto con la prueba de la mediana. La asociación entre variables se evaluó mediante razones de prevalencia y razones de odds de prevalencia para las variables dicotómicas acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Se realizó análisis multivariante por medio de la regresión logística binaria para aislar el efecto neto de ser una mujer inmigrante sobre la morbilidad obstétrica y neonatal, controlando los posibles factores de confusión. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 11.5).

Resultados

En el CHUA se produjeron 6.165 partos, 3.099 en el año 2004 y 3.066 en el 2005, de los cuales 661 correspondieron a mujeres inmigrantes (10,7%), 288 en el primer año (9,3%) y 373 en el segundo (12,2%). Esto ha supuesto un incremento del 29,5%, y un crecimiento negativo en los partos de madres autóctonas (un 4,4%). Las mujeres latinoamericanas son mayoritarias (43,1%), y por nacionalidades, las más frecuentes han sido la rumana, la ecuatoriana, la marroquí y la colombiana.

Se evidencia que las inmigrantes son más jóvenes ($p < 0,000$), la edad promedio y la desviación estándar de las inmigrantes primíparas se sitúan en 25,9 años \pm 5,7 frente a las autóctonas que fueron de 30,6 años \pm 5,1. En las inmigrantes múltiparas son de 28,8 años \pm 5,3 y para las autóctonas, 32,9 años \pm 4,6.

Si tenemos en cuenta la edad considerada de riesgo obstétrico, según el criterio de García et al.²⁹, las inmigrantes tienen un mayor porcentaje en bajo riesgo. Por el contrario, en las autóctonas hay que resaltar la elevada frecuencia relativa de mujeres añosas ($p < 0,000$). Los partos en adolescentes representan el 6,6% en inmigrantes y el 1,4% en autóctonas ($p < 0,000$). La casi totalidad de estos partos son aportados por mujeres procedentes de dos áreas geográficas: Este de Europa (58,5%) y Latinoamérica (29,3%).

Las inmigrantes tienen un número significativamente superior de embarazos, partos (multiparidad), hijos, y abortos respecto a las españolas. Sin embargo, no existen diferencias en el número de cesáreas previas. Por nacionalidades, destaca el 29,6% de las mujeres originarias de los países del Este, que tienen un número de abortos superior a la mediana frente al 16,1% de las autóctonas. En cuanto a las mujeres latinas, el número de cesáreas anteriores ($p < 0,000$) y abortos ($p = 0,001$) también son mayores.

Los partos de mayor riesgo, fundamentalmente pretérmino, son más prevalentes en las inmigrantes ($p = 0,009$) y suponen 1,5 veces más de probabilidades que los partos de riesgo en las autóctonas (IC del 95%, 1,1-2,1). El porcentaje de partos pretérmino en las mujeres de los países del Este es del 17,1% y el de las autóctonas del 9,0% ($p = 0,001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración media del parto entre ambos colectivos ni en el porcentaje de partos en fase de expulsivo, pero sí en el tipo de parto. Las inmigrantes presentan mayor porcentaje de partos eutócicos ($p = 0,022$), especialmente las mujeres del Este (74,4% frente a un 59,6% de autóctonas; $p < 0,000$). Sin embargo, el análisis multivariante relaciona el tipo de parto solamente con el peso del recién nacido, paridad, cesáreas anteriores y la edad de la madre. La paridad actúa más claramente como factor de protección, de manera que las múltiparas tienen menor riesgo de parto distócico.

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas respecto a los resultados neonatales (peso, pH y Apgar) excepto en el ingreso en Pediatría, que es mayor en los hijos de inmigrantes ($p=0,034$). En el análisis multivariante, el ingreso en esta Unidad únicamente se relaciona con la edad gestacional y el peso del recién nacido.

El uso de analgesia epidural es más frecuente en las gestantes autóctonas que en las inmigrantes ($p<0,000$). Por nacionalidades, el 48,1% de las magrebíes ($p<0,000$), el 51,0% de las mujeres del Este ($p<0,000$) y el 32,3% de las latinas ($p=0,027$) no usan analgesia epidural frente a un 25,2% de las autóctonas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Birsl U, Solé C. Migración e interculturalidad en Gran Bretaña, España y Alemania. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2004.
2. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria de los inmigrantes económicos. *Gac Sanit.* 2001; 15(4): 320-6.
3. Martínez R. La reciente inmigración latinoamericana a España [monografía en Internet]. Serie población y desarrollo [actualizado 2003; citado 7 mayo 2006]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/wxis.exe/>
4. Meñaca A. Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: Fernández G, coordinador. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 53-64.
5. Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. L.O. N° 14/2003 (20 noviembre 2003).
6. Hernández A, de Dios R, Franco A, Tena G, Grueso E, Muedra M. Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. *SEMERGEN.* 2004; 30(9): 431-6.
7. Jansà JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl 1): 10-4.
8. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallás CR, de la Cruz J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc).* 2004; 60(1): 3-8.
9. Bernis C. Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. *Antropo.* 2005; 10: 61-73.
10. Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión.* 2004; 5(17): 12-8.
11. Rosenberg TJ, Raggio TP, Chiasson MA. A further examination of the "epidemiologic paradox": birth outcomes among Latinas. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97(4): 550-6.
12. McGlades MS, Saha S, Dahlstrom ME. The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care

AUTOR/ES:

Regina Aparecida Andrade, Ana Cristina Vilhena Abrão, Adriana Sanudo

TÍTULO:

EFECTOS DE LA MAMOPLASTÍA REDUCTORA Y MAMOPLASTÍA DE AUMENTO CON RELACIÓN AL TIPO DE LACTANCIA-ESTUDIO DE TIPO COHORTE

TEXTO DEL TRABAJO:

La insuficiencia en la producción de leche es una de las causas más frecuentes que refieren las madres para no amamantar, y se configura como uno de los grandes desafíos para la asistencia a la lactancia materna. Esta situación queda más evidente en mujeres que se realizaron cirugía de implante de silicona o reducción mamaria, generando inseguridad en cuanto a su capacidad de producir la suficiente leche para satisfacer a su bebé. Respecto a las cirugías plásticas en el Brasil, según investigación realizada con los cirujanos plásticos en el 2003, el Brasil fue el segundo país donde más se realiza cirugía plástica, totalizando en este año cerca de 622,000 plásticas, distribuidas en 60% estéticas y 40% reparadoras, siendo el 70% en mujeres, 30% en hombres y 13% en adolescentes. De las cirugías estéticas más realizadas, están la liposucción (56%), cirugía de mamas (aumento o reducción) (38%) y procedimientos en el rostro (30%); entre las cirugías de mamas, 23% corresponden a implantes de silicona mientras que el 15%, a cirugía de reducción(1)

OBJETIVO: Estudiar los efectos de la mamoplastía reductora y mamoplastía de aumento con relación al tipo de lactancia. **MÉTODO:** Se trata de un estudio observacional, de tipo cohorte, prospectivo, realizado en un hospital privado en la ciudad de Sao Paulo, Brazil. La población estuvo constituida por mujeres internadas en la maternidad del referido Hospital en el período de diciembre del 2004 a julio del 2005 y que estaban amamantando. La muestra final comprendió a 74 mujeres siendo 25 con cirugía reductora, 24 con cirugía de aumento y 25 que no habían sido sometidas a ninguna cirugía mamaria. Los datos fueron recolectados entre diciembre del 2004 a julio del 2005, por medio de tres consultas de enfermería realizadas con madres y niños mediante el consentimiento informado dado por cada madre; durante el internamiento de la puérpera a partir de las 48 a las 72 horas después del parto; del quinto al séptimo día y, después del alta, en torno de los 30 días. El instrumento utilizado fue elaborado específicamente para el estudio. Las variables maternas seleccionadas para el estudio fueron: edad, color de la piel; situación conyugal, escolaridad, profesión u ocupación, número de paridades, tipo de parto, expectativas negativas actuales en relación al amamantamiento, tipo de cirugía, tiempo de cirugía, orientación del cirujano en relación a las interferencias en el amamantamiento; preocupaciones en relación a la cirugía y al amamantamiento. Las variables neonatales seleccionadas fueron: edad gestacional al nacer, sexo, peso. La variable, tipo de lactancia materna fue verificada en la primera, segunda y tercera consulta. Esta variable se refiere al tipo de lactancia adoptado, que puede ser exclusivo o no. En la lactancia materna exclusiva, el niño no recibe ningún tipo de alimento o líquido, apenas la leche materna. En la lactancia materna no exclusiva, el niño puede estar en lactancia materna predominante (recibe leche materna, agua e infusiones); lactancia mixta (recibe leche materna en parte del día, pero también recibe líquidos y leche artificial) o está en lactancia artificial (recibe solamente leche artificial). Para el análisis estadístico se usaron los tests Chi-cuadrado, test Exacto de Fisher, análisis de varianza (ANOVA) y análisis de varianza con medida repetida (2) . En todo el análisis estadístico, el nivel de significancia adoptado fue del 5% ($\alpha=0,05$). **RESULTADOS:** En lo que se refiere a la edad, escolaridad, profesión, ocupación, los grupos fueron homogéneos ($p>0,05$). La mayoría de las mujeres sometidas a la cirugía era primípara y las del otro grupo secundíparas o más. La mayoría de las mujeres de los grupos de Implante y Reducción recibió la información del cirujano de que la cirugía no iba a interferir en el amamantamiento (85% e 64%, respectivamente). El resto de las mujeres no recibió ningún tipo de información sobre las posibles interferencias de la cirugía en el amamantamiento. En cuanto a los sentimientos de preocupación en relación a la cirugía y al amamantamiento, la mayoría de ellas refirió no estar preocupada, sin embargo cinco mujeres del grupo de Implante y diez del grupo de Reducción relataron miedo de no conseguir dar

de lactar ni de tener leche por haberse realizado la cirugía. Respecto a la experiencia en amamantar después de la cirugía, la mayoría de las mujeres de los dos grupos no la poseía y las que tenían experiencia, cuatro mujeres del Implante lo hicieron por más de un mes y de ocho mujeres del grupo de Reducción, dos amamantaron hasta un mes y seis además de un mes. Con relación al tipo de lactancia, los resultados mostraron que, en la primera consulta, realizada entre las 48 y 72 horas después del parto, el número de niños en lactancia exclusiva no varió entre los grupos Implante, Reducción y en grupo sin cirugía ($p=0,114$). En la segunda consulta, realizada entre el quinto y séptimo día después del parto, se observó una variación entre los grupos, estadísticamente significativa ($p=0,001$), siendo más evidente la diferencia en el grupo de mujeres con Reducción. Esta diferencia quedó más evidente en la tercera consulta, realizada en torno a los treinta días después del parto, con el 80% de mujeres del grupo sin cirugía en lactancia materna exclusiva contra 54,2% del grupo Implante y 32% del grupo de Reducción ($p=0,003$). DISCUSIÓN: En cuanto a las informaciones sobre la cirugía, la mayoría de ellas, tanto del grupo de Reducción como las del Implante recibió la información del cirujano de que la cirugía no iba a interferir en un futuro amamantamiento y, por esta razón, ellas no se mostraron preocupadas. Entre tanto, en un estudio cualitativo realizado con mujeres sometidas a la cirugía plástica de mama se identificó, en los discursos de las madres, una preocupación que surgió desde la gestación y que se acentuó después del nacimiento del bebé(3). Esta situación coincide con los resultados obtenidos en este estudio, en cuanto a que algunas mujeres del grupo de Reducción e Implante, cerca del 40% de ellas, refirieron miedo de no conseguir amamantar por haberse realizado cirugía. Otros estudios también muestran la desinformación de las madres con relación a las posibles dificultades para el amamantamiento, consecuentes de la falta de orientación u orientación inadecuada dada por algunos cirujanos(3-5). A pesar de los resultados, la mayoría de las mujeres no se mostró preocupada en relación al amamantamiento. En relación a la experiencia de amamantar después de la cirugía, se observó por los resultados obtenidos, que las que amamantaron, lo consiguieron por un período además de un mes, lo que muestra que a pesar de la cirugía realizada la estructura mamaria en funcionamiento fue mantenida, si no en su totalidad, mas, lo suficiente para que la mujer pudiese producir leche por un cierto período. En lo que se refiere al tipo de lactancia la literatura que relaciona las cirugías plásticas y el tipo de amamantamiento practicada por las mujeres es escasa, sobre todo en la definición de lo que significa éxito o no en la lactancia materna, siendo difícil hacer un análisis más profundo(5-9). En un trabajo realizado para identificar estudios relacionados al asunto se encontró que el amamantamiento entre las mujeres que tenían cirugía Reductora varió de 19% a 82% y en las mujeres con Implante, entre 36% a 85%. Entre tanto, las comparaciones entre los resultados quedaron perjudicadas en razón del pequeño número de la muestra y otras limitaciones, como tipo de cirugía y ausencia de definición del tipo de lactancia(6). Los resultados encontrados muestran que, en la primera consulta, realizada entre 48 y 72 horas después del parto, el número de niños que estaban con lactancia exclusiva no varió entre los grupos sin cirugía, de Implante y Reducción, a pesar de que dos niños en el grupo de mujeres con Implante y cuatro en el grupo de mujeres con Reducción ya estaban con lactancia no exclusiva. En la segunda consulta, realizada entre el quinto y séptimo día post-parto, se observó una variación entre los grupos estadísticamente significativa, siendo más evidente la diferencia en el grupo de mujeres con reducción. Esta diferencia quedó aun más evidente en la tercera consulta, realizada en torno a los treinta días después del parto, donde se obtuvo el 80% de mujeres del grupo sin cirugía y con lactancia materna exclusiva contra el 54.2% del grupo de Implante y el 32% del grupo de Reducción. En relación a la lactancia no exclusiva, en la primera consulta, se pudo observar que la lactancia mixta ya estaba presente en dos niños del grupo de Implante y tres del grupo de Reducción. En la segunda consulta, surgió un caso en el grupo sin cirugía respecto a la lactancia mixta y tanto en el de Implante como en el de Reducción hubo un aumento considerable de dos a cinco y tres a doce, respectivamente para este tipo de lactancia. Esta tendencia queda aun más evidente por alrededor de la tercera consulta, en que aparecen, también por primera vez, tres casos de lactancia artificial en el grupo de Reducción. Se puede afirmar, con aproximadamente un mes de vida, que la lactancia mixta y artificial fue observado en el 68% de los niños, cuyas madres se habían sometido a cirugía Reductora, o sea, apenas el 32% estaban en lactancia materna exclusiva.

En el grupo de Implante, el 41% de los niños por alrededor del trigésimo día de vida estaban con lactancia mixta. De los niños del grupo sin cirugía, el 80% estaban con lactancia materna exclusiva y apenas el 16%, con lactancia mixta. En relación al tipo de lactancia, un estudio retrospectivo realizado entre 1984 y 1994, seleccionó a 544 mujeres sometidas a cirugía reductora. De éstas, 334 podían ser contactadas o entrevistadas por teléfono. El éxito de la lactancia fue definido por la duración del amamantamiento por dos semanas o más. El número de la muestra final fue de 78 de las cuales 15 (19,2%), estaban con lactancia exclusiva, 8 (10,3%), complementando con fórmula láctea, 14 (17,9%) no consiguieron amamantar en dos semanas y 41 (52,6%) ni intentaron amamantar(10). De la misma forma, un estudio realizado en el Brasil, con 49 mujeres sometidas a la cirugía Reductora por la técnica de transposición encontró el porcentaje de lactancia materna exclusiva estando un poco debajo de los que fueron encontrados en este estudio (11) . Autores realizaron un estudio retrospectivo con treinta mujeres sometidas a cirugía plástica Reductora y verificaron que, por ocasión del alta, el 73% estaban amamantando, pero después de tres meses el número cayó al 27% que amamentaban, apenas una paciente, permaneció amamentando exclusivamente. Para el grupo Control, el 54% estaban amamentando alrededor, del tercer mes, de éstas el 47% estaba con lactancia exclusiva (12). Contrariamente a los resultados presentados anteriormente, un estudio retrospectivo realizado con mujeres en edad entre 15 y 40 años divididas en dos grupos: un grupo control compuesto por 149 mujeres con macromastía, edad promedio de 27 años que estaban siendo evaluadas en cuanto a la posibilidad de una cirugía reductora futura, a pesar de tener hijos antes de esa evaluación. Y otro grupo que se constituyó de 58 mujeres con edad media de 29 años que tuvieron hijos después de la cirugía plástica. Los resultados encontrados mostraron no haber diferencia significativa en cuanto al amamantamiento exclusivo o uso de complementos en la segunda semana después del parto(13) . Los resultados mostraron que, en los casos de mujeres con mamoplastía reductora y de aumento, es muy importante hacer una evaluación individual porque la incapacidad de amamantar no está presente en todos los casos.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Estatísticas da cirurgia plástica no Brasil. São Paulo. [citado 2006 ago24]. Disponível em: <http://www.wamb.org.br/jamb/jan-fev05/pg9.pdf>.
- 2- Altman DG. Practical statistics for medical research. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC; 1991. 611p.
3. Dornaus MFPS. A experiência de amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia reductora e de aumento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005
4. Hill PD, Wilhelm PA, Aldag JC, Chatterton RT Jr. Breast augmentation & lactation outcome: a case report. MCN Am J Matern Child Nurs. 2004;29(4):238-42.
5. Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? MCN Am J Matern Child Nurs. 1993;18(4):213-7.
6. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Cochrane Review) [cited 2005 Aug 3]. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software. Available from: <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show>.
7. Johansson AS, Wennborg H, Blomqvist L, Isacson D, Kylberg E. Breastfeeding after reduction mammoplasty and augmentation mammoplasty. Epidemiology. 2003;14(1):127-9.
8. Smith M, Kent K. Breast concerns and lifestyles of women. Clin Obstet Gynecol. 2002;45(4):1129-39.
9. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. Obstet Gynecol. 1996;87(1):30-4.
10. Jordan ME, Blum RW. Should breast-feeding by women with silicone implants be recommended? Arch Pediatr Adolesc Med. 1996;150(8):880-1.
11. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. J Hum Lact. 2003 Feb;19(1):43-9; quiz 66-9, 120.
12. Brzozowski D, Niessen M, Evans HB, Hurst LN. Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 2000;105(2):530-4.
13. Cruz KN, Korchin L. Breastfeeding after vertical mammoplasty with medial pedicle. Plast Reconstr Surg. 2004; 114(4):890-4.

AUTHOR/S:

Felicity Hasson, Professor Hugh Patrick McKenna, Dr Marlene Sinclair, Dr Assumpta Ryan, Sinead Keeney, Dr Ann Wakefield, Dr Karen Spilsbury & Professor Frank Dobbs

TITLE:

Healthcare assistants: exploring student nurses' experiences

TEXT:

Background: Driven by global staff shortages, economic imperatives and policy and organisational reform, the use of unqualified personnel to assist registered nurses in the delivery of care has escalated internationally. However the development of this role has occurred in an ad hoc way, which, regardless of health-care setting, has resulted in a lack of uniformity regarding the title, role, training and function. In the UK, this worker is referred to as a 'health care assistant' (HCA), is not regulated and represents 17% of 1.3 million National Health Service workforces [1]. Initially the role was introduced to assist registered nurses deliver care; however evidence suggests that the HCAs are undertaking more and more duties which were historically and legally located within the nurses' scope of practice [2-3]. Despite this, an analyses of their impact remain limited [4]. Little is known about their numbers, composition, preparation, or their impact on service delivery, teamwork, or care. Whilst the nursing literature contains numerous reports describing the perceptions of RNs who have worked with HCAs, little evidence reports the experience and impact of student nurses working alongside HCAs in clinical practice.

A trawl of international literature relating to educational policy did not uncover any specific policy or reference towards the role of the assistant and the trainee in nursing or any other discipline. Standards of mentoring in pre-registration nursing do not acknowledge the role of the HCA has in supporting students [5], and a number of studies have found that HCAs are mentoring and teaching pre-registration students on clinical placement [6-7]. Although the UK Nursing and Midwifery Council has dictated that students must not be mentored by HCAs [8], some authors and students believe HCAs are valuable asset to student learning [9-11]. This paper reports on the final phase of a larger project, which investigated undergraduate student nurses' perceptions of the role of health care assistants (HCA) and how this affects the clinical placement experience.

Method:

A class administered questionnaire, based on findings from focus groups and a review of the nursing literature, was distributed to 722 pre-registration nursing students at one university. The questionnaire was piloted on ten percent of the second year student population (n=72) and modification to the format of the questions made [12]. The final instrument contained a mixture of open, closed and scale-type items. The questionnaire and a covering letter explaining the nature of and necessity for the study were distributed to the students. The questionnaires were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (Version 11). Frequency and descriptive statistics were employed to summarize the data. Ethical approval was gained from the University of Ulster Nursing Ethics Filter Committee and permission gained from relevant education managers. The research was undertaken over a 4-month period from August to November 2005, (during the end of the 3rd semester in the academic year 2004-2005 and start of the 1st semester in the academic year 2005-2006).

Findings:

In total 439 questionnaires were returned providing a 67% response rate. Forty-three percent (n=190) were first year registered students, 17% (n=74) second year and the remaining 40% (n=175) were third year students.

The majority of students (78% n=342) felt that the University or clinical mentors (82% n=362) did not adequately prepare them to work alongside HCAs, delegate or supervise HCAs.

The majority of students 61% (n= 269) were unaware of the various roles and levels of responsibility afforded to different HCAs. As a result, some students felt the HCA role exceeded the expected scope, leading to unease that HCAs were undertaking duties within the nursing domain. Over half of the sample (54% n=237) reported a perceived lack of distinction between the clinical role of the student and the HCA. Students identified a range of activities suitable for HCA remit such as bathing patients (98% n= 427) and reassuring patients and relatives (79% n=347), but also felt that drug administration (*3% n=363), taking blood samples (61% n=265) and care planning (56% n=248) was inappropriate for an HCA to perform. However potential problems were identified in relation to students' lack of formal preparation to work alongside HCAs and a lack of clear role boundaries between the registered nurse, HCA and student nurse.

The findings suggest that students are being taught the fundamentals of nursing care by HCAs. Eighty percent of students (n=352) believe that HCAs influence students learning and 90% (n=393) maintain that students in placement for the first time can learn from HCAs. For example, 86% (n=376) of students reported that they had been shown by HCAs how to care for patients on clinical placement. Fifty three percent (n=233) of students reported that HCAs had taught them non-direct patient care such as use of equipment such as ECGs, hoists, and dialysis machines and ward tests for example urine and faecal samples, measuring and recording fluid intakes. Thirty-one percent (n=136) of students reported that HCAs had taught them clinical skills whilst on placement examples provided include, catheter care, taking blood, PEG (percutaneous endoscopic) feeds, and bladder washouts.

Over half (52% n=227) believed that this was appropriate and felt that HCAs should be recognized for their role in teaching students in the clinical setting. Ninety-three percent (n=409) of students reported that they have been asked by ward staff to work alongside an HCA whilst on clinical placement. While 34% (n=151) of students viewed this as inappropriate, 65% (n=284) felt it was acceptable. One consequence of working alongside HCAs is that student nurses are potentially constrained within the HCA remit. Findings indicate that 93% (n=404) strongly agreed/agreed that undertaking HCA duties whilst on placement limited the available opportunities to participate in more complex nursing procedures.

Conclusion:

This study has highlighted the role of the HCA in supporting and training students during their clinical placements the findings of which raises a number of challenges for nurse educators, service providers, policy makers and regulators particularly in relation to the acquisition of clinical skills. It has also identified that lack of student preparation to work alongside the HCA role which has the potential for creating role ambiguity, overlap, and conflict, impacting negatively on students' learning and development, and impeding professional socialisation. Overall, the results showed the student's acceptance of HCAs undertaking a range of activities including bathing patients and participating in handovers. Students did however identify a number of tasks that they felt were inappropriate for an HCA to perform such as drug administration, taking blood samples and care planning. Whilst students welcomed the expansion of the HCA role, the need for role boundaries to be established and for nursing to define who and what it is, is crucial for the reduction of role tension, ambiguity and overlap.

BIBLIOGRAPHY:

1. Hibbert A. The factors that affect HCA routes into nurse training. *Nursing Times* 2006 102(1): 32-36.
2. Wakefield A. Tensions experienced by student nurses in a changed NHS culture. *Nurse Education Today* 2000 20(7): 571-578.
3. Department of Health. Agenda for change: Proposed agreement on modern pay and conditions for NHS staff. London: Department of Health; 2003.
4. Bach S. Kessier I. Assistant roles and changing job boundaries in the public services. 2005 Available online: <http://www.templeton.ox.ac.uk/assistants/docs/ESRC%20proposal%20-%20web.pdf> [Accessed 7th March 2005]
5. Nursing and Midwifery Council. Consultation on a Standard to Support learning and Assessment in practice. London: Nursing and Midwifery Council; 2004.
6. Melia KM. Student nurses' accounts of their work and training: a qualitative analysis. Unpublished PhD Thesis, Edinburgh: University of Edinburgh; 1981.
7. Thornley C. The Invisible workers. AN investigation into the pay and employment of health care assistants in the NHS. London: Unison; 1997.
8. Chatterjee M. O'Dowd A. Students must not be mentored by HCAs, warns NMC. *Nursing Times* 2004 100(46): 3.
9. Waters A. HCAs can help train nurses. *Nursing Standard* 1999 13(19): 7.
10. Yellott G. The role of the healthcare assistant (HCA) in supporting student nurses. *School of Nursing, University of Nottingham. Mentors Newsletter* 2003 5: 1.
11. Kirk R. Keynes M. Students should make the most of HCAs on placements. *Letters Nursing Times* 2003 99(41): 14.
12. Burns N. Grove S. Understanding nursing research. Philadelphia: WB Saunders; 1995.

AUTHOR/S:

Tahere, Salimi _ Leili , Shahbazi _ Hossein , Karimi _ Mohammadhassan , Dehghanpour Farahnaz , Farnia

TITLE:

The Survey Of Clinical Skills Of Final Year Nursing Students In Critical Care Units

TEXT:**Introduction:**

Clinical phase is one of the most significant parts of nursing education during which the students professional competencies are established. In the other way clinical education in critical care units ,including intensive care unit , coronary care unit and hemodialysis unit, is very important and promotion of quality of clinical education can lead to higher qualification and professionalism of nursing students in this area of practice.

Objective:

This study was conducted to evaluate the clinical skills of final year nursing students in ICU, CCU and hemodialysis unit.

Methods:

This research was a cross sectional descriptive and the samples of this research were 72 final year nursing students of Yazd Shahid Sadoughi nursing & midwifery school. The data was collected by a demographic and checklist questionnaire about clinical skills in ICU (12 items), CCU (10 items), and hemodialysis unit (8 items). The completion of check list were down by observers (headnurses of ICU & CCU & hemodialysis unit)by direct observation of final year nursing students clinical performance. Analysis and descriptive static were used for the research goals by SPSS.

Finding:

means \$ SD of nursing students skills scores in ICU (from 3)

skills	mean	SD
control of vital sign	2.36	.84
GCSS	2.44	.72
blood gas	2.36	.72
control of pupils	2.43	.75
control of motor strength	2.07	.66
CVP	1.78	.81
IV care	2.35	.58
foley care	2.49	.71
eyes care	2.40	.80
gastric tube care	2.5	.6
working with ventilator	2	.82
suction	2.03	.75
total	2.26	.84

means \$ SD of nursing students skills scores in CCU (from 3)

skills	mean	SD
EKG	2.07	.59
diagnosis of common disrythmia	1.58	.9
patient care in disrythmia	1.6	.97
central monitoring	1.53	.93
working with defibrilator	1.29	1.05
nursig care before shock	1.47	.96
nursig care after shock	1.33	.95
working with pacemaker	1.14	1.01
nursig care after pacemaker	1.28	1.04
dignosis of patient critical situation	1.46	.99
total	1.47	1.05

means \$ SD of nursing studenst skills scores in hemodialysis unit (from 3)

skills	mean	SD
setting the dialysis machine	2.39	.8
operate the dialysis machine	2.28	.72
off patient from the dialysis machine	2/08	.8
prepare of dialysis machine	2.13	.8
nursing care before hemodialysis	2.22	.77
nursing care during hemodialysis	2.28	.72
nursing care after hemodialysis	2.26	.77
nursing care of fistula	2.29	.72
total	2.24	.8

Conclusion:

Results showed that clinical skills of nursing students in critical care units is ideal but this skills in CCU are lower than ICU and hemodialysis unit .Results indicated that the level of the clinical skills of nursing students were directly related to their examination scores and interest in nursing . Our finding indicate that special attention should be paired to nursing clinical education in coronary care units and selection of students in nursing should be given special attention.

BIBLIOGRAPHY:

Alves , A.E. et al. Mini-clinical Evaluation Exercise (Mini- CEX) . Global standard in medical Educatin for better health care. World conference copenhagen. 2003. : 32.

Apple. A, Malcon . P.A. Specialist education and practice in nursing . Nurse Education today.1998.18 ;: 144-152.

Vaughan. B. Who cares? Hospitals , Home or Some where in between . Journal of clinical nursing . 1995, 4 (6) , : 341-342.

Freeth. D. Nicle , M. Learning skills. Nurse Education today. 1998 .18, (6) PP: 455-461-

Benner . P. From Noise to expert . Addison – wesley. Co. 1984:23

Chabeli . M . Professional nurses as reflective clinical learning facilities , Curations . 1998 . 21 (2) : 39-44 .

Nahas , V. et al . Jordanian Undergraduate nursing students perceptions of effective clinical teachers . Nurse education today . 1999 , 19 :639-648 .

Watson . R. Clinical competence. Nursing Education today 2002 , 22(6) .:476-789.

Megel ME, Wilken MK, Volcek M. Nursing students' performance: administering injections in laboratory and clinical area. J Nurs Educ. 1987 Sep;26(7):288-93.

Blanzola C, Lindeman R, King ML. Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency.J Nurses Staff Dev. 2004 Jan-Feb;20(1):27-37.

AUTHOR/S:

Saniye ÇİMEN, Zuhal BAHAR, Candan ÖZTÜRK, Murat BEKTAŞ

TITLE:

TA COMPARISON OF ATTITUDES OF TURKISH AND DANISH NURSING STUDENTS TOWARD THE CARE OF PERSONS WITH HIV/AIDS

TEXT:

OBJECTIVE: This study was designed as a correlative/descriptive research in order to analyze the relation between Turkish and Danish nursing students' overall attitudes and willingness to provide care for persons with HIV/AIDS, and present a comparison of their attitudes toward persons with HIV/AIDS.

METHODS: The study sample consisted of 99 fourth years students in total in 2004-2005, 52 senior nursing students attending to the Nursing School in Turkey and 47 students from the Nursing School in Denmark. Data were collected using the AIDS Attitude Scale (AAS), developed by Bliwise et al. in 1991 with a test-retest coefficient is $r = .92$ and the internal consistency coefficient $\alpha = .86$, and validity and reliability of Turkish adaptation was confirmed by Cimen, Bahar, Ozturk and Bektas with a test-retest coefficient $r = .82$ and the internal consistency coefficient $\alpha = .86$. The scale was graded between 15-90, showing a negative attitude as the point increase. The data were analyzed using the Independent groups t-test, the Pearson correlation analysis and Cronbach alpha analysis.

FINDINGS: AIDS Attitude Scale average scores (33.1 ± 9.3) of the nursing students in Denmark were found to be lower than those of Turkish students (37.6 ± 11.2) and the difference between the average scores were statistically significant ($t = 2.126, p = .036$). The average score of willingness to provide care for persons with AIDS were higher in Danish students (8.6 ± 1.8) than Turkish students (5.6 ± 1.9), which was considered to be highly significant ($t = 7.925, p = .000$). The average scores of Turkish students for AIDS Attitude Scale and willingness to provide care showed a medium level and negative correlation ($r = -.56, p = .000$); on the other hand, those of Danish students showed a strong and negative correlation ($r = -.74, p = .000$), both of which were found to statistically highly significant.

Danish nursing students illustrated deliberately more positive attitudes toward persons with AIDS when compared to Turkish nursing students, which can definitely be associated with apparently distinct cultural characteristics of these two countries.

CONCLUSION: Nursing students are likely to be in contact with persons/patients from various cultural backgrounds due to increasing cultural mobility. Therefore, lessons about AIDS and sexuality will certainly be included in their curriculum in order to equip nursing students with certain skills to provide care with cultural efficiency, improve their attitudes toward persons with AIDS and increase the willingness to provide medical care in Türkiye.

BIBLIOGRAPHY:

1. Ergin N, Bilgel N. Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin HIV Enfeksiyonu ve AIDS ile İlgili Bilgi ve Tutumlar , Hemşirelik Forumu.2004;7(4): 28-33
2. Walusimbi M, Okonsky JG. Knowledge and Attitude Caring for Patient With HIV/AIDS in Uganda. Applied nursing Research. 2004; 17(17-2): 172-177.
3. Uwakwe CBU. Systematized HIV/AIDS Education for Student Nurses Atthe University of Ibadan, Nigeria: Impact on Knowledge, Attitudes and Compliance with Universal Precautions. Journal of Advance Nursing. 2000; 32(2):416-24
4. Bliwise NG, Grade M, Ir sh TM, Ficarrotto TJ. Measuring Medical and Nursing Students' Attitudes Toward AIDS. Health Psychology. 1991; 10(4): 289-295.
5. Cole FL, Slocumb EM.,Nurses Attitudes Toward Patient With AIDS. Journal of Advenced Nursing. 1993;8(7):112-17.
6. Bahar Z, Türkistanl E.Hemşire Öğrencilerin AIDS Hastalar n n Bak m na İlişkin Görüş ve Düşünceleri. AIDS Dergisi. 1994; 4(5):34-41.
7. Karadakovan A. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 2. S n f Öğrencilerinin AIDS ve AIDS'li Hastaya Yaklaş m Konusunda Bilgi ve Davran şlar . AIDS Dergisi. 1994; 4(5): 30-33.
8. Çimen S, Bahar Z, Öztürk C, Bektaş M. AIDS Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çal şmas . ZKÜ Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim ve Araşt rma Dergisi. Journal Of Health Education Research. 2005;1(1): 1-11.

AUTOR/ES:

Amparo Peiro Andrés, Amparo Muñoz Izquierdo, Encarna Domingo Cebarán, Gracia Ruiz Navarro, Maria del Carmen Cot Pastrana.

TÍTULO:

Encuesta sobre las dificultades y motivación en la investigación de los profesionales de enfermería del CHGUV

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Florence Nightingale en sus estudios durante la guerra de Crimea, demostró la importancia que tenían los cuidados de la higiene ambiental, que proporcionaban las enfermeras, en la disminución de la mortalidad por infecciones en los soldados, y es la primera en indicar la importancia que la investigación tiene dentro del ámbito de la enfermería, como la herramienta que nos permite definir nuestra profesión y medir los resultados de la calidad de los cuidados que prestamos a la población que atendemos, ya sean comunidades, familias o individuos (1).

Son muchos los estudios que se han realizado sobre la situación de la investigación en la disciplina de la enfermería (2-10), en todos ellos existe consenso en cuanto a los objetivos prioritarios para el desarrollo de la investigación, pero ocurre lo contrario en cuanto a cómo materializarlos. Así se pone de manifiesto las grandes dicotomías en lo referente a "la diversidad de fuentes, paradigmas y métodos usados en la investigación". Estas grandes dicotomías para todos conocidas son división entre teoría y práctica, metodología cualitativa versus cuantitativa, características de la investigación enfermera española versus internacional (11).

Nuestro objetivo es conocer la actividad investigadora, las dificultades e intereses que tienen los profesionales de enfermería de nuestro centro, empleando una encuesta en el mes de abril del 2005.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo de corte. La población estudio han sido los profesionales de enfermería que trabajan en el CHDUV, se excluyeron los profesionales eventuales de contratos cortos. Se empleó un sistema de muestreo no probabilístico por unidades asistenciales, quirófanos y policlínicas. Se pidió a la supervisora de cada unidad entregara las encuestas al personal de enfermería que estaba trabajando ese día. Se entregaron un total de 271 encuestas y se recogieron 183, lo que supone una tasa de respuesta del 68 %. La encuesta fue diseñada para este estudio y en su validación de constructo y contenido participaron 15 enfermeras de otros hospitales de la ciudad de Valencia. El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 12.0 calculando las frecuencias relativas de las variables cualitativas y la normalidad distribución de las variables cuantitativas. Se ha calculado la T de Studet-Fisher para valorar el efecto del género en la edad, el tiempo trabajado como enfermera y el tiempo trabajado en la unidad actual.

RESULTADOS

Se han encuestado a 183 Enfermeras/os de un total de 601 lo que supone el 30 %. Han participado profesionales de 33 unidades asistenciales de nuestro hospital. El 78 % son mujeres y el 22 hombres.

Las valores de la edad y el tiempo trabajado en el mismo puesto de trabajo y como enfermera, no tienen una distribución Normal por lo que el mejor descriptor es la mediana. La mediana: de edad está en 45 años, el tiempo trabajado en el mismo puesto de trabajo es de 10 años y como enfermera 15 años. No existe diferencia significativa en estas tres variables en función del género. El 43 % son ATS-DE y el 57 % DE. Los resultados indican que el 74 % desarrollan actividad asistencial y que un 27 % ha realizado algún tipo de investigación. El motivo más frecuente por el que no se realizan investigaciones es la falta de tiempo (27 %), seguido por la falta de conocer grupo de investigación (11 %), la falta de información (8%) y la falta de formación (6%), sólo el 6 % de los profesionales dicen no tener interés, el resto combina los tres primeros motivos.

. Dicen haber realizado formación postgrado en metodología de investigación el 21 %. En relación a la lectura de revistas de enfermería el 65 % manifiesta que lee con una frecuencia mensual y la revista más leída es la de Enfermería Integral que la que publica el Colegio de Enfermería de la provincia de Valencia. Sólo el 9 % lee revistas internacionales.

La investigación es considerada una función de enfermería por el 91 % de los profesionales encuestados.

El 58 % de los profesionales encuestados emplean en su práctica asistencial la metodología de cuidados.

Los profesionales que realizan investigación combinan varias opciones, las más frecuentes son la realización de Comunicaciones y Postres que se presentan en Congresos y Jornadas 75 %, seguido de Ponencias 5% y artículos a revistas 2%.

Un total de 20 profesionales del total de los encuestados 183, han recibido becas para el desarrollo de proyectos de investigación % y facilitar material para postres y diapositivas el 4 %.

Los temas más estudiados en las investigaciones realizadas por nuestros profesionales son: Generar guías clínicas que permitan normalizar la práctica asistencial, Conocer la demanda de cuidados y la carga de trabajo, Generación de indicadores, que permitan medir los resultados de la aplicación de cuidados, Conocer diagnósticos de enfermería más frecuentes en mi actividad asistencial, Paciente Terminal y familia y Evaluar el grado de implementación de los registros de enfermería.

Las dificultades que encuentran los profesionales que realizan investigación en nuestro centro son la dedicación de tiempo personal en un 22 %, la dedicación tiempo institucional el 13 % la falta de formación 7 % y la falta de recursos económicos con un 4 %, en el resto se combinan varias de estas causas. Lo que piden los profesionales para que sea más fácil realizar investigaciones es en primer lugar permiso para dedicar este tiempo a la investigación 26 %, financiación económica 17 %, formación

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nuestros resultados concuerdan con lo publicado por otros compañeros, destacando que la falta de tiempo, de recursos y de formación son los elementos más importantes para no desarrollar el área de investigación en nuestra actividad cotidiana. También los temas que nos interesan a nosotros son similares a otros estudios centrándose en temas clínicos y asistenciales.

Valorando los resultados obtenidos consideramos que la situación en nuestro centro es positiva, la investigación es percibida como importante por casi todos los profesionales encuestados, tenemos una actividad importante en Congresos y Jornadas, aunque nuestra producción de forma mayoritaria queda dentro de lo que se llama bibliografía gris, pues muy pocos trabajos llegan a convertirse en artículos publicados en revistas. Pensamos que el desarrollo de la Carrera profesional será un elemento motivador para continuar creciendo esta faceta de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. De Graaf KR, Mossuman CL, Slebodnik M. Enfermería moderna. En: Marriner A. Modelos i teoría de enfermería. Barcelona. Ediciones Rol, 1989: 52-66.
2. Arcas P. Investigar en enfermería. prioridades y estrategias. Rol Enferm. 1990, 148:55-60
3. Mompert M^o P. Necesidades de investigación y cuidados de enfermería. Rol Enferm. 1990, 145 19-23
4. Icart MT, Pedreny R, García L, López R, Caja C, Girbau R, Aranda M, Borreguero MC, Argerich MJ. La investigación en enfermería a través de los artículos publicados en la revista Rol (1982-90) y Enfermería Científica (1984-90). Enferm. Cient. 1991, 116:33-42.
5. Martínez P, MorenoJP. Calidad metodológica de los artículos de investigación de enfermería. Enferm. Cient. 1998, 196-197:12-15.
6. Ordóñez C, Plitt BC. La enfermería España. « cuando investigar es cuidar ». Granata 1998, 12: 19-42.
7. Fuentelsaz C, Ramale E (en nombre del grupo INVESTEN-ISCI. Promoción de la investigación en Enfermería desde el Instituto de Salus Carlos III: Grupo INVESTEN-ISCI. Enferm. Clinic. 1999, 29-33.
8. Moreno M^oT. Estado actual de la investigación en enfermería en España y en Europa. Primeras Jornadas de Enfermería en Atención Primaria; 22 y 23 Octubre 1999. Carrión de los Condes. Palencia: Asociación Carrionesa de Enfermería en Atención Primaria, 1999: 205-216.
9. Cabrero J, Ricart M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Publicaciones Universidad de Alicante. 2000
10. Gálvez A, LópezIM, Sánchez V, Poyatos E. Evaluación de la actividad científica de la enfermería española. Impacto y aislamiento en el año 2000. Index Enfermería, 2001, 34: 54-64.
11. Andina E, Beneito MP, Bonet MP, Domingo M, Gómez J, Martí R, et al. Perfil de los profesionales de enfermería de Alicante en relación a la investigación en enfermería. Disponible en Internet Pág. Web. Colegio de enfermería de alicante el 22-10-04.

AUTHOR/S:

Leili Shahbazi - Tahere Salami-Khadije Nasiriani -Dr Abdolreza Sadrearhami

TITLE:

Attitudes of nursing and midwifery students on clinical status

TEXT:**INTRODUCTION**

Education is the mission that sets academic medical centers and medical school apart from other entities.(1)Practicing physicians(and nurses) often wish to improve their procedural skills but have limited educational opportunities to do so (2).THE OTHER SIDE in medical (and nursing)education there is a potential conflict between the desire to provide a broad educational experience and the necessity of ensuring a sound technical training (3)With the growing awareness of the importance of teaching and learning in universities and the need to move towards evidence base teaching(4)also there is a growing consensus that it is necessary for medical teachers to be trained in educational new methods as well as have sound technical training(3) and change in educational program to maximized learning opportunities and immediate feedback to students on skill attainment in a setting that encouraged hands-on practice(5).Some authors suggest that increased confidence or "proficiency" is a fundamental outcome for adult learners. Self-efficacy, a belief in one's ability to accomplish a behavior, is an important cognitive connection between knowledge and action and often directsthe amount of effort or persistence to be spent on performance and with strong belief in their capability and that confidence is correlated with frequency and proficiency of behaviors being expressed(6)

As ,medical school faculty accept the important responsibility of serving as role models to medical science student .Medical science students believe :although a high standard of knowledge is vital ,humanistic and professional characteristics are reported by trainees as important in role modes(7). The teacher need to be sensitive to the emotional needs of their students (8) and variety of methods to assess student competency (9) and their satisfaction.Satisfaction in physician (and nurse)is associated with patient satisfaction,and it has been linked to good patient outcomes.Students' satisfaction has been associated with their later professional attitudes,Students should understand the professional values (10,11). Clinical education is a dynamic process in which nursing and midwifery students spend half of their educational period .Promoting quality causes nurses and midwives to be qualified and professional in different aspect of their practice(12,13).

For some years ,determine of attitude of nursing and midwifery students on clinical status has been demanded in our university. Thus we designed a questionnaire to assess it during sixth, seventh and eighth semester.

*** Objectives:**

- 1-Determine of student demographic characteristic
- 2-Determine the views of nursing students about clinical education condition.
- 3- Determine the views of midwifery students about clinical education condition

METHODS:

This was a descriptive analytic study.

Subjects were 200 students (108 female nursing students ,32 male nursing students and 60 female midwifery students).All the students were in their 6th semester or above. The students were from 2 universities: Nursing and midwifery department of Yazd and Isfahan University.

Data was collected via a questionnaire in three parts : part 1: 8 close questions about demographic information. part 2- 47close questions and 5 open questions in five group about :A/assessment of educational programs and train method of trainers B/role of another members of health care providers in clinical education C/availability of facilities and equipments, and environmental education D/ evaluation of total education result and E/the best time of day for education).

The students' attitude was classified into:always,almost,rare, never equal very good, good, bad, very

bad

Data Analysis :

the data was analyzed descriptive and analytic statistics (chi-square).

Result:

70% students were nursing student (77.15% female and 22.85% male) and 30% midwifery student (all of them female).

Nursing students have known their position and responsibility of career when choose it: 20% completely, 40% partially and 40% of them didn't know anything about it.

63.33% of midwifery student have known it partially.

Attitude of nursing and midwifery student:

- In educational programs and train method of trainers were:

Nursing students: 35.64% very good and good, 64.11% bad and very bad, 0.61% without response.

Midwifery students: 25.08% very good and good, 74% bad and very bad, 0.92% without response.

- In role of another members of health providers in clinical education were:

Nursing students: 15.47% very good and good 83.97% bad and very bad, 0.56% without response.

Midwifery students: 10.19% very good and good, 85.92% bad and very bad, 2.98% without response.

- In availability of facilities and equipments, and environmental education:

Nursing students: 19.11% very good and good, 80.36% bad and very bad, 0.53% without response.

Midwifery students: 12.91% very good and good 86.67% bad and very bad, 0.42% without response.

- In evaluation of total education result :

Nursing students: 26.53% very good and good, 71.23% bad and very bad, 2.24% without response.

Midwifery student: 18.33% very good and good, 77.62% bad and very bad, 4.05% without response.

In the best time of day time of day for education:

Nursing students: 27.85% very good and good, 71.27% bad and very bad, 0.88% without response.

Midwifery students: 19.34% very good and good, 78.58% bad and very bad, 2.08% without response.

Significant differences were not found among the various groups.

Conclusion:

According to the finding clinical skills were moderate. It is seems that nursing education program isn't enough to achievement of complete competency in student. It needs to intervention such as: more practice before graduating, using of Skill Lab, taking final exam, increase of clinical skills of instructors, improvement of educational area (suitable ratio student / instructor, student / patient,...), accuracy & complete supervision on student evaluation & provision of equipment for clinical education & using of variety of health care professional & working with different clients/patients in numerous clinical areas. A variety of teaching / learning strategies should be used during the programmed in order to:

- facilitate the integration of theory and practice;
- place practice at centre stage;
- include interactive, collaborative/shared learning, involving other professions, disciplines and agencies;

The learning resource base includes a Clinical Skills Laboratory that is equipped to give students of nursing and midwifery experience in situations that simulate the clinical environment. This offers the opportunity for supervised practice where clinical skills can be developed in a safe environment.

Library facilities offer excellent and comprehensive ranges of reading and reference materials.

The programmed is student centered and designed to stimulate the students' curiosity within an appropriate learning climate and environment. Opportunities are offered to all students that will allow them to expand their knowledge, skills and attitudes with specific relevance to nursing. Emphasis is placed on motivating the student to achieve the goal of becoming a competent professional practitioner who is keenly aware of the need for continuing education and development throughout their professional career.

Facilitate student attainment of outcomes/competencies Seminars and discussion groups should be used for student presentations of previously studied areas; research papers and research based clinical practice, thus stimulating group discussion as an interactive tool.

Clinical skills should be taught in the skills laboratory and clinical areas, and students should undertake clinical placements for half of the course hours. Students should be required to maintain a portfolio of learning. The portfolio should demonstrate the students' Evidence of Achievement for academic performance and summative outcomes for clinical practice.

The student should receive support with their portfolio contribution by their personal tutor, module leader and clinical assessor. Staff development priorities needs & it include:

- Regular professional updating as required by the retraining
- All lecturers required to possess an approved teaching qualification
- Annual staff appraisals
- Access to institutional staff development courses
- Induction and mentorship of all newly appointed staff

Encouraging and facilitating the development of new approaches to learning e.g. technological advances in supporting education, e-learning, distance learning .

BIBLIOGRAPHY:

- 1-Aron DC; Aucott JN; Papp KK; "Teaching awards and reduced departmental longevity : Kiss of death or kiss goodbye . What happened to excellent clinical teachers in a research intensive medical school? Med Educ Online [serial online] 2000; 5:3 Available from URL <http://www.med-ed-online.org>" 1-7
- 2-Alguire PC; "Teaching physicians procedural skills at a national professional meeting" Med Educ online [serial number] 2004; 9:1 Available from <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 3-Musal B ; Abacioglu H Dicle O ; Akalin E ; Sarioglu S ; Esen A ;"Faculty development program in Dokuz Eylul school of medicine : In the process of curriculum change from traditional to PSL "Med Educ online [serial number] 2002;7:2. Available from URL <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 4- Lechner SK; "Evaluation of teaching and learning strategies" Med Educ online [serial number] 2001; 6:4 Available from URL <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 5-Dwyer RG ;Deloney LA ; Cantrell MJ ; Graham MD ; "The first clinical skill : Students teach students to take vital signs " Med Educ online [serial number] 2002; 7:9.Available from URL <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 6-.Ferrini R ; Klein JL ; "The effect of a community hospice rotation on self –reported knowledge ,attitudes and skills of third year medical students " Med Educ online [serial number] 2000; 5:6 Available from URL <http://www.med-ed-online.org> 1-10
- 7-Szauter K ; Williams B ;Ainsworth MA ;Callaway M ; Bulik R ;Camp MG "Student perceptions of the professional behavior of faculty physicians " Med Educ Online [serial online] 2003;8:17 Available from <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 8-Midha A ;Redway K ;Fielder H;Palmer S ;Rogers C ;Wright D; "Public health medicine training : How should we train the trainers? "Med Educ Online [serial online] 2000; 5:2, Available from URL <http://www.med-ed-online.org> 1-5
- 9-Mavis BE ; Cole BL ;A survey of information sources used for progress decisions about medical students" Med Educ online [serial numbe] 200

AUTHOR/S:

Zuhal Bahar, Ayşe Beşer,
Meryem Öztürk, Şeyda ÖZb çakç

TITLE:

EFFECTS OF PROBLEM BASED LEARNING ON HEALTH PROMOTION BEHAVIOURS OF NURSING STUDENTS

TEXT:

Health promoting life style is defined as “being healthy and taking responsibility for health promotion” 1. Nurses are expected to improve their own health behaviors and be an effective role model so that a healthy life style can be adopted by the society. For this reason, it is important that nursing students be aware of health promotion even at the beginning of their education 2. Some studies on health promotion have focused on health professionals’ health behaviors. In fact, health professionals’ health behaviors are the major indicators for the quality of counseling on health they give. However, it has been observed that nurses’ health behaviors do not set examples which people should follow. Clement et al. 3 noted that there was no significant difference in health behaviors between 94 nurses and 297 women in a study by Pratt et al., (1994). Soeken et al. 4 in their study on 139 senior nursing students and other students found that nursing students, who must in fact set examples for the society, did not have the desirable health behaviors and neglected some health promoting behaviors. In addition, Clement et al. 3 in their three-year longitudinal study found no significant difference in ten health behaviors (sleep, exercise, smoking etc.) between nursing students and other students. Chen et al. 5 gave one-year health promotion training to obese nursing students and detected significant improvement in health promoting behaviors. Before the training, the students got the lowest scores of exercise and health responsibility, but after the training, there was a significant increase in the total scores of nutrition, exercise, health responsibility and stress management. However, there was no significant change in interpersonal support and life expectation. Haddad et al. 2 in their study on effects of culture on nursing students’ health behaviors found significant differences in health responsibility, exercise and interpersonal support between Canadian and Jordanian students.

The Role of Problem Based Learning in Acquisition of Health Promoting Behaviors

Curricula of nursing schools should include health promotion and health promoting behaviors so that nursing students acquire health promoting behaviors. Problem based learning is a student centered process adapted to adult learners. It helps students to take the responsibility for learning and contributes to life long learning and professional development 6. As to Turkey, problem based learning was first used at Nursing Schools, Dokuz Eylül University, Izmir, in the academic year of 1997 and 1998 7 . The problem based curriculum is composed of a configuration of subjects starting from health to diseases, while the traditional curricula only include the course public health nursing, which deals with health promotion and is only offered in the last year of nursing education. Therefore, problem based learning is important in that it enables students, who will contribute to changes in public health after graduation, to acquire health promoting behaviors. The aim of this study was to investigate effects of the first year curriculum on health behaviors of the first-year nursing students at the two-year nursing school of Dokuz Eylül University, where problem based learning is used. The obtained data will help to determine health practices of the first-year students and make comparisons with health behaviors in other countries and will also contribute to the content of nursing curricula.

Methods: This study is descriptive study, the study universe and sample included the first-year students of Dokuz Eylül University in the academic year of 2002 and 2003 (n=66). The Health-Promoting Lifestyle Behaviors Scale, originally developed by Walker et al 1, was used. The scale is used to asses health promoting behaviors associated with a healthy life style. The reliability of the scale for Turkish population was tested by Akça 8. Alpha coefficient reliability of the scale in 0.90. This study the alpha coefficient reliability was 0.89 and the subscales 0.57-0.85. The scale was completed by the students twice, at the beginning and at the end of the academic year. Statistical analyses were made with t test and paired t test.

Results

The mean total health behavior score was 2.4 ± 0.32 and 2.8 ± 0.25 in the post test. Interpersonal support score was $2.8 + 0.44$ at pre and $3.2 + 0.35$ post test. Nutrition score was $2.2 + 0.44$ at pre and $2.5 + 0.56$ post test. Health Responsibility score was $2.3 + 0.47$ at pre and $2.7 + 0.39$ post test. Exercise score was $2.0 + 0.47$ at pre and $2.4 + 0.37$ post test. Stress Management score was $2.5 + 0.37$ score was $2.8 + 0.41$ post test. Self actualization score was $2.8 + 0.38$ at pre and $3.1 + 0.30$. There was a significant difference in total healthy life style behavior and subscale scores between the pre and post tests ($p < 0.05$).

Discussion

We observed a significant increase in the total mean scores obtained in the post test compared to the scores obtained in the pre test. Chen et al. 5 in their study on Taiwanese nursing students also found a significant increase in the total mean scores of healthy life style behaviors and attributed the increase to the training program they offered to the students. Increased total scores obtained in this study can be explained by problem based learning. Within the framework of the curriculum arranged first to cover health and then diseases, the first year nursing students, using the new information they learn about systems and nursing at the end of each module, discuss plans and actions directed to improve their own health and public health and thus examine public health through questioning their own health.

In this study, the interpersonal support scores were the highest in both the pre and post tests. Haddad et al. 2 found that Canadian nursing students received higher interpersonal support scores than nursing students from other countries. Muslim Jordanian nursing students and Turkish nursing students received nearly the same interpersonal support scores 2.

Self actualization determines someone's goals in life, ability to improve themselves and to what extent they know and are happy with themselves 9. In this study, nursing students received high scores of self actualization. Taiwanese and Jordanian students received the highest self actualization scores, and Canadian and Turkish students got the second highest scores of self actualization 2,5. The finding that nursing students had the high scores of self actualization may be due to the fact that they go through nearly the same stage of life.

In this study, stress management scores significantly increased in the post test compared to the pre test ($p < 0.05$). Likewise, Taiwanese nursing students received significantly increased stress management scores after one year problem based learning program 5. Turkish students took courses about stress and stress management, discussed their coping strategies and were taught coping strategies by the instructors in the communication laboratories.

Turkish nursing students received low scores of nutrition and exercise, which means that nutrition and exercise should be given priority in terms of improvement of health promoting behaviors. Clement et al.3 and Schank and Lawrence 10 found out that nursing students had more regular eating habits than other students. Similarly, Clement et al noted that in a study by Boyd and Hettler nursing students obtained increased scores of nutrition and exercise in comparison to the control group and attributed this increase to the nursing curriculum 3. Haddad et al. 2 noted that Canadian nursing students got higher scores of exercise than nursing students from other countries and emphasized that sports and exercise facilities were more easily available to Canadian students, which may be related to culture. The finding that Turkish nursing students got low scores of nutrition and exercise may have been due to their perception of health or their financial constraints. It can also be explained by insufficient facilities offered to the students at the dormitories and the campus.

In this study, health responsibility scores significantly increased after a one-year education program ($p < 0.05$). Taiwanese nursing students had comparable health responsibility scores after incorporation of a health promoting program into the available curriculum ($p < 0.05$). The above mentioned findings indicate that education, teaching approach and the content of curricula assume great importance to achieve the desirable health behaviors. Haddad et al. 2 reported that Jordanian nursing students had significantly lower scores of health responsibility ($p < 0.001$) and attributed these scores to health perception of Jordanian students.

Conclusion

Problem based nursing curriculum focusing on health and health promotion was found to improve healthy life style behaviors of the first year students. As a result, curriculum plays an important role in acquisition of desirable health behaviors. It is expected that nurses should improve their own health behaviors so that they may be an example to the public. For this reason, nursing curricula should make nursing students realize their inappropriate health behaviors and change them. However, more longitudinal studies are needed to evaluate health behaviors of nursing students exposed to problem based learning and to compare their behaviors with those of the students exposed to traditional curricula. There is no doubt that the results which will be obtained will make great contributions to nursing curricula.

BIBLIOGRAPHY:

1. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2):76-80.
2. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S, Al-Ma'aitah. A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nursing* 2004; 21(1):85-90.
3. Clement M, Jankowski LW, Bouchard L, Perreault M, Lepag Y. Health behaviors of nursing students: A longitudinal study. *Journal of Nursing Education* 2002; 41(6):257-265.
4. Soeken KL, Bausell RB, Carson VJ. Preventive behavior: attitudes and compliance of nursing students. *Journal of Advances Nursing* 1989;14:1026-1033.
5. Chen MY, Huang LH, Wang EK, Cheng NJ, Hsu, C.Y, Hung LL et al. The effectiveness of health promotion counseling for overweight adolescent nursing students in Taiwan. *Public Health Nursing* 2001;18(5):350-356.
6. Morrison J. Where now for problem based learning? *The Lancet* 2004;363:9403,174.
7. Kocaman G, Bahar Z, K z lc S, Seren Ş. Using Problem Based Learning in Nursing Education and Evaluation of its Outcomes. Dokuz Eylül University of Research Fund, Project No: 0957.99.01.02, Project Coordinator: G. Kocaman
8. Akça Ş. Evaluation of health behaviors among lecturers and of affecting factors. Ege University Health Science Institute, an Unpublished PhD Thesis, Izmir:1998.
9. Al Ma'aitah R, Haddad L. ,1999. Health promotion behaviors of Jordanian women. *Health Care for Women International* 1999;20(6): 533-547.
10. Schank MJ, Lawrence DM. , 1993. Young adult women: lifestyle and health locus of control. *Journal of Advances Nursing* 1993;18:1235-1241.

AUTOR/ES:

Núñez Crespo, F.; Sanz Díaz, C.; González Ruiz, J. M.; Sebastián Viana, T.

TÍTULO:

¿Es útil la gestión por objetivos en las unidades de Enfermería?

TEXTO DEL TRABAJO:

En la gestión sanitaria moderna, la cultura organizacional juega un papel muy importante. Nuestro hospital cuenta con un sistema de remuneración vinculado a objetivos, en el que se incluyeron las sesiones autoformativas como estrategia para mejorar el conocimiento teórico-práctico en las unidades de enfermería. Esto permite mantener a los profesionales actualizados y adecuados a las necesidades de las nuevas líneas estratégicas del centro.

Los objetivos se planifican de forma anual y son evaluados trimestralmente existiendo tres niveles:

- Objetivos institucionales: Suponen el 10 % de la remuneración en objetivos de cada profesional.
- Objetivos de unidad: Suponen el 60% de la remuneración en objetivos de cada profesional.
- Objetivos individuales: Suponen el 30% de la remuneración en objetivos de cada profesional.

La realización de sesiones formativas se incluyó como objetivo individual de los profesionales de enfermería.

• Objetivos:

- Mostrar el impacto de la aplicación de la gestión por objetivos ligada a la realización de sesiones monográficas de unidad
- Conocer la opinión de los profesionales sobre la vinculación de la gestión por objetivos al incremento del capital intelectual de la unidad.

• Métodos:

Se ha realizado un estudio observacional de tipo descriptivo transversal desde Marzo de 2005 a Marzo de 2006 en las unidades de Reanimación y Paritorio.

De las sesiones programadas en ambas unidades, se analizan las siguientes variables:

- Número de sesiones realizadas.
- Número de asistentes por sesión.
- Número de sesiones con documentación disponible en intranet .
- Fecha de realización.
- Evaluación de la actividad formativa.

Para conocer la opinión de los profesionales se ha realizado un estudio cualicuantitativo en marzo de 2006. Recogiendo la opinión de un grupo significativo de profesionales mediante entrevista grupal con técnica de brainstorming y valorando el grado de aceptación del resto mediante escala numérica de 0 a 10 y estadística descriptiva.

Se han valorado las siguientes opiniones significativas, recogidas en la tormenta de ideas:

- El tener objetivos relacionados con la formación es beneficioso para toda la unidad.
- Disponer de las sesiones en Red (carpeta de unidad), es una herramienta útil de consulta.
- La realización de sesiones pese al esfuerzo que suponen, son positivas para los profesionales.
- Los objetivos ligados a las sesiones favorecen el reciclaje continuo
- Realizar sesiones monográficas de unidad, incrementa los conocimientos individuales sobre el tema.
- Realizar sesiones monográficas de unidad, repercute en la mejora de la asistencia.
- Impartir sesiones ayuda a buscar, conocer y transmitir la evidencia científica

• Resultados:

Se realizaron 35 sesiones con una media de 1,45 sesiones /mes. Las actividades contaron con una media de 11,19 asistentes por sesión y el 47,95% de los profesionales de la unidad en cada una de ellas. El mes en el que se produjeron menor número de sesiones fue Agosto en coincidencia con el periodo estival de vacaciones.

El 100% del personal que tenía el objetivo de realizar una sesión formativa, lo realizó y el 25% de los que no lo tenían como objetivo se unieron a la iniciativa.

La vinculación de los objetivos a sesiones formativas es percibida como positiva por los profesionales:

- Obteniendo una nota media de 8,29.
- La opinión más valorada fue "Disponer de las sesiones en Red (carpeta de unidad), es una herramienta útil de consulta".
- La valoración inferior fue de 7,7.

• Conclusiones y/o Discusión:

El hospital cuenta con un sistema de remuneración vinculado a objetivos que permite entre otras cosas aumentar el capital intelectual de la unidad, incrementándose la participación y siendo los conocimientos duraderos en el tiempo, al poder acceder en todo momento al material en red informática, todos los profesionales.

Siguiendo la máxima "No hay mejor forma de aprender algo que tener que enfrentarse a enseñarlo", frente a la mera asistencia. Se introdujo el objetivo individual " Preparar una sesión formativa de Unidad", que se realizaría en dos trimestres del año y que es pactado entre el supervisor de la unidad y cada uno de los profesionales:

- Primer trimestre: Presentación de propuesta y planificación.
- Segundo trimestre: Realización de actividad formativa.

Los profesionales pactan los objetivos en distintos trimestres del año de manera que se realizan sesiones formativas de unidad a lo largo del año.

Por ello las sesiones se han convertido en una herramienta productiva de conocimiento y motivadora, siendo percibida su vinculación a los objetivos como positiva y facilitando el reciclaje continuo en la práctica clínica.

También ha contribuido al éxito de la iniciativa el reconocimiento mediante certificado emitido por el centro de:

- Actividades realizadas como ponente.
- Asistencia a sesiones formativas de unidad

La gestión del conocimiento enfermero de las unidades, que puede realizarse con la ayuda de la gestión por objetivos.

Permite transformar la información y el capital intelectual de la unidad en un valor duradero para la institución, respetar la diversidad de inquietudes de los profesionales, logrando captar sus experiencias individuales con el objetivo de permanecer constantemente actualizado en la mejora continuada de los cuidados proporcionados a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Buj, A Córdoba, JF , Rodríguez, D. Dirección por objetivos en unidades de hospitalización. Rev ROL Enferm. 1991 oct. XIV(158):23-26.
- Casabona, R. Gestión del conocimiento en los hospitales. Todo Hospital 2002 ; 184 : 106-110.
- Drucker, p. La productividad del trabajador del conocimiento: máximo desafío. Harvard Deusto Review 2000;989:4-16.
- Farrerons Noguera L, Sánchez García J. La gestión del conocimiento enfermero. Metas de Enferm may 2006; 9(4): 27-31.
- Ferrer Arnedo, C. Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión de conocimiento. Rev. Adm. Sanitaria 2005;3 (1):177-192.
- Manzanares Balsells, T. La gestión del conocimiento en sanidad. Todo Hospital 2001 ; 179 : 571-574.
- Nuño Solinís, R. Atención sanitaria basada en el conocimiento. Rev. Adm. Sanitaria 2005;3(2):361-371.
- Olmedo Zuloaga, M.; Ortega Alcalá, M.V. Alcance de la gestión del conocimiento en las Instituciones Sanitarias Públicas: gestión del conocimiento y gestión clínica. Todo Hospital 2002 ; 185 : 178-184.
- Ribera, J.; Nasarre, A.; Grau, M.; Esperalba, J.; Homar, N. Conocimiento, un valor que se puede gestionar. Todo Hospital 2002 ; 191 : 690-699.
- Ruiz Moreno, J. ,Martín Delgado M.C. Gestión del conocimiento I. Revista Rol de Enferm 2001 ; 24(9) : 568-570.
- Ruiz Moreno, J. ,Martín Delgado M.C. Gestión del conocimiento II. Revista Rol de Enferm 2001 ; 24(12) : 824-827.
- San Román, C.M., Ortiz, JA. Un modelo de incentivación económica por objetivos para las unidades asistenciales. Todo Hosp. 1992 jul-ago. 88:11-16.

AUTOR/ES:

N.Cuxart, M. Creus, J. Paris, S.Cabrera y C.Martínez

TÍTULO:

"Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser"

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Conocer la opinión de las enfermeras respecto a su práctica profesional y su papel en la sociedad, desde una perspectiva sociológica.

Método: Estudio observacional transversal. Población de estudio: todas las enfermeras/os colegiados de la provincia de Barcelona en julio de 2004. Se diseñó un cuestionario cuyas principales variables a estudio incluyeron: datos sociodemográficos, descripción de la profesión, desarrollo del grado profesional alcanzado, satisfacción y percepción personal sobre el papel de la enfermera en la sociedad. Además, se exploró el valor que el colectivo otorga a las instituciones enfermeras y su responsabilidad en el soporte profesional. Se pretestó entre 50 enfermeras de diferentes ámbitos, y se envió por correo prefranqueado a la población de estudio. La muestra final fue de 2.122 enfermeras (7,8% índice de respuesta). Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados: En el colectivo profesional de Barcelona predominan las mujeres, con un promedio de edad de 38,3 años. Menos del 20% de las enfermeras y enfermeros han seguido cursos de postgrado, pero la mayoría asiste a formación continuada regularmente (77%). En general se consideran especialistas de su área profesional. Respecto a la actividad que desarrollan, el 83% se dedican a los cuidados enfermeros, el 7% tienen responsabilidades de gestión y el 2% se dedican a la formación. La mitad del colectivo trabaja en hospitales, el 7% en centros geriátricos y el resto en servicios de salud comunitaria. A muchas enfermeras y enfermeros les gustaría llegar a niveles superiores en su carrera profesional. Actualmente son dos las principales dificultades que encuentran las enfermeras en sus lugares de trabajo: el aumento de población multicultural con pocos conocimientos de español o catalán y los cambios sociales que se están produciendo. Las enfermeras desearían desarrollar un rol relacionado con la asesoría y la orientación a la población. Se consideran bastante autónomas en la toma de decisiones y en la práctica profesional, pero la mayoría desearían ser más independientes. En general, las enfermeras están satisfechas con su trabajo, aunque consideran que su profesión debería contar con más prestigio en la sociedad

Discusión: Este estudio ha contribuido a entender mejor la práctica y las necesidades de las profesionales de la enfermería en nuestro territorio. Además, la encuesta ha permitido incrementar el conocimiento sobre cómo profesionalizar la disciplina enfermera en nuestro país, y ofrecer una visión general entorno a los puntos fuertes y las debilidades actuales.

AUTOR/ES:

Rodríguez Mondéjar Juan José, Gómez Ruiz Mercedes, Ruiz Ramírez Juan Carlos, Villaescusa Pedemonte Mariana, Forca Martínez Carmen, Ariza Copado M^a Ángeles.
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA

TÍTULO:

MEDICIÓN INDIRECTA DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DIFERIDA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

TEXTO DEL TRABAJO:**1.- Introducción y Objetivo.**

En la actualidad estamos participando en la sanidad española de la controversia sobre la prescripción enfermera, de si fuese adecuada y necesaria, o por el contrario sería un error o un exceso de atribuciones para nuestro colectivo y para la sanidad nacional. Nuestra postura es que todo aquello que de autonomía al trabajo de la enfermera y que esté dentro de su cuerpo de conocimientos y de sus capacidades en la prestación de servicios y/o cuidados debe facilitársele como instrumento profesional que potencie su responsabilidad y su quehacer diario.

Como objetivo general se establece el analizar y profundizar si existen en nuestra gerencia datos indirectos de que se hayan podido adquirir productos relacionados o derivados de una prescripción de enfermería, aunque las haya hecho el médico a petición de la misma.

2.- Métodos.

Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y longitudinal.

Definición de caso: cualquier receta emitida desde nuestros centros con relación a material para la realización de curas y en concreto apósitos para cuidados de úlceras y heridas.

Población y Muestra: es sistemática ya que incluye a todos los centros y todas las peticiones gestionadas en el ámbito de receta médica.

Tiempo de estudio: Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005 (365 días).

Lugar: Gerencia de Atención Primaria de Murcia. La misma cuenta con 45 Equipos de Atención Primaria (con 94 puntos asistenciales), y 14 Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Tiene una población asignada unos 800.000 habitantes, y acoge a tres áreas de salud de la Región de Murcia (de las 6 existentes).

Desarrollo del estudio: se ha procedido al cálculo y análisis de los apósitos consumidos a través de receta médica que utiliza la enfermera en su atención clínica directa o en su prestación de cuidados. Procesamiento estadístico de datos en hoja de cálculo Excell de Microsoft Windows XP, con estudio descriptivo.

Fuente de datos: Programa DBase del servicio de suministros, y sistema de información del servicio de Farmacia de nuestra gerencia.

3.- Resultados.

Una vez analizados se observa que se han emitido 9.073 recetas de apósitos en sus distintos tipos, medidas y envases por un coste total de 177.276 €.

Por grupos de apósitos y material para curas se han extraído las siguientes cantidades: hidrocelulares 2.572 (recetas), hidrocoloides 1930, apósitos con plata 1.598, hidrogel 1.062, cicatrizantes 542, tejido sin tejer 442, hidrofibra 340, apósitos de silicona 152, alginatos 151, y una miscelánea con 336 recetas (tul, carbón, hidrorreguladores,...).

4.- Discusión-Conclusiones.

Si bien es conocido que la cualificación y formación recibida sobre el cuidado de las heridas es uno de los puntos fuertes de la diplomatura en Enfermería, también es cierto que la enfermera no está en disposición de poder realizar prescripción farmacéutica desde el punto de vista legal. En otro extremo tenemos la realidad sanitaria y social que requiere servicios de calidad, ágiles y completos sobre la base de que cada profesional sea lo suficientemente autónomo como para poder realizar su trabajo en las condiciones anteriormente descritas.

La dualidad entre lo legislado y lo realizado en el día a día nos demuestra que hay que revisar el asunto con detenimiento.

En la actualidad se está sometiendo a la ley del uso racional del medicamento y enfermería ha quedado fuera y sin competencias para la prescripción, muy a pesar de los argumentos esgrimidos por colegios profesionales, asociaciones y sindicatos de enfermería.

De forma muy especial la enfermería de atención primaria ve mermada su capacidad de resolución de problemas con relación al tratamiento y cura de las heridas, tanto crónicas como agudas, y manifestadas por úlceras vasculares, úlceras por presión, quemaduras superficiales, heridas, etc.

Se han escrito justificaciones a favor (y alguna en contra) para la prescripción enfermera, comparando con otros sistemas nacionales de salud europeos, así como analizando la realidad de hoy en los centros sanitarios, en especial a la hora de la adquisición por concursos públicos de material de curas y apósitos que quienes informan sobre los mismos desde el punto de vista técnico suelen ser profesionales de enfermería, responsables de los recursos materiales de los centros.

Distintos grupos de enfermería como el Grupo Nacional para el Estudio y la Atención de las Úlceras por Presión (GNEAUP), la sociedad de enfermería dermatológica, asociación de enfermería familiar y comunitaria, etc., han descrito y desarrollado estudios específicos de gran valor científico sobre los apósitos, y no sólo sobre las medidas de prevención, que si está claramente admitido como responsabilidad de la profesión enfermera.

En nuestro estudio se ha detectado una prescripción indirecta, ya que el personal facultativo atiende (generalmente) a la valoración y propuesta de la enfermera, reconociéndole sus conocimientos y competencias en este campo.

El elevado número de recetas es de interés, aun así hay que contar el consumo realizado a través del almacén, ya que casi todos los productos tienen sus equivalentes e incluso algunos ya están en el petitorio de la propia gerencia de atención primaria de Murcia, y en este caso no hay restricción de prescripción y uso, hablando del mismo material.

Se puede concluir con que:

1.-La prescripción enfermera puede estar presente de forma diferida en tanto en cuanto se precisan recursos específicos para realizar las intervenciones y cuidados sobre los pacientes en la práctica clínica diaria.

2.-El grado de variabilidad y las necesidades individuales de los clientes obligan a conocer el arsenal terapéutico existente, con sus ventajas e inconvenientes, para adaptarlo a cada individuo.

3.- Estos datos confirman la necesidad de la prescripción enfermera para realizar mejor su trabajo, con autonomía y sin generar prescripción diferida y consultas extras a los facultativos.

AUTOR/ES:

Fagoaga-Gimeno ML, Lucas-Imbernón FJ, Gastón-Santos S, Martínez-Jarreta B, Sierra-López C, García Fernández C.

TÍTULO:

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL "PERPETUO SOCORRO" del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción. El Síndrome de Burnout o del "quemado", parece ser el responsable de la desmotivación y absentismo que sufren los profesionales sanitarios. El término inglés "burnout" está siendo utilizado últimamente con bastante frecuencia en los ambientes sanitarios^{1,2,3}. El término fue descrito por Herbert Freudenberger (1974)⁴, psicoanalista norteamericano que estudió la respuesta al estrés de los trabajadores de instituciones alternativas, utiliza el término para referirse al resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo, a una situación de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. Fue C Maslach (1976)⁵ quien primero empleó públicamente este concepto para referirse a una situación a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos, que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente, "quemándose" profesionalmente después de meses o años de dedicación. La definición de burnout más ampliamente aceptada es la de Maslach y Jackson, 1981, donde establecen el Maslach Burnout Inventory (MBI)^{5,6,7}.

El estrés es un complejo fenómeno psicobiológico que tiene lugar cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación^{8,9}. Los profesionales sanitarios mantienen un contacto diario con la enfermedad y la muerte. Nos vemos forzados a implicarnos durante horas con problemas y preocupaciones de las personas con las que nos relacionamos profesionalmente, esto produce a la larga un desgaste y estrés. Si este estrés crónico desborda los mecanismos de compensación "puede cansarle emocionalmente" y llevarle a una situación de agotado y "quemado", también llamado: Síndrome de estrés laboral y asistencial o Síndrome de burnout. El término burnout (agotamiento, desgaste o fatiga psíquica) puede definirse como una forma de aflicción producida por el sobreesfuerzo en el trabajo que se manifiesta en severas pérdidas de energía y en un descenso de la calidad y cantidad del rendimiento¹⁰(Garden, 1989).

A pesar de la variedad de definiciones y enfoques existe un acuerdo generalizado acerca de algunas características del burnout: ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica que implica sentimientos, actitudes, motivos y expectativas que se relacionan con problemas y molestias, y afecta al bienestar general del individuo.

El síndrome de burnout^{6,7} se manifiesta por:

A. Cansancio emocional (CE): agotamiento físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional (emocional exhaustion), sensación de que uno ya nada tiene que ofrecer psicológicamente a los demás. Constituye el elemento central del síndrome.

B. Despersonalización (depersonalization) (DP): desarrollo de una actitud negativa, fría e insensible hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, conduce a la deshumanización de las relaciones, al desprecio del entorno y a la culpabilización de los demás de sus frustraciones laborales.

C. Falta de realización personal (RP): falta de consecución de los logros personales (personal accomplishment) que es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales. Falta de autorrealización personal, RP es la percepción del profesional que suele sentir que las demandas laborales exceden sus capacidades, conlleva una autoevaluación negativa donde se incluye rechazo de sí mismo y de los rendimientos personales logrados en el trabajo. Refleja la existencia de sentimientos de ineficacia e incompetencia.

Maslach y Jackson 1981 son también los que operativizan el constructor al idear el Maslach Burnout Inventory (MBI)^{6,7}, un cuestionario operativo específico para interpretar los diferentes niveles de burnout siendo el más utilizado. Los tres elementos están ligados entre sí a través de una relación hipotéticamente asimétrica en la que el primero conduce a los otros dos.

Otras escalas disponibles para la cuantificación del desgaste profesional son escala de Pines y Aronson¹¹ y la de García y Velandrino^{12,13} que teniendo un objetivo común, lo hacen desde perspectivas distintas.

El Síndrome de Burnout es un proceso continuo con una serie de fases¹⁴: 1. Fase de estrés laboral: desajuste entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales; 2. Fase de exceso o sobreesfuerzo como respuesta adaptativa (ansiedad, fatiga, irritabilidad, conductas egoístas, alineación laboral y una falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo); 3. Fase de enfrentamiento defensivo: cambio de actitudes y conductas, empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a que se ve sometido.

Los síntomas cardinales asociados son¹⁴: a. Psicósomáticos (cefaleas, lumbalgias, hipertensión arterial); b. Conductuales (absentismo laboral, problemas conyugales y familiares); c. Emocionales (distanciamiento afectivo con las personas a las que atiende); d. Defensivos (desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con el cliente).

También hay que diferenciar el desgaste profesional del estrés, depresión, tedio o aburrimiento, tampoco se identifica los "live events" o crisis de la edad media de la vida ni con la insatisfacción laboral, aunque se encuentre estrechamente relacionado con ésta última.

Se ha podido constatar que la insatisfacción del profesional del sector sanitario acarrea un serio coste económico y social, debido a su efecto sobre el clima laboral, el rendimiento y la prestación de los cuidados de salud⁸. El grado de calidad de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan, y pone de manifiesto que la desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que se tienen que enfrentar los directores y gestores de centros sanitarios¹⁵⁻¹⁶.

De acuerdo con lo expuesto, y dada su repercusión sobre la eficacia del sistema sanitario público y sobre los profesionales, nos planteamos como OBJETIVO Determinar el grado de satisfacción laboral y desgaste profesional en el personal del Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (HPSS) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

METODOLOGÍA.

Tipo de estudio: Transversal, de prevalencia y asociación cruzada entre variables. Período: Realizado entre los meses Septiembre 2004 y Marzo 2005. Marco de la muestra: Personal sanitario y no sanitario del HPSS. Herramienta de análisis: Se diseñó un cuestionario específico dividido en tres partes: 1. Datos de afiliación, sociodemográficos, y laborales. 2. Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) valorando cansancio emocional CE, despersonalización DP, y falta de realización personal RP. 3. Cuestionario sobre estrés laboral y personal. Análisis Estadístico: Paquete estadístico SPSS, estudio de proporciones y medias. Análisis univariante y multivariante (regresión lineal). Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se formalizaron 81 cuestionarios, correspondiendo a un 30 % del total de profesionales del HPS. El 11,1% (n=11) son médicos psiquiatras; El 43,2% (n=35) son enfermero/as; El 7,4% (n=6) son técnicos (logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales); el 19,8% (n=16) son Auxiliares de clínica y Técnicos de radiología; el 11,1% (n=11) son auxiliares administrativos; el 7,4% (n=6) son celadores. El 88,9% son mujeres, el 76,3% casadas/pareja estable, el 61,6% tienen 2 ó más hijos. Tienen plaza en propiedad el 55,6%, la antigüedad en la profesión es de una media de 16,27 años (DE=8,54) y en el puesto actual 7,17 años (DE=7,41). La edad media del personal es de 41,47 años (DE=8,05). El 51,9% (IC:40,0-62,8%) de los profesionales consideran la causa más frecuente de desgaste profesional es el exceso de presión asistencial. El 68,9% (IC:58,9-78,9%) tienen un CE medio-alto; el 81,3% (IC:73,3-88,3%) tiene una DP media-alta; El 87,8% (IC:80,8-94,8%) tiene una falta de RP media-alta. El estrés personal es medio-alto en el 63% (IC:52,5-73,5%) de los profesionales; el estrés laboral es medio-alto en el 95,7% (IC:92,7-98,7%) de los profesionales.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio quisimos averiguar de forma objetiva aquello que era una impresión subjetiva sobre la incidencia del estrés y del grado de satisfacción, tanto laboral como personal, de los profesionales de enfermería que trabaja en el Hospital Universitario Perpetuo Socorro. Este personal está sometido a niveles altos de estrés y desgaste profesional.

Este estudio es una continuación de uno más global donde se demostraba que los trabajadores de los Servicios de Urgencias están sometidos a un nivel de estrés y de desgaste profesional medio alto (referencia Congreso La Coruña, Rev Emergencias)..

Los cuestionarios han sido rellenados en un porcentaje elevado, lo que nos indicaría la preocupación de estos profesionales por este tema. El personal de enfermería que trabaja en los SU tiene una media de edad alta, al igual que la antigüedad. La edad si parece desempeñar un papel moderador, a más edad se evidencia un menor nivel de burnout. El profesional adquiere mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral. La experiencia de "quemarse" se da con mayor frecuencia en los profesionales con menos antigüedad. Luego ya hemos aprendido en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

El perfil sociodemográfico del personal de enfermería es mujer, casada o con pareja estable que tiene dos o más hijos. La mujer con doble carga trabajo (profesional y ama de casa) con implicación de la familia y los hijos hacen que se tenga mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y también ser más realista.

La rotación de turnos en el horario laboral conlleva alteraciones psíquicas (trastornos de sueño, irritabilidad, nerviosismo,...) y afectación de la vida familiar aumentan el CE.

Los profesionales de enfermería de los SU de nuestra Área se encuentran en niveles de CE bajo, con DP baja y con falta de RP alta, por lo que podemos decir que el nivel de desgaste profesional es bajo. Sin embargo, en el personal de enfermería se aprecia que tiene mayor estrés laboral que personal con un nivel global de estrés elevado condicionado por el tiempo de antigüedad en el trabajo y el grado de afectación de la vida familiar.

Consideramos que resulta oportuno que la Administración conozca el grado de satisfacción de los profesionales para que en caso necesario favorezca una mejora de las condiciones de trabajo (incremento salarial, formación continuada, fomentar el trabajo en equipo y la participación en la toma de decisiones), aunque la causa más frecuente de desgaste profesional es el exceso de presión asistencial.

Si el profesional está más satisfecho, habrá una mayor integración con su desempeño laboral y una mejor relación con el usuario. Esto aseguraría que este último valore más positivamente su actuación, evidenciando una mejora en la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The casual links between stres and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002 15; 359(9323):2089-90.
2. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136 (3): 243-246.
3. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2002; 118 (18): 704-6.
4. Freudenberger HL. Staffburnout. 1974; 30:159-165.
5. Maslach C. Burned out. *Humans Behav*. 1976; 9:16-22.
6. Maslach C, Jackson S. The measurement of experience of burnout. *Jsoc Occup Behavior*. 1981; 2:99-113.
7. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1986; 2ª Ed.
8. Valdés M, De Flores T. *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Ed Martínez Roca, 1985.
9. Hernández Monsalve LM, Gervás Camacho J. Estrés en los profesionales sanitarios . En: Gestal Otero JJ (ed), *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1993. 447-457.
10. Garden
11. Pines A, Aronson E. *Burnout: from tedium to personal groutw*. Nueva York: The free press, 1991.
12. García M, Velandrino A. EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones. *An Psicología*. 1992; 8: 131-138.
13. García Izquierdo M, Llor Esteban B, Sáez Navarro C. Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *An Psiquiatría (Madrid)*. 1994; 10: 180-184.
14. Da Silva Sobral de Matos H, Daniel Vega E. Pérez Urdaniz A. Estudio del síndrome de desgaste profesional sanitarios de un hospital general. *Ac Esp de Psiq* 1999; 27 (5): 310-320.
15. Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994; 112: 35-40.
16. Fagoaga Gimeno ML, Lucas Imbernón FJ. El Síndrome de burnout y la enfermería de urgencias. *Rev Enf EUE* 2000; 12: 6-12.
17. Lucas Imbernón FJ, Fagoaga Gimeno ML. Desgaste profesional en Urgencias, parámetro de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 519.

AUTOR/ES:

Muñoz Izquiero A, Puchades Simó A, Marco Gisbert A, Bou Lluna A, Sanchez Garcia F, Pérez Garcia F, Bellber Navalon C, Corton Tarazona F.

TÍTULO:

Internet y Enfermería: qué consultas hacemos.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Internet nace de forma experimental en 1969 en Estados Unidos y el inicio de la fase real se fecha en el año 1983, pero su gran expansión se produjo después de 1990 gracias al desarrollo de un sistema que clasifica y muestra la información a través de páginas que se visualizan en la pantalla de un ordenador y que se denomina World Wide Web o gran telaraña mundial (WWW o Web)(1). Para el uso de Internet disponemos de los buscadores que son sistemas de información (motores de búsqueda) google, yahoo que se organizan por grupos de noticias y categorías, otros lo hacen por palabra y contextos ayudados por operadores booleanos como AND, OR, etc. En el ámbito de las ciencias de la salud las bases de datos más consultadas son: PubMed, IME, CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO, Cochrane, BDIE, entre otras. La base de datos de enfermería CUIDEM, recoge 183 documentos que responden a las palabras "Internet AND enfermería", la más antigua la encontramos en el año 1994 y corresponde a Reyes Sosa GR, su objetivo es contarnos que es Internet. Desde entonces son muchos los artículos publicados en revistas o presentados en reuniones científicas (comunicaciones, posters, ponencias) que tienen como objetivo contarnos que podemos esperar de esta nueva tecnología.

En Internet básicamente, obtenemos comunicación e información. La, comunicación la facilitan elementos como el correo electrónico, los foros de discusión y debate el IRC, el Chat y la videoconferencia. La información de enfermería abarca aplicaciones de todo tipo, como bases de datos, páginas con información profesional y científica, documentos, cursos, convocatorias, bolsas de trabajo, revistas, libros, bibliotecas, laboratorios, catálogos de material y un sinfín de recursos que la red pone a nuestra disposición. Según exponen muchos autores Internet es una herramienta imprescindible para la profesión, que se revela como un elemento dinamizador en todos los campos de la enfermería, ayudando tanto al estudiante que busca información para un trabajo de clase como al investigador que busca los últimos datos para su estudio (1-6).

Objetivo:

Conocer el uso que los profesionales de enfermería hacen de Internet, empleando un procedimiento por encuesta durante el mes de mayo del 2005:

Metodología:

Tipo de estudio: hemos realizado un estudio descriptivo transversal que utiliza la encuesta por correo como fuente de información.

Población estudio: se han estudiado 532 profesionales de enfermería. Se enviaron un total de 1000 cuestionarios por correo postal y se recibieron 486. Para aumentar la muestra también se enviaron 100 por correo electrónico y contestaron 46. La tasa global de respuesta es del 48 %. El número de respuestas validas oscila en función de las preguntas, con un mínimo de 404 a un máximo de 532, siendo el valor más frecuente 440, lo que supone sobre el total de encuestas enviadas un porcentaje de respuesta real del 40%.

Origen de la muestra: el objetivo perseguido ha sido obtener una representación geográfica amplia por lo que nos pusimos en contacto con todos los Colegios de Enfermería de las Comunidades Autónomas, hemos obtenido colaboración de los siguientes: Alicante, Baleares, Barcelona, Bizkaia; Girona, Oviedo, Salamanca, Toledo, Valencia. También contactamos con Asociaciones de Enfermería y sólo hemos obtenido colaboración de la Asociación de Enfermería en Urología y de la Sociedad Española de Enfermería en Internet. Para ampliar la muestra les hemos pedido colaboración a compañeras que nos proporcionaron contacto con otros profesionales.

Tipo de muestreo: el sistema empleado se corresponde con un muestreo no probabilístico de conveniencia. Se ha conseguido una muestra cuya distribución es similar, en cuanto a género, a la proporcionada por Consejo General de Enfermería en el “Estudio sobre la situación de empleo de los Diplomados de Enfermería” 1998 (7), un 82% de mujeres y un 18 % de hombres.

Fuente de información: se ha empleado una encuesta diseñada para este estudio. El cuestionario ha sido sometido a la validación de contenido y viabilidad un grupo de 25 profesionales de enfermería, y consta de 19 preguntas. Las 12 primeras versan sobre temas relacionados con la disponibilidad que los profesionales tienen de disponer de acceder a Internet y su uso. Los aspectos demográficos están valorados por 7 preguntas.

Resultados: En los aspectos sociodemográficos, las mujeres son el grupo más numeroso con un porcentaje del 82 %. La mediana de la edad es muy similar para ambos sexos y, no existen diferencias significativas en cuanto a la distribución de la edad según el género. También se obtienen resultados similares en cuanto a los años de ejercicio profesional. Se ha obtenido representación de 29 provincias

Conocer la frecuencia de profesionales que consultan Internet: Es similar el uso que los profesionales realizan de Internet en los aspectos profesionales y personales. Las condiciones de género y el conocimiento del inglés presentan una relación estadísticamente significativa, con el uso que los profesionales realizan de Internet tanto en el aspecto profesional como personal. Los motivos por los que se accede a Internet son: el primer lugar que es un acceso fácil a información muy diversa, seguido de la búsqueda de información para actualizar conocimientos y la búsqueda de empleo

Conocer los motivos de consulta que los profesionales de enfermería realizan de Internet: Estos resultados corresponden a aquellos que sí utilizan los recursos de Internet. Los cinco motivos más frecuentes son:

1. Búsqueda de literatura de enfermería, 2. Consultar páginas de revistas de enfermería, 3. Manuales de protocolos, 4. Consultar páginas de Colegios Profesionales, 5. Acceder para conocer la información que existe en Internet dedicado a pacientes y familiares, sobre su especialidad. Y los cinco que presentan una frecuencia inferior son:

1. Participar en foros de debate, 2. Nomenclatura de enfermería, 3. Taxonomía de enfermería, 5. Educación a distancia (videoconferencia, telemedicina, etc.), 5. Realizar búsquedas bibliográficas para investigación en bases de datos internacionales

El género presenta relaciones estadísticamente significativas para: Manuales de protocolos, Nomenclatura de Enfermería, Taxonomía de enfermería, Información acerca de la práctica de enfermería, Participar en foros de debate, Consultar páginas de sociedades de Enfermería.

El conocimiento del inglés presenta resultados estadísticamente significativos en los siguientes aspectos: Recursos de educación continuada en enfermería y en la Educación a distancia.

En la realización de búsquedas bibliográficas para investigación en bases de datos internacionales, el género y el conocimiento del inglés presentan diferencias significativas.

Discusión: Aunque las publicaciones recogen que los profesionales de enfermería podemos utilizar Internet para participar en Foros, listas de comunicación, realizar búsquedas bibliográficas, participar en estudios multicéntricos, trabajar sobre la evidencia, estas actividades no son las más realizadas por los profesionales, que utilizamos Internet. Los profesionales de Enfermería tenemos un comportamiento muy similar al encontrado en “el estudio de la Fundación BBVA sobre Internet en España”, en cuanto a frecuencia de uso de forma continua y en los motivos de uso personal(8).

Conclusiones: Acorde con el contexto social que históricamente venimos arrastrando, aunque la enfermería es una profesión mayoritariamente desempeñada por mujeres, encontramos que en los temas que constituyen el desarrollo teórico de nuestra disciplina (taxonomía, nomenclatura), son los hombres los que más consultas realizan. Consultamos Internet para buscar literatura sobre enfermería, consultar revistas, manuales de protocolos, consultar colegios profesionales y para conocer la información que circula en la red dirigida a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez Dacal JM. Manual de Internet para enfermería. Difusión Avances de Enfermería 2005
2. Gutiérrez U, Estrada JM, Blanco A. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enferm clínica* 2003; 13(2):103-11.
3. Loureiro M. Internet y Enfermería. *Enferm Cientif* 2002; 240-241:8-15.
4. Peiró M^aA, Muñoz A, Talamantes C. Lista de Comunicación. Herramienta de investigación en Enfermería. *Enferm Integral* 2002, 60: XLI-XLIV.
5. Torra JE. Internet (II) recursos para enfermería. *Rev Rol Enferm*; 208: 57-61.
6. Roma MT, Vizcaya MF. Nuevas tecnologías en la formación de profesionales de enfermería. *Metas de Enferm* 2000; III(25):25-28.
7. Consejo General de Enfermería. Estudio sobre la situación de empleo de los Diplomados en Enfermería. Madrid: Consejo General de Enfermería, 1998.
8. Departamento de Comunicación BBVA. Estudio de la Fundación BBVA sobre Internet en España. Consultado el 12 enero 2006. Disponible en <http://w3.grupobbva.com>.

AUTOR/ES:

M^a Consolación Ortiz Colindres

Centro de trabajo: Unidad de Hospitalización de Cirugía Plástica, Hospital 12 De Octubre. Madrid

TÍTULO:

Cuidados de las zonas donantes de piel. Estudio comparativo

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Este trabajo aborda los cuidados de enfermería de las zonas donantes de piel desde un estudio comparativo empleando dos apósitos: uno lípido-coloidal, de reciente aparición en el mercado, y otro vaselinado de uso habitual en este tipo de lesiones. Lo novedoso de este tema radica en que, a pesar de que los profesionales de enfermería tienen en este campo un margen amplio de independencia en la toma de decisiones con respecto a los cuidados que llevar a cabo y en ocasiones incluso pueden decidir el apósito que emplear, no hay muchos trabajos en los que el objeto de estudio sea éste.

. Las zonas donantes de piel son unas heridas superficiales comparables con una quemadura de 2º grado superficial o con una abrasión de piel, con la diferencia de que estas, son provocadas, de forma intencionada por el profesional sanitario, con el fin de extraer piel (epidermis y dermis) para trasplantarla a otra localización del cuerpo, donde existe una lesión de difícil o tórpida curación que hay que cubrir o reparar con esta piel extraída y así evitar complicaciones (infecciones, retracciones, defectos físicos, etc..).

En las Unidades de Cirugía Plástica y Reparadora, los injertos de piel se realizan en pacientes portadores de heridas agudas, crónicas y quemaduras, que bien, por su complejidad o por la extensión de las mismas, precisan ser sometidos a intervenciones quirúrgicas para cobertura de sus heridas con injertos cutáneos, al fracasar otros procedimientos empleados previamente para conseguir la cicatrización o resolución de estas lesiones –como pueden ser las curas locales-.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: El empleo de un nuevo apósito lípido-coloidal para el cuidado de las zonas de piel donante es más eficaz que el empleado en el protocolo de enfermería habitual de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

OBJETIVOS:

General: Valorar la eficacia de un nuevo apósito lípido-coloidal para el cuidado de las zonas de piel donantes en pacientes hospitalizados en la Unidad de enfermería de Cirugía Plástica del Hospital 12 de Octubre de Madrid durante el periodo de tiempo en el que se realiza el estudio, comparándola con la del apósito empleado en el protocolo de enfermería habitual.

Específicos:

1. Identificar y describir los aspectos que mejoran con la utilización del nuevo apósito para el cuidado de las zonas de piel donantes frente al apósito habitual.
2. Evaluar la tolerancia del apósito y la aceptación de su uso por parte del paciente y del profesional de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio que se plantea en este trabajo es experimental, comparativo y prospectivo, con el objeto de comparar un apósito lípido-coloidal (URGOTUL) frente a un apósito vaselinado (TULGRASUM), que es usado comúnmente para el cuidado de las zonas donantes de piel, en la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, lugar donde se realiza el estudio. El método de enmascaramiento ha sido un simple ciego. La asignación de los pacientes que componen la muestra, ha sido sistemática.

El periodo de tiempo en el que se lleva a cabo la recogida de datos para este trabajo es de 3 meses: desde el 15 de Enero del 2004 hasta el 15 de Abril del 2004. Los datos son recogidos por la propia investigadora, con la colaboración muy esporádica de miembros del equipo de enfermería y con la inestimable colaboración de los propios pacientes incluidos en la muestra.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra consta de 11 pacientes, 3 de ellos son mujeres y el resto hombres, la media de edad es de 65 años; 5 de los pacientes de edades superiores a los 80 años, y solo 1, menor de 30.

Criterios de Inclusión: Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cirugía Plástica que son portadores de zonas de piel donante tras haber recibido un injerto cutáneo.

Criterios de exclusión:

-Pacientes que por su situación clínica: agitación, demencias, desorientación, etc., no puedan colaborar en la recogida de datos del estudio o puedan sufrir el riesgo de arrancamiento del apósito antes de la cicatrización completa de la zona donante, debido a su problema de salud.

-Pacientes en los que se aplique un apósito distinto a los del estudio, para el cuidado de la zona donante, por prescripción médica.

-Pacientes que sean dados de alta antes de la completa reepitelización de la zona donante y por tanto de la retirada del apósito primario.

-Pacientes que no deseen ser incluidos en el estudio y que denieguen su consentimiento a participar en el mismo.

La muestra de pacientes se distribuirá en dos grupos de forma aleatoria y sistemática.

-A un grupo de 5 pacientes se le aplicará la gasa vaselinada habitual establecida como protocolo de Enfermería para el contacto directo con el lecho de la zona donante(tulgrasum).

-Al otro grupo de 6 pacientes se le aplicará el apósito lípido-coloidal sobre el lecho de la zona donante(urgotul).

VARIABLES

Factor principal: tipo de apósito aplicado(tulgrasum/urgotul).

Covariables: tipo de herida(aguda/crónica), localización de la lesión y zona donante, problemas de salud previos, tratamientos adicionales, tamaño de las zonas donantes.

Variables respuesta: periodo de tiempo en que se cubre por completo la zona donante con la neopiel, tiempo de inicio de la epitelización, facilidad de aplicación y retirada del apósito, estado de la piel perilesional, grado de confort del paciente –dolor, sensación de tirantez, prurito, sangrado, percepción de olor y aparición de complicaciones :infección, desepitelización, edema-, resultado estético.

Los datos se han recogido en una hoja de registro diseñada para tal fin por la investigadora.

Los métodos de medida han sido con escalas cualitativas y/ o analógicas para las variables cualitativas y las cuantitativas se han medido en días o cm, para así facilitar la recogida de datos en la hoja de registro por parte de la enfermera.

El tamaño de zonas donantes se han medido en áreas o cm² con una regla milimetrada . . La variabilidad de tamaño de zonas donantes del estudio oscila entre un máximo de 180 cm² y un mínimo de 32 cm².

Para las variables cuantitativas se han empleado escalas de medida cuantitativas ordinales específicas para cada una: aplicación del apósito y retirada del mismo, resultado estético, epitelización de la zona donante. El tiempo de inicio de la epitelización de la zona donante y el de epitelización completa se mide en días. En el caso de la variable dolor, se ha medido con una escala analógica de tipo cuantitativo-ordinal para facilitar la colaboración del paciente ya que la mayoría eran de edad avanzada.

Para algunas variables solo se recoge si están presentes o no cada día en la hoja de registro (sangrado, olor, tirantez, prurito, estado de la piel) según la valoración de la enfermera y del propio paciente que es consultado a diario.

Los cuidados de las zonas donantes se llevan a cabo siguiendo el protocolo habitual de la unidad.

El programa informático utilizado para el análisis estadístico es el SPSS 10.0. Se han considerado significativos los resultados para un valor del nivel de significación menor que 0,05.

Para conocer si los datos del estudio siguen una distribución normal, se ha aplicado el Test de Kolmogorov-Smirnov, con la corrección de Lilliefors.

Para comparaciones entre los dos grupos para variables cuantitativas que siguen la distribución normal, se ha aplicado la T de Student. Para las que no siguen la distribución normal, ha sido aplicado el test de Mann-Whitney

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio se ha trabajado con una muestra pequeña(11 pacientes). Por ello las limitaciones del estudio son más amplias y se reduce la precisión de la estimación. No obstante, se puede considerar este trabajo como un estudio piloto que sirve de base para la realización a posteriori de otro similar con una muestra de mayor tamaño que aumentaría el nivel de significación y la potencia del estudio. Debido también a las limitaciones del estudio, los resultados no han sido muy concluyentes y no se puede afirmar que sean generalizables para la población de pacientes portadores de zonas donantes, pero sí que pueden indicar la línea a seguir en otros estudios similares posteriores.

Es interesante tener en cuenta que existen pocos trabajos publicados sobre los cuidados de las zonas donantes de piel y que la mayoría son antiguos (de los años 80-90). Además conviene destacar que muy pocos están realizados por enfermeras, siendo la perspectiva o visión enfermera un aspecto muy interesante, pero que apenas se encuentra en la literatura consultada.

Esta visión enfermera, enfoca aspectos como el confort del paciente, faceta poco o nada profundizada en otros trabajos y la valoración por parte del paciente y de los profesionales de enfermería del apósito que se utiliza. El protagonismo que tienen el paciente y la enfermera, sobre todo el primero, el cual tiene en este trabajo un papel destacado en la recogida de datos y en los cuidados de la zona donante.

Para finalizar las conclusiones de este trabajo, se puede afirmar que a pesar de las limitaciones del estudio, se han podido apreciar diferencias favorables para el grupo de pacientes a los que se les ha aplicado en la zona donante el apósito Urgotul, frente al grupo de pacientes a los que se les ha aplicado el apósito Tulgrasum, sobre todo en el aspecto referente al confort, lo que da como resultado que se obtenga una buena tolerancia del apósito por parte del paciente y una buena aceptación de su uso por el personal de enfermería de la Unidad. Pero a pesar de ello no se puede afirmar de forma contundente que el apósito Urgotul sea mas eficaz para el cuidado de las zonas donantes que el apósito Tulgrasum, debido a las limitaciones del estudio, aunque como consecuencia de este trabajo son varias las líneas de investigación que quedan abiertas para retomar en trabajos posteriores.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Biltz H, Kiessling M, Kreysel H W. Comparison of hydrocolloid dressing and saline gauze in the treatment of skin graft donor sites. In: An Environment for Healing: the Role of Occlusion. Royal Society of Medicine International Congress and Symposium. 1985. Series No. 88. Edited by T. J. Ryan; 1985: 125-128.
2. Champsaur A, Amadou R, Nefzi A, Marichy J. Use of Duoderm on donor sites after skin grafting. A comparative study with tulle-gras. In: Beyond occlusion: wound care proceedings. Royal Society of Medicine International Congress and Symposium. 1988. Series No. 136. Edited by T. J. Ryan; 1988: 127-131.
3. García Collado F, Salvador Morán MJ, Román García MJ. Tratamiento de lesiones cutáneas combinando apósitos de hidrofibra e hidrocoloide extra fino. Rev. Rol 2002 Feb,25(2): 51-54
4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Dolor durante los cambios de apósito. Documento de Posicionamiento EWMA 2002. En: <http://www.geneaup.org>.
5. Hermans M H E. Informe sobre tratamiento en zonas donantes con Varihesive Gel Control. Annals of the MBC. 1990 Sep; 3(3).
6. Hernández Ramos A, et al. Aplicación de apósitos hidrocoloides transparentes en el tratamiento de las zonas donantes de piel. Rev. Cir. Plástica Iberoamericana. 1993 Abril-Mayo-Junio; 19(2): 129-132.
7. Hickerson W L, Kealey G P, Smith Jr D J, Thomson P D. A prospective comparison of a new, synthetic donor site dressing versus an impregnated gauze dressing. J Burn Care Rehabil 1994; 15: 359-363.
8. Meaume S, Senet P, Dumas R, Carsin H, Pannier M, Bohbot S. Urgotul: a novel non-adherent lipidocolloid dressing. Br J Nurs. 2002 Sep; 11(16 Suppl): 42-43, 46-50.
9. Tormo Maicas V, Julián Rochina I, Martínez Martínez C, Marín Fontana M J, Sauvadet A, Bohbot S. Hidrocoloides y materias grasas en el tratamiento de heridas agudas y crónicas. Rev Rol 2003 Oct; 26(10): 15-20.

AUTOR/ES:

Arias-Rivera S, Vadillo-Obesso P, Sánchez-Izquierdo R, Sánchez-Sánchez MM, Copete-Vega A, Corrochano-Varas S, Saiz-Sanz AI, Frutos-Vivar F, Pascual-Durán T.

TÍTULO:

Fiabilidad de la determinación de la glucemia a pie de cama en pacientes críticos

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

Desde la publicación de los estudios Van den Berghe et al, donde se demuestra que mantener unos niveles de glucosa plasmática por debajo de 110 mg/dl, reduce la mortalidad y la morbilidad de los enfermos quirúrgicos y de los enfermos médicos con una estancia superior de 3 días, el control estricto de la glucemia se ha convertido en una práctica rutinaria en las unidades de cuidados intensivos.

Son varios los métodos utilizados para las determinaciones de glucemia, el más utilizado, por su rapidez y por minimizar las pérdidas de sangre, es la determinación a través de glucómetro a la cabecera del paciente. Aunque es un método aceptado para las determinaciones de pacientes ambulatorios y no críticos, los estudios realizados en pacientes críticos no aportan datos concluyentes, poniéndose de manifiesto la existencia de variables, presentes en los pacientes críticos, que pueden dar medidas erróneas.

El objetivo de este estudio es determinar la fiabilidad de tres métodos de determinación de la glucosa, a pie de cama, en el paciente crítico, comparados con la determinación de glucemia en el laboratorio central.

Material y Métodos:

Estudio observacional prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas durante 8 meses.

Los pacientes incluidos, fueron aquellos que portaban un catéter arterial conectado a un sistema de monitorización con suero heparinizado (1 UI/ml).

Se compararon con la glucemia plasmática (gold Standard) 8 muestras obtenidas a la cabecera del paciente: tres muestras obtenidas de sangre capilar, cuatro de sangre arterial y 1 de sangre arterial en jeringa de gases.

Se registraron datos demográficos (edad, sexo), patología al ingreso, variables que se han relacionado con modificaciones en la determinación plasmática de glucosa: diabetes mellitus, hipertensión, tensión arterial, temperatura periférica, administración de fármacos vasoactivos y otros fármacos que pueden alterar la glucemia, hemoglobina, hematocrito, recuento de leucocitos y gasometría arterial.

Las determinaciones a la cabecera del paciente fueron realizadas con tiras reactivas MediSense® Optium™ Plus y glucómetro MediSense® Optium™.

Análisis estadístico:

En las muestras de la misma procedencia (capilares o arteriales) se realizó un análisis de fiabilidad denominado coeficiente de correlación intraclase (CCI), mediante una comparación de varianzas (ANOVA) con medidas repetidas. Si el análisis de fiabilidad mostrase una correlación intraclase adecuada (CCI > 0.95) se realizará una comparación de medias entre la media de la primera muestra capilar o arterial con el gold standard (glucemia plasmática), mediante la prueba de la t de Student, si el análisis de fiabilidad mostrase una correlación intraclase no adecuada (CCI < 0.95), se realizará una comparación de medias entre la media de la muestra capilar o arterial que menos se desvíe de la media de la glucemia plasmática. Las diferencias entre las determinaciones capilares y arteriales con el gold standard se expresarán gráficamente utilizando el método de Bland y Altman.

Resultados:

Obtuvimos 900 muestras (300 capilares, 500 arteriales y 100 plasmáticas) en 100 pacientes. Las glucemias medias (DS) obtenidas en mg/dl fueron: 1) en las muestras capilares: 146 (38), 146 (36), 144 (37); 2) en las muestras arteriales: 137 (36), 139 (36), 141 (35), 140 (35); en la muestra arterial en jeringa de gases: 140 (35); 3) en las glucemias plasmáticas: 137 (35).

El Coeficiente de Correlación intraclase entre las glucemias capilares fue de 0,982 (IC 95%: 0,976-0,988) y entre las glucemias arteriales 0,994 (IC 95%: 0,992 - 0,996). Hubo diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las medias de la glucemia plasmática y las medias de la primera muestra capilar, pero no entre las medias de la glucemia plasmática y las de la primera muestra arterial ($p = 0,6$). Las diferencias de medias obtenidas fue de 9 y -1 mg/dl respectivamente.

En las muestras arteriales la presencia de algunos factores, como la infusión de insulina intravenosa y la concentración plasmática de hemoglobina, aumenta el error y la dispersión con respecto al gold standard.

Discusión:

Hemos observado en nuestro estudio, que la glucemia medida a pie de cama con los medidores de glucosa, utilizados habitualmente en la práctica clínica en cuidados intensivos, con muestras obtenidas de un catéter arterial, es similar a la glucemia plasmática, considerada como gold standard.

La glucemia determinada a partir de las muestras capilares tuvieron un error y una dispersión significativamente mayor que la determinada en muestras arteriales. Aunque un error de 9 mg/dl podría parecer clínicamente poco relevante, la dispersión observada (de 43 a -26 mg/dl) puede ser causa de hipoglucemias no detectadas, sobre todo si se aplica la recomendación de mantener unos niveles de glucosa entre 80 y 110 mg/dl.

Una disminución en el hematocrito, la acidosis metabólica y la hipoxia son causas que pueden interferir con las medidas capilares de la glucosa.

Aunque en nuestro estudio puede tener algunas limitaciones, la población incluida en el estudio fue una cohorte de enfermos estables con una glucemia media cercana al límite de 150 mg/dl recomendado para los enfermos críticos en conferencias de consenso como la Surviving Campaign Sepsis, hemos observado que la determinación de la glucemia a pie de cama en los enfermos críticos es más fiable cuando se mide en muestras de sangre arterial que en sangre capilar.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med.* 2001; 345(19):1359-67.
- 2- Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I et al. Intensive Insulin Therapy in the Medical ICU. *N Engl J Med.* 2006; 354:449-61.
- 3-Harding K. A comparison of four glucose monitors in a hospital medical surgical setting. *Clin Nurse Spec.* 1993;7:13-6.
- 4- Ray JG, Hamielec C, Mastracci T. Pilot study of accuracy of bedside glucometry in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2001; 29:2205-7.
- 5- Kanji S, Buffie J, Hutton B, Nubting PS, Singh A, McDonald K et al. Reliability of point-of-care testing or glucose measurement in critically ill adults. *Crit Care Med.* 2005; 33:2778-85.
- 6- Kulkarni A, Saxena M, Price G, O'Leary MJ, Jacques T, Myburgh JA. Analysis of blood glucose measurements using capillary and arterial blood samples in intensive care patients. *Intensive Care Med.* 2005; 31:142-5.
- 7- Tang Z, Lee JH, Louis RF, Post GJ. Effects of different hematocrit levels on glucose measurements with handheld meters for point-of-care testing. *Arch Pathol Lab Med.* 2000; 124:1135-40.
- 8- Tang Z, Du X, Louis RF, Post GJ. Effects of pH glucose measurements with handheld glucose meters and a portable glucose analyzer for point-of-care testing. *Arch Pathol Med.* 2000;124:577-82
- 9- Tang Z, Louie RF, Payes M, Chang KCJ, Kost GJ. Oxygen effects on glucose measurements with a reference analyzer and three handheld meters. *Diabetes Technol Ter.* 2000; 3:349-62.
- 10- Base de datos del medicamento. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [en Internet] 2005 [fecha de acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en <http://www.portalfarma.com/home.nsf>
- 11- Louie RF, Tang Z, Sutton DV, Lee JH, Kost GJ. Point-of-care glucose testing. Effects of critical care variables influence of reference instruments, and a modular glucose meter design. *Arch Pathol Lab Med.* 2000; 124:257-66.

AUTOR/ES:

SANCHEZ MEDINA, M^a NIEVES, LEBRÓN CARMONA, JULIO, BERNET TOLEDANO, JAVIER, PALOMO LARA, JUAN CARLOS, BARROSO GUTIERREZ, CARMEN, SORIANO BLANCO, MANUELA

TÍTULO:

DESARROLLANDO BUENAS PRACTICAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE U.P.P. EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

TEXTO DEL TRABAJO:**1.- INTRODUCCIÓN**

La calidad de los cuidados aumenta con la aplicación de la mejor evidencia científica y comprobación de la efectividad de las intervenciones de enfermería. El 6% de la población y el 8,4% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios y geriátricos presentan algún tipo de UPP, la mayoría pueden prevenirse, pero es necesario disponer de estrategias de educación y prevención integradas en guías de práctica clínica de cuidados. La adopción de conductas innovadoras en la práctica clínica no está muy desarrollada (Halfen y Eggink 1995). implica un proceso de cambio y este lleva implícito la resistencia al mismo. Rogers (1995), llega a la conclusión que actuar con el mayor rigor científico, no es argumento suficiente para cambiar las rutinas establecidas. Definiendo el proceso de innovación-decisión como aquel a través del cual un individuo pasa de 1) conocimiento de la innovación, a 2) formar una actitud hacia la innovación, a 3) adoptar o rechazar una decisión, a 4) implementar una nueva idea, y 5) confirmar esta decisión.

La hipótesis de nuestro estudio está basada en creer que la incidencia y prevalencia de UPP será menor en las unidades donde se implementen los protocolos de prevención y tratamiento en relación con aquellas unidades donde se prestan los cuidados habituales.

2.- OBJETIVOS

General:

Adaptar una Guía de Cuidados de Prevención y Tratamiento de UPP e implementar los protocolos en Unidades de Medicina Interna del Área Hospitalaria Virgen Macarena.

Específicos

1. Medir la incidencia y prevalencia cada seis meses de UPP en las Unidades Asistenciales seleccionadas como controles y experimentales. 2. Identificar y neutralizar factores de potencial fracaso en la implementación. 3. Desarrollar un programa de formación en el manejo y prevención de UPP dirigido a profesionales de enfermería de las Unidades Asistenciales. 4. Elaborar un protocolo de evaluación del proceso de implementación de los protocolos. 5. Evaluar la efectividad de los protocolos de prevención y tratamiento.

3.- METODOLOGÍA

Diseño

Estudio de múltiples series temporales quasi experimental.

Ámbito de Estudio.-

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sujetos de Estudio.-

-Grupo control.- Grupo de pacientes en riesgo ingresados en Unidades de Medicina Interna a los que se les aplicará los cuidados habituales en las UPP.

-Grupo experimental.- Grupo de pacientes en riesgo ingresados en Unidades de Medicina Interna en los que se aplicarán los protocolos de prevención y tratamiento de UPP.

Clasificación de la Población de Estudio.-

Pacientes de riesgo y no riesgo según pautas de valoración de la Escala Norton Modificada

Obtención de datos:

-Elaboración de un registro de medición de la prevalencia mas una guía de uso del mismo

-Elaboración de un registro de medición de la incidencia mas una guía de uso del mismo.

-Análisis estadístico: Paquete estadístico SPSS 12.0 Datos cualitativos: Grupo Nominal y Entrevistas Individuales a los profesionales de las unidades objeto de estudio para analizar las posibles dificultades que estos encuentran a la hora de implementar una guía de cuidados y las mejores estrategias para cambiar los hábitos de la práctica clínica diaria

Análisis de datos cualitativos: Análisis de contenido de las entrevistas y grupo nominal

Desarrollo del estudio, según el modelo de Rogers:

Unidades control Seguir con los cuidados habituales. Medir prevalencia e incidencia de UPP.

Unidades experimentales

Primera fase: Medir la prevalencia de UPP en las unidades seleccionadas. Dar a conocer el proyecto. Reunión de equipos de trabajo. Realización de Grupo Nominal y entrevistas con profesionales para la identificación de problemas y propuestas de mejora. Consenso con el personal de las líneas de trabajo para la implementación de protocolos.

Segunda Fase: Implementar la guía. Entrega a todo el personal de una tarjeta de bolsillo de uso individual, que contiene la escala de Valoración y las medidas preventivas según riesgo. Elaboración y exposición en las unidades de dos pósteres con algoritmo de actuación en tratamiento y prevención de UPP. Sesiones de formación dirigidas a instaurar competencias en las nuevas actividades. Medir prevalencia e incidencia en unidades control y experimentales

Tercera fase: Evaluar el proceso y los resultados del cambio. Validar la guía (en fase de desarrollo). Recogida de datos: Técnicas de entrevista y de grupo nominal para las opiniones de los profesionales.

Análisis de los datos Prevalencia basal de toda el área. Prevalencia puntual cada seis meses en las unidades seleccionadas. Incidencia en dichas unidades.

Análisis de contenido para la información cualitativa

3.- RESULTADOS

Unidad	Media	I Corte	II Corte	III Corte
HUVM	14'03%	16'49%	14'48%	11'14%
- Est. I	58'29%	60'92%	56'57%	57'39%
- Est. II	30'37%	28'47%	32'23%	30'43%
- Est. III	8'82%	6'62%	8'55%	11'30%
- Est. IV	2'26%	3'31%	2'63%	0'86%
U. Control	19'34%	20'45%	19'10%	8'47%
U. Exp.	19'55%	28'23%	21'34%	9'09%

Incidencia de úlceras en Unidades de Medicina Interna. Unidades de control:

Periodo de explotación de datos aplicando cuidados habituales en las unidades control. Aplicando los cuidados habituales no se aprecia diferencia significativa en los resultados sobre la incidencia de úlceras entre las unidades objeto del estudio.

-Incidencia ocurrida y registrada en los meses desde Abril hasta Junio 2006.

-Total de pacientes: 868

-Días de media de hospitalización de pacientes: 9'79 días.

-Pacientes que ingresan con úlceras por presión: 10'03%.

-Pacientes que generan una úlcera por presión tras el ingreso: Incidencia: 12'8%.

OBJETIVO Esp. Identificar y neutralizar factores de potencial fracaso en la implementación

Se identifican factores reales o potenciales que pueden obstaculizar el buen desarrollo del estudio o bien lo haga fracasar.

Factores Potenciales que han pasado a reales:

a) Falta de interés por parte de algunos profesionales; Medidas: En cada unidad se incluyeron dentro del estudio a personas clave dentro del grupo, con liderazgo. En concreto una enfermera, una auxiliar de enfermería y el supervisor/a de la unidad.

b) Dificultad para la asistencia a las sesiones formativas (OBJETIVO Esp. 3); Medidas: Se repitieron las sesiones en distintos formatos durante cuatro días, adaptándolo a las posibilidades de los profesionales. Resultado: 92% de profesionales (Enfermeras y Auxiliares de Enf.) formados de las unidades experimentales

c) Falta de compromiso en la recogida de datos; Medida: El supervisor/a se responsabiliza de la adecuada recogida de datos o bien delega la responsabilidad en un profesional concreto.

d) Cobertura de ausencias por profesionales ajenos a la unidad; Medida: Este factor supone un abordaje difícil. Los profesionales del equipo investigador tienen el cometido de hacer seguimiento y corregir a través de la enseñanza los posibles fallos que pueden ocurrir debido al déficit de conocimientos. el estudio y abandono del mismo: Medidas: Nombrar a los nuevos profesionales como colaboradores del estudio

Factores Potenciales: a) Cierre temporal de unidades por reforma en periodo estival ; Medidas: Se estudian distintas propuestas, como excluir los datos recogidos en este periodo ya que existiría gran riesgo de invalidación del estudio.(verano 2006) b) Incorporación de profesionales de la última Oferta Publica de Empleo (OPE); Medidas: Realización de talleres formativos, a los profesionales de nueva incorporación. (Previsión de un 40% en una de las unidades experimentales)

4.- DISCUSIÓN

-Según los cortes de prevalencia, existe un porcentaje elevado de pacientes hospitalizados con riesgo moderado o alto de generar UPP (35'18%) según escala de Norton, de los cuales el 40'15% padecen una UPP. Si analizamos estos datos en las unidades de M I objeto del estudio, el % de úlceras en este tipo de pacientes aumenta considerablemente, siendo la media de pacientes con alto y máximo riesgo el 33'12%, de los cuales una media de 51'16% presentan una UPP.

-Si profundizamos en este análisis encontramos que el tipo de UPP que presentan son principalmente de Grado I y II (58'29% y 30'37%), siendo muy bajo el nº de úlceras de Grado III y IV (8'82% y 2'26%,). Estos resultados nos hacen comprender que la prevalencia de úlceras, así como la incidencia disminuyen tras la implementación del protocolo de prevención y las actividades formativas ya que deja claro que gran parte de las úlceras aparecen por no tomar las medidas preventivas desde el inicio y tras una valoración del paciente tras su ingreso. En el análisis cualitativo del Grupo Nominal y las Entrevistas Individuales, los profesionales verbalizan que.... "cuando un paciente ingresa no se les pasa escala de riesgo, solo se aplican medidas preventivas cuando es obvio que el paciente se nos puede ulcerar"....."cuando las auxiliares lavan al paciente, si ven que tiene alguna zona roja o que se va a "picar" enseguida ponemos los medios"...."cada uno hace lo que cree que es mejor, pero al día siguiente es raro cuando no te lo han cambiado de cómo tu lo dejaste" -Después de estos resultados se hace indispensable la implementación en dichas unidades de una guía de cuidados que unifiquen los criterios para la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión.

-Por último destacar el progreso, que este tipo de estudios favorece hacia la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, la unificación de criterios de cuidados, favorece la continuidad de cuidados y lo que es más importante aumenta la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Arblaster, C (1998). Pressure sore incidente: a strategy for reduction. *Nursing Standard* 12(28),49 54.
- Carlowe J. (1998). Pressure sore prevention policies. *Nursing Times* 94 (12), 60 – 62.
- Gould D.J. (1986) Pressure sore prevention and treatment: an example of nurses' failure to implement research findings. *Journal of Advanced Nursing* 10, 389 – 394.
- Gould, Dinah, James, Trudi, Tarpey, Aideen, Kelli, Daniel, Pattison, Dorothea & Fox, Carola (2000). Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 9 (2), 163 – 167.
- Camiah, S (1997). Utilization of nursing research in practice and application strategies to raise research awareness amongst nurse practitioners: a model for success. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 1193 – 1202.
- Dash, D.Pl. (1999). "Current debates in Action Research", *Systematic Practice and Action Research* 12 (5), pp 457 – 492.
- Hart, E y Bond, M (1995). *Action research for health and social care: a guide to practice*, Buckingham, Open university Press.
- French (1999). The development of evidence – based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 72 – 78.
- González, G; Martín de la Torre, m; Moreno, N; Revilla, E; Ruiz, J (1998). Eficacia de un protocolo de tratamiento de úlceras por presión en pacientes críticos. *Metas Enfermería* II (11): 27 – 33.
- Duna, V; Crichton, N; Roe, B; Seers, K; y Williams, K. (1998). Using research for practice: a UK experience of the Barriers Scale. *Journal of advanced Nursing* 27, 1203 – 1210.
- Grol R. y Wensing M. (1995). Implementation of quality assurance and medical audit.: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *British Journal of General Practice* 45, 548– 552.
- Halfen R.J.G. y Eggink M. (1995). Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *International Journal of Nursing Studies* 32, 1 – 26.
- Rogers E.M. (1995) *Diffusión of Innovations*, 4 th edn.

AUTOR/ES:

Dominguez Rosales, Rosario; Ruiz Pérez, M^a Teresa; Tena García Beatriz; Rosado Poveda M^a Asunción; Albar Marín, M^a Jesús; Garzón Real M. Josefa; González Caro, Eva; Peñaloza Gómez, M^a Isabel.

TÍTULO:

Influencia de los Toques Terapéuticos en el desarrollo de Recién Nacidos Preterminos. Resultados preliminares

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: El período postnatal está caracterizado por altos niveles de estrés exacerbados aún más en los casos de recién nacidos pretérminos (RNP) que tienen que ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) separados de sus madres. En éstas, además de estar sometidos a un ambiente estresante con alta intensidad de sonidos y luces, se encuentran privados de la estimulación táctil de la madre. La estimulación táctil ha sido identificada crucial para el desarrollo del apego y bienestar de los niños.

Según la revisión realizada en la Cochrane (2004) entre los tipos de estimulación táctil beneficiosas para los RNP se encuentran los Toques Terapéuticos (TT). Estos se definen como un proceso de modulación de la energía durante el cual el profesional utiliza las manos como instrumento para facilitar la recuperación del niño. La técnica implica la concentración del profesional, el cual utilizando sus manos dirige y moviliza el campo del energía del recién nacido, y canaliza su intervención a través del flujo de energía que provoca en el niño. Kieger (1993) describe tres efectos de los TT que considera fiables: una respuesta rápida de relajación, alivio del dolor y un proceso de recuperación más rápido.

Un grupo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Virgen Macarena, nos hemos planteado valorar los efectos de los TT en algunos indicadores de la evolución de los RNP durante el tiempo que permanecen ingresados en la UCIN. Se presentan resultados preliminares.

Hipotesis: los RNP sometidos a TT presentan un mayor aumento del peso, menos complicaciones postnatales y un tiempo de estancia en la Unidad menor en comparación con los que reciben la atención convencional. Así mismo, los padres del grupo experimental mostrarán un nivel de satisfacción mayor en relación con los del grupo control.

Objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Analizar la eficacia de los toques terapéuticos en evolución clínica de RNP durante el periodo en que se encuentran ingresados en la UCIN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la eficacia de los TT en el peso de los RNP.
- Determinar la eficacia de los TT en el número de las complicaciones postnatales.
- Determinar la eficacia de los TT en el número de días de estancia hospitalaria.
- Determinar la eficacia de los TT en la satisfacción de los padres de los RNP.

Metodología:

Diseño: Estudio experimental, aleatorio, controlado

Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sujetos de estudio: los recién nacidos pretérminos, asignados aleatoriamente al grupo control y experimental.que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 30 a 36 semanas de edad gestacional.
- Peso entre 1.300 y 2.150 gramos al nacer.
- Hemodinámicamente estable.
- Con nutrición enteral, parenteral o mixta.
- Sin contraindicación médica para ser tocado.
- Los padres consientan por escrito a que el recién nacido participe en el estudio.

Criterios de exclusión:

- RNP de menos de 30 semanas de edad gestacional o más de 36.
- RNP de menos de 1300 gramos.
- RNP de más de 2150 gramos.
- RNP que en el momento del ingreso presente sepsis.
- RNP hemodinámicamente inestable.
- RNP con ventilación mecánica.
- RNP con malformaciones.
- RNP con síndrome de abstinencia.
- RNP con problemas de intolerancia a la leche.
- RNP con problemas de reflujo.

Criterios de retirada del estudio e interrupción de la intervención:

- Sepsis a candida albicans.
- RNP que lleven más de 14 días con tratamiento antibiótico.
- Hemorragia intracaneal.
- Enterocolitis necrotizante.

Antes de llevar a cabo la asignación de participantes al estudio,la investigadora principal explicará con todo detalle a los padres del RNP o tutores legales, el propósito del estudio, la intervención que se realizará y los efectos que se esperan. También les explicará que es completamente libre de rechazar la participación del RNP en el estudio o de él en cualquier momento y por cualquier razón.Mediante un consentimiento informado, los padres aceptarán la inclusión de su hijo en dicho proyecto.

Instrumentación: la recogida de datos se ha realizado en un registro diseñado ad hoc, donde se refleja la medición de las variables resultado: peso, complicaciones postnatales, días de estancia y satisfacción de los padres (en una escala del 1 al 5) y las variables de control: edad de la madre, edad gestacional, tipo de lactancia (natural, adaptada, mixta), antecedentes de la madre, tipo de parto, fecundación in Vitro, género del RN.

En cuanto a la intervención experimental (aplicación de toques terapéuticos), para controlar variables extrañas relacionadas con ésta, las enfermeras encargadas de realizarla han sido entrenadas por la investigadora principal.

Resultados: hasta la fecha se han incluido en el estudio 16 niños (8 en el grupo experimental y 8 en el de control). Del análisis descriptivo de los datos tenemos que destacar los siguientes resultados: la media de edad de las madres es de 31,62 años (DT= 3,89); la media de edad gestacional es de 238,63 (DT=12,06) y, del tiempo de estancia en la unidad es 20 (DT=8). Un 87,% de la muestra de recién nacidos ha tomado lactancia adaptado y, el resto mixta: Un 75% han sido partos distócicos y embarazos simples; un 12,5% han sido fecundaciones in vitro y, en cuanto al género de los recién nacidos el 43,8% son niños. No existen diferencias en el nivel de satisfacción de los padres, que alcanza la puntuación máxima en ambos grupos. El peso medio alcanzado en el grupo experiemetal es de 1921.51 (DT=43.80) v. en el grupo control de 1910 (DT=66.66)

Previa a la aplicación de la prueba t de student se han explorado los datos para detectar posibles anomalías y vulnerabilidad del supuesto de normalidad. La comprobación de dicho supuesto se ha realizado mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p=.947$ y $p=.910$). La representación gráfica Boxplot sugiere que el peso medio de los recién nacidos es ligeramente superior en el grupo experimental, ya que la mediana está desplazada hacia arriba. No obstante no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la prueba t de student ($t=.134$; $p=.895$)

Discusión: dado el escaso número de niños incluidos en el estudio no podemos hacer todavía una valoración de resultados. No obstante, esperamos (si se comprueban nuestras hipótesis) que la aplicación de los toques terapéuticos se incluya como un cuidado más a impartir a los RNP e iniciar la incorporación de la madre a este tipo de intervención. Todo ello, contribuiría a un aumento de la calidad asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

BIBLIOGRAFÍA:

Adamson Macedo, E. "Effects of tactile stimulation on low and very birth weight infants during the first week of life". *Current Psychological Research Reviews*. 1985; 4: 305-8.

Beachy, JM. "Premature infant massage in the NICU". *Neonatal Netw*. 2003; 22(3): 39-45.

Field, TM. "Supplemental stimulation of preterm neonates". *Early Human Development*, 1980;4: 301-14.

Field T, Scafidi F, Schanberg S. "Massage of preterm newborns to improve growth and development". *Paediatric Nursing*. 1987;13:385-7.

Harrison LL, Willian AK, Brbaum ML, Stem JT, Leeper J. "Physiologic and behavioural effects of gentle human touch on preterm infants". *Research in Nursing and Health*. 2000; 23: 435-46.

Harrison LL. "The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit". *Newborn Infant Nurse Rev*. 2001; 1(4): 235-241.

Krieger D. "Accepting Your Own Power to Heal: The personal Practice of Therapeutic Touch". Santa Fe, NM: Bear and Company. 1993

Mullomey SS, Wells-Federman C. "Therapeutic touch: a healing modality. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1996;10(3): 27-49.

Vickers, A, Ohlsson, A.J., y Horsley, A. "Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants". *The Cochrane Database of Systematic Review*. 2005.

Vimala Schneider. "Masaje Infantil". Ediciones Medici. 2002.

AUTOR/ES:

Aline Cristine de Oliveira (Alumna de pregrado de la Escuela de Enfermería de la USP; Bolsista PIBIC-CNPq), Lílian Sá (Asistente Social. Universidad Federal de Uberlândia). y Maria Júlia Paes da Silva (Enfermera. Profesora Titular del Departamento de Enfermería Médico Quirúrgico de la USP)

TÍTULO:

EL POSICIONAMIENTO DEL ENFERMERO FRENTE A LA AUTONOMIA DE LOS PACIENTES FUERA DE POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS DE CURA.

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: Hubo un tiempo en que nuestro poder sobre la muerte era muy pequeño y ahora que ese poder aumentó, la muerte fue definida como enemiga y fuimos poseídos por la fantasía omnipotente de librarnos de su toque(1). La fantasía omnipotente, que permitió que la sociedad moderna piense que su poder sobre la muerte aumente considerablemente, fue por causa de las modificaciones sociales y tecnológicas que culminaron en la área de salud, con el dominio de sofisticadas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Esas tecnologías permitieron el aumento de expectativas tanto de los pacientes/clientes, como de los profesionales de salud en la medida que tornaron posible intervenir y modificar el cuerpo y hasta posponer aspectos que se relacionan con el final de la vida. Si por un lado la sociedad moderna construye, con la urbanización y la industrialización condiciones para que haya aumento en la expectativa de vida, también contribuye para un significativo aumento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, como el cáncer. Con esta visión los profesionales de la área de salud, recurren a los avanzados métodos diagnósticos y terapéuticos, para enfrentar las enfermedades crónico degenerativas, de modo que el objetivo principal torna mantener la vida a cualquier precio, para aumentar la expectativa de vida y prolongar la muerte inminente. De esa manera los límites entre la vida y la muerte que parecían ténues y reservados a las características biopsicosociales y espirituales de cada individuo, pasan a ser bombardeados con lo que hay de mejor en la tecnología biomédica actual. La obstinación terapéutica o distanasia es un término moderno poco conocido y utilizado en el medio académico científico brasileño y en la área de la salud tiene su significado atribuido "a una muerte lenta, ansiosa y con mucho sufrimiento (antónimo de eutanasia)". Ese significado, por tanto, torna evidente uno de los dilemas más actuales en el área de la salud: las actitudes distanásicas, que se configuran de forma creciente, de tal forma que asumió dimensiones éticas de grandes proporciones, colocando en juego la dignidad humana, en el proceso de muerte(2). Dentro del contexto de respeto a la vida, pero reconociendo que cada uno tendrá la hora de su muerte, cada individuo involucrado escogerá de mejor forma para vivenciarla o enfrentarla. Frente a estos cuidados paliativos surgen como una alternativa, o mejor, como una propuesta, la valorización de la historia del individuo adecuándola a ese momento tan particular que es la hora de su muerte. En los cuidados paliativos la relación paciente-cuidador prevalece por los principios éticos como la verdad sobre la condición del enfermo, el respeto a la autonomía de la persona, así como el proceso de tomada de decisión y el abandono que no debe ser ignorado(3-7).

OBJETIVOS – Analizar el concepto que tienen los enfermeros, sobre la autonomía de los pacientes fuera de posibilidades terapéuticas de cura, cual es su actitud frente a la manifestación de esa autonomía y cual es la perspectiva de esos profesionales frente a la autonomía en la medida que los cuidados paliativos continúen activamente implantados en el Brasil.

METODOLOGÍA -Estudio de carácter descriptivo con abordaje cualitativa realizado en el sector de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas de Uberlândia, en Minas Gerais. Fueron entrevistados siete enfermeros de sexo masculino y femenino con tiempo de ejercicio profesional de 2 a 27 años, con media de 14,5 años. La muestra fue determinada por saturación, o sea, las informaciones fueron obtenidas hasta que haya repeticiones en su contenido e informaciones nuevas no significativas. La colecta de los datos se obtuvo por medio de entrevistas individuales semi-estructuradas, previamente agendadas, grabadas y posteriormente transcritas. Los datos fueron analizados según la metodología del análisis del contenido(8). Hubo orientaciones constantes de la Resolución 196/96 del Ministerio de Salud, en lo que concierne a los aspectos éticos con la Institución que autorizó realizar la investigación y de los entrevistados que facilitaron las entrevistas después de la lectura y firma de la Autorización del Consentimiento Libre y

Esclarecido. Fueron también respetados los imperativos relacionados a la beneficencia y no maleficencia de la pesquisa en relación a los sujetos del estudio.

RESULTADOS y DISCUSIÓN- Los discursos de esos profesionales fueron transcritos y los datos analizados, resultando las siguientes categorías: Identificando cuales son los criterios que determinan la condición para que el paciente ejerza su autonomía - hubo consenso entre los enfermeros en relación a la evaluación del nivel de consciencia y lucidez del enfermo; la evaluación del conocimiento que el paciente tiene de su condición patológica, de sus opciones de tratamiento y finalmente la evaluación del núcleo familiar de ese paciente respecto a la influencia que la familia tiene en el tratamiento del mismo, fuera de posibilidades terapéuticas de cura, criterios indispensables al ejercicio ético de la autonomía(9) ; Reconociendo la actitud de los enfermeros frente a la manifestación de la autonomía del paciente - los profesionales refirieron aceptar la autonomía del paciente sin posibilidad de cura, mostraron reacción de escoger y respetar sus decisiones, así como orientar sus solicitudes o rechazos. Por otro lado, los profesionales detectaron que cuando rechazaron la aceptación de esas manifestaciones de autonomía, pueden reaccionar con negligencia a las solicitudes, con juzgamiento, con intención de “convencerlo” a realizar lo que piensan mejor, mismo con los propios preconceptos religiosos y personales(10); Conociendo la perspectiva del enfermero frente a la autonomía del paciente sin posibilidad de cura - los enfermeros refirieron sus perspectivas para mantener los cuidados a esos pacientes: la necesidad de entrenamiento para lidiar con esas situaciones (terminalidad y sus implicaciones), el perfeccionamiento y actualización del aprendizaje, la mejor comprensión de la filosofía de los cuidados paliativos, preocupación con el desgaste emocional que al cuidar de ese paciente produce enfrentamiento de sus propias angustias y preconceptos, aunque con una cuestión peculiar de las Instituciones Públicas como es el número de camas insuficientes para ese tipo de pacientes(11-14); Reconociendo el papel de los cuidados paliativos en el tratamiento del paciente terminal - Los entrevistados reconocieron fallas en la asistencia al paciente sin posibilidades de cura y los cuidados paliativos son la forma más adecuada de cuidar a ese paciente, en la medida que prevé atención a los señales y síntomas característicos, como el dolor; el respeto a la dignidad humana, una vez que ese modelo afirma que la autonomía y otros principios éticos deben ser asegurados, aunque esa filosofía se atribuya a una fundamental importancia frente a la familia del paciente(14-15).

CONCLUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES - Por medio del análisis del discurso de los enfermeros que trabajan con pacientes, fuera de posibilidades terapéuticas de cura, se notó que la autonomía de los pacientes es reconocida por los enfermeros como un derecho que tiene respaldo ético y legal, aunque su concesión carece de una evaluación basada en la normalidad de la función mental, así como en el contenido de informaciones que ese paciente tiene sobre su propia condición y el papel que el núcleo familiar atribuye frente a la condición del enfermo. Aunque sea reconocida, la autonomía del paciente, desafía a los enfermeros en su rutina de trabajo, pues los confronta con su propia terminalidad hasta sus propios preconceptos y valores. Algunos demostraron falta de preparación para asimilar la filosofía de los cuidados paliativos, en la medida que reaccionan con juzgamientos y negligencia a las manifestaciones de autonomía del enfermo que parecen absurdas frente a un modelo asistencial en que el paradigma de cura es predominante. No obstante, valorizan la importancia de la implementación de los cuidados paliativos, reconocen sus beneficios en vez de la cualidad de asistencia a los pacientes y afirman que ese modelo de cuidar llena una laguna en la asistencia del paciente terminal, siendo capaz de proporcionar mayor integración entre los miembros del equipo de salud. Los profesionales desean más discusiones sobre el asunto y sugieren esclarecimientos sobre la filosofía de los cuidados paliativos, de forma que los servicios convivan mejor con la voluntad y los derechos del paciente. Se percibe de forma urgente e imprescindible que las Instituciones de enseñanza, formadoras de los enfermeros ofrezcan disciplinas que enfoquen la asistencia, así como la filosofía de los cuidados paliativos. Es fundamental que los profesionales que lidia con los pacientes fuera de posibilidades terapéuticas, reciban apoyo psicológico para mejorar sus angustias y limitaciones en la práctica del cuidar. Con eso se espera una asistencia diferenciada y consciente de las obligaciones y de los deberes que el profesional de salud tiene para con el paciente, así como el Enfermero reconozca que, aunque la falta de posibilidad de cura exceda los límites terapéuticos, jamás excederá los límites del cuidar, que constituye su objeto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Alves, R. Prefácio: a morte como conselheira. In: CASSORLA, RMS (coord.). Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.
- 2.Pessini, L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola, 2001.
- 3.Hawthorne L, Yurkovich N. Human relationship: The forgotten dynamic in palliative care. Palliative and Supportive Care 2003;(1):261-265.
- 4.Pessini, L. Cuidados paliativos alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Prática Hospitalar 2005;41(7):107-112
- 5.Mak J, Clinton M. Promoting a good death: an agenda for outcomes researche. Nursing Ethics, 1999;6(2):97-106.
- 6.Heming D, Colmer A. Care of dying patients. Nursing Standard, 2003;18(10):47-54.
- 7.Silva, MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. O Mundo da Saúde 2003;27(1):64-70.
- 8.Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;1979.
9. Carmo, DRB. Possibilidade de manifestação da autonomia do paciente internado em um hospital universitário.[dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2002.
- 10.Bifulco, V. O cuidar do paciente fora de possibilidades de cura.Prática Hospitalar 2005;41(7):114-116.
- 11.Durand, G. Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola, 2003.
- 12.Zabalegui, A. Palliative nursing care in Spain. Europe Journal of Cancer Care, 2001;(10):280-283.
- 13.Pellegrino, ED. La relación entre la autonomía y la integridad em la ética médica. In: Bioética: temas y perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990, p.8-17 (OPAS – publicación científica. N527).
- 14.Fortes, PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
- 15.Arantes, A. Tratamento da dor e assistência ao sofrimento: resgate da humanização do cuidar. Prática Hospitalar 2005;41(7):80-84.

AUTHOR/S:

Abbey Hyde, Jonathan Drennan, Etaoine Howlett, & Dympna Brady

TITLE:

PAPER TITLE: Using focus groups in research with adolescents in understanding sexual health issues.

TEXT:**Objectives:**

Drawing on focus group data with adolescents on the topic of sexual health, the objective of the paper is to contribute to methodological knowledge about focus groups by: (1) exploring the relationship between theory and method in focus group research (2) critically appraising the manner in which group interaction impacts upon the type of data gathered with particular reference to the concept of validity (3) identify other potentials and limitations of focus groups.

Methods:

Twenty-nine group interviews were conducted with secondary school pupils in Ireland, and data were subjected to a qualitative analysis.

Findings:

In exploring the relationship between method and theory generation, we begin by focusing on the ethnographic potential within group interviews. We propose that at times during the interviews, episodes of acting-out, or presenting a particular image in the presence of others can be highly revealing in attempting to understand the normative rules embedded in the culture from which participants are drawn. However, we highlight a specific problem with distinguishing which parts of the group interview are a valid representation of group processes and which parts accurately reflect individuals' retrospective experiences of reality. We also note that at various points in the interview, focus groups have the potential to reveal participants' vulnerabilities. In addition, group members themselves can challenge one another on how aspects of their sub-culture are represented within the focus group, in a way that is normally beyond reach within individual interviews. The formation and composition of focus groups, particularly through the clustering of like-minded individuals, can affect the dominant views being expressed within specific groups. Finally, the opportunities that focus groups offer in enabling researchers to cross-check the trustworthiness of data using a post-interview questionnaire are considered.

Conclusions:

While focus groups have been noted to have an educational and transformative potential, we caution that they may also be a source of inaccurate information, placing participants at risk. Nonetheless, although far from flawless, focus groups are a valuable method for gathering data about health issues. Both the benefits and limitations of focus groups as identified in this paper need to be considered when using focus groups for clinically-focused research.

AUTHOR/S:

Z.Hosseini(MSC);I,Dadgaran(MSC);Z,Dokhtmohammadi(RGN);N,Etezadi(RGN) ; F,Mohammadi(RGN); F, Asadi (MSC); T,Gholizadeh (RGN) ; A, Farzam (RGN) ; N,Dadgaran (BSc);E,Falakheiri(BSc). Lahijan Azad University / Iran

TITLE:

Level of Self-Care Knowledge in Type I Diabetic Patients

TEXT:**Background**

Type I diabetes consists of a number of prevalent metabolic disorders that have hyperglycemia in common. Type I diabetes happens before 30 yrs, but the destroying process of self-immunity of B cells may occur at any age. It is estimated that among 5 to 10 percent of people who suffer from diabetes after 30, have experienced type I. In 2000, 19% of people below 20 and 8.6% of people above 20 had diabetes.

The high rate of diabetes has been observed in Scandinavia (In Finland 35 per 100,000 people suffered from diabetes in each year). A research conducted in Iran demonstrated that 2% of people living in society were affected by diabetes. This rate increased to 7.13 for those who are above 30. Based on an estimation, at present about 1.5 million people suffer from diabetes in Iran. In year 2000, based on the statistic announced Gilan province health center, 11,992 persons had diabetes and among their group 1793 patients suffered from type I diabetes. In Rasht (capital of Gilan province), 2977 diabetic patients have been observed; among these, 868 people were found suffer from type I. Diabetes is getting global. The main purpose of taking care of diabetic patients is improving the quality of life, adequate metabolic control and decreasing the side effects of diabetes (into its minimum amount). Diabetes is a chronic disease and needs behavior changes. This kind of change happens by means and support. (instruction and support lead to this kind of change) with suitable instruction, health and care personal can enable the patients to take care of themselves. Self-care for controlling the disease in diabetic patients is necessary.

Self-care in diabetes includes: 1- self-monitoring of blood Glucose (SMBG) 2- regulating the diet based on daily needs 3- controlling the insulin dose based on body needs and doing exercise regularly. To take care of themselves, diabetic patients need to have adequate knowledge and physical skills. (3) self-monitoring for diabetic patients is so significant that the motto of diabetes's day in 2000 was named "your health is in your hands". Instruction to give self-care knowledge is necessary for diabetic patients. In order to train the patients, it is important to detect how much diabetic people have self-care knowledge. This research aims is assessment of the knowledge of type I Diabetic patients about self-care.

Materials & Methods

This is a cross-sectional study. The data has been collected through a questionnaire extracted Diabetes Knowledge Test (DKT), and a Diabetic care profile (DCP) of Michigan Research center of Diabetes. It contains 57 questions consist of demographic information (11 questions), self-monitoring knowledge of glucose. (10 questions), knowledge of diet according to nutrition need (10 questions) knowledge of insulin therapy (16 questions) and knowledge of diabetes side effects (10 questions). The questionnaire was completed by the test takers in a quite calm atmosphere. The patients and their family cooperated attentively. They were assured that their information would be applied only in scientific research and would remain completely secret. The place of this study was the diabetic patients association in Rasht. Samples included total 84 type I diabetic patients who referred to association, from Feb 2006 to Mar 2006.

The collected data were analyzed through applying chi square and ANOVA by SPSS under windows.

Results

Samples of this study were 84. Patients of both sex comprising 59 females (70.2%) and 25 males (29.8%). The range of their age was between 18 to 63. (mean: 42.05). In terms of educational level, most of them (32.1%) were at high school level, furthermore they were mostly married (77.4%) and housekeeper. 59 persons (70.2%) lived in urban area and 25 (29.8%) persons in rural area.

For most of them (56%), the monthly income was around 1000000 to 2000000 RIs. The mean of duration of disease diagnosis was 11 year .The findings demonstrated that most of the type I diabetic patients had poor knowledge about self-care (63.1%) and daily nutrition needs (52.4%) Further more results showed that 56% of the participants had limited knowledge about insulin therapy and most of them suffered from lack of knowledge about self-monitoring of blood glucose (39.5%) and complications of diabetes .

Most of the patients who classified in older age group had more self-care knowledge of diabetes. Based on chi square test there was significant relationship between age and knowledge of diabetic patients about self-care ($\chi^2=13.42$, $df=4$, $p= 0.009$) , that is , the older they were, the more , the knowledge they had further more . There was a significant relationship between marital status and knowledge ($\chi^2=15.45$, $df=3$, $P=0.001$).The findings indicate that married people had more knowledge in this regard. chi square test demonstrated a meaningful relationship between job and knowledge ($\chi^2=4.59$, $df=4$, $p=0.02$).The relationship between income status and knowledge was also significant ($\chi^2=10.09$, $df=3$, $p=0.018$). Those who had low income class had less knowledge than the others. Based on ANOVA , there was a statistically significant relationship between educational level and knowledge of diabetic patients ($p=0.001$ $f=4.68$, $df=28$),and also between duration of disease diagnosis and knowledge ($f=5.74$, $df=28$, $p=0.000$).

Discussion:

The findings showed that most participants (63.1%) had poor knowledge about self-care. In a similar study in Rasht most patients showed also limited knowledge about self-control (2). About half of the participants demonstrated poor knowledge in another research (4). Finally, in the other studies most of the diabetic patients (above 50%) had quite good and acceptable knowledge about taking care of themselves (5 , 6).

It seems that lack of enough instruction and holding periodic classes for diabetic patients and their families, were the main reason of their poor knowledge because the studies showed that those patients who have attended instructive classes, had more knowledge and information than others (7,8).Instruction has positive effect on metabolic control of disease. The information and skills acquired through instruction are necessary for initiation of self-controlling process (2).

The finding of this research also demonstrated that most of the diabetic patients had poor knowledge about their specific diet ;While in other studies patient's knowledge was quite acceptable in this regard(1 ,9 , 10), It seems that in these studies , the emphasis of diabetic patient's instruction by diabetes association had an important role in promoting diabetic patient's knowledge. Results have shown that the majority of units had a poor knowledge about insulin therapy.The same result has been achieved in the same studies, too. The findings of this research had shown that the majority of patients had poor knowledge about controlling of blood sugar, while in the remaining studies these findings show the good knowledge of patients(1,9,10)and in some other studies show the poor knowledge of patients.(11,12) and finally these findings show that the majority of units have a little knowledge about the control of diabetes. Also , in the similar study the results show that the majority of units had a little knowledge about the charges of diabetes (13) and in some others the knowledge rate was high (1). It assumes that the cause of the high knowledge related to diabetes complication in compare to other elements of self-care (like regimen, insulin therapy.....) is more emphasis of the health care centers on the complication of the diabetes .The findings of this research have shown that the married people have higher knowledge about diabetes . Married people due to having higher responsibility on their family and spouse,are more than singles in search of acquiring knowledge for their illness. The findings have shown that there is a logical statistical relationships between income and knowledge and the people who have higher income, have higher knowledge than other classes of society.It assumes that the well-offs, by having more financial facilities , are in search of their illness and want to acquire knowledge about diabetes and its related complications. Also, these findings represent the meaningful statistical relationship between education and knowledge ; that is educated people had higher knowledge about various affairs , like illness.

Conclusion:

the findings of this research had shown that the majority of units under research had poor knowledge and the majority of them noted that they had not attend in the essential educational periodic classes on diabetes , therefore it is recommended that the honorable liable of the health care center of the province take effective decision about the education of these patients. The results of these research can be used as a guide for the educational schedulings in the diabetics and also the nursing managers should arrange continuing educational classes for staffs in order to improve the knowledge level of them about taking care of these patients. We can used these results in education of scholars, and by these we can emphasize on the importance of auto-attention education to the diabetics.

BIBLIOGRAPHY:

- 1 -Harison,Principal of Internal Medicine,Endocrine and Metabolism Diseases.Translated by Sobhanian in Persian.Tehran.Arjmand co.2005
- 2 -Mansourghenaie,R;et al."Assessment of Effective Factors on self controlling in type I Diabetic Patients"Rasht .Medical College Journal.Vol:14,No:55.PP:97-102
- 3 -Siguroardottir,Arun K."Self-care in Diabetes:Model of Factors Affecting Self-care".Journal of clinical Nursing.Vol:14,Issue:3.March 2005.PP:301-14
- 4-Ahmed Khan,Latif; Ahmed Khan,Sarosh."Level of Knowledge and Self-care in Diabetics in a Community Hospital in Najran". www.kfshrc.edu.sa/annals/archive/html/asm_20_-_article_detail_94.html
- 5-Tham,KY;Ong,JJ;Tan,DK;How,KY."How Much Do Diabetic Patients Know About Diabetes Mellitus and its Complications ? " Ann Acad Med Singapore. Vol:33,No:4.Jul 2004.PP:503-9
- 6 -Aboiye-Kuteyi,EA;et al."Assessment of Dietary Knowledge,Practice and Control in Type 2 Diabetes in a Nigerian Teaching Hospital".Niger J Med. Vol:14,No:1.Jun-Mar 2005.PP:58-64.
- 7 -Dunning,T;Manias,E."Medication Knowledge and Self-management by People with Type 2 Diabetes".Australian Journal of Advance Nursing.Vol:23,No:1.Sep-Nov 2005.PP:7-14
- 8 -Moreland,EC;et al."Use of Blood Glucose Monitoring Manual to Adherence in Adults with Diabetes:A Randomized Controlled Trial". Archives of Internal Medicine.Vol:166.No:6.March 2006.PP:689-95
- 9 -Shresta,L;Nagra,JS."Knowledge,Attitude and Practice (KAP) Study on Diabetes Mellitus among Nepalese Diabetic Patients".Nepal Med Col J.Vol:7,No:1.Jan 2005.PP:51-3
- 10 -Powell MF, Burkhart VD, Lamy PP." Diabetic patient compliance as a function of counseling". Ann Pharmacother.Vol:40,No:4.Mar 2006.PP:28-32
- 11 -Lia,WA;Lew Ting,CY;Chie,WC."How Diabetic Patients Think About and Manage Their Illness in Taiwan".Diabetes Medicine.Vol:22,No:3.Mar 2005.PP:286-92
- 12 -Jeavons,D;Hungin,AP;Cornford,CS."Patients with Poorly Controlled Diabetes in Primary Care:Health Care Clinician.

AUTOR/ES:

Cristina Martínez, Montse García, Elvira Méndez, Anna Riccobene y Mónica Mansilla

TÍTULO:

Impacto de las políticas libres de humo en el personal de un hospital

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: En la evaluación de las iniciativas de control de tabaquismo resulta clave la realización de encuestas periódicas que monitoricen la prevalencia, las actitudes y aptitudes del consumo de tabaco de los profesionales sanitarios 1. La evidencia indica que si los profesionales de la salud son fumadores, son menos proclives a intervenir y aconsejar a sus pacientes a dejar de fumar 2.

En España, donde el porcentaje de fumadores entre los trabajadores de la salud es alto, resulta particularmente necesario implementar programas de intervención y control de tabaquismo 3-4.

Una de las estrategias más efectivas para reducir el daño causado por el tabaco y conseguir ambientes más libres de humo es la implantación de los "Proyectos sin Humo". Esta estrategia sugerida por la OMS ha proliferado razonablemente en diferentes países con la aplicación de limitaciones en lugares de trabajo, hospitales y lugares públicos 5-10. El Instituto Catalán de Oncología (ICO), un hospital monográfico del cáncer de alta tecnología, inició la implementación del proyecto "Hospital libre de Humo" en 1997 estableciendo progresivamente iniciativas activas para el control de tabaquismo como son: la limitación de las áreas con humo, la correcta señalización, la provisión de ayuda a la deshabituación a personal y pacientes hospitalizados fumadores y la formación en la prevención y control del tabaco.

Objetivo: Evaluar la evolución del consumo de tabaco, las actitudes y el comportamiento en relación a las políticas de espacios libres de humo y conocer la opinión sobre las estrategias de control de tabaquismo aplicadas en el Instituto Catalán de Oncología (ICO) desde el año 2001 hasta el 2004.

Métodos: Los datos fueron obtenidos de 3 encuestas transversales realizadas a una muestra aleatoria y estratificada (por edad y sexo) de 500 profesionales miembros del ICO realizadas en el 2001, 2002 y 2004. Las variables incluidas en el estudio fueron: consumo de tabaco, perfil de consumo, exposición de tabaco, acuerdo con las políticas y medidas aplicadas en el proyecto.

Resultados: El consumo global entre los trabajadores del centro se ha mantenido estable en los últimos 4 años con una prevalencia alrededor del 34,0%. No ha habido modificaciones en el porcentaje de fumadores diarios, un 90% de todos los fumadores, en los últimos 4 años. Entre los profesionales sanitarios con rol ejemplar (médicos y enfermeras) hay una disminución del consumo de tabaco, no estadísticamente significativa, con porcentajes del consumo del 30,2% (IC 95%: 22,09-37,9) en el 2001 y del 26,3% en 2004 (IC 95%: 17,1-34,2). Entre el grupo de administrativos, el consumo de tabaco ha disminuido de 56,0% (IC 95%: 36,3-75,4) en el 2001 al 31,3% (IC 95%: 15,2-47,3) en el 2004.

El cumplimiento de las áreas libres de humo ha aumentado significativamente con una reducción de la exposición ambiental al humo de tabaco durante las horas de trabajo. El porcentaje de población completamente libre de humo durante su jornada laboral ha pasado de 33,0% (IC 95%: 26,3-39,7) en el 2001 a un 55,3% (IC95%: 48,4-62,2) en el 2004. El acuerdo en la implementación del proyecto en el ICO ha disminuido entre el personal del 79,3% (IC 95%: 85,2-73,4) en el 2001 a un 54,9% (47,7-62,1) en el 2004. No obstante, ha aumentado la proporción de personas que consideran que todos los hospitales han de ser libres de humo (69,9% en el 2001 frente a un 71,5% en el 2004).

Discusión: El proyecto Hospital Libre de Humo en el ICO ha contribuido a generar ambientes laborales libres de tabaco. Existe un elevado acuerdo con la premisa que los hospitales deben ser completamente libres de humo. La aplicación de esta política de control de tabaquismo ha contribuido a disminuir el consumo de tabaco entre los profesionales con rol ejemplar, aunque el consumo global se ha mantenido estable por el aumento del porcentaje de fumadores entre el grupo de trabajadores no sanitarios. Resulta necesario diseñar políticas activas encaminadas a la deshabituación del personal hospitalario fumador teniendo en consideración el rol que cada miembro ejerce en el centro.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Samet JM, Taylor CE, Becker KM, Yach D. Research in support of tobacco control. *BMJ* 1998;316:321-2.
- 2 Willaing I, Jorgensen T, Iversen L. How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? *Scand J Public Health*. 2003;31(2):149-55
- 3 Fernández Ruiz ML, Sanchez Bayle M. Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gac Sanit*. 2003 Jan-Feb;17(1):5-10.
- 4 Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Prevalencia y actitudes de los profesionales sanitarios de Cataluña respecto al tabaquismo: últimos datos (2002). [Prevalence and tobacco attitude of Catalan health professionals] II Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2002; 4 (Supl 1): 30
- 5 Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. [Impact of implementation of a smoke free policy in the worksite in a company] *Gac Sanit*. 2003;17: 490-3.
- 6 Smoke Free Europe Partnership. Smoke free Europe makes Economic sense. A report on the economic aspects of smoke-free policies; 2005.
- 7 Scientific Committee on Tobacco and Health (2004). Secondhand smoke: review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London. Department of Health. Available at: www.advisorybodies.doh.gov.uk/scoth/PDFS/scothnov2004.pdf
- 8 Anderson P, Hughes JR. Policy interventions to reduce the harm from smoking. *Addiction* 2000; 95 (Suppl 1): s9-s11.
- 9 Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*.2002;325:188
- 10 Bauer J, Hyland A, Qiang Li, Steger C, Cummings M. A longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use. *Am J Public Health*. 2005 Jun;95(6):1024-9.

AUTOR/ES:

Rosa Antonio Oriola* y José María Tenías Burillo**

*Adjunta de Docencia ; **Medicina Preventiva . Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva

TÍTULO:

Análisis bibliométrico de la producción científica internacional sobre el ambiente psicosocial en enfermería (1980-2005)

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

El estrés psicológico, el síndrome del trabajador quemado o burn-out y , en definitiva, el ambiente psicosocial del trabajador sanitario ha generado un gran interés y controversia. Sin embargo, da la impresión de que prevalecen en este campo las opiniones personales basadas en prejuicios acerca de la magnitud del problema como de sus determinantes y repercusiones y son relativamente escasas las investigaciones originales al respecto.

Recientemente se han publicado algunos estudios que muestran claramente que un ambiente psicosocial y un ratio enfermería: paciente muy desfavorable se relacionan con indicadores tan relevantes como la mortalidad hospitalaria (1). En otros trabajos se comprueba que el nivel educativo y la calidad de los cuidados se relacionan con una reducción de la mortalidad de los pacientes atendidos (2, 3).

Sin embargo, hasta ahora no hemos podido encontrar ningún estudio bibliométrico que analice la producción científica sobre este tema. Tampoco se ha analizado la distribución por países de los trabajos de investigación, el tipo de revistas en las que se difunden los resultados ni la profesión (enfermería o no) de los autores.

Con este trabajo de investigación pretendemos revisar de una forma sistemática la producción científica sobre el ambiente psicosocial en enfermería, sus determinantes y repercusiones. Para ello pretendemos buscar en las principales fuentes de datos bibliográficas generales y especializadas en psicología y enfermería. También pretendemos resumir la producción por ámbitos geográficos y comprobar cual es el papel de las revistas de enfermería en la difusión de los resultados de estas investigaciones.

Material y métodos

Estudio bibliométrico realizado en las principales bases bibliográficas internacionales: Medline, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsichInfo y Science and Social Science Citation Index (SCI & SSCI). Las estrategias de búsqueda desarrolladas se basaron en la combinación de los descriptores del colectivo de enfermería y los correspondientes al ambiente psicosocial, incluyendo la satisfacción laboral y el síndrome de quemado o burn-out (Anexo). Los límites temporales fueron desde 1980 a 2005. Todas las búsquedas se realizaron entre el 11 y el 19 de enero de 2006. De cada una de las referencias recuperadas se extrajo la siguiente información:

- año de publicación
- país de publicación
- revista (diferenciando si era de enfermería o no)
- idioma de la publicación
- si era o no una contribución original (sí tenía abstract o identificadores de estudios originales en el título y/o descriptores).

Resultados

La suma de documentos individuales de las 5 bases de datos fue originalmente de 17359, aunque tras detectar los duplicados internos dentro de cada base de datos (el caso más frecuente fue la publicación del mismo documento en diferentes versiones para varios estados americanos) el número de documentos fue de 16948.

Se detectaron 4650 duplicados lo que supuso un grado de solapamiento global entre las bases del 27,4%. Finalmente el número de documentos obtenidos fue de 14334.

CINAHL fue la base que más documentos aportó, con 6314 (37,3%), seguida de Medline con 5675 (33,5%), SCI & SSCI con 3435 (20,3%), EMBASE con 789 (4,7%) y PsychInfo con 735 (4,3%).

En 20 años el número de documentos publicados sobre el tema se ha multiplicado por 10, pasando desde 119 artículos en 1980 a 1159 en 2004.

Distribución de los documentos por idiomas.

El predominio del inglés fue mayoritario (93,1%), algo lógico si tenemos en cuenta la procedencia de los repertorios bibliográficos. Solamente dos idiomas tienen una producción en este campo superior al 1%, el alemán y el francés.

Distribución de los documentos por revistas.

Los documentos fueron publicados en 2066 revistas, de las cuales 470 (22,7%) eran revistas de enfermería. Del total de 14334 artículos recuperados, 8799 (61,4%) se habían publicado en revistas de enfermería. Cien revistas (77 eran de enfermería) publicaron 25 documentos o más y acumularon algo más la mitad de todos los artículos. Las tres revistas con más artículos sobre el tema fueron: Nursing Times (654: 4,56%), Journal of Nursing Administration (503: 3,51%) y Journal of Advanced Nursing (471: 3,29%).

Distribución de publicaciones por países.

En 7009 artículos (el 80% originales) se pudo establecer el país de procedencia de los autores: Estados Unidos con 3456 referencias (49,31%), Reino Unido con 1053 (15,0%), Canadá con 545 (7,8%), Australia con 378 (5,4%) y Suecia con 223 (3,2%) fueron los principales productores. En 2163 documentos el país de procedencia era Europeo (30,9%) y España en 62 documentos (0,9%).

Conclusiones

1 - Existe una importante producción científica sobre ambiente psicosocial en enfermería que ha experimentado un gran crecimiento en los últimos 25 años.

2 - Constatamos un gran predominio de la producción anglosajona de procedencia americana aunque existe una importante producción europea.

3 - Esta distribución puede deberse en parte a la naturaleza y procedencia de las bases bibliográficas analizadas

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288: 1987-93.

2. Aiken LH, Smith H, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*. 1994; 32: 771-787.

3. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003; 290: 1617-23.

Este trabajo de investigación ha sido financiado por una beca de la Consellería de Sanitat (Exp: nº Ev.Tec-007/2005)

AUTOR/ES:

López de Lis, C; Cruzado García, MD; Juanes de Lera, J; Montero Vallejo, JJ; Patrón Toscano, P

TÍTULO:

VALORACIÓN DEL REGIMEN DE VISITAS EN UN "HOSPITAL DE PUERTAS ABIERTAS". OPINAMOS TODOS

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción Durante la hospitalización, el paciente interrumpe su forma normal de vida y su actividad cotidiana, se separa de su entorno y de sus seres queridos. Este proceso supone una crisis para él y para toda la familia y conlleva una adaptación para la que no siempre se está preparado, de hecho, casi todos los pacientes y sus familiares, presentan signos y síntomas de ansiedad. Por supuesto, la intensidad de ésta reacción dependerá del momento emocional, las experiencias previas, el motivo y las expectativas de la hospitalización, la enfermedad en sí, etc. A través de "la visita", la familia intentará mantener el contacto habitual, satisfacer la necesidad de información y seguridad, empatizar con el paciente y darle su apoyo. (8), (12), (13) , Cuanto más grave sea la situación, mayor será el deseo de visitarlo, en ocasiones incluso, por encima de las necesidades e intereses del propio paciente. En algunos estudios realizados se demuestra que la principal necesidad manifestada por los familiares es la de un horario adaptable de mayor duración. (4), (10). (13), Aunque estos estudios se realizaron en Unidades de Cuidados intensivos, la problemática es la misma: disponer de tiempo para visitar al paciente, poder hacerlo sólo al salir del trabajo, solucionar con quien dejar a los niños durante la visita, etc. (11). Por supuesto, esto influye en que las visitas se realicen de manera descontrolada incomodando al paciente. Los propios usuarios así lo expresaron en nuestro estudio anterior. Se quejaron del ruido, de la falta de intimidad, del nº de personas que circulan por el Hospital, reconociendo que el grado de aceptación de las visitas dependía en gran medida, del estado del paciente. Además, aunque la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, no todos los familiares que visitan al paciente le ofrecen el apoyo y confort deseado. Según algunos autores, más que un beneficio, muchas visitas contribuyen a aumentar el estrés del paciente debido al contagio de estados de tristeza o mal humor.(1). Al contrario, podríamos suponer que cuando el proceso finaliza en un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un hijo, la necesidad de expresar y compartir la alegría aumentaría la tolerancia, aunque en las Unidades de Maternidad, el nº de visitantes suele ser mayor, se permite la entrada a los niños menores de 12 años, y el horario es bastante más irregular dado que el hecho, ocurre de manera imprevista. Desde hace algunos años, en nuestro Hospital se estableció una política de "Puertas Abiertas" que perdura actualmente, y por la cual se permite la entrada al Centro en horario libre y sin límite de visitantes, aunque con una serie de recomendaciones: Horario preferentemente de 16h a 20h; Nº de visitantes no superior a dos personas; Un solo familiar durante las 24h; Los niños menores de 12 años no deben visitar a los pacientes. La mayoría de los Centro consultados mantienen fijo el horario de visitas durante la tarde limitando el nº a un máximo de dos personas por paciente, y prohibiendo las visitas durante las mañanas y las noches.

Objetivos

Analizar las opiniones de trabajadores, pacientes y familiares acerca del sistema actual de visitas (Hospital de Puertas Abiertas) en el área maternal de nuestro Hospital y cotejar los resultados con los obtenidos en un análisis general realizado anteriormente. Conocer las preferencias de los encuestados con respecto a la duración, frecuencia, horario y número de las visitas que reciben y valorar posibles diferencias. Estudiar la necesidad de implantar un sistema de gestión de las visitas hospitalarias.

Metodología Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal que se llevó a cabo en Mayo de 2006. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario elaborado y validado por los propios investigadores mediante pilotaje y estudio anterior. Consta de varias partes: a) La primera, de 9 ítems para averiguar el conocimiento y la opinión de los encuestados acerca de las recomendaciones del Hospital. b) La segunda, de 12 ítems, para determinar cuales eran los aspectos positivos y negativos de las visitas

c) La tercera parte, de 8 ítems refleja las preferencias de los encuestados respecto a horarios y normas de visita. d) La cuarta parte constaba de una única pregunta abierta para propuestas. El resto de variables son: sexo, edad, nº ingresos, situación, experiencia hospitalización. Como en el estudio anterior se optó por pasar la encuesta de manera personalizada en las propias habitaciones, debido a la demora y pérdida en la entrega. A los profesionales se le entregó durante la jornada laboral. Población: Pacientes, visitantes, y trabajadores del área maternal del Hospital Puerta del Mar. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Pacientes: Mujeres adultas, ingresadas en las Unidades de Maternidad del HUPM e incluidas en el proceso Embarazo, Parto y Puerperio. Visitantes: Parejas o adultos familiares, amigos, vecinos, etc. Profesionales: Enfermeras o auxiliares de enfermería, que trabajan en dichas Unidades. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes: pacientes no incluidas en el proceso de embarazo o que no hablen y/o comprendan el idioma. Visitantes: Menores de edad o adultos que no hablen/comprendan el idioma. Profesionales: Menos de una semana en la Unidades. Población: Pacientes, familiares y trabajadores/as de la Unidades de Maternidad. Muestra: Población total presente durante la semana en que se realizó el estudio. Sumaban 75 casos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11. En cuanto a la búsqueda bibliográfica, fue realizada mediante base de datos on-line, utilizando palabras clave como «Familiares», «Pacientes Hospitalizados» y «Visitas». También se recurrió, una vez localizados los trabajos publicados, a catálogos de bibliotecas y boletines de información de hospitales.

Resultados

De los 75 encuestados, el 81,9% fueron mujeres y el 18,1% hombres, con una edad media de 39,2 años. El 21,7 % eran pacientes, el 34,9 familiares y el 31,3% trabajadores. De todos ellos, el 41% estuvo ingresado una vez, el 28,9% más de una vez y el 16,9% ninguna. Con respecto al conocimiento de las recomendaciones existentes, el 53% contestó afirmativamente, pareciéndoles adecuadas al 57,8%. En cuanto al horario sugerido (16h-20h), el 63,9% contestó que era el adecuado y con la duración recomendada de la visita (4h máximo), estuvo de acuerdo el 41%. El 73,5% de los encuestados afirmó a pesar de las respuestas, que las recomendaciones no se siguen. El 62,7% pensaba que el personal sanitario debería restringir las visitas durante las mañanas, que no era necesario un horario más flexible (59%) y que una persona por paciente en la habitación era suficiente (50,6%), salvo en determinadas circunstancias (26,5%). La mayoría de los encuestados coinciden en que las visitas alteran el descanso (63,9%) y la intimidad del paciente (69,9%), y que el grado de aceptación de este, depende fundamentalmente de su estado de salud (80,8%). La mayoría afirman haberles resultado así mismos, una molestia y reconocen que las visitas molestan o pueden molestar también al paciente de al lado (92,8%). Además, el 71,1% pensaba que siempre o casi siempre, las visitas entorpecen o interrumpen los cuidados y tratamientos. Por ello, un 80,7% opina que sería conveniente que el propio personal sanitario limite el horario de las visitas cuando lo crea necesario y que se suprima a partir de las 21h. En cuanto a aspectos positivos de las visitas, el 34,9% del total de la muestra opinó que eran beneficiosas, mientras que el 54,2% pensaba que sólo a veces. Como necesarias las calificó un 48,2%, mientras que otro 42,2 afirmaba que únicamente en determinadas circunstancias. Los pacientes no agradecen todas las visitas (38,6%). El 39,8% de los encuestados pensaba que sólo a veces. Sobre quien debe visitar al paciente, el 45,8% pensaba que sólo familiares y amigos, aunque el 31,3% afinaba que sólo deben hacerlo los familiares muy directos. En el apartado de preferencias el 78,3% de la muestra, pensaba que uno o dos periodos de visitas era lo ideal, que podían coincidir uno o dos familiares por paciente (80,7%) y que la duración de la visita debía ser de una a dos horas como máximo (68,3%), preferentemente de 16h a 20h (62,7%). Es significativo que al 85,5% le pareciera una buena idea que tuviéramos en cuenta la opinión de pacientes y familiares para formalizar y regular el sistema de visitas, que por otra parte creyeron necesario el 83,1% de los encuestados. A la pregunta de si era acertado el que el propio paciente determinara el horario, duración y nº de personas a través de su cuidador/a principal: El 30,1% contestó que no, y el 62,7% que estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo. En ambos estudios, la gran mayoría de los encuestados coinciden, en que el sistema actual de visitas no es el adecuado ya que molestan y alteran el descanso y la intimidad, incluso al compañero de habitación. Coinciden igualmente en que visitas son necesarias y beneficiosas para el paciente, pero no están de acuerdo en que el acceso sea libre en horario y nº de personas. Los pacientes y familiares opinan, como los profesionales, que las visitas se deben restringir en horario de mañana y noche, y que interfieren en los cuidados, por lo que deben ser los propios trabajadores los que controlen el acceso a las habitaciones en

determinadas situaciones. Hubo un porcentaje elevado de respuesta afirmativa en lo que respecta a las recomendaciones existentes, considerándolas adecuadas a pesar de reconocer que no se cumplen. En general, casi la totalidad de los encuestados está de acuerdo en que debería limitarse el número de personas para evitar la masificación, y consideran que la presencia de un solo acompañante permanente y dos más de visita en horario controlado sería suficiente. Conclusiones Sin duda, las visitas que reciben los pacientes hospitalizados alivian la ansiedad que provoca el ingreso en un hospital, sin embargo, según los encuestados sólo contribuyen a ello los familiares más directos. El resto de las visitas, sobre todo cuando son largas, inesperadas y coincidentes, poco contribuyen a preservar el descanso y la intimidad del paciente. Los profesionales del área Maternal (en mayor porcentaje que en otras áreas) coinciden en que además, interrumpen o dificultan habitualmente, los cuidados y tratamientos de estas pacientes y/o a sus hijos recién nacidos. Casi todos ellos, participaron en la pregunta de sugerencias coincidiendo en: 1. Que era necesario y urgente modificar el régimen de visitas y controlar sobre todo el nº de visitantes y los horarios. 2. Que la visita de los niños menores y sus juegos por los pasillos era insoportable. Algunos profesionales sugieren que sería bueno disponer de una sala de espera específica y acondicionada para los familiares que pudiera permitir el acceso de manera gradual. También participaron en las sugerencias las pacientes y familiares. Estos coincidieron en: 1. Que se acumulaban demasiadas personas en las habitaciones, y aunque agradecían las visitas de familiares no directos, sólo necesitaban a los más allegados. 2. Que aunque la visita llega a ser molesta, también hay otros ruidos como los timbres y las conversaciones del personal, sobretodo por las noches que también deberían controlarse. 3. Que a pesar de las molestias que ocasionan las visitas, entienden que hay familiares que vienen de fuera y que no pueden cumplir el horario recomendado, razón por la que en ocasiones se podría pedir mayor flexibilidad. Para terminar queremos subrayar que los resultados de este estudio y del anterior, han sido útiles para plantearse la necesidad de modificar el sistema de visitas actual. Como la mayoría de los encuestados, desde el grupo de trabajo proponemos también, un sistema de organización en el que el paciente o cuidador principal gestione sus propias visitas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. A.A.C.N. (American Association of Critical Care Nurses). Outcome standards for nursing care of critically ill. Ed. USA: Portcity Press, 1990.
2. Alemán Méndez, S; Forteza Pons, A.R. Ansiedad en el personal de enfermería provocado por las visitas de los familiares. *Enferm Científ* 210-211:25-303.
- Bleda García, JM; Garrido Valera, T. Análisis del régimen de visitas: el caso del Hospital de Albacete. *Todo Hospital* 83: 31-33. 1992
4. Diaz de Durana et al. Organización del sistema de las visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos coronarios: Opinión de todas las personas implicadas. *Enferm Intensiva*. 15(2): 63-75. 2004
5. Ellis, Karen Institución: Williamsburg Community Hospital (Williamsburg, Virginia). Cuándo y cómo hacer que las visitas se vayan. *Nursing* 7(1): 49-50. 1989
6. Homen de Sousa, E; Andrade, Salena de. Opinión de pacientes y enfermeros acerca de las visitas a los pacientes hospitalizados. *Referência* 4:39-457.
7. Labiano J, Huarte C, Ruiz-San Pedro E, Asiaín M.C. Problemática de los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Revista Rol de Enfer*. 1987; 102: 19-22
8. Margall M.A, Zarpe C, Perochena P, Labiano J, Otano C, Asiaín M.C. Necesidades de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Enfer. intensiva* Abril-Junio 1993; vol.4, nº 2: 40-45
9. Novel G, Lluch M.T, Miguel M.D. *Enfermería Psicosocial II*. Barcelona: Salvat editores, S.A., 1991
10. O'Neill-Norris L, Grove S. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & Lung* 1986; 15: 194-199
11. Shirley L, Egger n.r. En un lugar especial para la relación. En: *Atención integral en enfermería. El paciente Crítico*. Barcelona: Doyma, 1988; 25-35
12. Simpson T. Critical care patient's perceptions of visits. *Heart & Lung* 1991; 20: 681-688
13. Velasco Bueno et al. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Tempus Vitalis* 2(3) 2002. Palabras Clave: Visitas, Hospital, pacientes, Familiares

AUTOR/ES:

Maria de Jesus Castro Sousa Harada, Glaura César Pedroso, Sônia Regina Pereira, José Roberto Brêtas,

TÍTULO:

Escuelas Promotoras de la Salud: prevención de la morbilidad por causas externas en un municipio de la región de Sao Paulo - Brasil

TEXTO DEL TRABAJO:

El análisis histórico de los estudios epidemiológicos sobre la mortalidad en Brasil muestra de forma clara el aumento creciente de óbitos de niños y adolescentes por causas externas. En el Municipio de Embu-SP, en el 2004 estas causas representaron la 1ª causa de óbito después del 1º año de vida(1). Entre los ambientes en que los accidentes y la violencia se hacen presentes, se destaca la escuela, a pesar de ser algo contradictorio, por el hecho de representar un local que, por principio, debe garantizar la seguridad de quien la frecuenta, además de ayudar en la formación del futuro ciudadano. Se destaca que la violencia presente en el ambiente escolar "es una amenaza a los cuatro pilares de la educación establecidos en el Informe Delors (1998) (2): aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser"(3). La violencia es una cuestión social, de múltiples causas, de carácter estructural y el accidente no tiene determinación fatalista; ambos tienen repercusiones en la salud y en la calidad de vida del individuo. Esta situación involucra cuestiones complejas, sin embargo es posible y necesario controlar algunos de los mecanismos que las generan para reducir sus efectos(3,4). A pesar de los altos índices de morbimortalidad de niños y jóvenes por causas externas, se resalta la gritante desproporción entre la importancia del tema y la exígua cantidad de estudios relacionados a él(5,6). Considerando estos datos, fue elaborado el proyecto que es presentado, desarrollado por la Universidad Federal de Sao Paulo y las Secretarías de Salud y de la Educación del Municipio estudiado, con apoyo de la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Sao Paulo - FAPESP. Objetivos: Investigar la morbilidad por causas externas en la población de alumnos de Escuelas Públicas del Municipio de Embu e identificar los principales tipos de accidentes y violencia, para la planificación de acciones interdisciplinarias e intersectoriales. Metodología: Embu es un municipio de la Región Metropolitana de Sao Paulo, con una población de 218,535 habitantes - 40% con menos de 20 años de edad. Es un área bastante afectada por los altos índices de desempleo, la violencia y la exclusión social, reflejada en los altos índices de mortalidad por causas externas, sobre todo homicidios, en adolescentes y adultos jóvenes. La Red Municipal de Salud está formada por nueve Unidades Básicas de Salud, dos Servicios de Emergencia, dos Centros de Atención Psicosocial, un Centro de Atención a la Salud del Trabajador, un espacio de atención interdisciplinaria a los adolescentes y un centro de convivencia que realiza atenciones interdisciplinarias, dos Centros de Atención a la Salud de la Familia y una maternidad. La atención hospitalaria es realizada en un hospital regional de un municipio vecino. Las escuelas públicas atienden a más de 60,000 alumnos en ciento nueve escuelas. La UNIFESP actúa en el Sistema Local de Salud desde 1970, por medio de un Programa de Integración Docente-Asistencial y coordina el Programa de Escuela Promotora de Salud, que tiene como principios básicos: educación para la Salud con enfoque integral; creación de entorno saludable, provisión de servicios de salud (7). Se trata de un estudio transversal analítico. La recolección de datos fue realizada entre los meses de Mayo y Junio de 2004, por medio de dos formularios distribuidos a las 109 escuelas públicas del municipio. Fueron seleccionadas variables de estudio que permitiesen identificar características de la población de las unidades escolares, del tipo y caracterización de los eventos. Para esto, fueron desarrollados y validados dos instrumentos con preguntas estructuradas y semi-estructuradas, uno destinado al registro de accidentes y otro de violencia. Para cada niño víctima del evento ocurrido en la escuela o en el trayecto entre ésta y el domicilio, fue llenado el instrumento correspondiente. En los casos en que el niño llegaba a la escuela o guardería con señales perceptibles de violencia, también se registraba la ocurrencia. Los instrumentos fueron llenados por profesionales de Educación, debidamente entrenados para ese fin y orientados sobre los objetivos del trabajo, con supervisión de los investigadores.

Para el entrenamiento se realizaron talleres sobre Accidentes y Violencia en las Escuelas y guarderías. En esa ocasión, se abordaron conceptos de accidentes y violencia, formas de detección y prevención, además de cómo notificar. Las discusiones surgidas en los talleres proporcionaron subsidios para la reestructuración del instrumento de recolección de datos, facilitando así su entendimiento y llenado. Las dudas relacionadas al llenado fueron solucionadas con las correspondientes escuelas, personalmente o por teléfono. En las situaciones en que hubo notificación de injurias intencionales en el instrumento relativo al análisis de no intencionales (y vice-versa), los investigadores efectuaron la sustitución de los cuestionarios. El Proyecto fue aprobado por las Secretarías de Salud y de Educación y sometido a la apreciación del Comité de Ética en Investigación de la UNIFESP, siendo favorable. El procesamiento del texto, entrada y análisis de los datos se realizó en computadora IBM compatible, utilizando programas del Sistema de Microcomputador Epi-Info 6 -versión 6.01(8). Las variables fueron analizadas según frecuencia absoluta y relativa y presentadas en gráficos y tablas. Resultados: De los 328 casos notificados de accidentes, 182 (55,5%) correspondieron a caídas, siendo 119 (65,4%) de la propia altura, de acuerdo a los datos primarios y los demás en diferentes situaciones: bajando escaleras, subiendo en el muro, cayendo al barranco, resbalando, entre otros. A seguir se destacaron las heridas, con 39 (11,9%) ocurrencias, de ellas 12 estuvieron relacionadas al prendimiento de dedos en puertas o portone. Se destacaron también, accidentes relacionados a prácticas deportivas, con 21 (6,5%) casos, seguido de colisión (5,2%) contra estructuras arquitectónicas: paredes, muros, portones, entre otros. Ocurrieron 13 (3,9%) situaciones de accidentes en playground, 11 (3,3%) colisión entre personas, 10 (3,0%) en mobiliario, ocho (2,4%) casos de mordeduras y siete (2,2%) de quemaduras, mayormente, de tipo térmica. Se registraron seis (1,9%) ocurrencias de atropellamiento, siendo cinco por automóvil y uno por bicicleta; la categoría otros tipos correspondió a 10 casos, 3,0% del total investigado. De los 328 casos de accidentes analizados, 200 (61,0%) ocurrieron en niños de sexo masculino y 128 (39,0%) del femenino. El grupo etáreo más afectado fue entre 5 y 9 años, con 159 casos (49,1%), seguido por 75 (23,1%) entre 1 y 4 años y 58 (17,9%) entre 10 y 14 años; de las ocurrencias, en 15 (4,6%) de los accidentes, las víctimas tenían edad menor a 1 año y en 2 (0,6%) situaciones, 20 años o más; en cuatro situaciones no se identificó la edad. Respecto al local de ocurrencia, se pudo observar que 69 (21,3%) accidentes ocurrieron en el campo de fútbol, 66 (20,4%) en salón de clase, 64 (19,8%) en el patio, 37 (11,4%) en el entorno, 14 (4,4%) en el playground; los demás en corredores, guardería, escalera, comedor y baño. En relación a quien presenció el accidente, se destacó, el profesor, en 160 (51,6%) ocurrencias, seguido de mamá/papá (13,0%), amigos (12,9%) e inspector (11,3%). Los resultados referentes al estudio de la violencia, demostraron la identificación de 387 registros de violencia en 344 niños por permitirse la notificación de más de un tipo de violencia para cada individuo. La violencia física se destacó como el más frecuente, con 282 (72,9%) registros, seguida de la verbal (18,1%), del bullying, con 11 (2,8%) casos, seguido de violencia contra el patrimonio con 8 (2,1%) notificaciones. Ocurrieron, aun, 6 (1,5%) casos de negligencia, 5 (1,3%) de violencia simbólica, 3 (0,8%) de sexual y 3 (0,5%) de otras formas. De los niños víctimas de violencia investigados, 281 (73,0%) eran del sexo masculino y 93 (27,0%) del femenino. El grupo etáreo más afectado fue entre 10 y 14 años, con 151 casos (46,6%), seguido por 125 (38,6%) entre 5 y 9 años y 38 (11,7%) entre 15 y 19 años; no fueron registrados en las edades inferiores a un año y encima de 20. En cuanto al local de la ocurrencia, se pudo observar que en 306 (89,5%) casos la violencia ocurrió en la escuela; 21 (6,1%) en el domicilio, observados en la escuela; en el entorno sucedieron 11 (3,2%) situaciones y en otros locales, tres (0,9%); en un caso no fue posible identificar el local. El agente sospechoso de agresión, en la mayoría (84,9%) de las situaciones, fueron los colegas, individualmente, seguidas de grupos (5,9%), papá / mamá (3,6%) y otros familiares (3,0%). No fue posible identificar el agente en siete casos; en dos situaciones, los agentes fueron otros. El motivo más frecuente de agresión fue peleas y discusiones, con 81 casos (23,5%). Las ofensas y provocaciones se refirieron en 68 (19,8%) ocurrencias; 35 (10,2%) por juegos; desobediencia ocurrió en 7 (2,0%) situaciones. En 49 (14,2%) notificaciones, el motivo de la agresión no fue identificado y en 62 (18%) cuestionarios esa información no fue llenada. Se observó que, en 50 casos de violencia se utilizaron para la agresión materiales o instrumentos como: material escolar, utensilios domésticos, desmonte (palos, piedras, ladrillos), hilos y pedazos de metal. En dos casos fue utilizada arma de fuego, en uno bomba casera, dos niños recibieron medicamentos (desconocidos) en el interior de los chicles..

Discusión: Los resultados permitieron la implementación de las siguientes estrategias: Sensibilización de los profesores, padres y alumnos por medio de un Forum denominado "Camino para la construcción de la paz"; realización de talleres de capacitación sobre prevención de accidentes y primera atención en situación de urgencia en las escuelas; talleres de masajes en bebés y desarrollo infantil, para padres y profesionales que trabajan en guarderías; Construcción de una guía sobre mapeamiento de riesgos en escuelas y creación de un espectáculo teatral, formado por adolescentes de escuelas del municipio. La innovación traída por la intersectorialidad de las acciones de salud y por las Escuelas Promotoras de Salud coloca al Municipio y a la Universidad frente a varios desafíos: mantener los trabajos ante la escasez de recursos del presupuesto municipal y a la alta rotatividad de los profesionales de Educación y de Salud; invertir en equipamientos públicos, ampliar y reorganizar el Sistema Local de Salud, mejorando el acceso y calidad de los servicios; mantener la transversalidad de las acciones; discutir y transformar la formación hospitalocéntrica y biologicista de profesionales de salud, promoviendo la comprensión del contexto social, de las prácticas de salud colectiva y de la promoción de la salud; implementar la educación permanente/continuada para los profesionales de los sectores involucrados; reforzar la participación popular en la región, ya que las prácticas participativas, son recientes; promover y valorizar el protagonismo de niños y adolescentes; superar las dificultades relacionadas al trabajo interdisciplinario e intersectorial (diferentes demandas, lenguajes, ritmos de trabajo, culturas institucionales); promover mayor integración entre las UBSs y las escuelas a nivel local; promover la formación y difusión de una cultura de promoción de la salud en el cotidiano de los servicios y de las propias comunidades; discutir y elaborar formas de evaluación que den cuenta de la amplitud y complejidad de las acciones de promoción de la salud, dentro y fuera del espacio escolar. Las acciones y políticas intersectoriales son prácticas recientes en el País y aun enfrentan obstáculos institucionales. La adhesión a propuestas no es homogénea, ya que los equipos poseen diversas formas de comprender el proceso. A pesar de las dificultades enfrentadas, existe fortalecimiento de los vínculos entre los sectores involucrados.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Série A. n. 167. Brasília; 2002.
- 2- Delors J. Educação - um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. UNESCO, MEC, Cortez Editora, São Paulo, 1999.
- 3 - Miller TR, Spicer RS. How safe are our schools? Am J Public Health 1998; 88 (3): 413-8.
- 4 - Moreira AMM. Prevenção de acidentes e violência. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Saúde Escolar. Escolas Promotoras de Saúde. Rio de Janeiro, 2003. pp
- 5 - Blank D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? J Pediatr (Rio J) 2002; 78(2):84-6.
- 6 - Blank, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. J. Pediatr. (Rio de J.) 2005; 81(5) supl: s123-s136.
- 7 - Harada J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Saúde Escolar. Escolas Promotoras de Saúde. Rio de Janeiro, 2003. pp. 3-5.
- 8 - Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi Info, Version 6: a word-processing, database, and statistics program for Public Health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta, USA, Centers for Disease Control and Prevention, 1995.

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:

M^a José Pualto Durán *; Rosa Antolin Rodriguez *; Laura Moure Fernández **

TÍTULO:

LOS 40 PRINCIPALES. Estresores en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Los alumnos de enfermería, debido a las características de la profesión como es el estar en contacto con el sufrimiento, dolor, invalidez o incluso la muerte, están expuestos a una mayor cantidad de estresores, que otros grupos de estudiantes, sobre todo durante la realización de las prácticas clínicas en las distintas unidades hospitalarias y centros de atención primaria.

Esta parte práctica tiene un gran impacto educativo ya que los conocimientos adquiridos, les permitirá el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante y que le serán necesarias para la adquisición de las competencias que les permitan incorporarse como profesionales en el ámbito sanitario. Lazarus y Folkman definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos.

Objetivo general: Conocer cuáles son los estresores más importantes para los estudiantes de enfermería durante el desarrollo de las prácticas clínicas

Método: El diseño del estudio es observacional, descriptivo y transversal.

La población de estudio fue el alumnado de la Diplomatura de enfermería de la Escuela de Enfermería del H. do Meixoeiro de Vigo del curso académico 2005/6. N=164 distribuidos en 55 alumnos de primer curso, 56 de segundo y 53 de tercero.

Para recoger la información y medir la percepción del estrés se pasó el cuestionario KEZKAK, un día del mes de Mayo en hora de clase y en pleno ciclo práctico. Previamente se les informó del carácter voluntario y anónimo de la participación en el estudio. El cuestionario KEZKAK, que mide estresores de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería, consta de 41 ítems que pueden ser valorados de 0-3 dependiendo del grado de preocupación que genera para el alumno cada una de las situaciones planteadas (0 = nada, algo = 1, bastante = 2, mucho = 3) de este modo se evitó la opción central de las escalas con alternativas impares, que no reflejaría la inclinación hacia un extremo u otro de la escala. Se consideró estrés a todos aquellos ítems que obtuviesen una puntuación media superior a 1,5. También se registró como variable el curso al que pertenecían. Los datos se tabularon con el programa Excell y trataron estadísticamente con el programa SPSS 12.0 en el entorno Windows.

Resultados: Contestaron a la encuesta un total de n=140 (85,3%) alumnos distribuidos de la siguiente manera: 1º curso n1= 49 (89%), 2º curso n2 = 49 (87,5%), 3º curso n3 = 42 (79,2%).

Se obtuvo la media de cada ítem para la muestra global y para cada uno de los cursos.

La puntuación media de estrés obtenida para la totalidad de la muestra fue de 2,19 (DE = 0,28) con un rango de 1,44-2,79; dicho valor supera a la puntuación 2 que indica “bastante estrés”

Los 41 ítems del cuestionario se ordenaron analizando las situaciones de lo que más les preocupa a lo que menos les preocupa por curso, observado que la mayor puntuación en los tres cursos correspondió a “hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente” con una media de 2,86 (DE = 0,50) en 2º curso, 2,79 de media (DE = 0,52) en 3º curso y 2,73 (DE = 0,83) en 1º curso. En segundo lugar “confundirme la medicación” coinciden los cursos de 1º con una media de 2,63 (DE = 0,88) y 2º con una media de 2,80 (DE = 0,53) mientras que para 3º curso resulta más estresante “encontrarme en una situación sin saber que hacer” con una media de 2,74 (DE = 0,49)

Discusión:

En nuestro estudio observamos que los mayores estresores son parecidos a los encontrados en otros trabajos realizados, aunque algo más elevados, debido tal vez, a encontrarse en pleno periodo de prácticas clínicas. Las situaciones ordenadas de mayor a menor percepción de estrés, pueden ayudarnos a priorizar y planificar las intervenciones educativas fomentando actitudes frente al sufrimiento, espacios de desahogo, reflexión y asimilación que nos permitirá formar enfermeras más preparadas para afrontar el sufrimiento humano y el contacto con él.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ferrer Pascual, M^a A. y otras. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la escuela de enfermería de Soria Rev. Metas; abril 02 ; 44; 18-22.
2. Zupiria, X. y otros. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. Enfermería Científica; Octubre 2003; 258-259; 59-68
3. Zupiria Gorostidi, X y otros. Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria Enero 2003, V17; 01; 37-51
4. Blanca Gutiérrez, J. Medición del producto enfermero de los alumnos de la escuela universitaria de enfermería de Jaén (I) Enfermería Científica; dic.2003 ;260-261; 67-71
5. Blanca Gutiérrez, J. y otros. Medición del producto enfermero de los alumnos de la escuela universitaria de enfermería de Jaén (II) Enfermería Científica ;dic.2003 ;260-261; 72-76
6. Alemán Méndez, S. Las prácticas de Enfermería ¿crecimiento o deterioro?. Situación de los alumnos previo a las practicas Enfermería Clínica Mayo-Junio 1998 núm 194-195; 25-30
7. Jimenez Días, M.C y otros. Evaluación de las prácticas asistenciales en alumnos de la Diplomatura de enfermería. Enfermería Científica; Enero-Febr- 2004; 262-263; 62-64
8. Casanovas , I, y otros Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. Enfermería Clínica 2004 ; 14; 3; 157-66
9. Ortego Maté, M^a C. y otros. Niveles de ansiedad en los alumnos de enfermería frente a las prácticas clínicas. Enfermería Científica; jul-ago1996; 172-173; 8-12
10. Zapico Yañez, F y otras. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I) Hospital Enfermería Clínica vol. 7 núm 1 16-24
11. Ortego Maté, M^a C. y otros. Niveles de ansiedad en los alumnos de enfermería frente a las prácticas clínicas. Enfermería Científica; jul-ago1996; 172-173; 8-12

AUTOR/ES:

Juana Robledo Martín, Diana de la Fuente Aparicio, Ana Belén Salamanca Castro, Sara Sánchez Castro

TÍTULO:

Resultados preliminares de la percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida

TEXTO DEL TRABAJO:

En la presente comunicación se exponen los resultados obtenidos en la realización del grupo piloto del proyecto de investigación financiado por el FIS "Percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida".

1. Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio es conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la labor de los profesionales sanitarios en la atención de los malos tratos.

2. Metodología: Para ello, se ha diseñado un estudio de metodología cualitativa. La población de estudio son mujeres que se encuentren en casas de acogida de la Comunidad de Madrid, dado el componente retrospectivo de nuestro estudio, estas mujeres presentan una vivencia más enriquecedora y se encuentran en una situación más accesible para el investigador. Para la recogida de datos se realizarán grupos de discusión y, como técnica complementaria, entrevistas en profundidad a tres mujeres de cada grupo consideradas informantes clave.

Las mujeres participantes serán previamente informadas de los objetivos del estudio y consentirán voluntariamente su participación en él.

3. Resultados: Tras la realización del grupo de discusión piloto, las mujeres opinaban que la atención sanitaria que habían recibido era buena, identificando la asistencia sanitaria con la asistencia prestada en el caso de lesiones físicas de hecho, las que no han tenido malos tratos físicos justifican así su escasa relación con los centros sanitarios. El asesoramiento no lo habían recibido por parte de los profesionales sanitarios que las habían atendido, quienes, sólo en algunos casos, les habían instado a denunciar la situación. La información sobre los aspectos legales, las medidas que se adoptarían tras formalizar la denuncia y recursos sociales disponibles la habían recibido a través de la policía local. Las mujeres de nuestro estudio demandan una mayor implicación de los profesionales sanitarios, llegando incluso a tomar por ellas la decisión de denunciar, y valoran negativamente el hecho de que se les de folletos con direcciones y teléfonos a los que acudir, ya que opinan que les puede poner en peligro.

4. Discusión: La mujer víctima de malos tratos demanda de los servicios sanitarios lo que éstos prestan, pero, ¿por qué no dar a la mujer algo más de lo que demanda?, ¿por qué no abordar el problema desde una perspectiva biopsicosocial, dado que la definición de salud abarca estos tres ámbitos?

Las mujeres de nuestro estudio establecen una función muy definida y rígida para cada profesional sanitario, donde la enfermera es percibida como un profesional que proporciona cariño y al que sólo han accedido en los centros de Atención Especializada, ninguna de ellas había comentado su situación con la enfermera de Atención Primaria.

Sería una cuestión a reflexionar el hecho de que cada vez se esté capacitando más a los profesionales sanitarios (sobre todo a enfermeras) para favorecer la detección de malos tratos, pero la sociedad no sabe que puede acudir a éstos, y quizá habría que, a la vez, informar a la población para que acudan a los centros sanitarios demandando no sólo asistencia física.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguar Fernández, M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index enferm Otoño 2000; Año IX(30):7-10
- Alatorre Wynter, E. Violencia familiar y salud. Rev Enferm IMSS 2000 ene-abr; 8(1):51-55
- Berlinger, J S; Violencia doméstica: como puede marcar la diferencia. Nursing marzo 2002; 20(3):8-12
- Berlinger, J S; Respuestas a sus preguntas sobre violencia doméstica: ¿por qué no le deja usted ahora mismo? Nursing octubre 1998; 16(8):15-19
- Carmona, M; Martos, A. Factores que dificultan el diagnóstico de la violencia doméstica y atención social en el servicio de urgencias. Trab Soc y Salud marzo 2004; 47:111-118
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Sistema Nacional de Salud
- Costa-Pau, M. De tal palo, tal paliza. El País 12 de Enero de 2003; Pp.30
- De la Fuente Aparicio, D.; Salamanca Castro, A.B.; Sánchez Castro, S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?. Nure Investigación, nº15, Mayo 2005.
- Freire Diniz, Normélia M; Mendoça Lopes, Regina L; Dos Anjos Gesteira, Solange M; Belo Alves, Sandra L; Pereria
- García Más, MP. Patología familiar y violencia doméstica. Libro electrónico 2002.
http://sodidrogalcohol.psiquiatria.com/wms/psimgdb/archivo_doc46983788.pdf
- González Rosario, C .Malos tratos en la mujer. Protocolos Sanitarios. Rev de SVMFiC nº11; Pp8-18
- Iribar, A. Radiografía de la española maltratada. El País 9 de Abril 2000; Pp.30
- Muñoz Ruiz, Mª E; García López, Mª L; Madrid Marcos, J; Molina Mala, J; Reyes Yepes, J Mª. Los malos tratos en la mujer asignatura suspendida en enfermería. Enferm Cientif nov-dic 2000; 224-225:14-17
- Noguero Fernández, mCarmen; Solanas Muñoz, M Pilar. Pautas de Atención Primaria ante la violencia doméstica. Hygia Mayo-Agosto 2001; Año XIV(48):23-28
- Ruiz-Jarabo Quemada, C; Blanco Prieto, P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Díaz de Santos; 2004. 39-40.

AUTOR/ES:

María Honrubia Pérez; M^a Dolores Miguel López de Vergara; Andrea Pardo Fernández
E. de Enfermería de la Universidad de Barcelona. C/ Feixa Llarga s/n Pabellón de Gobierno (08907)
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).mhonrubia@ub.edu; revagora@ya.com: apardo@ub.edu

TÍTULO:

Título: Valores Sociales de los alumnos de Enfermería y Rendimiento Académico

TEXTO DEL TRABAJO:**1. Objetivos.**

Comparar las puntuaciones obtenidas en valores psicosociales en los Practicum Introdutorio y Hospitalario por los alumnos de Enfermería en el último curso de la Diplomatura, con las obtenidas a principio de la carrera en el Cuestionario de Valores Psicosociales (CVPE) elaborado por las investigadoras.

Comprobar si las puntuaciones académicas obtenidas en los Practicum reflejan un mayor grado de integración de los valores éticos, relaciones interpersonales y comunicación como valores inherentes a la profesión.

2. Método

La metodología utilizada en este estudio ha consistido en la realización de un trabajo de campo analizando los expedientes de 121 alumnos de 3º Curso que habían contestado el Cuestionario CVPE (2001/2002) y que tenían realizadas las evaluaciones de los prácticum Introdutorio y Hospitalario. Una vez realizado el proceso de transformación y standarización de las puntuaciones correspondientes a las obtenidas en los dos Prácticums y en el CVPE se procede al análisis estadístico (SPSS 11.0) relacionando Dimensiones del CVPE con factores nucleares y complementarios del Practicum Introdutorio y las Competencias del Practicum Hospitalario

Resultados.

Las puntuaciones obtenidas en el CVPE se han contrastado estadísticamente con las puntuaciones recogidas en los Prácticums Introdutorio y Hospitalario una vez estandarizadas, detectándose distancias en los porcentajes de integración en algunos factores.

El factor Ética del Cuidar presenta una correlación significativa con el Practicum Introdutorio ($r.278^{**}$). Al comienzo del Curso 2001/2002 los alumnos presentaban un grado de integración del 83% y en la aplicación de estos valores en el Practicum Introdutorio (2004/2005) se observa un 77,6%, que aumenta considerablemente en el Practicum Hospitalario 89%. Los factores Comunicación y Rel. Interpersonales correlacionan significativamente ($r.278^{**}$ y $r.244^{**}$)

Discusión

La aplicación estadística de valores que conforman un marco de creencias y actitudes multidimensionales como son Ética del Cuidar, Relaciones Interpersonales y Comunicación resulta compleja cuando se objetiviza en acciones, para su evaluación a través de un cuestionario (CVPE). Sin embargo, una vez conseguida la fiabilidad y validez precisa de este instrumento, aplicarlo como criterio de rendimiento académico, en base a las acciones directas del alumno en la asignatura del Practicum, ha sido una labor arriesgada por novedosa que ha requerido una disposición reflexiva y lo más objetiva de las posibles subjetividades que generalmente subyacen en las autoevaluaciones y en las evaluaciones de expertos.

Creemos haber conseguido en gran parte los objetivos propuestos, observando que la Comunicación y Relaciones Interpersonales son factores que han seguido un desarrollo muy positivo a lo largo del currículum del alumno demostrado empíricamente en escenarios propios de la profesión.

El 83% de grado de integración de Ética del Cuidar al comienzo de los estudios nos hace suponer que representa un índice predictivo favorable para el desarrollo de su futura profesión. La puesta en práctica de esta creencia desciende de grado en el Practicum Introdutorio (77,6%), situación que consideramos explicativa por la media de edad, al alcanzar en el Practicum Hospitalario una evaluación superior (89,3%). Esta trayectoria favorable se cumple en el Practicum Introdutorio con un (83,5%) y el Practicum Hospitalario (90,05%).

La experiencia de realizar este trabajo nos aproxima a la consolidación rigurosa del CVPE y a su aplicación en el marco de Enfermería y nos induce a seguir trabajando en esta perspectiva.

BIBLIOGRAFÍA:

- ABRAHAM, Ch.; SHANLEY, E. Social Psychology for Nurses. Understanding Interactions in Health Care. London: Edward Arnold, Division of Hodder Stoughton, 1992.
- AGUILAR HERNÁNDEZ, R.M. Actitudes y valores profesionales en enfermería: Análisis del proceso formativo. Rev: Desarrollo Científico en Enfermería. 11(8): 230-234. 2003
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Code of Ethics registered nurses. Edit. Nursing Ethics, 1998, pág. 65-74.
- CIBANAL J, L.; SILES GONZÁLEZ, J. El mundo de los valores en el cuidado enfermero. Rev: Enfermería Científica. (1998) 194-195: 20-24
- DÍAZ BENAVENTE, M.; MARTÍN LEAL, C.; MAYA RINCÓN, B. Y JIMÉNEZ AGUADO, J.M. Sistemas de valores y concepción cultural de los supervisores de hospitales sobre la investigación de enfermería. Rev: Index de Enfermería, (2002) Año XI(39): 20-23. .
- DURÁN ESCRIBANO, M.;MOMPART GARCÍA, MP. Gestión ética y valores del cuidado. En: Mompart García, MP (coord.). La enfermería viva. Actualizaciones Colección Enfermería S21 año 2004. Madrid: DAE.
- FALCÓ, A. Construcción y validación de la escala para la evaluación de los valores profesionales de Enfermería (EVPE). Comunicación presentada en el V Encuentro de Investigación de Enfermería. Madrid, 21, 22 i 23 de noviembre, 2001.
- GORDON, L. V. Cuestionario de valores interpersonales. 3a ed. Adaptació espanyola: FORTEZA, J. A. i col. Madrid: TEA, SA, 1991.
- NOVEL, G.; LLUCH, T.; MIGUEL, M. D. Enfermería Psicosocial II. Barcelona: Massón, 2000.
- PÉREZ MORALES, A. Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. Rev: Enfermería Clínica. (2002) V: 12-N: 3, pgs: 109-116
- RODRÍGUEZ, C.V. et al. La escala de valores de Maslow en estudiantes de enfermería. Rev: Cuadernos de Biottica. (1996) V: VII-N:25, pgs: 80-84.
- ROKEACH, M. Understanding Human Values: Individual and Society. Nova York: Free Press, 1979.

AUTOR/ES:

Aurora Quero Rufián, Rafael Briones Gómez, Encarnación Cueto Rejón, Pilar Gálvez Mateos, Yolanda Mejías Martín, M^a Ángeles Prieto Rodríguez

TÍTULO:

La mujer cuidadora: el sentido de cuidar en el hospital

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Las historias de vida permiten conocer la percepción y las emociones de las personas ante sus experiencias vitales, es decir el por qué y el cómo de las actividades que realizan. Esta comunicación es parte de la historia de Dolores. Durante seis meses, su presencia en el hospital fue permanente y constante al lado de su marido. Representa en gran medida el paradigma de mujer cuidadora. Al verla y oírle se vislumbra el sentido profundo del cuidado como hecho humano. De ahí su importancia como personaje de los cuidados.

Metodología: Entrevista en profundidad de 63' de duración. Se ha realizado un análisis de contenido y de discurso de la entrevista con la ayuda del programa Atlas-ti. El proceso de análisis ha sido alternativamente de tipo axial o abierto.

Resultados: Las categorías de análisis más significativas han sido:

- **Actividad cuidadora:** Integral, abarca desde los cuidados básicos hasta la aplicación de técnicas profesionales: "Ya le he dado siempre yo la manzanilla y las pastillas y lo que ha habido que darle, es muy sencillito, que eso no tenía que hacer yo carrera ni nada"
- **Aceptación del rol:** El cuidado es un valor natural, y en cuanto tal se percibe una obligación natural de cuidar y un derecho natural a ser cuidado: "Cuando mi hermano era mía la responsabilidad porque yo sabía, soy la que mayor iba a poder, porque era mi hermano, porque lo quería, pues me sentía pues en mi deber de cuidarlo lo mejor que pudiera... Cuando mi hermana exactamente igual, que dices: si tú te vas con una persona, es porque tú lo que quieres es cuidarla, pues ahora con mi marido igual".
- **Experiencia cuidadora:** La experiencia cuidadora ha sido una constante a lo largo de su vida: "Luego se puso una tía mía mala, no tenía familia, era soltera, ¿Pues quién se tenía que venir? Pues yo".
- **Relación:** Su integración en el espacio hospitalario y la relación con los profesionales es especialmente significativa: "Yo qué sé, pues que me ha cogido el hospital como algo mío".
- **Repercusión:** Tristeza, resignación y una enorme fuerza moral y entereza, un sorprendente control personal: " ¿Yo? Muy triste, muy triste, aunque usted me vea con ganas de reír, no tengo ganas; yo me liaría ahora a llorar a gritos, sin esforzarme".
- **Motivación:** Es el cuidado del otro, por el mero hecho de ser humano. Se asume y se acepta, y frecuentemente se sublima mediante el designio y la voluntad divina. "Eso es muy bueno, hacer bien por otra persona... Tengo una conformidad, que yo lo acepto. Digo: Señor si es tu voluntad...yo siempre he dicho que se haga tu voluntad".

En el análisis del discurso se aprecian dos ejes transversales básicos: la aceptación de su papel de mujer-cuidadora y un profundo sentido religioso.

Conclusiones:

Dolores representa un modelo en las relaciones entre cuidadores familiares- cuidadores profesionales.

La actividad cuidadora que realiza supera ampliamente el concepto del cuidador como recurso y da cuidados esenciales e integrales a su marido.

La aceptación del rol y el sentido religioso dan sentido y fuerza a su permanencia dentro del hospital.

Potenciar la actividad de las cuidadoras familiares es una competencia enfermera. Ello redundará en la mejora y humanización de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cuesta Benjumea , C.: "Familia y salud". Rev. Rol de Enfermería, 1995,nº 203-204: 21-24.
- Francisco del Rey, C. y Mazarrosa Alvear, L.: "Cuidados informales". Rev. Rol de Enfermería, 1995, nº 202: 61-65.
- Jovell,A.J.: "El silencio de los pacientes".Rev. Rol de Enfermería, 1999, nº 22(7-8):507-510.
- Prats, M.y Pueyo, M.J.: "Las familias como eje central de la organización". Rev. Rol de Enfermería, 2003, 26(2): 154-158.
- Quero, A.: Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. Enfermería Clínica, 2003; 13(6): 348-356.
- Quero,A. Briones,R. Prieto,MªA. Pascual,N. Navarro,A. y Guerrero,C.:" Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. ". Index de Enferm (Gran) 2005; 48-49:14-17.
- Quero A., Prieto Mª A., Briones R., Navarro A.: La metodología cualitativa como estrategia de mejora de la atención a los cuidadores familiares en el hospital. En: Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Madrid del 22 al 25 de junio de 2005: 35-37.
- Segovia Gómez, T. y Pérez López, Mª. E.: "Rol del cuidador principal en el cuidado del paciente hospitalizado".Metas de Enfermería. 2001, 38: 16-22.
- Serna, C. Millas, R. Gómez, Mª J. Bastardo, M. Arnal, N. y Palacios, G.: "La intercomunicación entre el personal de enfermería y los cuidadores de pacientes ingresados".Metas de Enfermería.2002.40: 25-36.
- Silberstein Goldenber, D.: "La familia, un paciente olvidado". Rev.Rol de Enfermería,1997,nº 223: 25-39.
- Torralba i Roselló, F : "El arte de cuidar". Institut Borja de Bioética. Octubre ,1998.

AUTOR/ES:

M^a Jose Lopez Montesinos. Florentina Pina Roche. Profesoras Titulares. Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

TÍTULO:

Actividades educativas en Enfermería para su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior.

TEXTO DEL TRABAJO:

Actividades educativas en Enfermería paEl EEES, nos indica que las enseñanzas universitarias en España están orientadas a proporcionar al alumno una formación en la que se integren conocimientos generales básicos con conocimientos transversales relacionados con la formación integral de la persona OBJETIVOS Obtener información acerca de la viabilidad de la propuesta educativa y tomar decisiones que favorezcan los cambios positivos de la innovación elnciar el desarrollo de competencias en Enfermería con vistas a la incorporación del nuevo sistema de créditos europeos ECTS. (European Credit Transfer System).METODOLOGÍA: Se realiza, como primera fase, un estudio descriptivo y cualitativo con dimensión retrospectiva y transversal en un proceso de enseñanza-aprendizaje de nueva implantación en nuestro centro, orientado y estructurado según las directrices de innovación educativa del EEES, durante el curso 2005/06 como una "Acción Especial" en las materias de Enfermería Materno Infantil I, Enfermería Materno Infantil II, Administración de los Servicios de Enfermería y Farmacología Clínica, ubicadas en tercer curso de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Murcia, La muestra poblacional es de 250 alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Enfermería. Se ha efectuado una evaluación retrospectiva de la estructura, proceso y resultados de la actividad de innovación educativa, como evaluación final de la evaluación continuada y concurrentecentrada en las dimensiones científico-técnica (relacionada con la competencia, conocimiento, habilidad, destreza, etc. del docente para aplicar la innovación), de accesibilidad para el desarrollo del proyecto (relacionado con los recursos, infraestructura, tecnología, organización, actitud y aptitud del discente, etc.) y la dimensión de satisfacción de los implicados (alumnos y docentes) Se han seleccionado cinco competencias ANECA (2004), formando parte una de ellas de las transversales y el resto de las específicas. RESULTADOS: Como puntos fuertes: Aplicación de las nuevas tecnologías en el desarrollo de las enseñanzas. La coordinación que se ha podido llevar a cabo entre las materias implicadas. Los objetivos comunes, entre asignaturas, formulados y alcanzados en su mayoría. Potenciación de la participación del alumno en las actividades programadas del proceso enseñanza-aprendizaje. Aumento de la comunicación entre el docente y el alumno. Como puntos débiles: Necesidad de más implicación de los profesores, desconocimiento de las competencias por parte del profesorado clínico y tutores de centros sanitarios, la obligada incorporación del alumno a la clínica sin recibir los necesarios y previos conocimientos teóricos. Esto ha supuesto, a nuestro juicio, un riesgo considerable en el desarrollo de sus actividades. y la falta de recursos humanos ante el aumento de carga docente. Los resultados obtenidos de las medias correspondientes a la valoración de competencias son los siguientes: respecto a la materia de Administración de los Servicios de Enfermería, C1=3.290; C2=2.952; C3=3.151; C4=3.178; C5=3.234 y en Enfermería Materno Infantil C1=3.155; C2=2.854; C3=2.981; C4=3.178; C5=3.247. Según el criterio de los alumnos el cumplimiento de dichas competencias obtiene las siguientes medias: C1=3.357; C2=3.009; C3=3.243; C4=3.356; C5=3.247. INTERPRETACIÓN: Respecto a la metodología potencia la participación y satisfacción en la forma de recibir la enseñanza, aumenta la comunicación entre el docente y discente. Los contenidos, incrementan el hilo conductor de las materias de Enfermería y son muy gratificantes para el alumno cuando conectan con la realidad asistencial, la temporalización demuestra que es comprimido por falta de tiempo para ingerir conocimientos, los recursos por el número de plazas ofertadas son insuficientes y las aulas facilitan la conferencia, no el trabajo en grupo. Por otra parte, los profesores nos consideramos satisfechos con este nuevo rol aunque nos cuesta desligarnos del rol tradicional y con estos enfoques diferentes aumentamos nuestra carga docente.Estos planteamientos nos formulan la necesidad para el próximo curso académico una planificación que incluya la generalización de la experiencia de este año.

BIBLIOGRAFÍA:

- *ANECA. Libro Blanco. Título de grado en Enfermería. 2004.
- *Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ªed. Barcelona. Masson. 2003.
- *Almansa, P. Metodología de los cuidados enfermeros. Murcia. Diego Marín. . 2002
- *Carpenito, L.J.. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª ed. Madrid. Interamericana McGraw-Hill. 1995.
- *Gimeno Sacristán, J y Perez Gomez, A. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid. Akal. 1989.
- *Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid. Mosby. 2003.
- *Johnson, M. et. al. (2002). Diagnósticos enfermeros, resultados, e intervenciones de enfermería (Interrelaciones NANDA, NOC, NIC). Madrid. Harcourt.
- *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ed. Barcelona. Masson. 2004.
- *Luis, M.T. NANDA.Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid. Elsevier.2006
- *Perez Serrano, G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II Técnicas y Análisis de datos. Madrid. La Muralla. 1994.
- *Stufflebeam, D y Shinkfield, A. Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Barcelona. Paidós. 1993.

AUTOR/ES:

Souza JN, Chaves EC, Caramelli P

TÍTULO:

Coping en ancianos con la enfermedad de Alzheimer

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: La elaboración de estrategias de ataque a las situaciones estresantes depende de la evaluación cognitiva hecha por el individuo. Considerando el déficit cognitivo de los ancianos con la enfermedad de Alzheimer (DA), este estudio tuvo por objetivo verificar el estilo de coping predominantemente utilizado por ellos. Método: Fue aplicado el inventario de Coping de Jalowiec en 60 ancianos, de los cuales 30 individuos eran cognitivamente saludables (grupo control) y 30 individuos con DA. Resultados: Se observó un predominio del coping enfocado en la emoción en el grupo DA y enfocado en el problema en el grupo control, sin embargo no hubo una diferencia significativa. Discusión: Así, parece haber una tendencia, en los ancianos con demencia, a elegir estrategias evasivas y de control emocional, en perjuicio de la tentativa de solucionar el problema o minimizar sus consecuencias. Este dato puede contribuir para elaboración de estrategias de adaptación, a el evento estresante, compatible con la situación cognitiva de el paciente, ayudando a minimizar el estrés.

Palabras-claves: cognición, ancianos, demencia senil, enfermería en neurociencia, coping.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11:213-8.
2. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.
3. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34(7):939-44.
4. Jalowiec A. *Jalowiec Coping Scale (revised)*. Unpublished manuscript. University of Illinois, Chicago, 1987.
5. Galdino JMS. *Ansiedade, depressão e coping em idosos*. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2000
6. Zeidner M, Endler NS apud Folkman S, Moskowitz JT. In: *Coping: Pitfalls and promise*. *Annu. Rev. Psychol.* 2004. 55:745-74.
7. Chaves EC et al. Anxiety effects on blood pressure of women with hypertension. *Rev Lat Am Enfermagem Ribeirão Preto*. 12(2):162-7.
8. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *J Personal Soc Psychol.* 1998. 74(4):1078-92.
9. Souza JN. *Estresse e coping em idosos com Doença de Alzheimer*. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2005.

AUTOR/ES:

Juana Robledo Martín

TÍTULO:

Reflexiones metodológicas sobre la investigación cualitativa en salud

TEXTO DEL TRABAJO:

La investigación cualitativa se caracteriza por la interacción existente a lo largo de todo el proceso entre el investigador y los sujetos de investigación, el objetivo de esta presentación es partiendo del trabajo de investigación realizado sobre mujeres y cuidados a lo largo del siglo XX exponer las reflexiones metodológicas que estuvieron presentes en el transcurso de la investigación y que podemos aglutinar en los siguientes apartados:

Rol del investigador

La visión del objeto de estudio

La etnografía en casa

Partía de la idea que mi rol tenía que ser lo más pasivo posible , es decir pensaba que me tenía que situar aislada de ese contexto, intentando ser algo neutro que no influyese en la investigación y ese aislamiento fuese el que me permitiese interpretar la realidad.

Mi formación antropológica me había hecho considerar como mis planteamientos teóricos me influían en la manera en que yo veía la realidad , (algo que había desestimado en las investigaciones cuantitativas realizadas anteriormente), sin embargo seguía teniendo una tendencia a ver la realidad como un ente externa y objetivable y por lo tanto el investigador como un "ser neutro" para conseguir la máxima objetividad y rigor científico .

Considerando la falacia de ese planteamiento me di cuenta de la necesidad de cambiarle, en primer lugar la objetividad como tal no existe siempre existe un componente de subjetividad inherente a cualquier investigación marcado por las lentes teóricas con que ves esa realidad, esa subjetividad está también determinada en función de hacia donde dirijas tu mirada, por otro lado la realidad no es un ente fija y estable sino que es construida por los propios sujetos y a ese proceso de construcción de los propios sujetos era al que me interesaba acercarme.

Me di cuenta además que el rol no lo fija de antemano el investigador sino que es en él que te sitúan los actores sociales, que además no es algo fijo y estable sino que varía en el tiempo y en el espacio, negociándose lo cual tiene unos efectos, de algo que ahora me parece tan simple me di cuenta gracias a las mujeres, ellas me preguntaban también sobre mi vida, me interpelaban sobre determinados aspectos y me referían experiencias previas que habíamos vivido juntas.

Una reflexión que estuvo presente, sobre todo al inicio de la investigación, fue la legitimidad científica de la etnografía en casa . Como investigadora yo me ubicaba en una posición etic pero también había visto la realidad desde la posición emic, ante determinadas cuestiones que las mujeres me planteaban no podía dejar de pensar que eso también me había pasado a mi, no me podía por tanto situar como un ente externo que mira con sus gafas la realidad, yo también formaba parte de esa realidad de ahí que me cuestionase si era posible estudiar algo tan próximo. La lectura de Greenwood (1996) y el transcurso de la investigación me han hecho considerar que si bien esa tensión inherente a la investigación entre el distanciamiento y el acercamiento me ocasionaba una gran dificultad, sin embargo también enriquecía tremendamente la investigación haber vivido desde dentro el proceso ya que me permitía tanto una mayor simbiosis con las mujeres como un mayor conocimiento de las condiciones estructurales que influían en la vida de esas mujeres. En una investigación, además, el investigador nunca está fuera.

BIBLIOGRAFÍA:

Greenwood, D. "Estudiarnos a nosotros mismos: un problema falso y una ideología coercitiva", en Aguilas, E. (coord.), De la construcción de la historia a la práctica de la antropología en España. Zaragoza. VII Congreso de Antropología Social. 1996.

García Jorba J.M. "Diarios de campo", Cuadernos Metodológicos nº 31. Madrid: CIS, 2000

Guasch O. Observación participante. Madrid: CIS; 1997.

AUTOR/ES:

Guadalupe López López; Ángel Martín García; María Rodríguez Cuetos; José Antonio Tena Martínez.

TÍTULO:

Evaluación de un Programa de Entrenamiento en Técnicas de Relajación para trabajadores de un Centro de Salud Urbano.

TEXTO DEL TRABAJO:

El burnout hace referencia a una forma de estrés laboral específica de profesionales asistenciales, se desarrolla de forma progresiva y puede llegar a imposibilitar la realización de las actividades laborales, siendo factores significativos en el desarrollo de problemas de salud tanto a nivel físico como psicológico y están relacionados con la aparición de ansiedad, depresión y somatizaciones. Cabe resaltar que no depende de la existencia de situaciones que en sí mismas sean estresantes, sino más bien depende de la interpretación de las mismas.

Medidas individuales como las estrategias de afrontamiento, la auto-eficacia, el optimismo frente a los cambios y el pensar que se es capaz de controlar las demandas, previenen frente al burnout ya que fomentan los sentimientos de competencia profesional.

Medición del nivel de ansiedad pre-intervención mediante Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), medición del Burnout con Maslach Burnout Inventory (MBI) y cuestionario elaborado al efecto sobre variables sociodemográficas. Cuestionario abierto pre-intervención y post-intervención para conocer las expectativas y su consecución. Evaluación post-intervención mediante Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI).

Se conforman 3 grupos con un número de participantes entre 15 y 19. Se evalúa el desarrollo de cada sesión y el cumplimiento de los objetivos mediante una guía de observación. Se desarrollaron seis sesiones, cinco primeras sesiones diarias consecutivas y una sesión al mes para intercambiar experiencias y realizar la medición del nivel de ansiedad post-intervención.

El objetivo es conocer el nivel de ansiedad y de burnout de los miembros de un EAP y describir una experiencia de intervención grupal para adquirir habilidades para afrontar de manera eficaz situaciones estresantes cotidianas.

43 profesionales cumplimentaron de forma adecuada el cuestionario MBI y 41 cumplimentaron correctamente el cuestionario STAI pre-intervención. En parámetros de medición del Burnout el 83,7% refirió alto grado de cansancio emocional, el 95,3% bajo grado de realización personal y el 74,4% alto grado de despersonalización. En parámetros de medición del STAI se observa una disminución tras la intervención estadísticamente no significativa.

Las situaciones personales y la estimulación son elementos importantes que deben tenerse presentes al analizar el comportamiento o rendimiento laboral de un trabajador. Aunque es difícil atribuir cambios mediante la intervención "per se", lo que requiere un estudio con un nivel de complejidad mucho mayor, es preciso destacar la importancia que reviste esta actividad para la práctica clínica diaria. No basta con tener una alta cualificación cuando en ocasiones esto se convierte en vehículo para estar siempre sobrecargado de trabajo y por consiguiente con una serie de tareas y actividades que lejos de contribuir al bienestar, provocan malestar e inconformidad. El conocer las técnicas adecuadas para la relajación y el control de las situaciones de ansiedad son en realidad métodos muy efectivos para combatir estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

Fraga I. "Desmotivación y Enfermería. Diagnóstico del problema". *Metas de Enfermería* sep 2001; 4(7): 38-41

Kalliath, T; Gillespe, D; Bluedorn, A "A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals" *Work & Stress*,2000, Vol. 14, No. 1, 35-50

Marine, A; Serra, C. "Effectiveness of occupational stress management programmes" (Protocol for a Cochrane Review) En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Maslach, C. "Job Burnout: New directions in Research and Intervention" *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 12, No 5, Oct 2003, 189-192

Molina Siguero, A; García Pérez, M.A.; Alonso González, M; Cecilia Cermeño, P. "Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid" *Aten. Primaria* 2003; 31(9):564-74

Muñoz MJ et al. "Inmunidad de Enfermería a los efectos del Burnout" *Metas de Enfermería* dic 2002/ene 2003; 5(10): 06-09

Olofsson, B; Bengtsson, C; Brink, E "Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace" *Journal of Nursing Management*, 2003, 11, 351-358.

Recio Calzada, J.; Reig Ferrer, A. "Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva?" *SEMERGEN* 2003;29(9)459-67

Schaufeli, W; Greenglass, E "Introduction to special issue in Burnout and health" *Psychology and Health*, 2001, Vol. 16, pp. 501-510

AUTOR/ES:

SONIA AURORA ALVES GROSSI, FERNANDA SILVA FUSCALDI

TÍTULO:

LOCUS DE CONTROL EN SALUD Y AUTO-ESTIMA EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

TEXTO DEL TRABAJO:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que presenta crecientes tasas de prevalencia e incidencia em el Brasil y em el mundo, tornándose una situación grave de salud pública (MS, 2001). Se caracteriza por uma hiperglicemia crónica debido a la producción disminuída o ausente de la secreción de insulina por el páncreas y/o de la resistencia periférica a la acción de la insulina (ADA, 2004). Se manifiesta por elevación de las tasas de glicosa en la sangre y a lo largo de la vida, por complicaciones vasculares y neurológicas (SBD, 2002). La forma como un portador de diabetes mellitus del tipo 2 enfrenta su enfermedad, la forma de reaccionar al diagnóstico, a las propuestas de cambios del estilo de vida y tratamiento para la mantención de los niveles glicémicos adecuados, es influenciada por la auto-estima y el locus de control de la salud. La auto-estima del paciente puede tornarse un instrumento para el equipo en lo que se refiere a la educación para la diabetes, ya que la mayor parte del tiempo, el tratamiento es realizado por el propio paciente, o sea auto-terápico. Los objetivos de este estudio fueron evaluar y relacionar el locus de control y auto-estima com características socio-demográficas, clínicas y complicaciones crónicas em 65 pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Este trabajo fue realizado em la Consulta Externa de la Liga de Control de Diabetes de la Disciplina de Endocrinología del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil em el período de abril a agosto de 2005. En relación a los aspectos éticos todos los participantes concordaron y firmaron su consentimiento. Las informaciones fueron obtenidas a partir de tres instrumentos, un cuestionario socio-económico y dos escalas: auto-estima (Dela Coleta, 1996) y locus de control de la salud (Dela Coleta, 1996) que contienen tres dimensiones internalidad, externalidad acaso para salud y externalidad otros poderosos. Los análisis comparativos fueron realizados por un Bioestadístico. Em la muestra estudiada hubo prevalencia del sexo femenino (63%), casados (61,5%), estudio primario básico incompleto (55,4%), actividad profesional (66,2%), renta familiar de 0 a 3 sueldos mínimos (44,6%), más de 11 años de diagnóstico (63,1%), uso de medicación oral e insulina (50,7%). La media del último resultado de HbAc1 fue de 8,4%, hipertensión arterial sistémica (75,4%), dislipidemia (60%) y complicaciones crónicas de la enfermedad 52,3%). Las mujeres demostraron más externalidad "acaso para salud". La "internalidad" aumenta en los individuos cuando es mayor el tiempo de diagnóstico de la diabetes. Los resultados de HbAc1 fueron inversamente proporcionales al aumento de individuos "externos acaso". Las personas que practican actividad física son más internas y externas "otros poderosos". Las que no practican son más externas "acaso para salud". No fueron encontrados asociaciones significativas em relación al tipo de tratamiento que los portadores de DM han utilizando y su percepción sobre el control de la salud. Sin embargo, es posible observar que los pacientes que utilizan asociación de medicación oral e inyectable presentaron scores elevados para internalidad y acaso. La mayoría de los pacientes (70,8%) presentaron alta auto-estima, o sea, "boa capacidad para enfrentar los desafíos de la vida", aunque esa característica no se relacionó estadísticamente con las otras variables. Se puede concluir que el locus de control de la salud puede tornarse un instrumento para orientar las acciones en salud para los portadores de diabetes mellitus. Los hallazgos encontrados son parecidos con los de la literatura (Lowery y Ducette 1976; Cross 2005; Costa 2004; Peres 1989), aunque haya escasez sobre el tema discutido. Esto refuerza nuestro empeño en buscar estrategias que puedan aumentar el entendimiento de los profesionales de salud, acerca del manejo de las enfermedades crónicas, principalmente la diabetes. Se concluye que existen diferencias em relación a la práctica de actividades físicas, resultados de examen de hemoglobina glicada y la diferencia entre género en el locus de control de la salud y auto-estima. Esa pluralidad de percepciones referente al manejo de su enfermedad puede orientar las acciones de educación para el auto-cuidado de los pacientes (Zanetti, 1990).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.ADA American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 27:5-10,2004.
- 2.Costa AA, Neto JSA. Manual de Diabetes. São Paulo. Editora Sarvier, 4ª edição, 2004.
- 3.Cross MJ, March LM, Lapsley HM, Byrne E, Brooks PM. Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. Rheumatology (Oxford). 2005 Nov 15
- 4.DeLa JA, DeLa MF . Escala para Locus de Controle em Saúde. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais, 1996. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
5. Lowery BJ, DuCette JP. Disease-related learning and disease control in diabetics as a function of locus of control. Nurs Res. 1976 Sep-Oct;25(5):358-62
- 6.MS/Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev. Saúde Pública,35(5), São Paulo,2001.
- 7.Peres EM. Aderência ao tratamenbto dialítico e dietético em pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Tese de Mestrado, Universidade Ferderal de Santa Catarina, 1989.
- 8.SBD. Diagnóstico, classificação e tratamento do diabetes Mellitus, 2002. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. Acessado em 15/11/2005.
- 9.Zanetti ML. Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética.Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 1990.

AUTOR/ES:

PILAR BERNALTE GARCIA, M^a LLANOS CARDO SIMON, ROSARIO BERNABE MOLINA, M^a JOSE GONZALEZ SANCHEZ, NOEMI MARTINEZ OLMEDO

TÍTULO:

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA LACTANCIA MATERNA EN R.N. MENOR DE 1500 GR. EN EL AÑO 2003.

TEXTO DEL TRABAJO:

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, sobre la incidencia de la L.M. de todos los niños nacidos con peso inferior a 1500 gr. en el 2003.1. OBJETIVOS: -Objetivo principal: Conocer la incidencia de la lactancia materna durante el ingreso y al alta de los RN de peso inferior a 1500 gramos ingresados en nuestra unidad en el año 2003.-Objetivos secundarios: -Unificar criterios en la educación sanitaria y optimizar recursos materiales y humanos. - Aumentar la incidencia de la LM al alta y su continuidad. 2. MATERIAL Y METODO: Muestra estudiada: 37 RN en 2003 de menos de 1500 gr. (se han excluido los traslados y los éxitus) Método: Variables Independientes: Se han estudiado las más relacionadas con la introducción y el abandono de la lactancia materna. No se han considerado variables obstétricas. Variables Dependientes: Presencia de lactancia materna durante el ingreso y al alta, y días de ingreso.3. RESULTADOS:- De los 37 niños nacidos en 2003, recibieron lactancia materna 19, lo que supone una incidencia del 51.3%.- Consiguiendo lactancia materna exclusiva al alta 13 niños, con una incidencia del 35.1%.- Durante 2003 el porcentaje de madres que no llegaron a dar nunca lactancia materna fue de un 48.7%.- Los resultados obtenidos (51,3% durante el ingreso y 35,1% al alta) muestran la gran importancia de una educación sanitaria adecuada y el apoyo multidisciplinar a las madres dentro y fuera del medio hospitalario, favoreciendo así mismo el mayor contacto con el recién nacido, al permitir la estancia 24 horas al día en nuestra residencia de madres.4. DISCUSIÓN:-Ninguna de las variables estudiadas influyeron en la instauración de la L.M., así como tampoco tuvo relación con la duración del tiempo de ingreso.-El estudio de las variables independientes estudiadas no demostró relación ninguna frente al abandono de la lactancia materna durante el ingreso.-La ubicación de la residencia familiar no fue obstáculo para la iniciación y continuación de la L.M.-La no utilización de la lactancia materna en RN de menos de 1500 gr. es independiente de las características y patologías de niño.-El aumento en el número de nacidos de menos de 1500 gr. en nuestro hospital se debe fundamentalmente a la creación de la FIV y al aumento del número de inmigrantes.-Podemos considerar el resultado de este trabajo, un logro importante y una satisfacción para todo el personal implicado en la atención y cuidado de nuestros niños y sus madres.

BIBLIOGRAFÍA:

- AGUILAR CORDERO M.J. Y COL. Técnicas de aprendizaje para las madres lactantes. Lactancia materna. Granada, 2000.
- CLAIRE, C. Educación sanitaria sobre la alimentación en la lactancia materna. Tratado de Enfermería, diagnósticos y métodos. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.
- MORAN REY, J. Promoción de la lactancia materna en España. An. Esp. Ped. 36. 1992.
- MORAN REY, J. Lactancia materna en España. Situación actual. An. Esp. Ped. 1992 Enero.
- TEMBOURY MOLINA, M.C. Y COL. Importancia de las rutinas de la maternidad en el éxito de la lactancia materna. Anales Españoles de Pediatría, 1992.

AUTOR/ES:MIRET GARCÍA , M^a TERESA; BERNALTE BENAZET, ALVARO**TÍTULO:**

SOBRE LA OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN ENFERMERO – ENFERMO Y/O CUIDADOR

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivo. Dentro del estudio que estamos llevando a cabo con los Enfermeros de Enlace del Distrito de APS Campo de Gibraltar, nos preocupaba a los dos Antropólogos de la Medicina, que formamos parte del Equipo, una cuestión ¿Cómo se realiza la interacción enfermero – enfermo y/o cuidador? .2.- Métodos. Nuestra posición en la investigación ha sido cualitativa, epistemológicamente hemos bebido del interaccionismo simbólico sobre todo goffniano y de la etnometodología, y a nivel metodológico nos hemos decantado por una etnografía. Las técnicas han sido la observación participante y las entrevistas informales (conversaciones). Los parámetros estudiados han sido: quien facilitaba el acceso, el medio, el escenario, el saludo, el diálogo, espacio personal, la contaminación, fachada (apariciencia, modales), la despedida, y el tiempo promedio en las visitas. 3.- Resultados. QUIEN FACILITABA EL ACCESO. Era un pariente en la mayoría de los casos, así en el sesenta y ocho por ciento era el cónyuge, en un once las hijas o nueras y en un siete por ciento otros parientes; estas personas que nos atendían al llegar eran en el ochenta y dos por ciento de los casos los cuidadores habituales. MEDIO (setting). Las viviendas generalmente estaban bien cuidadas (ochenta por ciento), pero en cuanto a orden y limpieza la cuestión bajaba ostensiblemente (sesenta y cuatro y sesenta y ocho por ciento respectivamente); las dimensiones de la puerta en el ochenta y seis por ciento de los casos permitían el paso de una silla de ruedas; pero solo el treinta y dos por ciento tenía ascensor y un catorce rampas de acceso. ESCENARIO. La ubicación de enfermo variaba, en unos casos era el salón, en otros casos la habitación o una salita, nos interesaba conocer la distancia a la puerta y calculamos que en el cuarenta y tres por ciento de los casos estaba cerca, y en un treinta y nueve se situaba a la mitad de la distancia máxima existente en la casa hasta la puerta; los pasillos en casi un setenta por ciento era ancho (podían cruzarse dos personas sin chocarse). Por su importancia observamos la distancia al cuarto de baño desde donde hacía “vida” el enfermo, y casi el setenta por ciento de los casos estaba cerca. En cuanto a la habitación del enfermo, nos dimos cuenta que existían habitaciones propias, y de tránsito, en las primeras que solo eran una tercera parte existían los recuerdos cuadros en el treinta y nueve por ciento y fotografías en el treinta y dos; en las segundas llamadas por nosotros de paso o de tránsito, nada recordaba su vida, unas estaban habilitadas provisionalmente, otras eran el resultado de haber desplazado a algún nieto,... en definitiva su presencia allí llamaba la atención. Las habitaciones donde habían situado a los dependientes, las analizábamos en cuanto a: la luz natural, así soleadas habían un sesenta y uno por ciento de ellas; si eran alegres (decoración, muebles,...), encontramos que solo el cincuenta y siete respondían a esta categoría y si tenían una buena ventilación, lo cual encontramos en un sesenta y uno. Nos pareció llamativo que sabiendo que iba el Enfermero de enlace solo en algo más de la mitad de los casos la habitación estuviera ordenada y limpia. Sobre la cama se veía en más del sesenta por ciento de los casos limpia y bien hecha. SALUDO. En cuanto a este existía una cierta deferencia hacia el profesional en más del sesenta por ciento de los casos y en la misma proporción era este el que iniciaba dicho saludo; durante el intercambio verbal se distinguía una asimetría en las posiciones en más de la mitad de los casos y se desprendía una diferencia de estatus en la misma proporción. DIÁLOGO. Los dos etnógrafos coinciden en que en todos los encuentros observados se establece un diálogo con el enfermo (dependiendo de sus condiciones) , con el cuidador o con ambos (en algún caso se agregaba alguien más de la familia), en esta interacción comunicativa se impone en la mayoría de las ocasiones el discurso de los profesionales (ochenta y dos por ciento); en las tres cuartas partes de las entrevistas, el profesional acaparó el tiempo de la interacción, no se produjeron “tiempos muertos” que obligan a la utilización de los “recursos seguros” (once por ciento);

BIBLIOGRAFÍA:

y en cuanto al motivo de su visita el profesional casi siempre lo explicó (noventa y dos por ciento).
ESPACIO PERSONAL. No se mantiene el respeto al espacio personal solo en el veinticinco por ciento de los casos observados, las infracciones es decir cuando no se explica que se va a atravesar ese espacio por alguna razón, suponen un dieciocho por ciento tanto en los profesionales como en los usuarios.
CONTAMINACIÓN. Aspectos que denotaban al enfermo o al entorno como un foco de contaminación física solo se produjeron en el once por ciento de las valoraciones, en cuanto a la contaminación discursiva, era un poco más alta llegaba a rozar el treinta .
DESPEDIDA. La inicia siempre el enfermero de enlace, curiosamente cuando nos preguntamos de donde procede la deferencia, observamos que esta se reparte en tantos por ciento de la siguiente forma: del enfermero de enlace en el cuarenta y tres igual en el caso del cuidador, y un catorce en el caso del enfermo. Con carácter general el profesional da una explicación en el noventa y tres por ciento de los casos, esta explicación refiere: en un veintiuno por ciento a la valoración efectuada al enfermo; en el treinta y seis, sobre lo que se realizará a partir de la fecha; y en un catorce por ciento, se dan ambas explicaciones.
FACHADA. En el caso de los enfermeros de enlace en lo que se refiere a la apariencia, diremos que sus posiciones aunque pueden variar algo dependiendo de con quien interactúan, se desarrolla dejando claro el carácter profesional o técnico de la interacción, así su maletín, y el material que en él hay lo dejan claro, pero a la observación esa homogeneidad se rompe deslizándose en un continuum.
EL TIEMPO PROMEDIO que dedican los enfermeros de enlace a una valoración son 70,7 minutos, calculado por los etnógrafos.
4.- Discusión. Creemos que el debate sobre como interaccionan, permite a este profesional – con los ojos de un extraño- verse a si mismo, cuando el no tiene un respiro para analizar la cuestión.

AUTOR/ES:

Nascimento AB, Académico del año 3º de la graduación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Chaves EC, Profesor del Departamento de Enfermería Medico-Quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. .

TÍTULO:

Lo estudio de la frecuencia de depresión en un grupo de portadores de diabetes mellitus tipo 2

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Según el Ministerio da Salud Brasileño, cerca de 140 millones de personas en todo el mundo tienen Diabetes Mellitus (DM). Las estimativas actuales sugieren que esta proyección deba aumentar el número de pacientes diabéticos para 300 millones hasta 2025. En el Brasil, la predominancia de la DM en la población de 30 a 69 años de edad es de 7,6%, lo que representa cerca de 10 millones de personas, siendo 90% portadoras de DM tipo 2. Sin embargo, estudios epidemiológicos relativos al humor son escasos en el Brasil. Los datos disponibles están relacionados a enfermedades mentales, siendo que la mayoría se basan en las internaciones por causa de este mal. De esa forma los resultados están subestimados tanto en prevalencia como en la incidencia. Entre los disturbios de humor, la depresión parece tener relevancia en lo que se refiere a la prevalencia y a las consecuencias entre los portadores de DM tipo 2, una vez que su acción en el eje adenohipofisario-adrenal sugiere movilización de procesos químicos hiperglicemiantes y dificultadores de la acción insulínica. Por tanto la contribución de este estudio, en esta línea de raciocinio, es consolidar que la depresión y la DM tipo 2 pueden estar relacionadas. Se esa hipótesis fuese confirmada podrá abrir camino para otras pesquisas en esta dirección.

Objetivo: Verificar la frecuencia de depresión en un grupo de portadores de DM tipo 2.

Métodos: Los datos fueron colectados con la colaboración de portadores de la DM tipo 2, abordados en la Liga de Controle de Diabetes de la Disciplina de Endocrinología del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Hubo también la colaboración de individuos que no eran portadores de DM tipo 2 (grupo control), los mismos que fueron contactados aliatoriamente. Todos pasaron primeramente por criterios de inclusión y exclusión, visando asegurar la paridad entre los grupos. Los dos grupos, fueron orientados en relación a las cuestiones éticas (proceso aprobado bajo el nº 468/2005/CEP-EEUSP). Para ejecutar el estudio fueron utilizados tres instrumentos para colectar los datos relacionados con aspectos socio-demográficos, sobre la DM tipo 2 (entre otros datos relacionados al cortisol libre urinario). Para la evaluación de la depresión, fue utilizado el Inventario denominado Evaluación de Depresión de Beck.

Resultados: Para evaluar la frecuencia de depresión en el grupo de estudio fueron utilizados el Inventario para Evaluación de Depresión de Beck (indicador subjetivo) y el cortisol urinario libre (indicador objetivo). Para estas variables fue realizado el Coeficiente de Correlación de Spearman que apuntó la existencia de correlación significativa y positiva entre estas variables ($p=0,0005$). Además 15% de este grupo presentó síntomas depresivos y 42,5% de estos presentaron hipercortisolemia, siendo que la mediana de la variable cortisol libre urinario fue de 239,5 $\mu\text{g}/24$ horas. Al ser comparado con el grupo control, el mismo que fue obtenido por pariamiento, el grupo de estudio obtuvo valores estadísticamente significantes mayores en relación a los siguientes componentes de la depresión: tristeza ($p= 0,006$), pesimismo ($p= 0,017$), satisfacción ($p= 0,049$), castigo ($p= 0,012$), llanto ($p= 0,019$), irritabilidad ($p= 0,017$), indecisión ($p= 0,024$), inhibición para el trabajo ($p= 0,008$), disturbio del sueño ($p < 0,001$), fatiga ($p < 0,001$), pérdida del apetito ($p= 0,001$) y preocupación somática ($p= 0,002$). Incluso al comparar el score alcanzado con la aplicación del Inventario para Evaluación de Depresión de Beck, en los grupos, fue observado que hubo ausencia de síntomas depresivos en 100% de los individuos del grupo control, en cuanto que en el grupo de estudio fue observada la presencia de síntomas depresivos en 15% de los individuos de esta población.

Conclusión: A medida que aumenta el score alcanzado con la aplicación del Inventario para Evaluación de Depresión de Beck, se observa un aumento en los niveles de cortisol libre urinario y viceversa. La presencia de depresión es mayor en el grupo de estudio en relación al grupo control.

BIBLIOGRAFÍA:

- Azevedo AP, Papelbaum M, D'elia F. Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(3): 77-80.
- Caetano D, Caetano SC, Krämer MH. Psiconeuroimunoendocrinologia. *J Bras Psiq* 1999; 48(7): 307-14.
- Cameron BJ, Kronfol Z, Greden JF et al. Hypothalamic-pituitary-adrenocortical activity in patients with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1090-95.
- Costa AA, Almeida Neto JS. Manual de diabetes. São Paulo: Savier; 1998.
- Ettigi PG, Brown GM. Psychoneuroendocrinology of affective disorders: an overview. *Am J Psychiatry* 1977; 134(5): 493-501.
- Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da *Rev de Psiquiatr Clínica*. São Paulo: Lemos; 2000. cap.10, p.89-95.
- Graeff FG, Brandão ML, Tomaz C et al. Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo: Lemos; 1993. cap.IV, p.78-108.
- Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3) 189-201.
- Krall LP. Manual do diabetes de Joslin. São Paulo: Rocca; 1993.
- Lottenberg SA, Giannella-Neto D, Derendorf H et al. Effect of fat distribution on the pharmacokinetics of cortisol in obesity. *Intern J Clin Pharmac Therap* 1998; 36(9): 501-5.
- Moreira RO, Papelbaum M, appolinário JD et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47(1): 19-29.
- Ricco RC, Miyazaki MCOS, Silva RCMA et al. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 7(9): 156-60.
- Rodríguez JLV, Despaigne DN, Cepero OF. Estudios de intervención dirigidos a disminuir el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol* 2003; 14(3).
- Sanglard M, Tavares A. Neuropeptide Y e Psiquiatria. *J Bras Psiq* 1998; 47(9): 441-44.
- www.datasus.gov.br

AUTOR/ES:

Priscilla Brandão Bacci e Eliane Corrêa Chaves

TÍTULO:

Depresión en pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica

TEXTO DEL TRABAJO:

La depresión es la 4ª enfermedad de mayor importancia mundial y la insuficiencia renal crónica ha aumentado mucho en los últimos años, principalmente, en consecuencia de enfermedades comunes como la diabetes y la hipertensión. El estudio investigó la prevalencia de los síntomas de depresión en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC), para lo cual fueron colectados datos del grupo experimental (portador de IRC) y del grupo control (no portador de IRC) que fueron posteriormente comparados y analizados. Pesquisa cuantitativa, exploratoria, descriptiva, transversal y de correlación. Los datos fueron colectados en la Consulta Externa de la Nefrología de un hospital de nivel terciario de grande porte del interior del Estado de São Paulo, Brasil. La muestra de pacientes del grupo experimental fue constituida de 37 pacientes matriculados en la Consulta Externa de la Nefrología/Uremia. Los datos fueron colectados en el período de noviembre de 2005 a febrero de 2006. La muestra del grupo control se constituyó de otras 37 personas y se buscó la máxima similaridad posible con el grupo experimental. Los instrumentos utilizados para los dos grupos fueron: colecta de datos socio-demográficos, datos sobre estrés y depresión como también la escala de depresión de BECK. El mini examen del estado mental fue utilizado para excluir los sujetos con puntuación para demencia. Además, para el grupo experimental se utilizó un instrumento para coleccionar los datos sobre la patología –IRC- y para el grupo control un cuestionario que envuelve acometimientos de salud. Los datos cuantitativos fueron analizados a través de la observación de los valores máximos y mínimos, cálculo de las medias, medianas y desvío padrón. Para las variables cualitativas fueron calculadas las frecuencias absolutas y relativas. Para testar la hipótesis de igualdad entre los grupos fue utilizado el test T de Student y cuando a suposición de normalidad de los datos no fue observada, se utilizó el test no-paramétrico de Mann-Whitney. Para la correlación entre dos variables fue utilizado el coeficiente de correlación de Spearman. Para comparación entre las proporciones se utilizó el test Q-Cuadrado o exacto de Fischer cuando habían frecuencias esperadas abajo de cinco. Para el estudio de confiabilidad de indicadores el alfa de Cronbach. Sabiendo que la depresión es la 4ª enfermedad de mayor importancia mundial y que la insuficiencia renal crónica ha aumentado mucho en los últimos años, principalmente, en consecuencia de enfermedades comunes como la diabetes y la hipertensión. Algunos hallazgos fueron encontrados en este estudio, como se destaca que el 27.03 % de los pacientes entrevistados poseen depresión mayor y el 24.32 % sufren de disforia/distimia. De esta manera se desprende que el 51.35% de los pacientes renales poseen algún síntoma depresivo. Comparativamente al grupo control, los pacientes presentaron puntuación para depresión mayor. De esta forma, la práctica clínica enfocada para estos pacientes debe incluir un abordaje que pueda contemplar aspectos que envuelvan el aspecto psicológico de los mismos e no solamente la parte física, ya que muchos pacientes presentan alteraciones psicológicas importantes, que como el estudio revela, comprometen su calidad de vida, sin contar con la patología y el tratamiento apenas para su complicación o acometimiento clínico como fue revelado en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

Almeida AM., Meleiro AMAS. Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. J. Bras. de Nefrol. mar. 2000; 22(1): 192-200. Campo A. Transtornos depressivos en pacientes de una unidad de hemodiálisis. Acta méd. Colomb mar-abr. 1998; 23(2): 58-61. Kimmel PL., Weihs K., Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. J. Soc. Nephrol. July 1993; 4(1): 12-27. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/ DSM IV. 4ª ed. Porto Alegre: Artes médicas; 1995 p.132. Santivañez García Y., Santivañez García, V., Battilana G., Carlos A. Transtornos emocionales más frecuentes en pacientes en hemodiálisis crónica. Diagnostico (Peru) feb 1987; 19(2): 37-45.

AUTOR/ES:

M^a Carmen Folguera Álvarez, Esperanza Corral Agüero, Concepción Gallardo Rodríguez

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

TEXTO DEL TRABAJO:**1. INTRODUCCIÓN**

El Centro de Salud de Rivas-Vaciamadrid "La Paz" tiene asignada una población cercana a 30.000 habitantes, en su mayoría joven y activa, con hijos en edad escolar y adolescentes, siendo esta etapa en la que muchos jóvenes empiezan a consumir tabaco, alcohol y otras drogas.

2. OBJETIVOS

- Conocer el grado de consumo de sustancias tóxicas por parte de los adolescentes de nuestra zona de salud.
- Evitar y/o reducir el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

3. MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo de la población nacida desde 1-1-1986 a 31-12-1990, que está incluida dentro del Programa de Atención al Joven, siendo en total 1.140 personas, de las cuales se han registrado datos sobre consumo de drogas a 803 jóvenes.

El trabajo se ha llevado a cabo con el programa Omi-Estadística a partir de los datos obtenidos durante la campaña de vacunación de meningitis del año 2005.

Se ha estudiado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, por sexo y edad, hasta la fecha del 15-5-2006.

4. RESULTADOS

Se han recogido datos de 405 varones y 398 mujeres, obteniéndose los siguientes resultados:

- Fuman 73 varones 18,02% de los mismos.
- Fuman 89 mujeres 23,36% de las mismas.
- Beben alcohol 54 varones 13,33% de los mismos.
- Beben alcohol 43 mujeres 10,80% de las mismas.
- Consumo de cannabis: 1,23% (5) de los varones y 1,23% (6) de las mujeres.
- Consumo de cocaína: 0,49% (2) de los varones y 0,25% (1) de las mujeres.
- Consumo medio de cigarrillos en varones: 9,75/día, frente a 7,83/día en mujeres.
- Consumo medio de alcohol en varones: 85,2 gr/semana, frente a 79,61 gr/semana en mujeres, con consumo predominante de ambos sexos los fines de semana.
- Consumo de ambos sexos de tabaco y alcohol: 66%.
- Consumo de cannabis y cocaína unido al tabaco y al alcohol, en un 90%.

5. DISCUSIÓN

Consumo importante de tabaco y alcohol sobre todo en mujeres. Consumo de alcohol frecuente los fines de semana. El consumo de cannabis y cocaína está ligado al tabaco y alcohol en los dos sexos.

Los adolescentes son un grupo de población que no acude con frecuencia al Centro de Salud. La consulta de Enfermería en Atención Primaria es un lugar idóneo para conocer hábitos y actitudes hacia las drogas, así como realizar actividades de Educación para la Salud para fomentar actitudes, conocimientos y hábitos sanos.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Consejería de Sanidad y Consumo; Comunidad de Madrid. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid 2005-2007. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005.
- 2 Corbalán Carrillo G, Sierra Manzano JM, Marion Navasa G, Carré Catasús M. Consumo de tabaco y dependencia de la nicotina. Un estudio en adolescentes. ROL 1997;XX(224):14-6.
- 3 Blanco Olite M, Pérez Trullén A, San Cueste T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. Atención Primaria 2002;30(4):220-8.
- 4 Olesti Baiges M, Bonet Porqueres R, Fuentes García M, Fornor Montiné MT, et al. Hábitos tóxicos en adolescentes de los institutos de enseñanza de Reus. Enfermería Clínica 2000;10(2):63-70.
- 5 Fernández Jiménez R, Torres Valera L, Briviesca Pérez I, Arroyo Rodríguez A. Estudio en adolescentes sobre hábitos tóxicos. Hygia 2005;XVII(59):15-8.
- 6 Sección de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública; Gobierno de Navarra, editor. Guía de salud y desarrollo personal. Para trabajar con adolescentes. Pamplona: Gobierno de Navarra;1995.

AUTOR/ES:

Gómez González JL, Santamaría García JM, Rico Blázquez M, Rivera Álvarez A, López Gómez Y y García González J.

TÍTULO:

Nivel de Satisfacción de las enfermeras con la gestión de la historia de salud en la Comunidad de Madrid

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción.

La historia clínica o historia de salud es un instrumento utilizado por los profesionales sanitarios en la atención realizada a los pacientes o usuarios y que permite la comunicación entre todos los miembros de un equipo en las distintas situaciones que afectan a la salud del individuo o familia. A su vez también puede ser considerada como un documento que da testimonio de una determinada actuación profesional. La relevancia de su gestión no se limita estrictamente al entorno asistencial: la investigación, la docencia y la gestión de recursos son otros ámbitos donde tiene una notable utilidad.

Objetivo

En nuestro trabajo, encuadrado en el desarrollo de una tesis sobre la gestión de la historia clínica, hemos analizado el nivel de satisfacción de las enfermeras con dicha gestión y con la aplicación informática presente en atención primaria de la Comunidad de Madrid durante el año 2005 y principios de 2006 en tres de la once áreas sanitarias en las que se divide dicha comunidad.

Metodología

Los indicadores propuestos para medir la calidad están basados en la realidad existente en la actualidad aplicándose sobre esta con posterioridad. En el desarrollo y aplicación de los indicadores hemos utilizado, además de los recursos de información orientados hacia esta temática, metodologías cualitativas entre las que destacamos la entrevista con expertos. Mediante este método hemos consensuado algunos de los aspectos propuestos. La metodología cuantitativa a la que hemos recurrido ha sido la encuesta, contestada por 290 enfermeras sobre un total de 785 profesionales socio-sanitarios (aproximadamente 10-15% del total y alrededor del 50% en cada área). En ella preguntamos acerca del grado de acuerdo que presentan ante afirmaciones referentes al nivel de satisfacción de los usuarios de la historia de salud electrónica. Dicha encuesta incluye preguntas de carácter socio-demográfico y cuestiones encaminadas a medir la satisfacción del usuario profesional. Estas últimas suman un total de 25 incluyendo una pregunta abierta sobre el tema a análisis.

Resultados

Los indicadores obtenidos tras las distintas propuestas los hemos incluido en los siguientes grupos: Informatización del servicio, Estructura interna de la HC-e, Formación de los usuarios y gestión de la calidad, Impacto del servicio de gestión de historias clínicas en los usuarios profesionales, Tiempos de acceso, Efectividad en el acceso, Efectividad en la utilización, Beneficios de la gestión de las historias clínicas en el paciente y Satisfacción del usuario profesional. Este último es el que hemos desarrollado obteniendo valores positivos en la mayoría de los aspectos. La confidencialidad de la historia clínica y el tiempo que tardan en resolver los problemas técnicos son aspectos mejorables a juicio de los encuestados. Los resultados apenas se modifican cuando tenemos en cuenta las distintas variables socio-demográficas aunque la edad y el nivel de informática sí está muy relacionado con la resolución de problemas y en general con una mejor adaptación a este nuevo entorno electrónico.

Conclusiones

Podemos deducir a partir de las respuestas a la encuesta que la gran mayoría de los usuarios sanitarios muestran una buena predisposición para la utilización de la historia de salud electrónica, la cual es considerada como un avance. Establecer criterios de calidad, y por tanto puntos a mejorar en la gestión de este tipo de documentación, repercutirá en la calidad de la atención al usuario final o paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALONSO A, IRABURU M, SALDAÑA ML y de PEDRO MT. Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. Anales del Sistema Sanitario Navarro. 2004; 27(2): 233-239.
- ALONSO LÓPEZ A, CRISTOS CJ, BURGOS LARRUMBE A, GARCAÍA MOLINA F, SÁNCHEZ PERRUCA L, GUIJARRO EGUSKIZAGA A, RUIZ TELLEZ A y MEDINA PERALTA M. Informatización en atención primaria. Disponible en:<http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum013.html> [2005, 2 de septiembre]
- ALTISENT R y DELGADO-MARROQUÍN MT. La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica". Atención Primaria. 2004; 34 (3):115-116.
- ALUJA M, CARBONELL JM y PALLEJA G. Calidad de un archivo de historias clínicas: Evaluación de las propuestas de mejora. Revista de Calidad Asistencial. 1995;10(4):236.
- BATES DW, EBELL M, GOTLIER E y ZAPP J. A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. Journal of the American Medical Informatics Association. 2003; 10(1):1-10.
- BOLIBAR RIVAS B y JUNCOSA FONT S. Validación del proceso y resultados de un sistema de información en atención primaria". Revista Española de Salud Pública. 1992; 66(3-4):203-215.
- CARNICERO GIMÉNEZ DE AZCARATE J. Informes SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Pamplona: SEIS; 2003.
- CARNICERO GIMÉNEZ DE AZCARATE J y HUALDE TAPIA S. Informes SEIS. La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Pamplona: SEIS;2001.
- CURIEL HERRERO J y ESTÉVEZ LUCAS J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: La admisión de enfermos y documentación clínica. Madrid: Editores Médicos;2003.
- DUARTE G y SÁNCHEZ B. Sistemas de información y enfermería: encuesta de opinión. Disponible en: www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Publicaciones/SSII%20y%20Enfermeria_v4.pdf [2005, 17 de agosto]

AUTOR/ES:

Pollán Rufo.M ; Notivol Tejero, P; Gabari Gambarte, M.I; Redín Areta, M.D

TÍTULO:

Hábitos familiares y conductas no saludables en adolescentes

TEXTO DEL TRABAJO:

Estudiar e investigar la situación de los adolescentes y jóvenes frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales es una constante que preocupa a la sociedad en general y a cuantos intervienen de forma activa en la prevención y calidad de vida.

OBJETIVOS

- Analizar hábitos de consumo.
- Valorar la importancia de la edad y el sexo en dichos hábitos.
- Conocer algunas de las "normas familiares" relacionada con las conductas de los/las adolescentes
- Sensibilizar a la población objeto de estudio sobre la repercusión de dichas normas en los comportamientos estudiados
- Informar de las consecuencias del mantenimiento de hábitos no saludables.
- Abrir campos de reflexión sobre cambios en los modelos socio-familiares

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó para la recogida de datos un cuestionario de 84 ítems de elección múltiple autoadministrado, que se llevó a cabo en el aula, previa información a los encuestados/as, siendo voluntaria su cumplimentación.

La muestra fue seleccionada al azar entre todos los centros educativos, públicos y privados.

Estuvo compuesta por 2.174 alumnos de entre 15 y 18 años.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS, versión 12.0

RESULTADOS

El 65,5% de los chicos y el 68,5% de las chicas reconocen haber consumido alcohol. No existe diferencias significativas entre sexos, pero sí existen diferencias significativas en la comparación por edades. En el consumo excesivo ocasional, encontramos un 63,1% en las chicas, frente al 52,7% de los chicos mientras que éstos admiten hacerlo con más asiduidad (el 28,3% de los chicos frente al 19,2%).

El consumo de drogas es mayor en los chicos que en las chicas (42,9% frente al 35,2%) .Además, el porcentaje de chicos consumidores habituales es también superior en el consumo de Éxtasis y LSD.

Respecto a la relación con horarios y normas familiares, a medida que avanza la edad aumenta también la permisividad de horarios , el 38% "no tienen hora marcada", y los chicos tienen un horario menos restringido que las chicas.

A medida que avanza la hora de llegada a casa, aumenta el gasto realizado, encontrándose la máxima relación en torno a las cuatro de la madrugada.

El número de adolescentes que se han emborrachado en el último año guarda relación directa con el dinero gastado y la hora de vuelta a casa, aumentando asimismo la frecuencia de haber experimentado o sufrido intoxicación etílica.

La mayor disponibilidad de dinero y horario repercute en el aumento del consumo de drogas ilegales, siendo la marihuana, y el hachís los tipos de droga más consumidos

Los resultados obtenidos, reflejan la equiparación creciente de ambos sexos respecto al consumo de sustancias (tradicionalmente una conducta con mayor incidencia entre los varones),

principalmente en la conducta de fumar, en la cual las chicas hoy, superan a los chicos. El incremento en el consumo de tóxicos por parte de las mujeres puede ser el resultado de los cambios en los modelos socio familiares, lo cual repercute a su vez sobre el concepto y autoimagen caque las adolescentes tienen sobre sí mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Amengual, M, y cols. (1993). "Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media de 1981, 1988 y 1992". Adicciones. nº 2, vol. 5.
- Becoña, E. y cols.(1994). Tabaco y Salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Pirámide.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.
- Costa., M y López, E. (1986). Salud Comunitaria. Serie Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.
- García, R (1993). 'La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: Desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención'. Colección Tesis microficha núm. ISBN: 84-7477-405-5, Universidad Autónoma de Madrid.
- Hall, S., Hall, R.G. y Ginsberg, D (1990). 'Pharmacological and behavioral treatment for cigarette smoking'. En M. Hersen, R. M. Eisler y P.M. Miller (eds.), Progress in Behavior Modification (vol. 25), Newbury Park, CA: Sage.
- Lichtenstein, E. (1982). 'The smoking problem: A behavior perspective'. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 804-819.
- Macía, D. y Méndez, F.X. (1991). 'Prevención del consumo de drogas'. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (comps.) Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI.
- Matarazzo, J.D. (1984). "Behavioral health: A 1990 challenge for the health services professions". En Matarazzo J.A. et al. (Eds.) Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention. Nueva York: Wiley.
- Parra, J. (1993) "Usos y significados del alcohol entre los adolescentes". Educadores. Vol. 35, nº.168.
- Roa, A. (Comp.) (1995). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: C.E.P.E.
- Ruiz Delgado, B. (2000) La Educación para la Salud, entre los escolar y lo comunitario: El caso de las drogas. En Aportaciones y experiencias en Educación para la Salud. Morón, Marchena, Dr. Ex Ayuntamiento de dos hermanas. Sevilla.

AUTOR/ES:

CIDONCHA MORENO M.A, GISTAU TORRES C, ALONSO VALLEJO M, MTZ DE GUEREÑU ORTUOSTE A.

TÍTULO:

LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL ENFERMERO DE UN HOSPITAL DE OSAKIDETZA. ANÁLISIS DE INTERESES DE FORMACIÓN Y FACTORES INFLUYENTES

TEXTO DEL TRABAJO:**Objetivos:**

Conocer cuáles son los intereses de formación y cómo influyen diferentes factores de la vida en la formación continuada de las enfermeras de un hospital de Vitoria-Gasteiz de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud (SVS)

Material y Método:

- Estudio observacional, transversal
- Población a estudio: Enfermeras y Supervisoras de un hospital de agudos de Osakidetza/SVS en Vitoria-Gasteiz
- Recogida de datos a través de un cuestionario autocumplimentable
- Variables a estudio: edad, puesto de trabajo, tipo de unidad, hijos a su cargo, mayores a su cargo, formación en el último año y tipología de la formación continuada (a distancia, por la empresa.....) e intereses de formación en varias áreas (informática, área asistencial, autocuidado, gestión....)
- Las variables se expresan como frecuencias absolutas (nº) y/o relativas (%). Para el contraste de hipótesis se ha empleado el test de Chi2. Se ha considerado como significativa una $p < 0.05$.

Resultados:

Se han entregado 283 encuestas y son respondidas 151 (la tasa de respuesta ha sido de 63,45%).

Responden la encuesta el 61,64% de las enfermeras y el 84,21% de las supervisoras.

Al analizar el puesto de trabajo de todas las encuestas respondidas se observa que el 89,4% de la muestra son enfermeras y el 10,6% supervisoras.

La edad media de las personas que han entregado la encuesta es de 40,33 con una desviación típica de 9,265

El 55,6% de la muestra tienen hijos a su cargo y el 20% mayores a su cargo.

Se encuentra una Chi-cuadrado de Pearson de 0,14 al cruzar las variables formación realizada e hijos a cargo y una de 0,08 con los mayores a cargo/cuidado

En el año 2005 el 92,7% realizó algún tipo de formación; el 66,9% asistieron a cursos ofrecidos por la empresa, un 37,7% a sesiones en el servicio, un 32,5% a cursos de euskera y el 23,2% a congresos y jornadas

Las áreas que recogen mayor interés de formación son: manejo en situaciones difíciles, prevención de riesgos laborales, aspectos legales de la profesión, inglés, manejo del estrés, euskera y trabajo en equipo.

Conclusiones:

- Existe un alto porcentaje de enfermeras que se formaron en el último año
- Tener cargas familiares influye en la realización de actividades de formación continuada
- Es importante conocer los intereses de las personas involucradas para crear programas formativos que se adapten a las necesidades de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. Garrido Elustondo S, Garcia Vallejo R, Nogales Aguado P. Aten Primaria 2002; 30(6): 368-373
- Formación continuada y profesionales de la salud. Nolla Domenjó M. Rev ROL Enf 1990; 146: 37-42
- Formación continuada. Motivación, intereses, necesidades..... Sancerní Oliván P, Pollán Rufo M, Idoate García VM, Cremaes Mallorca E. Rev ROL Enf 1992; 161: 58-63
- Profesionales y gestores ante la formación. Prieto MA, Gutiérrez P, Carmona G, March Cerdà JC. Aten Primaria 2001; 27 (3): 172-177
- Necesidades formativas del personal de enfermería del hospital universitario "Arnau de Vilanova" de Lleida. Rodríguez Cala A, Serrano Segura J. Enf Cien 2000; 218-219: 74-80
- El reto de la formación continuada en Enfermería. Barquero González A, Carrasco Acosta MC, Fera Lorenzo DJ, León López R, Márquez Garrido M, Arenas Fernández J, Macías Rodríguez AC. Metas Enferm. 2000; 30: 44-47

AUTOR/ES:

José Roberto da Silva Brêtas; Maria de Jesus C. S. Harada; Heloisa Regina Russo; Carolina Jacomini do Carmo; Daniella Soares Eugenio; Olivia Pala Falavina.

TÍTULO:

MASAJE EN BEBÉS - ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS.

TEXTO DEL TRABAJO:

Este estudio hace parte de un Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Amparo a la Investigación del Estado de Sao Paulo (FAPESP), intitulado "Escuelas Promotoras de la Salud: prevención de la morbilidad por causas externas en el municipio de Embu". Una de las variables emergentes de este proyecto fue la violencia contra el niño y el adolescente. La violencia expresa dinámicas de poder y afecto, en las cuales las relaciones de subordinación y dominación están presentes involucrando a individuos de diferentes generaciones, muchas veces en posiciones opuestas, que desempeñan papeles rígidos, creando dinámicas propias, diferentes en cada grupo familiar, además de estar presentes en todas las clases sociales en cuanto violencia de naturaleza interpersonal. En este contexto, el desarrollo de acciones para la prevención puede evitar que la violencia intrafamiliar se perpetúe de generación en generación, rompiendo así, su ciclo. Como instrumento de prevención de posibles víctimas de violencia y futuros daños, es esencial la implementación de estrategias de intervención en las primeras relaciones entre madres-bebés. Así, profesionales de salud y de educación deben ser preparados para actuar en ese contexto. Para tal fin utilizamos, como instrumento para crear un campo relacional de intervención, el masaje en bebés. Los objetivos del proyecto son: caracterizar a la población involucrada; conocer la percepción sobre el acto de tocar en las relaciones humanas; verificar el conocimiento sobre masaje en bebés. Como método utilizamos la investigación-intervención. La población involucrada estuvo constituida por 68 pedagogos y auxiliares de desarrollo infantil que actúan en 26 cunas maternas y 56 profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, auxiliares de enfermería) de nueve Unidades Básicas de Salud del municipio de Embu, Sao Paulo. Para la recolección de los datos fueron elaborados dos instrumentos: un cuestionario estructurado y técnica de grupo focal aplicados después de la aprobación del Consejo de ética de la institución bajo el nº 0401/04. Se constató que de los funcionarios de las cunas maternas el 97% era del sexo femenino, en las Unidades Básicas de Salud tuvimos el 84% del sexo femenino. En cuanto a la escolaridad el 41% de los profesionales del área de educación poseía la enseñanza media completa y el 28% la enseñanza superior completa; del área de la salud el 47% tenían enseñanza superior completa y el 34% enseñanza media completa. En relación al grupo etéreo descubrimos que entre los profesionales del área de educación cerca del 33% estaban entre 27 y 35 años, en el área de salud el 40% de los profesionales se encontraban entre los 40 y 50 años de edad. Los datos obtenidos por medio del grupo focal develaron categorías como: el tocar en cuanto elemento de vínculo; creando un campo relacional; lenguaje afectivo; efecto terapéutico; conocimiento anterior sobre masaje; el masaje en el día a día; recuerdos de haber sido tocada (o). Como desdoblamiento de los resultados, los investigadores realizaron un entrenamiento para todos los profesionales de salud y de educación involucrados en este estudio, por medio de talleres teórico-prácticos de masaje en bebés, con la finalidad de formar multiplicadores. Desde entonces, se inició el acompañamiento de esos profesionales para verificar la evolución de la inserción de la estrategia en su local de trabajo y los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA:

Brêtas JRS; Russo HR. Massagem em bebês: nutrição afetiva e desenvolvimento saudável. In: Brêtas JRS; Harada MJCS; Pereira SR; Waksman RD; Bortolote GS; Russo HR. Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade. São Paulo: Látria; 2006.

Brêtas JRS. Mudança: a corporalidade na adolescência. [Tese Doctorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Brêtas JRS; Silva CV; Quirino MD; Ribeiro CA; Kurashima AY; Meire AOS. O enfermeiro frente às crianças vítimas de violência. Acta Paul Enferm 1994; 7(1): 03-10.

Brêtas JRS. Massagem em bebês e vínculo. Temas sobre Desenvolvimento 1999; 8(44): 5-14.

Brêtas JRS; Silva MGB. Massagem em crianças: uma abordagem psicomotora. Temas sobre Desenvolvimento 1998; 7(39): 24-32.

Brêtas JRS. A arte de massagear crianças: a qualidade no tocar. Acta Paul Enf 1999; 12(2): 16-26.

Harada MJCS; Brêtas JRS; Silva CV. Causas, conseqüências e formas de prevenção da violência doméstica contra a criança e o adolescente. Rev Paul Enf 2003 set-dez; 22(3): 261-7.

Harada MJCS; Brêtas JRS; Granem AM; Pereira IAR. A criança e adolescente vítimas de maus tratos. Acta Paul Enf 2000; 13(no especial): 114-118.

Klaus MH; Kennell JH; Klaus PH. Vínculo: construir as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre (RS): Artmed Editora; 2000.

Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal, MF. Violência e Criança. São Paulo: EDUSP; 2002.

Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1993.

AUTOR/ES:

Álvarez Leiva M^a Isabel, De la Rosa Delgado Teresa, Acosta Mosquera M^a Eugenia, Albar Marin M^a Jesús.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS USUARIOS.

TEXTO DEL TRABAJO:**OBJETIVOS:**

Objetivo General:

- Analizar el impacto del programa de rehabilitación cardiaca del Área Hospitalaria Virgen Macarena.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la calidad de vida de los usuarios antes y después de completar el programa de rehabilitación cardiaca.

- Conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad del programa de rehabilitación cardiaca.

- Identificar debilidades y fortalezas del programa de rehabilitación cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Diseño: Cuasi experimental pre-test y post-test para determinar el impacto del programa en la calidad de vida; y observacional con técnicas cualitativas para conocer la evaluación de la calidad del programa de rehabilitación.

- Instrumentos: Para analizar el impacto del programa de rehabilitación en la calidad de vida de los usuarios utilizamos la adaptación española del cuestionario MacNew de Calidad de Vida relacionada con la salud para enfermedades cardiacas (Höfer S, Lim L, Oldridge N. 1993); y para conocer la opinión de los usuarios respecto a las fortalezas y debilidades del programa, empleamos entrevistas semiestructuradas en profundidad mediante grupos focales, con un guión que incluye 5 de las dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL (Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml V. 1988) que son: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

- Participantes: Se seleccionan mediante un muestreo consecutivo a los usuarios que hayan sido incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario Virgen Macarena desde Abril de 2005 hasta Abril de 2007. Se estima un tamaño muestral de 64 sujetos.

- Análisis de la información: Para la información cualitativa, procedemos a realizar un análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas según el método descrito por Giorgi (1997). Con respecto a los datos cuantitativos, realizamos un análisis descriptivo, y para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida anterior y posterior a la cumplimentación del programa, se aplicará o la prueba t de Student o ANOVA, ó la de Kruskal-Wallis para una significación estadística $p < 0.05$. Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS:

Hasta la fecha han participado 24 usuarios. Del análisis descriptivo realizado se determina que se ha producido una evolución muy favorable en el estado de salud de los usuarios a nivel físico, psicológico y social. En cuanto al análisis de contenido de las entrevistas, se observa que respecto a las debilidades del programa los usuarios destacan problemas con la infraestructura (limitado espacio físico y escasez de materiales), y de las fortalezas consideran fundamentales la calidad humana de los profesionales, los aspectos organizacionales, y el intercambio de experiencias entre los compañeros del grupo.

DISCUSION:

Si bien la evolución de los usuarios y su valoración global del programa es positiva; sus manifestaciones referente a las infraestructuras y la disponibilidad de los recursos manifiestan la necesidad de introducir medidas correctoras en las áreas más afectadas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Velasco JA, Cosín J, Maroto M, Muñiz J, Casanovas JA, Plaza I, Abadal LT. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53: 1095-1120.
2. Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca, Sarmiento González Nieto V, Reina Sánchez M, Sáinz Hidalgo I, y cols. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56 (8): 775-82.
3. Lear SA, Ignaszewski A. Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. *Curr Control Trials Cardiovasc Med.* 2001; 2: 221-232.
4. King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart.* 2001; 85: 290-294.
5. Chan D SK, Chau J PC, Chang AM. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *J Adv Nurs.* 2005; 49 (6): 591-599.
6. Kardis P, Bruce A, Michaels J, Barnett SD. Quality-of-Life Changes Following the Completion of Phase II Cardiac Rehabilitation. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20 (2): 161-166.
7. Thompson DR, Cheuk-Man Y. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1:42.
8. Lau-Walker M. Cardiac rehabilitation: the importance of patient expectations: a practitioner survey. *J Clin Nurs.* Feb 2004; 13 (2): 177-84.
9. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2:3.
10. Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml V. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. *J Retail.* 1988; 64: 12-37.
11. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *J. Phenomenol Psychol.* 1997; 28 (2): 235-260.

AUTOR/ES:

M^a Ángeles García Ortega, Susana Padín López, Rosa Palop González.

TÍTULO:

Enfermería multicultural

TEXTO DEL TRABAJO:

OBJETIVO: Conocer la actitud del personal de enfermería respecto a pacientes pertenecientes a etnias minoritarias.

MATERIAL Y METODOS: estudio descriptivo transversal observacional realizado en abril de 2006 en el hospital materno infantil de la provincia de Málaga. La población de estudio fueron todos los profesionales de enfermería: enfermeras y auxiliares en activo durante el período de estudio(se incluyó tanto al personal fijo como interino o contratado) de las unidades de pediatría. Como fuentes de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado y anónimo, elaborado por los autores, suministrado a los diferentes servicios de las respectivas unidades. A los tres días de haberlos entregado se pasó a recogerlos por las distintas unidades. En el cuestionario consta de 4 ítems que fueron elaborados siguiendo las recomendaciones de las escalas de actitud de Guttman (basada en que las diferentes opciones de respuesta expresan desde una actitud más favorable a más desfavorables)(1)(2). las preguntas del cuestionario son: 1. ¿tiene usted algún tipo de prejuicios hacia los pacientes que pertenecen a etnias minoritarias en nuestro país? Si, no, NS/NC 2. en relación a estos pacientes, usted considera que fundamentalmente y en la mayoría de las ocasiones son: a) marginados por la sociedad b)se automarginan ellos c)ambas son ciertas d) NS/NC. 3. ¿Cree usted que , en general y mayoritariamente es factible la inserción social normalizada de estas personas? Si, no, NS/NC4.Su actitud respecto a estos pacientes ¿es igual que la que mantiene respecto a otros pacientes? Si, no, NS/NC. Se considera etnia minoritaria (EM) a personas de raza gitana, magrebíes, centroafricanos, asiáticos o de cualquier raza minoritaria en nuestro país. Para el análisis estadístico se efectuó un tratamiento de tipo descriptivo. Se han recogido otras variables como son: sexo, edad, categoría profesional y estado civil

RESULTADOS se obtuvieron un total de 111 encuestas. Del total de respuestas, el 14% eran varones y el 86% mujeres. La media de edad fue de 41 años (DE 8.7) El 55% eran enfermeras, 45% auxiliares. La media de años de experiencia es de 17.7%± 8.9. El 18.2% declaró tener prejuicios ante pacientes de EM, frente al 75.5% que manifestó que no y el 6.4% ns/nc. El 30% manifestó que se automarginaban ellos, el 8.2% que son marginados por la sociedad, el 57% que ambas son ciertas y un 4.5% NS/NC. El 48% piensa que si es factible la inserción de éstas personal, frente al 34% que piensa que no y un 17% que ns/nc. El 95% manifiesta que su actitud ante estos pacientes es igual que con otros pacientes y un 4% ha respondido que no.

DISCUSION: Un aspecto a considerar es que los resultados obtenidos son aplicables a la enfermería hospitalaria. Hay que destacar que un 18.2% declara abiertamente tener prejuicios frente a EM, sin embargo solo un 4% declara tratarlos de manera diferente. La mayoría manifestó que si es factible la inserción normal de estas personas. Llama la atención que casi la mitad de los profesionales de enfermería opinan que estas personas se automarginan. Los resultados quizás se acercan a la actitud general de la sociedad ante estos individuos. La enfermera es parte del tejido social y sus opiniones son el espejo de la realidad. Creemos que solo es posible obtener resultados que mejoren esta situación a partir de tareas multidisciplinarias. Los profesionales de enfermería pueden contribuir a mejorar esta situación desde su trabajo diario individual, manteniendo una actitud positiva hacia estas personas.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) Kelsey IL, Thomposon WD, Evans A. Methodsin observational epidemiology. New Cork: Oxford University Press, 1986.

(2) Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la APS. Barcelona: edit. Doyma,1991

AUTOR/ES:

Domínguez Gil M^a Rosario, Acosta Mosquera M^a Eugenia, Frutos Cantó Marcela, Maestre Ramos Isabel, Méndez Martín Inmaculada, Pedrote Ramírez Caridad.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DE VIDA DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA.

TEXTO DEL TRABAJO:**OBJETIVOS:**

- Determinar el efecto de la Información prestada por enfermería en la Calidad de Vida posterior a la cirugía de cáncer de mama.
- Identificar el nivel de Calidad Asistencial percibido durante el ingreso hospitalario y el seguimiento en la Consulta de Enfermería.

MÉTODOS:

- Diseño: Estudio descriptivo, con utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas.
- Participantes: Usuarias intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, seleccionadas mediante un muestreo consecutivo durante el período de Abril de 2005 a Octubre de 2007. Hasta el momento han participado 35 usuarias.
- Instrumentos de medida: Registro de Datos Demográficos, cuestionario que se basa en cinco de las dimensiones SERVQUAL (Parasuraman A, Berry LA, Ziehlhaml V. 1988) para evaluar la Calidad Asistencial, Cuestionario SF-36 (Medical Outcomes Trust. 1995). Entrevistas con preguntas abiertas.
- Análisis de la información: Análisis estadístico de los datos cuantitativos mediante el programa SPSS. En las preguntas abiertas, se realiza un análisis de contenido según el método de Giorgi (1997).

RESULTADOS:

- Información Cualitativa: De la atención de Enfermería durante la hospitalización las usuarias destacan el trato, no identificándose aspectos deficitarios en los cuidados.
- Información Cuantitativa: Respecto a las dimensiones Servqual la mejor valorada es la empatía; las áreas de calidad de vida más afectadas del cuestionario SF-36 se relacionan con el rendimiento físico y el bienestar psicológico.

DISCUSION:

Dado el reducido tamaño muestral aún no se han realizado pruebas que demuestren el impacto de la información sobre la calidad de vida posterior. No obstante, en el análisis cualitativo se pone de manifiesto la importancia de la información proporcionada en la Consulta de Enfermería, ya que las usuarias verbalizan la oportunidad que se les brinda para expresar sus dudas y miedos. En cuanto a la Calidad Asistencial durante el ingreso, se observa que la valoración es muy satisfactoria. Con respecto a la Consulta de Enfermería postquirúrgica, se muestra como un medio eficaz para expresar las dudas y los miedos, una vez recibida el alta hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dow KH, Ferrell BR, Haberman MR, Eaton L. The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol Nurs Forum*. Apr 1999; 26(3): 519-28.
2. Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. Dec 2001; 30(6): 799-813.
3. Davis C, Williams P, Redman S. Early discharge following breast surgery: Assessing care, support, and informational needs of women with early breast cancer in Australia. *Aust. N.Z. J. Surg*. 2000; 70: 569-72.
4. Beulac SM, McNair LA, Scott TE. Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Arch Surg*. Nov 2002; 137(11): 1253-7.
5. Plan Integral de Oncología en Andalucía. Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía.
6. Kruijver IP, Kekstra A, Bensing JM, van den Wiel HB. Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. *Cancer Nurs*. Feb 2003; 23(1): 20-31.
7. Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. Dec 2003; 30(6): 799-813.
8. Geiger AM, Mullen ES, Sloman PA, Edgerton BW, Petitti DB. Evaluation of a breast cancer patient information and support program. *Eff Clin Pract*. Jul-Aug 2000; 3(4): 157-65.
9. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Methodological considerations for evaluating quality of life. *Salud Pública Mex*. Sept-Oct 2002; 44(5):448-63.
10. Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml V. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. *J Retail* 1988; 64: 12-37.
11. Cuestionario de Salud SF-36. Versión española. Copyright Medical Outcomes Trust 1995.
12. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *J. Phenomenol Psychol*. 1997; 28 (2): 235-260.

AUTOR/ES:

Ortega Domínguez, Enrique; Vizcaíno Ibáñez María José; Lajara Almendros Juana María

TÍTULO:

Calidad del registro de Enfermería en el Servicio de Urgencias del C.H.U. de Albacete. Adecuación de accesos venosos periféricos.

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: Calcular el número de accesos venosos periféricos canalizados de forma inadecuada según los criterios del plan de calidad del SESCAM en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Determinar la cumplimentación de los registros de Enfermería en el Servicio de Urgencias del CHUA y establecer los criterios mínimos que deben quedar reflejados.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se incluyeron todos los pacientes derivados del área de medicina interna del servicio de urgencias, que no ingresaron. El estudio se realizó durante el mes de marzo de 2006. El tamaño de la muestra se calculó sobre la afluencia al servicio de urgencias en el año 2005 (70.000 pacientes), para una frecuencia esperada del 27% y un peor aceptable del 30% (según lo publicado en otros estudios, 1-5), y un nivel de significación del 95%, con lo que resultó una muestra de 831 pacientes. Dado que la afluencia media al área de medicina interna al día es entre 70 y 100 pacientes, se revisaron los registros de diez días del mes de marzo, escogidos aleatoriamente. Se confeccionó una hoja de registro con las variables que deben quedar reflejadas (6). Según el plan de calidad del SESCAM (7), son adecuados los accesos venosos cuando se deben realizar extracciones sanguíneas sucesivas o cuando se va a administrar medicación intravenosa.

Resultados: De un total de 890 pacientes cuyos registros fueron revisados, un 20,67% no contaban con datos, esto es, carecían de hoja de enfermería o el paciente no había contestado a la llamada. Del resto, un 2% de las hojas no estaban bien identificadas. Las constantes (tensión arterial y temperatura) estaban registradas en más de un 92%. Con respecto a la medicación, se le administró al 63% de los pacientes, siendo lo más reseñable que la dosis no estaba indicada correctamente en más del 50% de los registros. La vía más usada fue la intravenosa, por la cual se le administró a 65,3% de los pacientes algún tipo de medicamento. De los 706 pacientes que tenían registro, a 639 (90,5%) se les sacó una analítica, quedando reflejada la pegatina del laboratorio que se usa como resguardo en el 95,77%. Otro dato destacable es que sólo un 5,24% de los facultativos no firma la hoja, mientras que un 26,62% del personal de enfermería no firma la que es su hoja.

En torno a la canalización de accesos venosos periféricos, se realizaron un total de 440 (62,32% del total), de los cuales eran inadecuados 138 (31,36%). Cada vía canalizada tendría un coste de 0.66€, sin contar el coste del material necesario para heparinizar este acceso venoso, lo que supone un gasto innecesario total en torno a 150€, además del tiempo de trabajo para la realización de un acceso venoso frente a una extracción de analítica normal (2), según el cual se perderían un total de casi 9 horas de trabajo.

Los motivos de consulta por los que se acudió al servicio de urgencias fueron:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1.- Digestivo-Abdominal: 23,71% | 2.- Dolor mecánico-extremidades: 18.47% |
| 3.- Neurológico: 17.21% | 4.- Respiratorio: 10,6 % |
| 5.- Fiebre-Malestar general: 9,69% | 6.- Cardiológico: 8,2% |
| 7.- Urológico: 3,53% | 8.- Otras: 8.55 |

Conclusiones: Casi un tercio de los accesos venosos realizados fueron innecesarios, con el consiguiente gasto económico (en recursos humanos y materiales) y las molestias generadas al paciente, además de los riesgos potenciales (flebitis, hematomas, etc.). En cuanto a los registros de Enfermería, cabe destacar que el personal de enfermería se identifica con su firma menos que el personal médico, aun siendo el registro propio de Enfermería. Además cabría destacar que un número importante de registros no se conservan, con lo que ese trabajo no queda reflejado; y dentro de los existentes, se anotan más las actividades derivadas de prescripciones médicas frente a las actividades independientes. Y por último, se debe realizar un nuevo formato de registro, ya que la ausencia de algunos datos puede ser debida al poco espacio existente en el actual.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Velasco L, Fernández B, García S, Hernández E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias. Med Clin (Barc) 2000;114: 89-90.
2. Suñol L., Valls E., Salvador I. Catéteres instaurados sin utilidad en un servicio de urgencias. Med Clin (Barc) 2001; 116: 158-159.
3. Morata Huerta C, Lillo Tejada P. Utilización de las vías venosas en Urgencias. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2003/agosto/viasvenosas.htm>. [Consultado el 29 de agosto del 2005].
4. Manzanera Saura JT, Muñoz Gimeno L, Fernandez Abellan P, Mengua M, Cruzado Quevedo JA, Leiva Gutiérrez A. Estudio inicial sobre la adecuación de vías venosas en un servicio de urgencias hospitalario. Enfermería Global 2002; 1. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/1/01d00.html>. [Consultado el 20 de agosto del 2005]
5. Prieto Muñoz MC, Garcia Muñoz MP, Marquez Malo C, Pretejo Rodríguez T, Ramperez Muñecas AI, Tabares Valentín M. Accesos venosos periféricos en un servicio de urgencias, ¿Son siempre necesarios?. CiberRevista SEEUE 2004; 19. Disponible en: <http://ciberrevista.enferurg.com/> [Consultada el 1 de septiembre del 2005]
6. Vidal Codón MA, Rodríguez Rodríguez C, Díez Castaño MV, Castañeda García B, Pendás Álvarez MC. Registro de Enfermería en el Servicio de Urgencias. Disponible en: <http://ciberrevista.enferurg.com/> [Consultado el 22 de septiembre del 2005].
7. Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Disponible en: Servicio de Salud de Castilla la Mancha http://sescam.jccm.es/web/gestion/calidad-plan/PdC_SESCAM_2005.pdf. [Consultado el 3 de agosto del 2005]

AUTOR/ES:

Forca Sánchez, M^a Elena. García Gérez, M^a Victoria. García Lisón, Eugenia. González Grima, Ana. Guillén Ayala, José y Hernández Almagro, F^o José.

* Alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Murcia.

TÍTULO:

La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el s. XXI.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

Cada vez son más las mujeres de otros países que llegan a nuestra Región de Murcia con el propósito de conseguir un trabajo que permita mejorar sus condiciones de vida y por tanto demandan atención sanitaria(4). Nos parece cuestionable como ellas perciben nuestra atención sanitaria y obtener, una perspectiva de cómo ellas afrontan nuestra atención y de tal modo ser conscientes de las dificultades que comparte la comunicación intercultural y los significados culturales relacionados con la salud como sanitarios y por tanto de una preparación complementaria-formativa a cerca de la diversidad cultural (2,3).

Metodología:

Se ha llevado a cabo un estudio observacional en el que se hicieron 5 entrevistas categorizando las respuestas y a partir de los resultados obtenidos, se elaboró posteriormente un cuestionario que lo realizo una entrevistadora que consta de preguntas cerradas que hacen referencia a su país de origen, edad, convivencia familiar , razón de genero en su atención , obstáculos y satisfacción en cuanto a la atención sanitaria recibida, siendo un total de 41 formularios.

Los formularios realizados a mujeres jóvenes, se han llevado a cabo en el Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia durante los meses de Junio y Julio del 2006. Como criterio de exclusión decir que se han descartado a toda mujer inmigrante que estuviera en presencia de su marido o pareja para evitar influencias en sus respuestas.

Resultados:

Los resultados obtenidos tras haber realizado los formularios son:

Se puede decir en relación a la pregunta, de cómo percibían ellas la atención prestada un 91,66% decía que muy buena siendo tan solo un 8,33% mala, a pesar de sus obstáculos que a continuación se citaran, están contentas con la atención que reciben.

El mayor obstáculo que se ha encontrado la inmigrante cuando ha recibido atención sanitaria ha sido el idioma (50%). El 2º obstáculo con un porcentaje del 41,33% ha sido otros no nombrados, seguido de la exclusión. Señalar como la mayoría de ellas manifestaba la importancia de una buena comunicación " yo puedo expresarme bien, y me entienden y yo entiendo, pero otros no pueden".

Discusión: la gran mayoría de las entrevistadas presentan dificultades para comunicarse con el personal sanitario, provocando una insatisfacción del servicio que se le presta. Por otro lado se muestra la gran importancia de una mediadora cultural que conozca bien este ámbito para así no tener diversos problemas que se presentan cotidianamente(1). Consideramos la implantación de materias que abarquen estos aspectos debido a la gran avalancha que estamos viendo involucrados los profesionales sanitarios. También decir que una atención específica a los inmigrantes significa conocer y entender a las personas y sus situaciones de salud-enfermedad (1). Resaltar como herramienta fundamental a la hora de llevar a cabo nuestra atención la competencia cultural (5).

Conclusiones:

- Potenciar la necesidad de un mediador multicultural en todos los centros donde se presta atención sanitaria en la Región de Murcia.
- Exigencia curricular en una formación en aspectos culturales a los profesionales sanitarios que prestan sus cuidados.
- Se debería proyectar la política sanitaria hacia los grupos inmigratorios.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Roca I Capará N. Inmigración y Salud (II). La salud de las personas inmigradas. Rev ROL Enf 2001; 24(11):792-798.
- 2-Nadal Nadal Mj. Mujer: Realidad y deseo. Rev ROL Enf 2004; 27(3):231.
- 3- Luis Palomo et al .Gaceta sanitaria. "Los desajustes en la Salud en el mundo desarrollado"Vol.20.Supl 1. 2006.
- 4- Plan para la integración social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2002-2004
- 5- José Luis Marticano. Manual de Medicina Trancultural.

AUTOR/ES:

Francisca LLamas Sánchez, Jaime Florez Córdón; M^a Paz López de Fez; Juana González Vázquez; Carolina Macia Rodríguez; M^a Isabel Martín Ramos; Inmaculada García Delgado; Isabel Feito Alvarez

TÍTULO:

Necesidades de familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Virgen Macarena. Resultados del estudio piloto.

TEXTO DEL TRABAJO:**Objetivo General:**

Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen Macarena e identificar el nivel de satisfacción con la atención recibida.

Objetivo específico:

Presentar los resultados del pilotaje del instrumento de medida.

METODOLOGIA:

Diseño: Estudio observacional transversal.

Ámbito: Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sujetos de estudio: mediante muestreo aleatorio sistemático se eligieron familiares de pacientes ingresados en la UCI que cumplían los criterios de inclusión siguientes: a) ser el interlocutor habitual con el personal de la unidad; b) acceder voluntariamente a participar, c) edad superior a los 18 años, d) no presentar déficits cognitivos; e) llevar como mínimo 5 días en el hospital.

Instrumentos de medida:

La encuesta que se ha pilotado se ha elaborado en base a la bibliografía consultada (Molter, 1979; Azoulay, 2001), consta de 34 ítems e incluye la medición de las siguientes variables:

A) Relacionadas con el contexto hospitalario: localización de distintos servicios y valoración de la sala de espera (comodidad, equipamiento y utilidad)

B) Relacionadas con la calidad de la atención recibida: necesidad de otros recursos humanos; organización de visitas; información proporcionada por el personal médico y de enfermería; trato, accesibilidad e identificación de los distintos profesionales del equipo asistencial.

C) Satisfacción con la atención recibida por el equipo asistencial

D) Sociodemográficas: edad, género, situación laboral, nivel educativo, parentesco con el enfermo, ingresos anteriores de familiares en UCI, compartir domicilio con el paciente, distancia del domicilio al hospital, días de estancia en la Unidad.

E) Relacionadas con el paciente: motivo de ingreso, nivel de conciencia, APACHE II, dependencia de cuidados familiares previo al ingreso en la Unidad.

RESULTADOS DEL PILOTAJE:

La encuesta se pilotó en una muestra de 40 sujetos, que presentaban una media de edad de 43 (DT= 11,47), el 50% eran mujeres, tenían estudios primarios un 50%, un 25% secundarios y un 17,5% universitarios; el 60% trabajaban y el parentesco con los pacientes era un 40% hijos, un 20% cónyuge y un 20% padres. En análisis de fiabilidad de la escala se ha obtenido un coeficiente alfa de Crombach de 0,81 y, en la valoración cualitativa de los ítems se ha puesto de manifiesto una buena comprensión en su formulación.

CONCLUSIONES DEL PILOTAJE:

- El análisis de fiabilidad pone de manifiesto que la escala presenta una buena consistencia interna.
- La heterogeneidad en las categorías de las variables sociodemográficas de los sujetos del pilotaje, nos garantiza el nivel de comprensión de los ítems para la futura muestra del estudio.
- Los resultados obtenidos nos permite afirmar que la escala que vamos a utilizar es fiable y válida para los objetivos de nuestro estudio.

DISCUSION:

Dada la naturaleza de los resultados que presentamos, no creemos oportuno realizar ninguna discusión acerca de ellos.

BIBLIOGRAFÍA:

Azoulay E. y col. Meeting the needs of Intensive care unit patient families. American Journal of Respiratory and Critical care Medicine 2001; 135-139

Castledine G. Is nursing care losing its holistic focus?. British Journal of Nursing 2001; 10: 1091

Curry S. Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. British Journal of Nursing 1995; 4(1), 15-19

Molter. The needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart and Lung 1979; 8: 332-339

Silberstein D. La familia un paciente olvidado. Revista Rol de Enfermería 1997; 223: 25-30

Pérez MD, Rodríguez M, Fernández A.I, Catalán M. Montejo MC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva; 28 (5): 237-49

Ubeda I. Atención a la familia ¿Utopía o realidad?. Revista Rol de Enfermería 1995; 203-204:75-78

Zazpe C, Margall, MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC Meeting Needs of family ill patients in a Spanish intensive care unit . Intensive Critical Care 1997; (13): 12-16.

Quinn S, Redmon K, Begley C . The needs of relatives visiting adult critical care units a perceived by relatives and nurses. Parte II. Intensive Critical care Nursing 1996; 12: 239-245

Robb YA . Family nursing in intensive care: the needs of family with a member in intensive care . Intensive Critical Care 1998; 14: 203-207

AUTOR/ES:

Rodríguez Cala A, Aranda Castro C, Pons Rodríguez A, Esteban Salinas N, Llovera Ocaña M, García Ortega P

TÍTULO:

Material audiovisual de Educación Sanitaria para dar sencillos consejos sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé

TEXTO DEL TRABAJO:**Objetivo**

Elaborar un vídeo en formato DVD para dar sencillos consejos sobre las distintas técnicas de LM, la cura umbilical y el baño del bebé.

Metodología

Para la realización del guión del DVD se plantea una metodología con cierto rigor científico y elegimos un modelo clásico de validación científica y validación clínica. La validación científica, se realizó mediante búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, Cuidatge, Medline, Cinhal y Cocharane). Encontramos mucha bibliografía sobre lactancia materna y los cuidados del bebé, lo que nos facilitó la elaboración del guión. También planteamos realizar un panel Delphi. Se crea un grupo Monitor (4 personas y un coordinador) para hacer la revisión bibliográfica, localizar a los expertos/panelistas (50) y hacer la propuesta final. El grupo monitor también se encarga de orientar, revisar y coordinar el proyecto.

Definimos el perfil de los expertos (profesionales de diferentes ámbitos sanitarios con 5 años de experiencia en el área materno infantil, profesionales de sociedades científicas y asociaciones de apoyo a la lactancia materna). Se pasaron 3 guiones a los expertos. El primero de ellos se facilitó desde el servicio de coordinación del grupo monitor, el segundo se elaboró teniendo en cuenta los resultados del primero y el tercero se elaboró teniendo en cuenta los resultados del segundo, una vez devuelto el tercer guión con todas las aportaciones y sugerencias el grupo monitor hace la propuesta final del guión. Se analizó el lenguaje, los conceptos, las imágenes de referencia y las anotaciones técnicas. También analizamos y evaluamos la realidad clínica realizando un estudio observacional en el que recogimos datos sobre las actividades que los profesionales sanitarios realizan sobre el tema de estudio. El trabajo de campo se realizó en el área materno infantil y la población de estudio fue la totalidad de profesionales de enfermería que trabajan en este área.

La duración del estudio ha sido de dos años 2004 y 2005.

En nuestro estudio han participado expertos del ámbito hospitalario, de atención primaria, de sociedades científicas, de la escuela de enfermería, profesionales que han publicado sobre el tema de estudio y mamás. En cuanto al guión podemos decir que buscamos en todo momento expresiones e ideas positivas en pro de LM, intentamos evitar la retórica en beneficio de frases cortas fácilmente asociables a las imágenes adquiridas. Trabajamos los textos en primera persona utilizando de tu a tu, dado que el equipo monitor consideró que esto podía ayudar a la comprensión del texto y a la proximidad.

Contactamos con mujeres gestantes (25) para poner fecha a la grabación, preparamos el contrato de autorización de uso de imagen y preparamos las instalaciones para llevar a cabo la grabación. Tuvimos algunas limitaciones, mujeres que al final por miedo o por arrepentimiento abandonaron, mujeres que no quisieron participar porque su esposo no autorizó la grabación, mujeres que tuvieron problemas en el parto, alta precoz etc. La locución en of se ha hecho en castellano, catalán, árabe, inglés y francés. La duración del DVD es aproximadamente de 10 minutos.

Resultados

Podemos decir que tenemos un material audiovisual de educación sanitaria que dura aproximadamente 10 minutos, que se puede oír en 5 idiomas y en el que han participado 50 expertos/panelistas y 100 profesionales que asistieron a un congreso que se llevó a cabo en el hospital organizado por Fedalma y a los cuales se les pidió su participación para valorar, revisar y aportar sugerencias y comentarios al DVD.

Discusión

Las autoras consideramos que este material audiovisual (DVD) permitirá hacer una intervención formativa en las mujeres ingresadas en el Área materno infantil, reforzará las explicaciones de los profesionales sanitarios y dará la misma información a todas las mujeres independientemente de la lengua que hablen. El DVD se podrá ver por el televisor de las habitaciones 3 veces al día en diferentes horarios y se podrá oír en el idioma que se desee (castellano, catalán, francés, inglés y árabe)

BIBLIOGRAFÍA:

- Gamez Requena J J.[et al.] Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga en mujeres cuyos partos finalizaron con cesárea. Rev. Atención Primaria Mayo 2004; V: 33- N: 9, Pag: 503-506
- Gil Sacaluga R. Un paseo histórico por la lactancia materna. Rev. Hides Junio 2004; V: - N: 9, Pg: 293-303
- German, C.[et al.] Legibilidad de materiales educativos sobre lactancia materna en Aragón y Andalucía (1990-1997).Rev. Index de enfermería - Oto±o 1998; V: VII- N: 22 Pg: 30-33
- Oliver Reche, M.I. Etnografía de los cuidados materno-infantiles. Rev. Index de enfermería - Oto±o 1998; V: VII- N: 22, Pg: 34-40
- Marcos Pérez, Elena; Zapata Boluda, Rosa M^a. Actitudes de algunas madres respecto a la lactancia materna. Rev. Enfer Científ 1998; may-jun194-195:56-59
- Graullera Millas, M; Capsir Sanz, G; Copovi Alvarado, S; Fernández Martínez, A; Marrahi Pla, F; Sarrió Rodríguez, C. Actividades de promoción de la lactancia materna en un centro de atención primaria. Rev. Enferm Integral. 1998 abr-jun.45:XIV-XVII
- Hernández Ferrer, ME .Lactancia materna Rev. Enferm Científ 1986;sep 54:7-10
- Casado, F. Lactancia natural Editorial M. Sanidad y Consumo 1983; Pág143 p.; 4º Monografía
- García Casanova, M; García Casanova, S; Juan, MP; Ruiz Mariscal, E; Parellada Esquius, N Lactancia materna: Puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Rev. Atención Primaria :2005; 35 (6): 295-295
- García Almagro, FJ; Sabin Rodríguez, C; Lozano García,; Saez Crespo, JA Prevalencia de la lactancia materna. Estudio en un centro de atención primaria. Rev. Enferm Científica :2003; 0 (260-261): 5-10
- Surez Gil, P; Alonso Lorenzo, J; López Díaz, A; Martín Rodríguez, D; Martínez Su rez, M Prevalencia y duración de la Lactancia materna en Asturias. Rev. Gaceta Sanitaria:2001; 15 (2): 104-110

AUTOR/ES:

Amparo Castaño Andujar. M^a Concepción Carrillo Garcia

TÍTULO:

ACCIDENTES EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

TEXTO DEL TRABAJO:**1. Objetivo**

El tipo de accidente más frecuente en personas mayores de 60 años es el doméstico y entre ellos las caídas, son una fuente importante de morbilidad y mortalidad. El objetivo del estudio es conocer, determinar y registrar la incidencia de accidentes en este grupo de edad en la Comunidad Valenciana en el año 2004, con el fin de poder actuar con eficacia en su prevención.

2. Metodología

Estudio descriptivo transversal que se realizó en el año 2004. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario de 22 ítems por 49 enfermeros pertenecientes a la red centinela de la Comunidad Valenciana. Se recogió información sobre datos sociodemográficos, características del accidente, problemas de salud. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático Access 97

3. Resultados

Se notificaron un total de 657 datos. El perfil de los sujetos del estudio es el siguiente: mujeres de 76.8 años de edad media y desviación estandar de 8, que viven en el ámbito urbano el 64.4% y generalmente con un familiar el 75.6%.

El 63.5% de los accidentes son domésticos de ellos el 57.7% son caídas y el 25.9% son por traumatismos. Viven solos un 39.3% de los que el 14.2% son hombres y el 25.1% son mujeres. En el 67.3% la primera asistencia fue realizada en el centro de Salud y el 6.5% en el Hospital, de estos el 5.3% ha requerido ingreso hospitalario.

La parte del cuerpo más afectada son las extremidades superiores e inferiores seguido de la cabeza y cuello. La mayoría de accidentes son leves solo un 4.2% son graves.

4. Discusión

Las personas mayores son el grupo de población más propenso a sufrir accidentes causales, pudiendo llegar a ocasionar grandes secuelas. La dependencia para a la movilización es la limitación más frecuente para ambos géneros y con mayor proporción para el genero masculino. La dependencia para el resto de aspectos valorados: alimentación, continencia, vestido e higiene presenta un mayor predominio en mujeres. Aparece una tendencia al aumento de todos los aspectos de la dependencia a medida que aumenta la edad de los accidentados.

Agradecimientos

A los enfermer@s de la Red Centinela de la Comunidad Valenciana por su trabajo desinteresado en la recogida de información.

BIBLIOGRAFÍA:

Revista Jano 24-30 Mayo del 2002 volumen LXII nº 1434 accidentes domésticos y de ocio.

Revista Cubana Med. Gen. Integr. V.20 n. 5-6 Ciudad de la Habana Sep-Dic. 2004.

Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica.

Mortalidad por accidentes en la 3ª edad.

Dra. Ana Juanne Martínez Portuondo.

Dr. Ibrahim Rodríguez Rodríguez.

http://www.ucmh.sld.cu\rhab\articulo_rev4\mortalidad.htm

Caídas en el anciano.

Carro García.

T. Alfaro Hacha

Residentes de geriatría hospital Virgen del Valle (Toledo).

Revisiones mg. – Septiembre 2005 pag. 582-589

AUTOR/ES:

BERNALTE, ALVARO; MIRET, M^a TERESA; DÁVILA, JESÚS; ESTEBAN, FRANCISCO MANUEL; OCAÑA, MARIA LUISA; FERNÁNDEZ, ÁNGEL

TÍTULO:

" RIESGO ATRIBUIBLE AL FACTOR "SER CUIDADOR"

TEXTO DEL TRABAJO:**1. OBJETIVOS.**

La creación de un método de declaración de casos (entendiendo por estas personas dependientes y cuidadores valoradas a domicilio por enfermeros de enlace del Distrito de APS campo de Gibraltar) se lleva realizando desde el 1 de Febrero del año 2005, y continúa en una segunda fase con cambios propuestos por el equipo. La vigilancia de estas declaraciones nos ha permitido establecer la incidencia acumulada de diagnósticos enfermeros durante ese año, en toda la población estudiada y compara las incidencias entre cuidadores y enfermos.

2. MÉTODOS.

La población estudiada es el Universo de enfermos dependientes y de cuidadores valorados por primera vez; el área geográfica del estudio es el Distrito de APS Campo de Gibraltar, la base de datos utilizada es un cuestionario de EPI INFO 2000, y el sistema de registro utilizado por los enfermeros de enlace fue diseñado para el estudio. La declaración de los casos se ha realizado mensualmente por parte de los enfermeros de enlace participantes. Hemos analizado en ambos grupos la incidencia acumulada, y el Riesgo Atribuible (RA) al factor ser cuidador, entendiendo por RA la máxima proporción de la incidencia de un diagnóstico enfermero atribuible al hecho (factor) de ser cuidador.

3. RESULTADOS.

A. Las personas valoradas son. 1473 enfermos y 873 cuidadores; B. Las incidencias de los diagnósticos varían entre los dos grupos; C. Los RR. AA. a este factor se dan en solo 37 de los 117 diagnósticos que se han emitido durante el estudio; D. Los RR.AA.:

ALGUNAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ORDENADAS DE MAYOR A MENOR RIESGO ATRIBUIBLE AL FACTOR SER CUIDADOR

CÓDIGO	ETIQUETA	INCIDENCIA
Nº 62	RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR	117,7
Nº 61	CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR	115,9
Nº 82	MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO	81,5
Nº 158	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	60,0
Nº . 126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	54,4

Etcétera.

4. DISCUSIÓN.

El Riesgo Atribuible confirma que los diagnósticos emitidos por los enlaces, en el caso de los cuidadores "reconocen" este factor; ello nos lleva a pensar en la calidad de los diagnósticos emitidos y por lo tanto la valoración positiva del trabajo realizado en cuanto a los diagnósticos enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alamo, M. C.; Artilles, M. C. y otros. "Apoyo social percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano". Atención Primaria. Junio 1999. 24(1):26-31.
- Alonso, M. A. ; Sacristan, A. "Programa de cuidados paliativos a domicilio". Diseño y resultados preliminares". Centro de Salud. Mayo 1994. 2 (5):369-372.
- Aparicio, M. R.; Martorell, A. "Atención domiciliaria al enfermo terminal". Gerokomos. Noviembre 1993. IV(9):104-108.
- Artigues, E. M.; Asencio, T.; y otros. "Visitas domiciliarias: ¿Qué opina la población?. Rol de Enfermería. Octubre 1990. XIII(146):68-71.
- Baraza, M. P.; Lafuente, N.; Granados, A. "Identificación de los diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería". Enfermería Comunitaria 2005; 1(1):18:23.
- Bernalte, A.; Olmedo, F. J.; y otros. "Programa de atención domiciliaria, como resultado de una consultoría". Rev. Enfermería Científica Nº 158-159. Septiembre - Octubre 1997. 9-18.
- Bernalte, A. ; Laflor, M. V.(1991). "Desarrollo de la Atención de Enfermería en los Distritos de Atención Primaria". Revista Enfermería Científica. Nº 111-112. Julio- Agosto.
- Bernalte, A.; Fernández, R. y otros. (1997). "Enfermería en Atención Primaria". El Puerto de Santa María. Distritos de APS de la provincia de Cádiz. Pp. 22-42.
- Bilbao, I.; Gastaminza, A. M.; y otros. "Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en Atención Primaria de Salud". Atención Primaria. Marzo 1994. 13(4):188-190.
- Buendía, C.; Méndez, M. ; Narbona, P. "Distribución del tiempo de enfermería en equipos de atención primaria". Rol de Enfermería. Noviembre 1997. XX (231):53-56.
- Busquet, X.; Porta, M. y otros. "La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras". Atención Primaria. Abril 1994. 13(6): 291-298.
- Carceller, T.; Luzán, M. J. ;García, R. « Grado de interés por la formación del cuidador y su percepción del proceso enfermedad

AUTOR/ES:

M Lupiani Giménez; FJ Gala León; JL Romero Palanco; A Bernalte Benazet; T Miret García; A Gómez sanabria; JA Cordeiro Castro; J Dávila Guerrero y MC Barreto Romaní. Grupo Investigador CTS -386- PAI. E.U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz

TÍTULO:

Actitudes prejuiciosas en los Profesionales de Enfermería (P.E.). Resultados de un estudio descriptivo-correlacional

TEXTO DEL TRABAJO:

Un prejuicio es un juicio de valor emitido sin comprobar su validez por los hechos (1); es una ACTITUD cuyo componente cognitivo es el estereotipo, con una evaluación afectiva negativa de su objeto y con un componente conductual de discriminación, segregación o marginación (2). Las actitudes prejuiciosas del Personal Sanitario (P.S.) y del P.E. hacia muchos temas y sujetos (Sida, Donación de órganos, Muerte, Eutanasia, Aborto, Clonación, Inmigración, Sexualidad...) (3-4) cobran un protagonismo especial puesto que somos receptores de los tabúes y prejuicios de nuestra sociedad, pero también podemos frenar o perpetuar y potenciar tales prejuicios.

Así, nuestros OBJETIVOS han sido: a) Establecer la prevalencia y el alcance de los prejuicios del P.S y, específicamente, en el P.E.; b) Analizar cómo se estructuran en torno a posibles rasgos de Personalidad Autoritaria/Prejuiciosa, y c) Constatar con qué otras variables psicosociales pueden correlacionar (p.ej. la Religiosidad).

El MÉTODO ha sido descriptivo-observacional, transversal, muestral y correlacional (5) en una MUESTRA estratificada y al azar (n.c. de $2\sigma -955$ por 1000- $p < 0,005$) de 651 sujetos de ambos sexos: 288 DUEs y 163 Médicos de los Hosp. Univ. de Pta. del Mar y Pto. Real; más 120 alumnos de Enfermería, Medicina, F y Letras e Ingeniería y 80 profesores de F. y Letras e Ingeniería a los que se les aplicó anónima y voluntariamente, como BATERÍA, entre otras pruebas, un Cuestionario Sociodemográfico, la Escala F de Adorno, adaptada a España (6) –instrumento que mide la presencia de prejuicios y de rasgos de Personalidad Prejuicioso/Autoritaria- y el Cuestionario de Religiosidad de Raja (7) que mide la Religiosidad no confesional.

RESULTADOS: Total (a nivel de intervalo): Media: 4,39; σ_x : 0,74 . (Medicina: Media:4,51; σ_x :0,62 / Enfermería:Media :4,30; σ_x :0,77. T: 3,373; p: 0,001)

	Medicina	Enfermería	
1-Muy prejuicioso	0---0%	1-----0,3%	
2-Bastante prejuicioso	0---0%	9-----2,7%	χ^2 :153,08
Intervalos: 3-Medianamente prej.	15---6,7%	30-----9,1%	
4-Levemente prej.	79---35,4%	138-----42,1%	p: 0,010
5-Nada prejuicioso	129---57,8%	150-----45,7%	

Se trata de unos sujetos muy poco prejuiciosos en los que la mayoría absoluta (50,6%) no presenta prejuicios, tan sólo un 39,3% es levemente prejuicioso, y –sumando los niveles de moderadamente, bastante y muy prejuicioso- tan sólo se alcanza un 10,1% de los casos; (considerándose Personalidades Prejuiciosas o con el “Síndrome de la Personalidad Autoritaria” los sujetos Bastante y Muy prejuiciosos y advirtiendo que en el nivel de Muy Prejuicioso sólo aparece un caso –0,18%- sin ningún valor estadístico). Tan bajos niveles de prejuicios es propio de una sociedad tolerante y en colectivos pluralistas y democráticos y avalan la evolución saludable de nuestro País en ésto, pues datos obtenidos con el mismo instrumento, en una población similar, en los 80 (8), ofrecían una mayor prevalencia de prejuicios medios –aún siendo una población poco prejuiciosa entonces-. Por subgrupos estos datos medios no varían significativamente ni por sexo, edad, o estado civil (aunque se advierten tendencias a ser menos prejuiciosos los casados o en pareja); también tiende a ser algo más prejuicioso –dentro de los poco prejuicios- el P.E. que el de Medicina, incluso entre los alumnos, aunque son menos prejuiciosos que los No Sanitarios. Tampoco correlacionan los prejuicios con la religiosidad pues los creyentes no presentan más prejuicios que la media general.

Con estos datos no es de esperar o temer que se den mayoritariamente situaciones de mala praxis entre el P.E por discriminación motivada por prejuicios generales hacia los pacientes (taxativamente condenados en los art. 52 y 61 del Código Deontológico de la Enfermería Española)

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- LUPIANI M, GALA FJ, DÍAZ M et al: Los prejuicios: Contaminantes ideológicos-psicológicos ambientales: En VVAA, Salud y Medio Ambiente (pp 57-73). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la UCA, 1996.
- 2.- GALA FJ, LUPIANI M y GUILLÉN C: Las actitudes y la conducta interpersonal. En C Jiménez (edit), Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la UCO (en prensa).
- 3.- LUPIANI M: Actitudes del Personal Sanitario ante la Clonación Humana. Tesis Doctoral. Cádiz, 2006.
- 4.- GALA FJ, LUPIANI M, ROMERO JL et al: The relevance of and analysis of the attitudes of Medical Staff (MS). 9 th European Congress of Psychology. Granada, 2005.
- 5.- FORTIN M: El proceso de investigación: De la concepción a la realización. México: McGraw-Hill, 1999.
- 6.- PINILLOS JL: Análisis de la Escala F en una muestra española. Estudio comparativo. Rev. de Ps. General y Aplicada XVIII (70): 1155-1174. Madrid, 1962.
- 7.- RAJA R: Inventario de Creencias Religiosas. En R Raja, Influencias de las Creencias Religiosas en las actitudes del P.S. ante la muerte. Tesis Doctoral. Cádiz, 2001.
- 8.- GALA FJ: Actitudes en torno al SIDA: Un análisis de la población de Enfermería de la provincia de Cádiz. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la UCA, 1993.

AUTOR/ES:

Luciana Tokunaga Itami
Ana Cristina Mancussi e Faro

TÍTULO:

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE TÉCNICA LIMPIA: ENSEÑANZA EN EL LABORATORIO DE ENFERMERÍA

TEXTO DEL TRABAJO:

El aumento del contingente de portadores de lesión raquímedular es considerado preocupante, no apenas por las secuelas físicas, orgánicas y psicológicas decorrentes de esta lesión, más también, por alcanzar predominantemente a las personas jóvenes. En la mayoría de los casos estas lesiones son de origen traumático, entre ellos las heridas provocadas por arma de fuego (HPF), accidente automovilístico y caídas, son consideradas como las causas externas más frecuentes presentadas en el Brasil. Los individuos son predominantemente adultos, variando las edades entre 18 a 35 años, con una proporción de 4 hombres para 1 mujer. En el aspecto clínico, se observa en estos pacientes disfunciones vésico-esfinterianas e infección del tracto urinario. Cuando la capacidad de vaciar la orina está comprometida, el uso de catéteres y sondas para eliminación de ésta es necesario, siendo en este caso, el autocateterismo vesical intermitente (ACVI) el tratamiento escogido por promover la independencia, disminuir el número de complicaciones, estimular la autoestima y la calidad de vida. Las finalidades de ACVI técnica limpia son de vaciar la vejiga en períodos regulares, evitar la hiperdistensión vesical e impedir que la vejiga pierda sus características de reserva. Se trata de un procedimiento conocido por pocos enfermeros, principalmente por aquellos que son del área de Rehabilitación de personas con lesión medular, urológica y neurológica. Durante la formación profesional en Enfermería, pocos son los alumnos que tienen contacto con la asistencia a personas con lesión medular. Por lo tanto, este estudio tuvo por objetivo, comparar dos estrategias de enseñanza, discurso y estudio auto-dirigido, sobre el procedimiento de cateterismo vesical intermitente con técnica limpia, en mujeres. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y comparativa, con abordaje cuantitativo, realizada en el laboratorio de Enfermería de una facultad pública localizada en el municipio de São Paulo, Brasil. Fueron formados dos grupos, con 19 alumnos en cada uno. Así, los alumnos del grupo A recibieron la clase teórica y, los del grupo B recibieron una guía auto-instructiva elaborado en base a investigaciones sobre el procedimiento y con el mismo contenido de la clase teórica. Los dos grupos fueron evaluados por medio de pruebas teóricas e prácticas, y el laboratorio de Enfermería fue utilizado para la evaluación práctica del procedimiento en el maniquí. **RESULTADOS Y COMENTARIOS:** Los alumnos del grupo A, 89,47% realizaron la prueba teórica y el 100% hicieron la evaluación práctica. En el grupo B, todos los alumnos realizaron las dos evaluaciones. Por medio del análisis estadístico, no se obtuvo diferencias estadísticamente significantes entre las evaluaciones teóricas. En la evaluación práctica, en las preguntas relacionadas a la medición del volumen de orina residual y observación de sus características drenadas, fueron obtenidas diferencias estadísticamente significantes ($p=0,001$ y $p=0,002$ respectivamente). Los estudiantes que utilizaron la guía auto-instructiva (grupo B), cometieron menos errores en ambas evaluaciones. Las implicaciones para la práctica clínica en el ámbito de Enfermería en Rehabilitación, consiste en intervenciones relativas a la prevención de la infección urinaria y la preservación de la función renal de la persona con lesión medular, enseñando este procedimiento con rigor técnico y científico. Teniendo en cuenta la especificidad del procedimiento, recomendamos que sea enseñado a los alumnos de los cursos de graduación en Enfermería en el contexto de las consecuencias físicas de la lesión medular y en la diversidad social de la población más afectada por el trauma raquímedular. El estudiante tiene que comprender las razones clínicas, sociales y financieras de cada persona con lesión medular para la aplicación adecuada del cateterismo vesical intermitente técnica limpia.

BIBLIOGRAFÍA:

Spósito MM et al. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. Ver Paul Méd 1986; 104 (4):196-202.

Faro ACMe. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. 1991. [dissertação de mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Faro ACMe. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular 1995 [tese de Doutorado] São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Louve BS, Diokono AC. Intermittent self-catheterization. In: Broadwell AC, Jackson BS. Principles of ostomy care. St. Louis: Mosby, 1982. p.770-782.

Froemming C, Smaniotto ML, Lima CLM. Cateterismo vesical intermitente. Rev HCPA 1988; 8(1):29-35.

Lelis MA dos S. Cateterismo vesical intermitente limpa: aspectos envolvidos na sua utilização como instrumento terapêutico em pacientes com disfunção vésico-esfincteriana 2003 [tese de Doutorado] São Paulo (SP), Universidade Federal de São Paulo.

Moroóka M, Faro ACMe. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. Rev Esc Enf USP 2002, 36(4):324-331.

AUTOR/ES:

Juan Manuel Cotilla Franco, Juan Prieto Tinoco, Manuel Alberto Orta González, Josefa FrigoletMaceras

TÍTULO:

Estándares de calidad en los informes de continuidad de cuidados publicados en la web del SAS

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos Evaluar la adecuación de los registros de continuidad asistencial incluidos en la web del SAS a unos estándares predefinidos por el equipo investigador

Métodos Definición de los estándares de calidad a medir, elaboración posterior de una parrilla de observación. La revisión de los informes se ha hecho por pares y de modo independiente, la concordancia interobservadores de la información registrada ha sido del 100%.

Los indicadores usados son: 1 Explicitación de un modelo o estructura de valoración según modelo enfermero, se excluye valoración por patrones funcionales (Gordon) si no existe un modelo de sustento. 2 Registro de diagnósticos enfermeros. 3 Registro de la etiología y evidencias del diagnóstico. 4 Registro de intervenciones NIC. 5 Registro de actividades. 6 Registro de resultados NOC. 7 Registro de indicadores. 8 puntuación de las NOC. 9 Registro de pruebas clinimétricas. 9 Denominación de ICC. 10 Registro de datos de cuidadora.

Resultados Se han revisado 6 documentos pertenecientes a sendos hospitales de cuatro provincias distintas, todos públicos y pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz, reflejando el cuadro siguiente la adecuación a los parámetros de comparación.

HOSPITAL	MOD	Dx	PES	NIC	ACT	NOC	IND	PUNT	TESTS	ICC	CUID
Infanta Elena	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S
Juan Ramón	N	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S
Antequera	N	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N
La Merced	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Reina Sofía	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Virgen Rocío	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Discusiones (Implicaciones para la práctica): La ausencia de modelo enfermero implica ausencia de rumbo en los planes de cuidados para los pacientes, es de vital importancia que los profesionales implicados en la continuidad marque las pautas (orienten) para que los cuidados se presten dentro de un modelo enfermero. La incompleta formulación de diagnósticos enfermeros dificulta la acción sobre el núcleo causal del mismo (factor relacionado) y debilita su consistencia al no reflejarse las evidencias que apoyen su enunciado, un buen diagnóstico debe ser el centro de un buen plan de cuidados para una prestación de cuidados con continuación en el tiempo.

Los investigadores recomiendan facilitar una relación de diagnósticos enfermeros de interés en el tránsito de niveles si la implantación de la metodología enfermera presenta dificultades, esta relación tiende a desaparecer con sucesivas revisiones del mismo. No es viable hablar de planes de cuidados fuera del marco de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELE), esta información se debe registrar teniendo en cuenta al menos las intervenciones (NIC) y el estatus del criterio de resultado NOC utilizado en el momento de la transferencia para que la continuidad sea real y efectiva. La información procedente de escalas, tests e índices, orientan y pueden apoyar determinados diagnósticos por tanto sería deseable contar con un espacio adecuado para su registro. Se deben de expandir el uso de estos informes a nuevas situaciones, cambios de unidad, cambios de domicilio o ingresos en otros centros asistenciales. En paciente dependientes el informe se encuentra mutilado, ya que es a la cuidadora a quién se le facilita la información, al carecer de un registro adecuado de cuidadoras se duplican y dispersan la información perdiendo efectividad nuestras intervenciones La continuidad de cuidados para todas las áreas geográficas de una sola empresa se debe reflejar en un documento unívoco, mientras esto no suceda en la provincia de Huelva trabajamos para elaborar un informe provincial único. El registro del informe de continuidad se debe realizar a modo de mapa conceptual a fin de facilitar su rápida lectura e incorporando los criterios que la evidencia disponible nos sugiere.

BIBLIOGRAFÍA:

- Gonzalo Duarte Clíments et al: " Continuidad de Cuidados Documento Marco elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC". [Disponible en red URL: www.asanec.es fecha de rescate 28/065/2006.
- Rafael del Pino Casado: "Teoria y practica en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales." IV Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería.
- Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS: "Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial". Journal of the American Medical Association. 1999; 281 (7): 613-20
- Freeman et al: "Continuity of care: an essential element of modern general practice?. Fam. Pract..2003; 20: 623-627.
- Wright LK, Litaker M, Laraia MT, DeAndrade S: "of care for Alzheimer's disease: a nurse education and counseling program". Issues in mental health nursing. 2001; 22 (3): 231-52.
- SIGN: CPC The intermediate discharge Document. [Disponible en red: www.sign.ac.uk fecha de rescate 28/05/2006
- Rosa M. González-Llinares, Idoia Aramburu y M. Jesús Ruiz de Ocenda: "Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):232-6
- Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E: "Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial". International journal for quality in health care : journal of the International. 2005;17 (1): 43-51.
- Health Technology Assesment NHS R&D HTA Programme: Geriatric Rehabilitation following fractures in older people a systematic review. 2000. 4(2)
- National Guideline Clearinghouse: "Stroke assesment across the continuum of care" [Disponible en red: www.guideline.gov, fecha de rescate 28/05/2006]

AUTOR/ES:

Juan Manuel Cotilla Franco, Juan Prieto Tinoco, Manuel Alberto Orta González, Josefa FrigoletMaceras

TÍTULO:

Auditoria de calidad del informe de continuidad de cuidados del área hospitalaria Infanta Elena

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo General: Evaluar la adecuación de los contenidos de los informes de continuidad de cuidados emitidos a los pacientes dados de alta del Hospital Infanta Elena en el periodo de estudio. El objetivo general se ha operativizado desagregando la correcta cumplimentación en los diferentes apartados del informe y que se reflejan en las variables incluidas en el estudio.

Métodos. Ámbito de estudio: área hospitalaria Infanta Elena

Diseño: estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal

Sujetos de estudio: informes de continuidad de cuidados de los usuarios dados de alta en el periodo de estudio. No se han descrito criterios de exclusión de dichos informes ni se ha realizado muestreo, el cómputo de documentos auditados refleja la totalidad de los emitidos en el periodo e estudio. **Temporalidad.** 1 de Junio a 31 de diciembre de 2004. Siete meses

Variables: Se han estudiado la correcta cumplimentación del informe existente categorizando las variables en dos clases: datos administrativos del paciente y datos relativos al plan de cuidados, mediante sistema estandarizado de lenguaje enfermero (SELE)

Instrumentos: hoja de valoración de auditoria autoelaborada por la comisión de cuidados de área.

Análisis: se ha realizado un análisis descriptivo básico de las variables de estudio y se han buscado posibles inferencias estadísticas de las variables del estudio mediante el uso del paquete estadístico SPSS v.11.0 para Windows.

Resultados: Se han analizado un total 738 informes, siendo la estancia media de las personas con ICC ha sido de 7,35 días. Los ICC se emiten para la población diana para la que en principio se diseño y en la que se piloto el uso del mismo. En el subapartado de información administrativa destaca que en un 34,4% de los casos no se identifica correctamente los datos relativos al paciente. En el apartado de cuidadoras la cifra se eleva al 71,1%. El diagnóstico médico se reconoce en el 97% de las veces, frente al 31,6% de los informes que se redactan con etiqueta diagnóstica enfermera y de estos solo el 27% presentan el factor relacionado del diagnóstico.

En cuanto al plan de cuidados el 48,91 si registran intervenciones que se realizan con los pacientes, mientras que la medición de resultados solo se realiza en el 29,82%.

La existencia de problemas de colaboración se ha detectado en un 34,68 %.

El 34% de los pacientes requieren algún tipo de suplencia para las áreas de autonomía del modelo de Henderson

Discusiones (Implicaciones para la práctica): A las enfermeras les resulta más fácil identificar y registrar un diagnóstico médico que emitir una etiqueta diagnóstica enfermera y menos aún un diagnóstico completo (formato PES). Los pacientes dados de alta presentan altos niveles de dependencia, lo que implica suplencia en los cuidados, sin embargo existe una baja proporción de cuidadoras registradas. Existe un desfase de registro entre las intervenciones registradas y los resultados esperados, es decir una proporción de dichas intervenciones no tienen como función terminalista modificar un resultado enfermero, en general los planes de cuidados son escasos y escuetos. La actuación enfermera se apoya más en problemas de colaboración derivados de los diagnósticos médicos que en planes de cuidados posteriores a una valoración enfermera exhaustiva. En la actualidad se está evaluando un nuevo corte a de fin de detectar desviaciones de los resultados de tipo pre – post.

Conclusiones: El uso del ICC en nuestra Área de referencia no es adecuado tanto por la escasa exhaustividad de los datos administrativos como por la baja calidad de los SELE utilizados en los planes de cuidados al alta.

BIBLIOGRAFÍA:

Gonzalo Duarte Clíments et al: " Continuidad de Cuidados Documento Marco elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC". [Disponible en red URL: www.asanec.es fecha de rescate 28/065/2006.

Rafael del Pino Casado: "Teoria y practica en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales." IV Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería.

Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS:

"Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial". Journal of the American Medical Association. 1999; 281 (7): 613-20

Freeman et al: "Continuity of care: an essential element of modern general practice?. Fam. Pract..2003; 20: 623-627.

Wright LK, Litaker M, Laraia MT, DeAndrade S: "of care for Alzheimer's disease: a nurse education and counseling program". Issues in mental health nursing. 2001; 22 (3): 231-52.

SIGN: CPC The intermediate discharge Document. [Disponible en red: www.sign.ac.uk fecha de rescate 28/05/2006

Rosa M. González-Llinares, Idoia Aramburu y M. Jesús Ruiz de Ocenda: "Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):232-6

Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E:

"Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial". International journal for quality in health care : journal of the International. 2005;17 (1): 43-51.

Health Technology Assesment NHS R&D HTA Programme: Geriatric Rehabilitation following fractures in older people a systematic review. 2000. 4(2)

National Guideline Clearinghouse: "Stroke assesment across the continuum of care" [Disponible en red: www.guideline.gov, fecha de rescate 28/05/2006]

AUTOR/ES:

M.L. Mateo Herrero* y **, A. Aguado de la Fuente**, I. Guerra Cuesta*; A. Mayo Iscar*
*Escuela de Enfermería. Universidad de Valladolid.
** Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid

TÍTULO:

EPOC Severa y Calidad de Vida: carencias en los conocimientos de los pacientes sobre su tratamiento e influencia en su calidad de vida

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

Se ha descrito como algunos fármacos influyen favorablemente sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y las tasas de exacerbación e ingreso de pacientes con EPOC. Pero no se ha evaluado los conocimientos que tienen sobre su propia enfermedad y sobre las consecuencias que se derivan del manejo ineficaz del tratamiento.

OBJETIVOS:

Detectar la falta de conocimientos y carencias en los pacientes con EPOC con la intención de planificar y evaluar el beneficio que aportaría a estos pacientes, la intervención educadora de enfermería en su tratamiento. Considerando aspectos subjetivos (CVRS), y objetivos (tasas de exacerbaciones e ingresos).

MÉTODOS:

Muestra formada por 115 pacientes consecutivos diagnosticados de EPOC. Durante su ingreso evaluamos el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, realizando encuesta fundamentada en:

- Administración del tratamiento, especialmente uso de inhaladores.
- Oxigenoterapia.
- Hidratación.
- Fisioterapia respiratoria.

RESULTADOS:

Los pacientes tienen una edad media de 75,7±9 años y el 73% son varones. El 68% están diagnosticados de EPOC hace más de 10 años, y habían ingresado una media de 5,1±5,7 veces en los últimos 5 años, con un consumo de tabaco medio de 38,5± 42,3 paquetes-año. En el 68% su EPOC era el único motivo de ingreso.

Detectamos un alto porcentaje de déficit en la utilización de medicación inhalada. A pesar de tenían más de 4 ingresos de promedio previos solo una pequeña minoría de los individuos realiza una técnica inhalatoria adecuada. Los mayores porcentajes de error se detectaron en la ausencia de espiración previa a la inhalación, en mantener apnea de 10 seg. tras la inhalación, en la ausencia de espiración progresiva y lenta tras la inhalación y en la necesidad de esperar un minuto antes de una segunda inhalación. Tienen conocimientos sobre la conveniencia de hidratación, pero no emplean la humidificación del ambiente. A pesar de las recomendaciones, son escasos los pacientes que realizan ejercicio físico y la técnica de fisioterapia que realizan es mejorable.

CONCLUSIONES:

A la vista de las carencias detectadas proponemos realizar intervenciones de enfermería que se podrían planificar con la información obtenida de este estudio. Creemos que este tipo de intervenciones puede impactar favorablemente sobre la CVRS de los pacientes con EPOC, y determinar una influencia favorable en la percepción del paciente sobre su salud.

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.

AUTOR/ES:

M^a Roser Espinalt Serra
M^a Angeles Placeres Gago
Rosa Mena Moraleja

TÍTULO:

Prevalencia y educación sanitaria sobre HTA en una zona rural de un país en vías de desarrollo (Bakou - Camerún)

TEXTO DEL TRABAJO:**RESUMEN:**

Objetivo: Este trabajo analiza la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) de una población rural en un país subdesarrollado como es el Camerún (Bakou). Al mismo tiempo se ha realizado educación para la salud. Se ha trabajado esta cuestión desde la educación para la salud.

Metodología: Experiencia descriptiva transversal del consultorio sanitario de Bakou durante el mes de abril del 2005. La población diana del dispensario fue estimada en 800 personas. Como criterio de inclusión se determinó ser voluntario y mayor de 18 años. Las variables a estudio fueron edad, sexo, tensión arterial diastólica y sistólica.

Resultados: De los 66 individuos incluidos el 40,9% presentaban HTA. La tensión sistólica estaba afectada en el 39,2% de los casos y la diastólica en el 27,5%. Además el 16,7% de ellos presentaba criterios de TA aislada.

Conclusión: Ante la emergente prevalencia de casos de HTA entre la población de los países en vías de desarrollo, la educación sanitaria constituye el elemento clave para prevenir y evitar las posteriores enfermedades cardiovasculares, más difíciles de tratar en los países subdesarrollados debido a la escasez de recursos.

PALABRAS CLAVE:

Africanos, hipertensión, rural, prevalencia, educación sanitaria.

KEY WORKS:

Africans, hypertension, rural, prevalence, health education.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Definición de hipertensión arterial. UNINET [en línea] [fecha de acceso 23 de mayo 2005]. URL disponible en : <http://.tratado.uninet.edu/c011601.html>
2. OMS Clasificación de hipertensión arterial. El médico interactivo: Aula acreditada [en línea] [fecha de acceso 23 de mayo 2005] .URL disponible en : <http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema2/hta2.htm>
3. Mbanya JCN, Minkoulou EM, Salah JN and Balkau. The prevalence of hipertensión in rural and urban Cameroon. International Journal of Epidemiology 1998;27(4):181-185 Sobngw
4. Mabadeje A.F. WHO-ISH Guidelines for the management of hypertension: implementation in Africa-the Nigerian experience. Clin Exp. Hypertens. Julio-agosto 1999;21(5-6):671-81.
5. Forrester T., Cooper R.S., Weatherall D. Emergence of Western diseases in the tropical world: the experience with chronic cardiovascular diseases. Br. Med. Bull. 1998; 54(2):463-73.
6. Lore W. Epidemiology of cardiovascular diseases in Africa with special reference to Kenya : an overview. East Afr. Med. J. Junio 1993 ; 70(6): 357-61.
7. Williams D.E., Lisk D.R. A high prevalence of hypertension in rural Sierra Leone. West Afr. J. Med. Abril-junio 1998; 17(2):85-90.
8. Tazi M.A., Abir-Khalil S., Chaouki N., Cherqaoui S., Lahmouz F., Srairi J.E. y Mahjour J. Prevalence of the main cardiovascular risk factors in Morocco: results of a National Survey, 2000. J Hypertens May ,2003;21(5):897-903
9. Kaufman J., Barkey N. Hypertension in Africa: an overview of prevalence rates and causal risk factors. Ethn Dis. 1993;3 Suppl:S83-101.
10. Whelton P.K., He J., Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. J. Hum Hypertens. Agosto 2004;18(8):545-51.
11. Jato M.N. y Jato J.G.. Cobertura de la vacuna contra el sarampión en las áreas rurales: un estudio de siete pueblos del Camerún. Rev. Int. Enf. Noviembre-diciembre, 1981; (3):23-25
12. Jato M.N.. Participación de los enfermeros de Camerún en la Atención de la Salud Primaria.

AUTOR/ES:

Souza JN, Chaves EC, Caramelli P

TÍTULO:

Strés en ancianos con la enfermedad de Alzheimer

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: La evaluación de un potencial de riesgo de un evento estresante, como la elaboración de estrategias de enfrentamiento, depende fundamentalmente de la función cognitiva del individuo. Considerando el déficit cognitivo que esta presente en enfermos de Alzheimer (DA), este estudio tiene como objetivo verificar la presencia y intensidad de estres. Método: Fue aplicado inventario de estres (LSS), ansiedad (IDATE) y depresión (Escala Cornell de Depressão en Demencia) en 60 ancianos, de los cuales 30 individuos eran cognitivamente saludables (grupo control) y 30 individuos com DA. Resultados: A pesar de que tanto los enfermos con demencia, como los cognitivamente saludables presentaron estadísticamente la misma intensidad de estres, las características cualitativas, referentes a la sintomatología de este síndrome, reflejaron una disposición de sospecha y confrontación al evento de estres en el grupo control, y de fuga y resignación en el grupo DA. Discusión: Así, a pesar de el ancianos com DA presentaren un perjuicio cognitivo, la intensidad de estres que ellos sentem es la misma que los ancianos saludables, pero la manera como los individuos con DA perciben lo evento estresante es diferente, caracterizada por una postura de evasión a el evento estresante. Este dado puede contribuir para la elaboración de intervenciones compatibles con el estilo de confrontamiento de los ancianos con DA, ayudando a minimizar el estres.

Palabras-claves: ancianos, demência, enfermería em neurociência, estres.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11:213-8.
- 2.Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
- 3.McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34(7):939-44.
- 4.Zeidner M, Endler NS apud Folkman S, Moskowitz JT. In: Coping: Pitfalls and promise. Annu. Rev. Psychol. 2004. 55:745-74.
- 5.Souza JN. Estresse e coping em idosos com Doença de Alzheimer. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2005.

AUTOR/ES:

Casimiro López Jurado, José María Martínez Sánchez, Yolanda Anes del Amo, Carmén Rojas Fernández, Julián-Mauro Ramos Aceitero, Pedro García Ramos.

TÍTULO:

Morbimortalidad por cáncer de pulmón en Extremadura. 2002 y 2003.

TEXTO DEL TRABAJO:**Objetivo:**

Analizar la situación del cáncer de pulmón en Extremadura durante los años 2002 y 2003.

Métodos:

Estudio descriptivo de ingresos y fallecimientos por cáncer de pulmón en residentes en Extremadura durante los años 2002 y 2003. Las fuentes de datos son el Registro de Mortalidad de Extremadura y el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta hospitalaria (CMBD). Los datos de mortalidad se refieren a personas residentes habituales en Extremadura fallecidos en Extremadura y los datos hospitalarios se refieren a personas residentes en Extremadura. Se utilizan el pequeño grupo de causa de defunción "Tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón", del gran grupo II. Tumores [neoplasias], según la CIE10.

Los resultados se muestran por número de casos y tasas expresadas por 100000 habitantes (cruda, ajustadas por población europea) y estancias medias.

Resultados:

En el año 2002 hubo 611 altas en hombres por cáncer de pulmón, con una tasa cruda (TC) de 116'39 y ajustada (TA) de 95'80; y 26 altas en mujeres, (TC) 4'87 y (TA) 3'98. En el año 2003 hubo 606 altas en hombres, (TC) 115'44 y (TA) 95'55; y 32 altas en mujeres, (TC) 6'00 y (TA) 4'51. La edad media de las altas en los hombres fue 66'90 años (sd 10'66) y en mujeres 63'69 años (sd 11'64) en 2002; y en 2003 fueron 67'47 (sd 9'50) en hombres y 66'69 (sd 13'68) en mujeres. La estancia media en 2002 en hombres fue 13'16 días (sd 10'66) y en mujeres 13'26 días (sd 8'44); y en 2003 hombres 12'84 días (sd 10'57) y mujeres 15'81 días (sd 11'06).

En 2002 fallecieron 552 hombres por cáncer de pulmón, (TC) 105'15 y (TA) 81'45; y 35 mujeres, (TC) 6'56 y (TA) 4'38; y las edades medias fueron en hombres 70'84 años (sd 10'21) y en mujeres 70'27 años (sd 12'12). En 2003 fallecieron 540 hombres, (TC) 102'15 y (TA) 77'52; y 52 mujeres, (TC) 9'70 y (TA) 6'18. y las edades medias fueron en hombres 70'60 años (sd 9'75) y en mujeres 72'02 años (sd 13'40).

Discusión:

El cáncer de pulmón es un importante problema de salud pública, sobre todo en los hombres, donde se dan más del 90% de todos los casos. Es la primera causa de muerte y la primera causa de altas por tumores en hombres, aunque tiene menor importancia en la mujeres.

Las edades medias de altas hospitalarias son similares en hombres en mujeres en ambos años (64-67 años). Las edades medias de defunción está por encima de 70 años tanto en hombres como en mujeres. Las estancias medias son 2 días mayor en las mujeres en 2003 .

En mujeres en ambos años el mayor número de defunciones que de altas hospitalarias puede deberse a que sean atendidas por la sanidad privada o que se desplacen a hospitales de otras Comunidades Autónomas.

El análisis de los registros de información (CMBD y Mortalidad) es muy útil para la previsión de la carga asistencial del personal sanitario la planificación de los programas sanitarios.

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:

Araújo, Monica Martins Trovo (Enfermeira do Hospital Universitário da USP, São Paulo, Brazil; mestre em enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brazil); Silva, Maria Júlia Paes (Enfermeira, livre-docente da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brazil).

TÍTULO:

Cuando "una palabra de cariño conforta más que un medicamento": Necesidades y expectativas del paciente bajo cuidados paliativos.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: La Organización Mundial de la Salud definió en 1990 (1) y repasó en 2002 (2) el concepto de cuidados paliativos: son cuidados activos y totales del paciente, cuya enfermedad ya no contesta al tratamiento curativo. Se trata de una aproximación de cuidado diferenciada, que tiene como fin mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, por medio de la adecuada evaluación y tratamiento para el alivio del dolor y síntomas, además de proporcionar soporte psico-social y espiritual. Va direccionado al alivio del sufrimiento, enfocando la persona enferma y no la enfermedad de la persona, rescatando y revalorando las relaciones interpersonales en el proceso de morir, utilizando como elementos esenciales a la compasión, la empatía, la humildad y la honestidad (3). Este tipo de cuidado integral, humanizado, de calidad, sólo es posible cuando el enfermero usa de sus habilidades de comunicación al cuidarle a quien está viviendo el proceso de morir(4-7).

Objetivos: En este estudio se tuvo como objetivos conocer las expectativas del paciente fuera de posibilidades terapéuticas y bajo cuidados paliativos con relación a la asistencia de enfermería durante el proceso de morir, así como identificar las necesidades de estos pacientes relacionadas a la comunicación con el equipo de enfermería.

Metodología: Los datos fueron recolectados en el primer semestre del 2005, por medio de entrevistas semi-estructuradas con preguntas norteadoras, realizadas a treinta y nueve pacientes oncológicos sin pronóstico de cura, con limitación en la capacidad de realizar actividades y sometidos a la quimioterapia paliativa en una institución hospitalaria de la ciudad de Sao Paulo, Brazil. Después de la transcripción fiel de los discursos, los datos fueron analizados según la metodología del análisis de contenido (8).

Resultados: De los discursos de los entrevistados emergieron seis categorías, que evidenciaron el sufrimiento multidimensional del cáncer y su tratamiento, el hecho de que a pesar del sufrimiento, la vida continúa; la espiritualidad y la familia como fuentes de apoyo y estímulo para el enfrentamiento de la enfermedad oncológica avanzada. Revelan aún la asistencia de enfermería deseada y el papel de destaque que representan la comunicación y la relación interpersonal para quien enfrenta el proceso de morir.

Conclusiones: Se concluye que los pacientes entrevistados rescataron el valor de la relación humana basada en la empatía y compasión como base para el cuidado que esperan(9) , deseando del profesional de enfermería habilidad técnico-científica para la realización de acciones que alivian el sufrimiento, especialmente el adecuado control del dolor, comportamiento empático y compasivo, información y soporte emocional. La comunicación interpersonal es un importante atributo del cuidado paliativo(10) en la medida en que el valor atribuido a la misma sobresalió de los discursos, evidenciando la atención dada a las señales no-verbales del profesional para el establecimiento del vínculo de confianza, la necesidad de la presencia compasiva, el deseo de no centralizar la interacción y el relacionamiento apenas en la enfermedad y muerte y la valorización de la comunicación verbal alegre, que privilegia el optimismo y el buen humor.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care report. Geneva: WHO;1990.
2. World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care [on line]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. [Acesso em 13 fev. 2006]..
3. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004..
4. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. J Clin Nurs. 2004; 13(2):143-9.
5. Abelleira MAR. Habilidades de comunicación para abordar el proceso de la muerte. Enferm Científica. 1998; 198/199:23-4.
6. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. Mundo Saúde. 2003; 27(1):64-70.
7. Steihauser KE, Chustakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JÁ. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. JAMA. 2000; 284(19):2476- 82.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
9. Hawthorne DL, Yurkovich NJ. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. Palliat Support Care. 2003; 1(3):261-5.
10. Araújo MMT, Silva MJP. Comunicando-se com o paciente terminal. Rev Soc Bras Cancer. 2003; 6(23):16-20.

AUTOR/ES:

Pastor Ballesteros P, Gómez Castillo J.J, Galindo Diaz O.L, González Fabián I, Marcos Espino P.

TÍTULO:

SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA.

TEXTO DEL TRABAJO:**1.OBJETIVO**

-Realizar de un estudio sobre el modo de administración de medicación a través de sonda de nutrición enteral (SNE) en la práctica enfermera.

-Elaborar una guía práctica para la administración de medicamentos por SNE.

2. MÉTODO

-Tipo de estudio: Descriptivo

-Población del estudio: Pacientes ingresados portadores de SNE excepto UCI..

-Periodo del estudio: 2 meses (Noviembre-Diciembre 2005)

-Material: Sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU)ficha de recogida de datos para cada paciente, hojas de evolución y administración de medicamentos de enfermería.

3. PROCEDIMIENTO

-El farmacéutico y la enfermera del equipo nutricional recogen a través del SDMDU los datos de los pacientes sometidos a NE por sonda, contrastando esta información con las hojas de registro de enfermería y si la medicación ha sido manipulada de forma incorrecta, interrumpiendo y recomendando las actividades que se consideren oportunas. A partir de la información obtenida de la industria farmacéutica y por la revisión bibliográfica se elabora una guía de medicamentos empleados por SNE. En ella se recoge principio activo, nombre comercial, forma farmacéutica (ff) y si es apto o no para la administración por sonda y las alternativas posibles junto a las observaciones.

4. RESULTADOS

-Número de especialidades farmacéuticas utilizadas: 55

-Número de pacientes totales: 25

-Número de medicamentos administrados por sonda:

CORRECTO 112 (91%) INCORRECTO 11 (9%) TOTAL 123 (100%)

INTERVENCIONES

Tipo de interacción	Objetivo	Nº Inter.	Ejemplo
Cambio de ff de sólida a líquida	Asegurar biodisponibilidad y facilitar trabajo de enfermería.	4	De Flagyl comp.a Flagyl susp.
Manipulación Incorrecta	Evitar manip de ff retard o entérica proponiendo alternativas	8	De Theo-Dur comp Eufilina susp.
Intolerancia med-NE	Separar en el tiempo med y NE	2	Neosidantoina comp. susp 2h antes deNE reanudar 2h después.
Intolerancia med-med	Evitar admón. Conjunta de med		Ciprofloxacino+ Almagato

5.CONCLUSIONES

-La presencia de personal farmacéutico y de enfermería del equipo nutricional en las unidades clínicas permite detectar y resolver problemas relacionados con la administración de med por SNE.

-La elaboración de una guía de administración de medicamentos por SNE es una herramienta útil como punto de partida para mejorar la utilización de medicamentos y facilitar el trabajo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hidalgo FJ. Guía de administración de fármacos por SNG. Nutr. Hosp.. 1995; 19(5):251-258
2. Tuneau L. Estudio de la administración de formas farmacéuticas orales por SNG. Colegio de farmacéuticos de Barcelona 1995; 12: 6-14.
3. Nájera MD. Alternativas de las ff sólidas administradas habitualmente por sonda de NE. Nutr. Hosp.. 1997; 12(3): 154-159.
4. Estivil ME. Administración de fármacos por SNG: ff orales que no deberían ser trituradas antes de su administración. Farm Clin 1998; 5(5): 17-27.
5. Ortega C. Guía para la administración de medicamentos a través de SNG. Revista SEP 1991; 15(1): 17-27.
6. Gámez M. Importancia de las características físico-químicas de los fármacos para su administración por sonda nasointestinal o enterostomía. Farm Hosp. 1998; 22(3): 137-143.
7. Delgado O. Administración de medicamentos por vía oral. Med Clin 1997; 108(11): 426-435.
8. Johnson D. Drug-nutrient considerations for enteral nutrition. The Aspen nutritio support practice manual 1998; Ch 6: 1-20.
9. Información oral y escrita de diversos laboratorios.

AUTOR/ES:

M^a luz Barroso González, M^a Carmen Folguera Álvarez, Tomás Hernández de las Heras, Lidia Ardiaca Burgues.

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE DESHABITUACIÓN TABAQUICA GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD.

TEXTO DEL TRABAJO:

OBJETIVO: Reducir la prevalencia de fumadores en nuestra zona básica de salud, a través de las distintas áreas (conocimiento, emocional y habilidades).

METODO: Con motivo del día mundial sin tabaco, en Mayo del 2004, se inicia trabajo con grupos de pacientes que están en "fase de preparación" para dejar de fumar.

La captación se realiza tanto en las consultas de medicina y enfermería como por el personal de la unidad administrativa.

Hasta Diciembre del 2005 se han realizado tres sesiones educativas a cada uno de los 14 grupos captados en el equipo, con la asistencia de un total de 125 pacientes. La edad media de las personas que acuden a las charlas es de 51 años para los varones (+_9,3) y de 42,72 para las mujeres (+_9,1). Las sesiones son impartidas por un médico y una enfermera, con una duración de 90-120 minutos, en las cuales se fomenta la participación activa de los pacientes.

En la primera sesión se imparten conocimientos sobre efectos nocivos del tabaco, motivos para dejar de fumar, recomendaciones para afrontar el síndrome de abstinencia y posibilidades terapéuticas.

En la segunda sesión, se refuerza positivamente a los pacientes que han dejado de fumar y se motiva a los que no lo han conseguido.

En la tercera sesión, se incide en la prevención de recaídas y se intenta motivar a los pacientes que no han conseguido dejar de fumar.

Tras la realización de la evaluación desde que se comenzó la actividad hasta el momento actual los resultados son los siguientes:

Han dejado de fumar: 37,8 % de los pacientes que han acudido a los grupos, de los cuales un 55,5% son mujeres y un 44,4 % son hombres. El tramo de edad en que con más frecuencia se produce el abandono es entre 46 y 50 años (26 %), habiendo fumado de 16 a 25 años unos 11 a 20 cigarrillos diarios. La dependencia era alta en el 48 % y en el 54 % no utilizaron ningún método adicional. En un 32 % se trataba del primer intento de abandono. En cuanto a la existencia de patologías, en un 40 % no existían y en el 60 % si, sobre todo HTA y patología respiratoria.

Han disminuido el consumo de tabaco: 30,25 % de los pacientes que han acudido a los grupos, de los cuales el 50 % son hombres y el mismo porcentaje son mujeres. El tramo de edad en que con más frecuencia se produce esta disminución es entre 41 y 45 años (20 %), habiendo fumado de 26 a 35 años unos 11 a 20 cigarrillos diarios. La dependencia era alta en el 59 % y en el 54 % no utilizaron ningún método adicional. Un 35 % de los que se trataban habían realizado un intento de abandono. En cuanto a la existencia de patologías, en un 30 % no existían y en el 70 % si, sobre todo patología Respiratoria.

Uno de los aspectos más relevantes es el resultado tras el uso de distintos métodos para dejar de fumar. Dichos resultados son los siguientes: Sin ningún método 52,94 %, con bupropión 30,95 %, con el método Regina 3,9 % y con otros métodos 3,9 %.

DISCUSIÓN: La buena aceptación por parte de la población de la oferta realizada por el EAP en deshabituación tabáquica y su alta participación, confirma que la Atención Primaria es el lugar idóneo para realizar las actividades de prevención y promoción de la salud. La educación a grupos en deshabituación tabáquica complementa la EPS individual que se realiza en las Consultas.

BIBLIOGRAFÍA:

1 Departamento de Salud. Instituto de Salud Pública;Gobierno de Navarra, editor. Programa de Ayuda al fumador. Ayuda a dejar de fumar.Pamplona: Gobierno de Navarra;1998.

2 Area de Salud y Consumo. Centro de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo;Ayuntamiento de Madrid. Tabaquismo.Programa para dejar de fumar. Madrid 2002.

3 Area 1 de Madrid. Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Protocolo Abordaje del tabaquismo (no se la fecha)

4 Torrecilla Gzarcia M, Berrueco Ferrero M, Maderuelo Fernandez, j et col. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria:eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Atención Primara.2001;27(9):629-636

5 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III.Evaluación de la eficacia, efectividad y coste.efectividad de los distintos abordaje terapeuticos para dejar de fumar. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002

AUTOR/ES:

Carla Roberta Monteiro
Ana Cristina Mancussi e Faro
Gercina Ferreira Rodrigues

TÍTULO:

EL CUIDADOR DE ANCIANOS Y SU COMPRENSIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS FRACTURAS DE FÉMUR

TEXTO DEL TRABAJO:

El Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística (IBGE) estima que, en el año 2010, cerca de 10% del total de la población brasileira será anciana. En esta edad, la caída es el mecanismo de lesión más frecuente con (40%), seguida por los accidentes automovilísticos (28%), atropellamiento (10%), y herida por arma de fuego o blanca (8%), entre otros. Específicamente, la caída puede ser entendida como un síndrome geriátrico por ser considerado un evento multifactorial y heterogéneo. Las fracturas son las consecuencias más comunes de las caídas en ancianos, siendo la fractura de fémur una causa importante de mortalidad y pérdida funcional entre ellos, lo que implica elevar los costos sociales y familiares, así como también prolongar los períodos de rehabilitación. Delante de lo expuesto, este estudio tuvo por objetivo: conocer a percepción del cuidador del anciano sometido a cirugía ortopédica para el tratamiento de fractura de fémur, sobre el trauma, los cuidados en el post operatorio y prevención. MATERIAL Y MÉTODO: estudio exploratorio y descriptivo, transversal y de campo, con abordaje cuantitativo. La población del estudio fue compuesto por cuidadores mayores de 18 años de todos los ancianos internados durante un período de dos meses en 2005. Esta investigación fue realizada en el servicio de geriatría de un hospital escuela estatal, referencia en Ortopedia e Traumatología, localizado en el municipio de São Paulo, Brasil. Todos los ancianos estaban internados para tratamiento quirúrgico de fractura de fémur. Después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la institución, fueron realizadas las entrevistas a los cuidadores en un local apropiado y privado, conforme la disponibilidad de tiempo de los mismos. En este estudio, fue considerado cuidador, la persona, sea familiar o no, el cual acompañaba al anciano en el momento de la internación. RESULTADOS Y COMENTARIOS: la muestra fue constituida por 15 cuidadores, siendo que, 33% tenían edad entre 40 a 50 años; 80,0% eran mujeres; 40% casadas y los otros 40% solteros. La mayoría de ellos (86,6%) eran cuidadores informales predominantemente hijas de los ancianos y 53,33% vivían con el anciano. Se denomina cuidador informal, al individuo de la familia del anciano o a él relacionado sin necesidad de formación específica, el cual es el responsable por el desenvolvimiento de las acciones relativas a las necesidades del anciano. El cuidador familiar se reveló el actor principal en la dinámica de los cuidados personales necesarios a las actividades de la vida diaria de personas con dependencia. La predominancia de mujeres como cuidadoras por cuestiones culturales, en el Brasil, aún es una atribución esperada por la sociedad, visto como natural e inscrito socialmente en el rol de madre. Con relación a los ancianos internados, 34,7% de ellos tenían edad entre 65 a 70 años y 20,0% con edad entre 83 a 88 años; 66,70 % eran mujeres. En 86,0% de los casos la fractura de fémur resultó de caídas dentro de casa. El período post operatorio fue de 1 hasta 10 días, siendo los cuidadores abordados en su mayoría en el 3º día del post operatorio. Los cuidados post operatorios a los ancianos durante la internación fueron: baño de cama (73,3%) e prevención de úlceras por presión (100%). Referente a la percepción de los cuidadores sobre el trauma, de un total de 15, diez (66,7%) respondieron que el anciano había fracturado el fémur, 11 (73,0%) relataron que la causa sería una caída; 33,0% creyeron que el tratamiento era apenas una colocación de pinos. De los cuidados post operatorios en el domicilio, 60,0% de los cuidadores no citaron cuidados especiales para vestir al anciano y 20,0% refirieron la deambulacion sin carga; el uso de silla higiénica fue relatado por 73,3% de los cuidadores, 40,0% citaron el uso de un aparato para auxiliar en la locomoción "andador" y 46,6% sabían que la curación se debería hacer con agua y jabón; 26,66% citó rigor relacionado con los horarios de administración de medicamentos; 26,66% refirieron que se debería evitar el uso de escaleras, 46,66% relató la importancia de la presencia constante de un acompañante. La práctica clínica implica no solamente en asistir a la familia urante la internación y cirugía

BIBLIOGRAFÍA:

Souza JAC de, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. Rev. Assoc. Méd Brás. 2003; 48(1):70-86.

Fabício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML da. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública 2004; 38(1):93-99.

Nunes IA. O cuidar do idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio. São Paulo, 2002. 82p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas /Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

AUTOR/ES:

Clara Jardón Huete, Oliver Espín Milla David Carrasco Hita, , Javier Riesco González, Paz Orellana Navarro

TÍTULO:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL PUERPERIO EN LAS MUJERES DE LA PROVINCIA DE ALBACETE

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo general: Valorar las relaciones sexuales y los factores condicionantes en las mujeres durante el puerperio. Objetivos específicos: 1. Identificar el momento del reinicio de las relaciones coitales durante el puerperio. 2. Conocer la influencia del tipo de parto y trauma perineal sobre la recuperación de la actividad sexual. 3. Determinar la influencia de la lactancia materna sobre el reinicio de la actividad sexual. 4. Conocer las principales prácticas sexuales que se llevan a cabo durante el puerperio y su grado de satisfacción.

MÉTODO: estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante encuesta auto-cumplimentada por correo dos meses después del parto. Comienza el mes de abril de 2006 en el paritorio del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) y el Hospital comarcal de Hellín. La captación de la población a estudiar se realizará hasta el mes de diciembre del 2006 en el Servicio de Partos mediante una hoja de registro. Recogidos los datos seleccionamos aquellas mujeres que cumplan criterios de inclusión y pasaremos a invitarlas a participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO: Pareja estable. Poseer domicilio estable en Albacete u otras provincias dentro del SESCAM. No tener proyectado cambio de domicilio en las siguientes 8- 12 semanas. Comprender nuestro idioma. Nacidos vivos de más de 37 semanas. Acepte participar en el estudio. No tener minusvalía cognitiva y/o sensorial.

Cada día uno de los miembros del grupo recogerá las hojas de registro cumplimentadas, seleccionando aquellas con los criterios de inclusión y buscaremos a la puérpera para invitarla a participar en el estudio, mediante una entrevista personal, en la cual se le informará del objetivo y forma de realización del estudio, concretamente que, a las 8 semanas después del parto se les enviará por correo un cuestionario que autocumplimentarán, enfocadas a valorar la recuperación de la actividad sexual y otros aspectos del puerperio, así como de la confidencialidad de sus datos. Se les pondrá en conocimiento que una vez concluido el mismo se destruirán las encuestas, y que no están obligadas a contestar necesariamente todas las preguntas de la misma si así lo desean. También se les hará saber, que junto a dicho cuestionario irá adjunto una hoja de instrucciones y un sobre franqueado, para así facilitarles el retorno del cuestionario sin coste alguno para ellas, y que irá destinado al Servicio de Admisión del CHUA. Tras ser informadas, aquellas mujeres que acepten voluntariamente, firmarán un consentimiento, haciéndoles saber que no implicará ningún compromiso de obligatoriedad de colaboración en la investigación y que podrán renunciar a participar en ella cuando quieran. Las mujeres que hayan aceptado participar en el estudio, recibirán a los 2 meses del parto la encuesta por correo. Para la recogida de los cuestionarios, un miembro del equipo pasará una vez por semana por dicho Servicio para recogerlos. Si tras 2 semanas de envío, no se recibe respuesta, se le volverá a enviar el cuestionario. Consideraremos pérdida de la mujer, cuando 2 semanas después de enviado el segundo cuestionario, no se recibe respuesta alguna. Excluiremos aquellas que no respondan después de 2 envíos, no tengan pareja en ese momento o cuando el cuestionario esté indebidamente cumplimentado. Con las encuestas recibidas no se realizarán técnicas de muestreo sino que se analizarán todas. Tanto el análisis de los datos de captación de puérperas como la recepción y posterior análisis de los mismos, será realizado por cinco investigadores (cinco residentes de matrona) previa unificación de los criterios de recogida. Las respuestas se analizarán con el SPSS. 11.5 en Enero y Febrero del 2007

BIBLIOGRAFÍA:

- Martín de María, S; Sexualidad en el puerperio. Rev Matronas profesión. 9-14
- Alonso, A; Dueñas, C; de la Gándara, J; Orbara, I; Santamaría, MJ. Sexualidad y Embarazo. Ed. Cauce. Madrid 1996
- .Byrd, j.e. et al. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. The journal of family practice. 1998;vol 47, no 4 (oct), pag 305 - 308.
- Klein, MC et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 591-8.
- Pingarrón Montes, MT. Educación maternal: expectativas, satisfacción y eficacia percibida. Salud y Cuidados. 2002; (3)
- Fernández Amores, R.; Lupión González, D; Porras Cabrera, A; Avellaned Jiménez, MI. Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: el papel de la matrona. Matronas Hoy. 1999; enero-marzo;12 :25-29
- Masters, W; Johnson, V. La sexualidad humana. Grijalbo. Barcelona. 1987
- Salvatierra, V; Sánchez, M; Lerma, D; Mora, R; Montero, J. Sexualidad durante el embarazo y el posparto. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 1996. 39(6): 397-413
- Von Sydow, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent análisis of 59 studies. J Psychosom Res 1999; 47: 27-34.

AUTOR/ES:

Martínez Bienvenido, E., Pérez Valverde, M^ªC., Gómez López, A., Sánchez Rodríguez, A.
ER Especialidad Obstétrico-Ginecológica (Matrona) Murcia.

TÍTULO:

LA MATRONA EN LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMESTICA DURANTE EL EMBARAZO

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCION La violencia durante el embarazo tiene graves consecuencias psicológicas y físicas como amenaza de parto prematuro, hemorragia, abortos, bajo peso al nacer, placenta previa, fracturas y hematomas en el feto y muerte. En España no existe un instrumento específico para la detección de violencia de género en el embarazo. La matrona por su proximidad con la mujer, puede ser pieza clave en la detección de la violencia de género. De ahí la necesidad de elaborar una herramienta válida para detectar posibles casos.

OBJETIVO General: Dotar a las matronas de una instrumento útil para detectar a las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia de género. Secundarios: 1. Conocer qué instrumentos de detección de violencia de género se describen en la bibliografía. 2. Diseñar un instrumento de fácil aplicación para la detección de violencia doméstica en la consulta de la matrona y poder derivar los casos a los centros especializados en su atención.

METODOLOGIA 1^ª Fase Se realizará revisión sistemática sobre los instrumentos existentes de detección de violencia de género, doméstica, y aquellos que hablen de factores de riesgo directamente relacionados con el maltrato a embarazadas. 1-Fuentes de información: Se buscarán estudios publicados y no publicados sobre violencia física, sexual y psicológica, y que incluyan instrumentos de detección de violencia doméstica durante el embarazo. A través de búsqueda sistemática de la literatura, utilizando recursos electrónicos y búsqueda manual de referencias bibliográficas. Las bases de datos que serán utilizadas en la búsqueda son: i) CUIDEN, LILACS, DOYMA, MEDLINE, Web of Knowledge (Web of Science, Current Content Connect e Isi Proceedings), CINAHL, PsycLIT, PsycINFO. ii) Fuentes de revisiones de investigaciones originales: base de datos de revisiones sistemáticas de la colaboración Cochrane. 2-Criterios de búsqueda: Se utilizarán como estrategia de búsqueda la combinación de diferentes descriptores, se tendrán en cuenta los artículos en inglés, castellano y portugués. Las palabras claves utilizadas serán "violencia doméstica" Y "embarazo"Y "complicaciones", "domestic violence" OR "abuse" OR "partner violence" AND "pregnancy" AND "screening". "psychological abuse", "physical abuse", "sexual abuse" AND "pregnancy". 3- Criterios de inclusión: Se incluirán todos los estudios que presenten instrumentos de detección de violencia, guías, protocolos, etc. 4- Criterios de exclusión: Cada instrumento de valoración será incluido en la revisión una sola vez, la publicación en la que el instrumento fue elaborado. 5-Métodos de revisión: La estrategia de búsqueda y de selección de documentos será realizada por dos investigadoras, quienes analizarán los resúmenes de los estudios seleccionados, según los criterios de inclusión y exclusión. En caso de faltar información en los resúmenes se revisará la referencia completa. 6- Recogida de datos. En los estudios seleccionados se identificarán los siguientes datos: Autor, año de publicación, país de origen, tipo de diseño, objetivo, tipo y fuente del instrumento, forma de validación y elaboración del instrumento, existencia de versiones creadas o adaptadas para su uso en España, ítems que componen el instrumento. 7-Síntesis y análisis de los datos: Los ítems que componen cada uno de los instrumentos obtenidos en la revisión sistemática serán agrupados y clasificados, según la información que pretendemos obtener. 2^ª Fase: Elaboración del Instrumento para la detección de la violencia de género en mujeres embarazadas. Se realizará un Estudio Delphi (método de consenso entre expertos mediante técnica Delphi). Se realizarán hasta 3 envíos de los ítems seleccionados a 15 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, médicos forenses, ginecólogos y matronas) para su análisis. Tras sus aportaciones se elaborarán las preguntas a realizar a las mujeres en las sucesivas visitas prenatales y postnatal para la detección de violencia de género. 3^ª Fase: Pilotaje cognitivo y diseño del instrumento final Se contactará a 20 matronas de primaria que tras recibir una sesión de formación, realizarán las preguntas en sus consultas. Comentarán incidencias de cada una de cada una de las entrevistas para valorar la

BIBLIOGRAFÍA:

la respuesta, aceptación, dificultades, idoneidad y comprensión de las preguntas. Finalmente, y en estudios posteriores, se valorará la validez y fiabilidad del instrumento, como prueba diagnóstica, calculándose su sensibilidad, especificidad, valores predictivos (positivos y negativos) y sus cocientes diagnósticos (likelihood ratio), utilizando como gold standard las pruebas de diagnóstico utilizadas actualmente por expertos.

Cronograma: Revisión sistemática: 6 meses; Estudio Delphi: 3 meses; Pilotaje cognitivo y diseño del instrumento final: 2 meses

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. 1 ed. Cuernavaca (México): Crim; 2004.
- 2-Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med clín Barcelona 2004; 122(12):461-7.
- 3-Terré Rull C. La matrona ante la violencia doméstica. Matronas profesión 2000; 2:4-
- 4-Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev. méd. Chile Santiago 2001;v.129 n.12 .
- 5-Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex 1996;38:352-362.
- 6-Bacchus L. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. Eur J Obstet Gyn 2004 Mar 15;113(1):6-11
- 7-Boy A, Salihi HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. Int J Fertil Womens Med. 2004 Jul-Aug;49(4):159-64. Review.
- 8-Coker AL, Sanderson M. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol. 2004 Jul;18(4):260-9.
- 9-Neggers Y. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004 May;83(5):455-60.
- 10-Campbell J, Jones AS. Intimate partner violence and physical health consequences. Archives of Internal Medicine 162. 2002

AUTOR/ES:

Ana M^a Maestre Ania, Elena M^a Cowburn Cuesta, Olga López de Dicastillo

TÍTULO:

¿Son los medios de comunicación una herramienta útil para la educación/promoción de la salud?

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

El mantenimiento de unos estilos de vida poco saludables puede ocasionar a los individuos problemas de salud. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades se convierten en los protagonistas para lograr que las personas adopten estilos de vida sanos. Uno de los métodos utilizados por los profesionales de la salud y de las autoridades sanitarias en los últimos años ha sido la realización de campañas de educación para la salud en medios de comunicación. Los medios de comunicación poseen dos características que parecen óptimas para este propósito: la amplia cobertura social y un coste relativamente bajo.

Objetivos:

El objetivo general de este estudio fue conocer el tipo de campañas que se han llevado a cabo utilizando los medios de comunicación y sus efectos en la población. De forma más específica con este estudio se pretendió:

- Determinar si las campañas que se habían divulgado funcionaron y hasta que punto lo hicieron.
- Conocer si las campañas cumplieron con su cometido.
- Identificar factores que pudieran influir en la utilidad de los medios de comunicación como herramienta para la Educación para la Salud.

Métodos:

Para lograr estos objetivos se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los estudios publicados, utilizando para acceder a dichos artículos las bases de datos medline, cinahl y cuiden. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados entre 1997 y 2005 que tuvieran como objeto de su campaña a niños y jóvenes y/o familias con hijos.

Resultados:

Se encontraron varios estudios con campañas de salud emitidas en distintos países del mundo. Todas las campañas que se realizaron nunca obtuvieron resultados negativos. Dentro de los efectos positivos de estas campañas destacaba el aumento del conocimiento de la sociedad sobre las distintas enfermedades y una mayor disposición al cambio de actitud. También se observó la necesidad de repetir periódicamente dichas campañas para que éstas tuvieran el efecto deseado y la necesidad de que existieran campañas complementarias a la información emitida en los medios como por ejemplo el apoyo de profesionales sanitarios en los centros de salud o en el medio escolar. Las campañas más impactantes y agresivas son las que mejor captaron la atención de los espectadores. También tuvieron un gran efecto aquellas campañas en medios escritos y radiofónicos que requerían que las personas prestaran atención para captar el mensaje enviado.

Conocer los efectos de las campañas puede ser de gran utilidad para los profesionales sanitarios. Por un lado, permitirá reforzar los mensajes enviados desde los centros sanitarios, además de aportar por las claves para la realización de una campaña de salud efectiva.

BIBLIOGRAFÍA:

Bibliografía principal:

1. Friel S, Hope A, Kelleher C, Comer S, and Sadler D. Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland. Great Britain: Oxford University Press. 2002;17(2): 119-26.
2. Smith J. , Ferguson C, McKenzie J, Bauman A and Vita P. Impacts from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. Great Britain: Oxford University Press. 2002: 17 (1).
3. Huhman M, Potter LD, Wong FL, Banspach SW, Duke JC, and Heitzler CD. Effects of a Mass Media Campaign to increase Physical Activity Among Children:Year-1 Results of the VERB Campaign. Pediatrics 2005;116 :227 – 284.
4. Mclaughlin T, Humphries O, Jr., Nguyen T, Maljanian R and McCormack K. “Getting the Lead out” in Hartford, Connecticut: A Multifaceted Lead-Poisoning Awareness Campaign. Environmental Health Perspectives. 2004;112 (1).
5. University of Texas-Houston. Texas tobacco prevention initiative media campaign and community program: effects among children and adults. University of Texas-Houston, Texas: Health Science Centre, 2001.
6. Farrelly MC, Niederdeppe J and Yarsevich J. Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present and future directions.Tob control. 2003;12:35-47.
7. Montazeri A, McEwen J. Effective communication:Perception of two anti – smoking advertisements: Patient Education and Counselling .1997;30:29 – 35.

AUTOR/ES:

Rosa Conde-Vicente

TÍTULO:

Influencia de diversos polimorfismos genéticos en la respuesta a una dieta hipocalórica en pacientes obesos

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. La identificación de la patología genética implicada en la susceptibilidad a enfermedades multifactoriales como la obesidad ha experimentado un crecimiento muy importante en los últimos años. El conocimiento y la comprensión del papel de la genética y otros factores en el mantenimiento de la salud constituye una necesidad en la formación de los profesionales de enfermería. La identificación de individuos susceptibles a riesgo orienta la atención sanitaria hacia la prevención de la enfermedad, campo en el que esta profesión desarrolla una importante labor. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar, tal como establecen algunos autores, la asociación de obesidad y otras enfermedades relacionadas (diabetes mellitus, hiperlipemia, síndrome metabólico) con la presencia de los siguientes polimorfismos de un solo nucleótido (SNP): Ala54Thr de la Proteína fijadora de ácidos grasos intestinal (iFABP); Lys656Asn del Receptor de la leptina (LEPR); c-55-t de la Proteína desacoplante tipo 3 (UCP3); G308A del Promotor del gen del Factor de necrosis tumoral alfa (TNF α); y Trp64Arg del Receptor beta-adrenérgico tipo 3 (ADBR3).

MATERIAL Y MÉTODOS. Se reclutaron un total de 200 pacientes obesos (Índice de Masa Corporal, IMC>30). La intervención sobre los pacientes reclutados consistió en una dieta hipocalórica de 1520 kcal (52% carbohidratos, 25% lípidos y 23% proteínas) y ejercicio. Antes y a los 3 meses del comienzo de la dieta se obtuvieron medidas antropométricas (peso, talla, IMC, pliegue tricipital, índice cintura cadera), de la tensión arterial (sistólica y diastólica) y de diversos parámetros de laboratorio relacionados con el riesgo cardiovascular (glucosa, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos). Los diferentes SNPs fueron determinados mediante PCR a tiempo real. El análisis estadístico de los datos fue realizado con el programa SPSS 11.5, utilizando pruebas de asociación paramétricas y no paramétricas, según las condiciones de aplicación. Las modificaciones inducidas por la dieta sobre el peso y los otros parámetros en estudio fueron analizados en función de la clasificación de los pacientes en dos grupos, mutantes y no mutantes, respecto a cada uno de los polimorfismos.

RESULTADOS PRELIMINARES. Las frecuencias del alelo mutante para cada uno de los genes en estudio fueron las siguientes: Ala54Thr (iFABP), 30,1%; Lys656Asn (LEPR), 21,5%; c-55-t (UCP3), 10%; G308A (TNF α), 13,1%; y Trp64Arg (ADBR3), 6,5%. Estas cifras son semejantes a las descritas en la bibliografía para países de nuestro entorno. Los resultados analizados hasta el momento (70 pacientes) no detectaron ninguna asociación entre el polimorfismo Ala54Thr del gen del iFABP y los factores de riesgo cardiovascular en estudio; sin embargo, tras la intervención dietética, los individuos con fenotipo mutante presentaron un mayor descenso de la Tensión Arterial Sistólica y de la glucosa sanguínea que los sujetos no mutantes. El resto de los polimorfismos en estudio se encuentran en fase de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allison DB, Heo M, Faith MS, Pietrobelli A. Meta-analysis of the association of the Trp64Arg polymorphism in the beta3 adrenergic receptor with body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22 (6): 559-66.
- Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L et al; Grupo colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalence of obesity in Spain: results of the SEEDO 2000 study. *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (16): 608-12.
- Banning M. The management of obesity: the role of the specialist nurse. *Br J Nurs* 2005;14 (3): 139-44.
- Burke S, Kirk M. Genetics education in the nursing profession: literature review. *J Adv Nurs* 2006; 54 (2): 228-37.
- Heo M, Leibel RL, Fontaine KR et al. A meta-analytic investigation of linkage and association of common leptin receptor (LEPR) polymorphisms with body mass index and waist circumference. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26 (5): 640-6.
- Martín Arribas MC, Escobar Aguilar G, Cabrera Torres E, Gobernás Trica J, Yagüe Muñoz C, Nicolás Martín C, Zaragoza Marfá A. La práctica enfermera en la era de la genética: nuevo marco de competencias. *Metas de Enferm* 2005; 8 (4): 50-55.
- National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. *Obesity Res* 1998; 6(suppl2): 51S-209S.
- Ochoa MC, Martí A, Martínez JA. Estudios sobre la obesidad en genes candidatos. *Med Clin (Barc)* 2004; 122 (14): 542-51.
- Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B, Perusse L, Bouchard C. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14 (4): 529-644.
- Sookoian SC, Gonzalez C, Pirola CJ. Meta-analysis on the G-308A tumor necrosis factor alpha gene variant and phenotypes associated with the metabolic syndrome. *Obes R*

AUTOR/ES:

Ruiz Nortes, Gema*; Moreno Copado, Caridad*; Navarro Guerrero, Rosario*; Martínez Fernández, Celia*; Meseguer Liza, Cristóbal** (* Alumna 2º curso Diplomatura en Enfermería. ** Profesor Dpto. Enfermería)

TÍTULO:

LOS HIJOS DEL TABACO

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Objetivos. La motivación por analizar el consumo de tabaco se centra en la repercusión social que tiene dado que somos conscientes de los muchos y numerosos efectos, algunos de los cuales no identificados, que causa sobre el feto, así como el gran número de mujeres fumadoras que al quedar embarazadas les supone una dificultad soportar los meses de gestación controlando su adicción. Además, se añade el interés que despierta en nosotras dado que nuestro grupo se compone únicamente de mujeres en edad fértil, con perspectivas de ser madres y la mayoría fumadoras, así como la actualidad que el tema plantea ante la reciente entrada en vigor de la Ley Antitabaco. A consecuencia del hábito tabáquico de la madre durante la gestación se producen efectos indeseables en el feto, a pesar de lo cual un gran porcentaje de mujeres mantiene ese hábito durante el embarazo. Por ello los objetivos planteados: - Analizar las creencias sanitarias sobre el tabaco de madres de niños de 5 años. - Valorar en niños de 5 años las diferencias de peso y su posible relación con el hábito tabáquico de la madre durante su gestación. - Establecer un perfil de fumadora embarazada.

2. Métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal observacional sobre una muestra de 100 madres de niños/as con 5 años de edad, que cursaban 3º de Educación Infantil o 1º de Educación Primaria, de 4 centros públicos de la Región de Murcia, Samaniego, Antonio Nebrija, La Torrecilla, Francisco Noguera. La validación del instrumento de diseño propio que consta de 43 ítems se realizó siguiendo la propuesta de Sierra Bravo, según las cuales los 15 primeros cuestionarios sirvieron de pilotaje del mismo. La fiabilidad global del cuestionario alcanzada fue un alfa de Cronbach de .781. La elección de la muestra se realizó por conveniencia, atendiendo a un criterio de proximidad a los investigadores, así como a la facilidad de acceso. La elección del grupo dentro del centro se realizó escogiendo el primero que ofrecía la dirección del mismo. La implementación del instrumento tuvo lugar durante los días 24 a 26 de Abril de 2006, por los investigadores del estudio. Las principales variables analizadas han sido perfil de la fumadora embarazada; creencias sanitarias sobre el tabaco; peso y talla neonatal; peso y talla infantil; salud respiratoria infantil actual o exposición al tabaco durante el embarazo. El análisis de los datos se ha realizado con la aplicación informática SPSS v. 13.0.

3. Resultados. De los 100 cuestionarios incluidos en nuestra muestra, destacamos que el 96.3% considera perjudicial el hecho de fumar; el 90% manifiesta que al dejar de fumar aumentará su ansiedad; el 80% de las embarazadas no fumaba mientras estaba en casa mientras que el 53.8% de las respectivas parejas si lo hacía; el 75% de las encuestadas fumadoras intentaron abandonar el hábito tabáquico pero únicamente lo consiguió el 24.4%, mientras que siguieron fumando el 46% aunque en menor cantidad. El 97% de la muestra refiere que fumar durante el embarazo no perjudica al feto.

4. Discusión. Nuestros datos coinciden con otros estudios (Castellanos, 2000) sobre el abandono del hábito tabáquico al quedar embarazadas, con un 25% de las fumadoras, así como en la reducción del número de cigarrillos al día. Llama la atención el elevado porcentaje de madres, del 97%, que no consideran perjudicial para el feto fumar durante el embarazo, pese a que la creencia general en un porcentaje similar de las encuestadas es que es perjudicial para la salud. El perfil de la embarazada fumadora de la muestra es aquella que fuma entre 16-19 cigarrillos/día, lleva entre 11-15 años fumando, comenzó entre 17-20 años, no fuma en casa e intentó dejar de fumar en algún momento de la gestación. En resumen, resulta razonable pensar que para la prevención de posibles patologías infantiles, así como efectos nocivos en la propia madre, se hace necesaria la actuación enfermera en cuanto al incremento de campañas de educación para la salud dirigidos a fomentar la deshabituación tabáquica así como la prevención del inicio en adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Graham H. Aomens smoking and family health. Soc Sci Med. 1987; 25:25-56.
- Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Rengton PL. Depression and dynamics of smoking. J Am Med Assoc. 1990;264:1541-5.
- Picini S, Puig C, García Algar O, Pacifici R, Figueroa C, Vall O. efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. Med Clin. 2002; 118:53-6.
- Castellanos ME, Nebot M Payá A, Rovira M, Muñoz MI, Sanroma M, et al. El abandono durante la gestación y la recaída. Prog Obst Ginecol. 2000;43:473-80.
- Sánchez Zamorano LM, Tellez Rojo MM, Hernández Ávila M. Efectos del tabaquismo durante el embarazo en la antropometría al nacimiento. Salud Pública Méx, nov/dic. 2004, vol46, no.6, p.529-533.
- Al-Alawi E, Jenkins D. Does maternal Smoking increase the risk of neonatal polycythemia?. Perinatal Reprod Hum V.16.n4, méxico P.F oct/dic 2002;93:175-6.
- Charlton A. Children and smoking: the family circle. Br Med Bull. 1956;52:90-107.
- Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbi JR, Saltó E, Becoña L. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona. Organización médica colegial, 2002.
- Tager I, Narran J, Tosteson T. Function, pre and pos natal smoke exposure, and wheezing in the first year of life. AM Rev Respir Dis. 1993; 147: 811-7.
- Ehrlich RI, Du-Troit, Jordaan E, Zwarenstein M, Potter P, Volmink JA, et al. Risk factors for childhood asthma and wheezing. Importance of maternal and household smoking. Am J Respir Crit Care Med. 1996; 154: 681-8.

AUTOR/ES:

Responsables: Gallegos Martínez J., García Rosas E. Fernández Hernández V.A. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería: Cubos Alvarado M.A., Elizalde Ramos A.V., Guajardo Alonso N.L., López Aldama K.S., Oros Martínez F., Ruelas López J.B.

TÍTULO:

Los padres ante la unidad neonatal en un Hospital General de Seguridad Social San Luis Potosí S.L.P. México

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción. En la Unidad Neonatal (UN) la madre y/o el padre participan en la visita/cuidado al neonato hospitalizado y genera significados para los padres y el equipo de salud¹⁻⁸. El estudio da cuenta del significado para los padres de tener un hijo internado en la UN y de algunas características familiares. Objetivos •Identificar: las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos de las madres • Realizar genograma familiar. •Identificar el significado para los padres de tener a su hijo internado en la UN con vistas a obtener subsidios que mejoren la asistencia a esta población. Material y métodos. Estudio descriptivo de abordaje cualitativo. En la UN de un Hospital de seguridad social, de segundo nivel de atención en el estado de San Luis Potosí, México. Muestra: Los padres de neonatos internados en la UN que aceptaron participar en el estudio, se consideraron los aspectos éticos y legales conducentes^{9,10}. Por medio de una entrevista semi-estructurada, con base en la pregunta detonadora: Que es para usted tener un hijo en la UN? y una guía para genograma. Análisis. Descriptivo para características sociodemográficas y antecedentes obstétricos. El análisis de estructura familiar se plasmó en genogramas. Para aprehender significados se utilizó análisis de contenido modalidad temática del material. 1) Lectura de transcripciones e identificación de códigos significativos, 2) se examinaron los códigos en cuanto a su similitud, complementariedad, puntos de vista conflictivos y contradictorios 3) Se categorizaron los sub-temas y los Núcleos de Sentido que denotaran los significados. Resultados y discusión: Participaron 6 familias: En dos se entrevistaron padre y madre y en las 4 restantes solo las madres, prevalece educación primaria y ocupación como empleados y labores del hogar. Los antecedentes obstétricos fueron de riesgo para el 50%, prevalecen la enfermedad hipertensiva del embarazo y ruptura prematura de membranas. El tipo de familia predominante fue la nuclear, le siguen la monoparental y ampliada. Los núcleos de sentido aprehendidos: Sufriendo por la enfermedad del hijo ...porque pienso que en cualquier momento mi niño puede fallecer y nomás de pensarlo me asusto mucho... mi niño esta muy grave corre mucho riesgo a que se muera en el quirófano, mi niño puede fallecer ...M2 ...Pues no quisiera tenerlo aquí, mis sentimientos sería tristeza...pues todos están tristes porque todos querían que llegáramos los dos juntos, pero pues que se esté recuperando es lo mejor...M4. Similarmente, en estudio cualitativo con teoría fundamentada en los datos, se aprehendió la experiencia de la madre acompañante como un paso difícil y revelador en el cual muestra los sentimientos de los padres a través de la categoría Conviviendo con el dolor y el sufrimiento: miedo, angustia, inseguridad¹¹. Y en estudio cualitativo con abordaje fenomenológico se aprehendió la experiencia de que los padres transforman su miedo en esperanza que coincide con el estado clínico del hijo y direcciona su sufrimiento¹². Afrontando el sufrimiento ...pues mis padres me apoyan mucho, ellos se vinieron desde donde vivimos hasta aquí los cuatro meses que hemos estado aquí...M2 ...me han apoyado en ese aspecto muy bien, tanto la familia de mi señora como mi familia, hay mucho cariño por parte de las dos familias para con mi hijo y eso nos ha ayudado mucho...dentro de lo que cabe yo le estoy echando bastantes ganas...P1. Se refiere que teniendo conciencia de su miedo, el padre busca en sí mismo elementos transformadores para apoyarse, como la esperanza, por otro lado, refieren en su categoría Teniendo Ayuda, que la madre recibe algún tipo de ayuda que contribuye para su fuerza fundamental, al recibir apoyo de personas preocupadas por el niño y por ella, familiares, amigos^{11,12}. Otros investigadores hacen resaltar que el sufrimiento conduce a sentimientos de angustia, impotencia, preocupación e incertidumbre y que por estas razones la familia siente la necesidad de rescatar sus potencialidades para afrontar la hospitalización del hijo, en los resultados observamos que la red mas importante de apoyo que encuentran los padres es la familia¹³.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Katherine R. Afectividad en madres de niños hospitalizados. Rev.Chilena de Pediatría. vol.73.Santiago; enero 2005.
2. Viviane E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Ciencia y enfermería. vol.8; 2002.
3. Friedman M. The family health care function. In: Family nursing research: theory & practice. 4th ed. Appleton & Lange. 1998.
4. Pedroso GER. El significado de cuidar de la familia en la UTI neonatal: creencias del equipo de enfermería. Ciencia y cuidado de la salud. 2003.
5. Collet, N. Participación y autonomía de la madre en el cuidado de su hijo hospitalizado. Revista Bras Enferm. Brasilia; 2003.
- 6.Cordero MA. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Revista Chilena en pediatría.vol.75, Santiago; 2004.
7. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a Assistência de Enfermagem ao Binômio Mãe e Recém – Nascido Prematuro na Unidade Neonatal. Nursing. (25); Jul. 2001.
- 8.Gallegos, MJ. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosí, México. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2004.
9. MEXICO. Ley General de Salud. Diario oficial de la Federación, 1997a.
10. MÉXICO. Secretaría de Salud. Secretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Comités Técnico Médico Hospitalarias. Lineamientos para la organización y funcionamiento. México: Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, 143 p. 1997b.
- 11.Oliveira, I. Angelo, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora a experiencia da mae acompanhante. Rev. Esc. Enf. USP 2000.
12. Souza, ABG. Angelo M. Buscando uma change para o filho vir a ser a experiencia do pai na UTI Rev. Esc. Enf. USP, 1999.
- 13.Collet, N. Rocha, SMM. Participacao e autonomia da mae no cuidado ao filho hospitalizado Rev Bras Enferm, Brasilia (DF) 2003 maio/jun;56(3);260-264.

AUTOR/ES:

JOSE MARIA ACOSTA RODRIGUEZ
RAQUEL PEREZ MARINAS

TÍTULO:

Estudio estadístico sobre la prescripción enfermera

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivos

- Evaluar si un protocolo de administración de medicamentos específico para la profesión enfermera y utilizado actualmente, sería factible en el rol enfermero.
- Demostrar cualitativamente que la prescripción de medicación por parte de enfermería es un hecho real y que es necesario legislar sobre ello.
- Conocer la opinión que tiene el conjunto médico sobre la prescripción enfermera.

2.- Métodos

- La muestra estaba formada por 200 enfermeros y 100 médicos que trabajan en diferentes especialidades y centros de la provincia de Valladolid.
- La evaluación se ha realizado mediante cuestionario de respuestas cerradas. Siendo un cuestionario específico para enfermería y otro diferente para medicina, pues los objetivos del estudio son diferentes para cada profesión como se expone en el apartado de objetivos.
- En todos los cuestionarios se adjunta el protocolo de medicación utilizado, pues algunas de las preguntas están basadas en él.
- Los resultados obtenidos durante el proceso de recogida de datos fueron analizados mediante técnicas estadísticas para contabilizar en % las respuestas. Para una mejor visualización, los datos se representaron en gráficos.

BIBLIOGRAFÍA:

Castells S, Hernández- Pérez M. Farmacología en enfermería. Ed. Harcourt; 2001

Consejo General de Enfermería. Guía enfermera para la utilización de medicamentos y vademécum. Ed. Fundación salud y sociedad.

Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera .Documento de base.

Plan de invierno. Propuestas organizativas para equipos de atención primaria. Instituto Catalán de la Salud.

Gallardo L. Las enfermeras negocian la posibilidad de prescribir. El Global 2006 Mar 6;Sección nacional.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria [página de internet]. Debate al articulado sobre las enmiendas ley general de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 2006 Mar 21. www.asanec.org

Ficha técnica de propuesta de título universitario de grado según RD 55/2005, de 21 de enero. Enseñanzas de grado en enfermería. www.enfermundi.com

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria [página de internet]. Manifiesto ASANEC ley del medicamento. www.asanec.org

Generell ordinationslista för Vo Akutsjukvård. Documento interno en la unidad de KAVA del Hospital Universitario de Lund, Suecia. 2004 May 6.

AUTOR/ES:

Eva Pilar López García
Sandra Monjas Gil
Estela Veneros González

TÍTULO:

Cuidados paliativos

TEXTO DEL TRABAJO:

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: La intervención de enfermería no va encaminada únicamente a salvar una vida y a curar la enfermedad, sino también a proporcionar una máxima calidad de vida a pacientes terminales; por ello se plantea la necesidad de conocer la información referente a Cuidados paliativos para poder realizar un trabajo enfermero basado en la evidencia. Reflejar el conocimiento científico existente sobre la práctica de la enfermería en cuidados paliativos

MÉTODO: Se ha realizado una revisión de documentos de la producción científica enfermera en la práctica de cuidados paliativos. Dicha revisión se ha basado en la búsqueda de los estudios publicados e indexados en la base de datos CUIDEN. La estrategia de búsqueda ha sido la siguiente:

(enfermos terminales OR enfermedades terminales OR cuidados paliativos OR moribundo) AND (enfermería OR atención de enfermería OR cuidados de enfermería OR plan de cuidados de enfermería).

RESULTADOS: Los 194 documentos utilizados para la investigación son de varios tipos, los cuales están reflejados en el Gráfico 1.-

Editoriales (5 documentos (2,3%))	Comunicaciones (11 doc. (5,7%))	Investigación (3 doc. (1,5%))	Revisión (32 doc. (16,5%))	Capítulo (48 doc. (24,8%))
Documento electrónico (2 doc. (1%))	Artículo original (36 doc. (18,6%))	Protocolos y pautas de actuación (17 doc. (8,9%))	Artículo (10 doc. (5,2%))	Caso clínico (7 doc. (3,6%))
Artículo breve (9 doc. (4,6%))	Comentario (4 doc. (2,2%))	Resumen (3 doc. (1,5%))	Otros (7 doc. (3,6%))	

La distribución por años de publicación de los documentos analizados se muestra en el Gráfico 2.- La distribución por países de publicación de los documentos analizados se muestra en el Gráfico 3.-

1 : Reino Unido (1 doc. (0,5%))	2 : Colombia (1 doc. (0,5%))	3 : México (1 doc. (0,5%))	4 : Portugal (3 doc. (1,6%))
5 : Japón (1 doc. (0,5%))	6 : Australia (1 doc. (0,5%))	7 : E.E.U.U. (3 doc. (1,6%))	8 : Cuba (2 doc. (1%))
9 : Alemania (1 doc. (0,5%))	10 : Desconocido (10 doc. (5,2%))	11 : España (170 doc. (87,6%))	

En concreto, en España, de los datos obtenidos en las búsquedas realizadas, se desprende que las comunidades autónomas que más publican sobre cuidados paliativos son Madrid (27,7%), País Vasco (13,8%), Andalucía (10,3%), Cataluña y Navarra ambas con un 8,2% de la producción total respectivamente, como se muestra en el Gráfico 4.- Hay que aclarar si embargo, que un 5,2% del total no ha podido ser encuadrada en ninguna de las comunidades o países. El Gráfico 5.- refleja la temática de los documentos.

Cuidados de enfermería (72 doc. (37,1%))	Bioética (14 doc. (7,1%))
Oncología (26 doc. (13,3%))	Geriatría (11 doc. (5,7%))
Historia (2 doc. (1%))	Comunitaria (4 doc. (2,2%))
Familia (5 doc. (2,3%))	Pediatría (5 doc. (2,3%))
Antropología (2 doc. (1%))	SIIDA (5 doc. (2,3%))
Fármacos (6 doc. (3,1%))	Comunicación (15 doc. (7,8))
	Urología (11 doc. (5,7%))

Nutrición (3 doc. (1,5%))	Legislación (1 doc. (0,5%))	Urgencias (1 doc. (0,5%))	Estrés laboral (1 doc. (0,5%))
Respiratorio (1 doc. (0,5%))	Otros (9 doc. (4,6%))		

Los cuidados paliativos se prestan fundamentalmente en la atención especializada, considerando dentro de ella las unidades de cuidados paliativos. Un 69,1% del total de los documentos reflejan la asistencia de enfermos terminales en asistencia especializada, mientras que un 25,7% lo hacen en atención primaria. En el Gráfico 6.- se refleja esto.

CONCLUSIONES La planificación de cuidados se considera como el pilar fundamental en la atención al paciente terminal, un paciente que, apenas modifica sus necesidades a lo largo del tiempo; por ello en los documentos analizados, el 37,1% del total de los documentos abordan como tema principal el plan de cuidados de enfermería en relación con los pacientes terminales.

BIBLIOGRAFÍA:

- LOPEZ IMEDIO, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana. Madrid 1998.
- GOMEZ SANCHO, M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. 1999.
- GALA LEÓN, F. J. Sobre las concepciones de la muerte. Revista ROL de Enfermería. nº 159. 1991.
- ASTUDILLO W. Cuidados del enfermo terminal y atención a su familia. Eusan 1995
- CORTÉS-FUNES, H.; DIAZ RUBIO, E. Urgencias Oncológicas. Oncología Clínica, 1ª Ed. 1999.
- Recursos en INTERNET :
 - CUIDEN: Base de datos de enfermería en Español
 - Sociedad Española de Cuidados Paliativos: <http://www.secpal.com>
 - <http://www.enfermeriaconexion.com>

AUTOR/ES:

Gil Ros, Carmen*; López Gallego, Sandra*; Meseguer Liza, Cristóbal**. (*Alumnas 2º curso, Diplomatura en Enfermería. **Profesor Departamento de Enfermería).

TÍTULO:

PREVALENCIA DEL ORDEN DE LLENADO DE TUBOS EN LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS

TEXTO DEL TRABAJO:**1.- Objetivos.**

La incorporación a las estancias clínicas supuso un momento enormemente ilusionante no exento de dudas, que en algunos casos resultaron no menos sorprendentes. La que es objeto de nuestro trabajo se manifestó en los primeros días en los cuales observamos “muchísima variabilidad” en las recomendaciones sobre el orden de llenado de los tubos para muestras sanguíneas. Nuestra sorpresa se acentuó cuando la búsqueda bibliográfica resultó poco fructífera. Esta situación nos animó a valorar la variabilidad de dicha secuencia de llenado en la institución en la que nos encontrábamos con la intención de alcanzar los siguientes objetivos:

- Identificar el procedimiento que llevan a cabo las enfermeras/as en la secuencia de llenado de tubos al finalizar la extracción en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.
- Analizar los resultados para verificar si el estándar recomendado de llenado de tubos se cumple.
- Proponer actividades de mejora a la dirección de enfermería del hospital para minimizar los errores de extracción.

2.- Métodos.

Para alcanzar nuestros objetivos propusimos un estudio descriptivo transversal observacional, mediante la autocumplimentación de un cuestionario de diseño propio de 23 ítems. Dicho instrumento se validó siguiendo las recomendaciones de Sierra Bravo. Las variables identificadas fueron sexo, edad, laboratorio, año de finalización estudios, área de trabajo, material de extracción, uso de torniquete, tiempo uso torniquete, calibre aguja adultos, calibre aguja niños, orden de llenado. La muestra constó de 45 encuestas, recogidas el 3 de Mayo de 2006, entre los enfermeros/as que trabajaban en el centro durante el turno de mañana, siguiendo un criterio de asignación aleatoria, con un máximo de dos sujetos encuestados por unidad. El procesado y análisis de los datos se ha realizado con la aplicación estadística SPSS v. 13.0.

3.- Resultados.

Los principales resultados obtenidos indican que el 69% de la muestra eran mujeres; el 78% trabaja en una unidad de hospitalización; el 30% de la muestra tiene entre 41-45 años; el 60% de los encuestados finalizaron sus estudios básicos entre 1976-1980 y 1986-1990; el 91% de la muestra utiliza torniquete en sus extracciones, con independencia del tiempo que permanezca aplicado; el 62% llenaría en primer lugar el frasco de hemocultivo; un 42% de los encuestados rellenaría en segundo lugar el frasco de coagulación; en tercer lugar aplicarían el tubo con gel separador; el relativo a la velocidad de sedimentación lo llenarían en cuarto lugar; y en quinto lugar, llenarían el tubo de hemograma.

4.- Discusión.

Los resultados obtenidos difieren de manera importante de los recomendados por la institución y de los propuestos por Mosteiro et al. A pesar de que el llenado del tubo del hemocultivo en primer lugar es lo escogido por la mayoría, este nivel de respuesta debería ser superior dada sus repercusiones trascendentales que podría tener en la práctica clínica. Con respecto a la segunda opción de llenado, la elegida ha sido el tubo de la coagulación y posteriormente el tubo gel separador, con lo que el tubo seco podría quedar contaminado con los aditivos provenientes de los anteriores, alterando la muestra. Queda por tanto constancia de que la secuencia seguida se aleja de la deseada. Los posibles errores en las determinaciones analíticas se deberán a otras circunstancias distintas al tiempo de permanencia del torniquete, que en ningún caso la población encuestada manifiesta llegar a los dos minutos, a partir de los cuales, podrían haber alteraciones como por ejemplo, del nivel de potasio. Parece evidente la necesidad de establecer medidas correctoras en la institución que contribuyan a la difusión y seguimiento de una recomendaciones que unifiquen la intervención y reduzcan los errores asociados a posibles contaminaciones entre diferentes fluidos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ernst DJ. Recogida de muestras de sangre. Nursing 1999; 17(10): 42-44.
- Mosteiro Díaz MP, de Francisco Vega A, Paredes Fernández MA, Alvarez García R, García Martínez MJ y Carro Fernández N. Orden de llenado de tubos en la obtención de muestras sanguíneas. Procedimiento de enfermería. Enfermería Científica 2000; 224-225.
- Puialto Durán MJ y Moure Fernández L. Hemocultivo. Influencia de la aplicación de un protocolo para su valoración. Enfermería Clínica 1997; 7(6): 249-254.

AUTOR/ES:

Sara Peñas Martínez , Cristina Pérez de Castro, Isabel Guerra Cuesta
Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid
Correo electrónico: borsarad@hotmail.com (Sara) tinaperezpucela@hotmail.com (Cristina)

TÍTULO:

Metodología de trabajo de enfermería en el Hospital Universitario de Lund (Suecia)

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Conocer la metodología de trabajo de enfermería del Hospital Universitario de Lund (Suecia) desde el punto de vista de las alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid.

En el curso 2005-2006 realizamos las prácticas de Enfermería Médico-Quirúrgica durante un periodo de tres meses el Hospital de Lund con una beca Erasmus.

Realizamos nuestras prácticas en estos tres servicios: Urgencias, Ward 8 y Mava.

Ward 8: Planta de hospitalización geriátrica.nº de camas 18, habitaciones 10 .Asignación de pacientes: cada enfermera/o lleva 6 pacientes, la información del estado de los pacientes se realiza mediante una reunión de todas las enfermeras/os y auxiliares, toda la documentación en soporte informático, la administración de medicación unidosis con control informático, programa informático similar al gacela, utilización sistemática y rigurosa de protocolos de actuación.

Mava: Planta derivada de urgencias; donde ingresan los pacientes de medicina interna que necesitan estar en observación. Asignados a cada enfermera/o. 4 o 5 pacientes; se dividen en 4 equipos (azul, verde, rojo y amarillo) compuestos por una enfermera/o y una auxiliar. En el turno de noche solo hay tres equipos, con una enfermera/o cada uno; pero sólo hay una auxiliar, que se ocupa de todos los pacientes. Cada equipo, según el color, tiene asignado siempre las mismas habitaciones. Total de pacientes 20.La enfermera/o lee en el ordenador toda la información acerca del paciente; luego habla con la enfermera/o del turno anterior para solucionar dudas e informar sobre lo más destacado de cada paciente. Las auxiliares hacen lo mismo. La administración de medicación unidosis con control informático, programa informático similar a la gacela, utilización sistemática y rigurosa de protocolos de actuación. (Dolor, aumento de la temperatura,...)

Horario de trabajo en los turnos de trabajo existen importantes diferencias ; trabajan más horas que en Valladolid y los turnos se solapan en dos horas para poder informar al equipo sobre la evolución de los pacientes asignados .Así mismo existen diferencias en los horarios En Lund, el turno de mañana es de 6:45.h / 16:00h, el de tarde de 12:30h / 21:30h y el de noche de 21:00 h / 7:15.h

Urgencias se divide en zonas; ortopedia, quirúrgica y urología, medicina prioridad 2, medicina prioridad 3 y 4 y neurología, la sala de urgencia prioridad 1, zona de boxees y recepción de pacientes que vienen en ambulancia (que no sean de prioridad 1), recepción de pacientes que vienen por su propio pie.En cada zona suele haber una enfermera/o y una auxiliar. También hay una enfermera/o que distribuye a cada equipo según la zona, supervisa todo y ayuda .Ante un ingreso de prioridad 1; en sala de urgencia hay una enfermera/o y auxiliar fija y además acuden la enfermera/o del área de medicina prioridad 3 y 4 y la auxiliar de la zona de quirúrgica. La enfermera/o que está fija allí se encarga de ir anotando los datos del paciente, las constantes, la medicación que se le administra y todo lo que se le va haciendo al paciente. La auxiliar que esta allí fija monitoriza al paciente (TA, EKG...). La otra enfermera/o hace las analíticas, pone vías, administra medicación...otra auxiliar está pendiente de proporcionar el material necesario. En cada aviso de prioridad 1, acuden el médico de guardia ,un médico especialista según la patología del paciente. Todo este equipo está preparado y esperando cuando el paciente llega.El equipo de urgencias rota de zona cada día.Los recursos humanos y materiales, en general, son más abundantes. Las habitaciones de los pacientes están totalmente equipadas , también tienen todo lo necesario para las enfermeras/os y auxiliares en cada box .Cuando llega un paciente la primera entrevista la hace la enfermera/o. Ella decide la prioridad, según la gravedad del paciente, y a que zona pertenece.

El hospital de Lund tiene un programa de adaptación y aprendizaje para el personal de enfermería que comienza a trabajar y para cuando se realizan cambios. El trabajo se realiza más en equipo; y aunque cada uno tiene su función no hay tanta jerarquía como en España.

AUTOR/ES:

Patricia Castejón Barruso y Ángela Dotor Hernández

TÍTULO:

¿Modifican los conductores (o personas de su entorno) sus hábitos de conducción tras haber sufrido un accidente de tráfico?

TEXTO DEL TRABAJO:

El número de accidentes es creciente a pesar de las múltiples campañas que han intentado prevenir este fenómeno.

En cada accidente de tráfico suelen confluír diversas circunstancias que determinan la aparición del percance. Las investigaciones realizadas al respecto coinciden en señalar el comportamiento humano como el factor más determinante, por encima de otros aspectos como los ambientales o los mecánicos. Tal vez deba ser éste el objeto de las campañas, y por consiguiente, explorar en realidad vivida por los conductores e investigar desde la experiencia del accidentado.

1. Objetivo general: de nuestro estudio consiste en describir las experiencias y vivencias tras haber sufrido un accidente de tráfico personal o cercano con respecto a la modificación en los hábitos de conducción.

2. Metodología cualitativa: ya que queremos describir el significado de una vivencia traumática cómo es la de un accidente de tráfico. Nuestro objeto de estudio es la perspectiva que ellos mismos tienen sobre su propia experiencia y, a partir de las mismas, conocer la influencia de ese accidente en los hábitos de conducción.

El marco teórico - metodológico escogido para nuestro estudio es el fenomenológico. Las bases del mismo se asientan en la esencia del propio ser humano, es decir, la realidad sólo se puede entender a través de la experiencia transmitida por el sujeto. Hemos elegido la fenomenología descriptiva de Husserl porque es la más coherente y ajustada a nuestro campo y objeto de aplicación.

Para la muestra tendremos en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

-Que los informantes sean personas, con la mayoría de edad, y que hayan sufrido un accidente grave en carreteras urbanas e interurbanas entre los años 2002 – 2005.

-Consideramos accidente grave a todo aquel que tenga efectos múltiples para la salud o fallecimiento de alguno de los implicados.

* Se considera un año como periodo de adaptación y superación.

Utilizaremos el muestreo por propósito que propone el acudir a aquellos lugares dónde queden registrados e identificados los sujetos implicados en accidentes como la dirección general de tráfico, grúas de los ayuntamientos o aseguradoras, etc. No descartamos el muestreo en bola de nieve, pues lo consideramos una forma de ampliar nuestra muestra.

Lugar de estudio: El municipio de Leganés (Madrid).

Técnicas de obtención de datos: entrevistas semi-estructuradas. A través de ellas, queremos obtener información de primera mano, incluyendo el punto de vista del informante. Las preguntas serán abiertas para lograr información extensa, detallada y novedosa. Añadiríamos al final de la misma algunas preguntas que consideremos oportunas para así asegurarnos que todos los aspectos queden totalmente consumados. La línea que queremos seguir en las preguntas es la siguiente: ¿Cómo ha influido el accidente en su vida?, ¿Qué cambios percibes que se han producido en tu modo de conducción?, ¿Cómo fue el primer trayecto en coche tras el accidente?, ¿Qué sensación percibes cuando conduces actualmente?

Análisis de los datos según Giorgi (1985) con las modificaciones propuestas por Barrer.

Aspectos éticos y de confidencialidad: para preservar los derechos del participante se creará un consentimiento informado. Tendremos en cuenta la confidencialidad de los datos del paciente y su intimidad. Cada paso que demos en nuestro proyecto será analizado por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid.

Aspectos de calidad: se utilizarán dos criterios de calidad de la Investigación Cualitativa, Credibilidad y Auditabilidad; garantizando el rigor del trabajo científico teniendo en cuenta la complejidad de los fenómenos humanos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mary Jane Smith, Monica Kennison, Susan Gamble, and Barbara Loudin. Intervening as a Passenger in Drinking/Driving Situations. *Applied Nursing Research*. 2004; 17 (3): 142-149.
2. Sirpa Rajalin, Heikki Summala. What Surviving drivers learn from a fatal road accident. *Accid. Anal. and prev.* 1997;29 (3): 277-283.
3. Wang C.-H. , Tsay S.-L. and Bond A.E. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(1): 22–30.
4. Mohamed A. Abdel-Aty, A. Essam Radwan. Modeling traffic accident occurrence and involvement. *Accident Analysis and Prevention* . 2000; 32; 633–642-
5. Michael A. Gebers, Raymond C. Peck. Using traffic conviction correlates to identify high accident-risk drivers. *Accident Analysis and Prevention*. 2003; 35: 903–912.
6. Karl Peltzer, Walter Renner. Psychosocial correlates of the impact of road traffic accidents among South African drivers and passengers. *Accident Analysis and Prevention*. 2004; 36: 367–374

AUTHOR/S:

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Andrezza Carla Cavalcanti Pires D´Azevedo, Daisy Cristina Zemke Barreiro, Rosângela Maria Pereira Nogueira, Zilda Soares Melo de Almeida, Zuldimar Barreto Gomes

TITLE:

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in chronic leg ulcers: responsiveness and predictive validity

TEXT:

Aim: The study aimed to evaluate the responsiveness and predictive validity of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in chronic leg ulcers. **Methods:** A prospective study type, it was approved by Ethics Committees of four hospitals in four Brazilian cities. The data were obtained through a weekly leg ulcer examination, during a minimal period of four weeks, using the adapted Brazilian version of PUSH tool (Santos et al, 2005) and after obtaining the assigned consent from adult outpatients at the institutions. The data were submitted to t Student and Friedman tests. As after four weeks the missing data were 35,6%, only the first four assessments were analysed. Seventy four ulcers were analysed. **Results:** The results showed that all PUSH total scores changed according to the time ($p < 0,0001$), from the first to the fourth assessments. Related to the predictive validity, scores 7 (percentil 25) and 13 (percentil 75) were obtained on the fourth evaluation. These were established for prediction analysis. All of the areas in ROC Curve were higher then 0,7 ($p < 0,05$) for both prognosis: good and bad healing. On the third evaluation, the cut score 12 obtained sensitivity 0,98 and specificity 0,81 for a good healing prognosis. On the other hand, again the cut score 12 obtained sensitivity 0,98 and specificity 0,69 for a bad healing prognosis. **Conclusion:** The study confirmed the measure properties - responsiveness and predictive validity - of the PUSH tool in chronic leg ulcers contributing for its continuous validation process.

Descriptors: chronic leg ulcers; PUSH; responsiveness; predictive validity.

BIBLIOGRAPHY:

The PUSH Task Force Pressure Ulcer Scale for Healing: derivation and validation of the PUSH Tool. *Adv Wound Care* 1997;10(5):96-101.

Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latino-Amer Enf* 2005; 13(3): 305-13.

AUTHOR/S:

-Nahid Dehghan Nayeri - Ali Akbar Nazari -
Mahvash Salsali - Fazlollah Ahmadi -

TITLE:

Nurses' Productivity: The Perceptions of Clinical Nurses in Iran

TEXT:

Abstract

Background

Productivity is a significant indicator of professional development within any professional group, including nurses. Nurses as the largest human resource element of health care systems have a major role in providing an on-going quality care to patients. Nurses perception about their productivity is primary step for improving it. This research aimed to the evaluate nurses' perceptions of productivity.

Methods

This is a qualitative research, grounded theory method. The data were collected first by purposive sampling and then through theoretic sampling. To obtain rich data, open interviews were conducted and data analysis was carried out by constant comparative analysis.

Results

Majority of the participants in the current study considered productivity as being equivalent to effectiveness for patients and providing high quality care. Six categories were emerged are: To usefulness, human resources, financial and job security, effective management, organisational structure, psycho-social factors and the status of nurses' engagement. The findings of this study have clearly indicated that the basic social problem of nurses in Iran is burn-out and that the most significant variable affecting their productivity is the human resources.

Conclusion

This study highlighted the nurses' perception of productivity and factors affecting it. This understanding can be used for an improved focus on productivity.

Keywords: Nurses' Productivity, Qualitative Research, Grounded theory

Background

Nurses are the biggest human resource. They play a main role in their success. Hence their productivity affects organization's success by influencing organizational total factor productivity (TFP) (1). Health care organizations can not succeed without productive nursing staff (2).

Nurses' productivity is of great concern to hospital managers who continue to strive to improve quality and reduce costs. However, despite this practical concern, the subject has been rarely studied (3).

Nevertheless researchers did not report variables affecting productivity in a whole and within organization context. Researches reported isolated factors affecting on productivity.

In the recent years, the public and the government have criticized Iranian nurses because of the poor quality of patient care. In this context, hospital managers have sought to improve productivity of their staff by resorting to strategies such as privatization and decentralization (4). However, no studies have examined about nurses' productivity in Iran and findings of the studies undertaken in other countries may not be directly applied to the Iranian context due to significant cultural and socioeconomic differences.

This study aimed to highlight nurses' perception of their own productivity and factors affecting it. It attempted to address questions such as "what is nurses' perception of their own productivity"? Which factors improve or diminish nurses' productivity?

BIBLIOGRAPHY:

1. Estaugh SR. Hospital Nurse Productivity. *Journal of Health Care Finance*. 2002, 29 (1): 14-22.
2. Helmer F, Suver T, James D. Pictures of Performance: The Key to Improved Nursing Productivity. *Health Care Management Review*. 1988. 13(4): 65-70.
3. Mc-Neese-Smith DK. Staff Nurse View of Their Productivity and Nonproductivity. *Health care Management Review*. 2001. 26(2).
4. Adib Hagbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. A Qualitative Study of Iranian Nurses' Understanding and Experiences of Professional Power. *Human Resources For Health*. 2004. 2:9
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 1996, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, Inc,
6. Helmer T, Olson S F. A Clockwork Nursing Unit, Analyzing How Nurses Spend Their Time Is The First Step Toward Improving Productivity. *Health Progress*. 1990 Sep, 71(7): 58-63
7. Cheryl LM. Battling Burnout, *Nursing*. 2002.32(8): 8
8. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalaski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality, Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002. 288:1987-1993.
9. Lake S. Applying Performance Measurement to a Nursing Service. *Journal of Nursing Administration*. 1998 March. 28(3):1-4
10. Houser J. A Model for Evaluating the Context of Nursing Care Delivery. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*. 2003. 33(1)
11. Wickstrom G, Helea-Hannus L, Joki M. Factors Related to Good Group Performance in Nursing. *Int.J.Ind. Ergon*. 1998. 22(4-5):327-331
12. Grandfield S. Do More with Less: Strategies for Improving Productivity in Community Health Nursing. *The Health Care Supervisor*. 1992 sep.11(1):37-42.
13. McNeese-Smith D K. Job Satisfaction, Productivity, and Organizational Commitment. *Journal of Nursing Administration*. 1995. 25(9): 17-26.
14. McNeese-Smith DK. The Influence of Manager Behavior on Nurses' Job Satisfaction, Productivity, and Commitment. *The Journal Of Nursing Administration*. 1997 Sep. 27(9): 47-55
15. Martin P A, Gustin T J, Uddin D E, Risner P. Organizatio

AUTOR/ES:

PIRES, Regina Maria; PIRES, Arménia Margarida; MORAIS, Ernesto Jorge;

TÍTULO:

CLINICAL SUPERVISION IN NURSING - DIFFICULTIES AND STRATEGIES

TEXTO DEL TRABAJO:

Introduction - The concerns with the improvement of the quality of care in health made to emerge in Portugal, in the beginning of the 21st century, the debate on the clinical supervision in nursing, partly, fruit of the implementation of accreditation programs in some health organizations. The increment of the quality of care includes, unavoidably, the education, promotion of the clinical practice and the promotion of a reflexive attitude where the clinical supervision assumes a fundamental role.

The valorisation of the perspective of each one of the intervening in the supervision process turns significant the common activities involvement, leading to the creation of feelings of belonging and professionalism bows among people that accept a same challenge and make an effort for reaching the same target: the excellence of the clinical practice.

Aim – To understand the aspects related to professional performance considered the most difficult and the right organizational framing for the type of clinical supervision to follow, through out a definition of a policy of clinical supervision in nursing.

Methodology – Using the case study as investigation method, we opted for the qualitative paradigm, based in the comprehensive phenomenology.

Data was collected using half-structured interviews, recorded in audiotapes, with a sample of twelve high-qualified nurses (supervisors of nurse's clinical practices) from a Central Hospital.

After the interviews transcription to digital support, the interveners' narratives were submitted to a thematic analysis.

Results - The professionals' integration in the services is pointed by the participants as a period characterized by great difficulties; the supervision made available in this period is strongly conditioner of the course and construction of the professional identity and of the linkage with the profession.

Other difficulties that the analysis identifies as relevant are: the innexistence of a formal policy of clinical supervision, the emotional conditions of the people under supervision, the shared reflection on the practices, the nurses' lack of familiarity with the clinical supervision, the difficulty in defining supervising strategies, their acceptance as supervisors by others, the resources readiness that they have at their disposal for the practice of nursing supervision and the vague stance of their functions.

Conclusions – This investigation is a contribution to the development of a clinical supervision policy that allows nurses and the organization itself to face the present and future challenges in the health area.

The actors of the study evidence the importance of the clinical supervision, while a process that can help them to find strategies to outline the social-clinic complexities that they confront in their supervision practices.

As far as the institutional background of clinical supervision in nursing policy is concerned, according to the sample studied, that must be supported by the organizational philosophy based on a greater involvement in personal and professional support of the people who are being supervised and in the reflection on nursing practices.

The philosophy of this policy should be compounded by the educational, restorative and normative components of the supervision. It must be driven by dynamics of professional integration, of education and support in the several dimensions of the development of the clinical practices, appealing to reflexive strategies of interaction.

BIBLIOGRAFÍA:

Alarcão I; Tavares J. Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. 1st ed. Coimbra: Livraria Almedina; 1987.

Abreu W. Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau e Educa; 2001.

Bond M, Holland S. Skills of clinical supervision for nurses. Buckingham: Open University Press; 1998.

Landmark BT, Hansen GS, Bjones I, Bohler A. Clinical supervision – factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision. J Clin Nurs. 2003 Nov;12(6):834-41.

Schön D. The reflective practitioner. How Professionals Think in Action. New York: Basic books; 1983.

White E, Butterworth T, Bishop V, Carson J, Jeacock J, Clements A. Clinical supervision: insider reports of a private world. J of Adv Nurs, 1998 July; 28(1):185–192.

Yin RK. Case study research – design and methods. California: Sage Publications Inc; 2003.

AUTHOR/S:

Ayşe BEŞER , Aygül KISSAL

TITLE:

CRITICAL THINKING DISPOSITIONS AND PROBLEM SOLVING SKILLS AMONG NURSING STUDENTS

TEXT:

Introduction: There is an increasing demand for nurses equipped with creative and critical thinking skills and able to provide health services in accordance with the continuous and fast developments 1. Critical thinking and problem solving skills of nurses help them to cope with problems, to fulfill the requirements of their difficult roles and to provide an efficient and qualified health care 2,3,4 . The aim of this study was to determine critical thinking dispositions and problem solving skills among nursing students at Dokuz Eylül University of Nursing School.

Methods: This is a descriptive study and included 267 students who were studying at Dokuz Eylül University of Nursing School in the 2005/2006 academic year. Data were collected with "California Critical Thinking Disposition Scale" and "Problem Solving Skills Inventory". The scale developed by Facione 5 and the Cronbach alpha coefficient of was 0.92. The Scale was composed of seven factors and 75 items. It is a six-point Likert Scale. The validity and reliability of the scale for Turkish population was tested by Kökdemir in 2000 6, the scale included 6 factors and 51 items and its Cronbach Alpha value was 0.88. Problem Solving Skills Inventory was developed by Heppner and Peterson. It is a six-point Likert scale and it was composed of three factors and 35 items. The Cronbach alpha value of the scale was 0.90. Şahin and Heppner adapted the inventory and tested its validity and reliability for Turkish population in 1993 7 . Data were analyzed with SPSS package program (11.0) and variance and correlation tests.

Results: The students had moderate critical thinking dispositions and problem solving skills. There was a gradual increase in critical thinking dispositions through the first, second and third years, but there was a slight decrease in the fourth year, with a significant difference between the years. The difference was caused by the scores obtained at the second and third years ($F= 15,586$ $P= 0,000$). There was an increase in problem solving skills from the first to the fourth years and there was a negative strong significant relation between critical thinking dispositions and problem solving skills ($r= - 0.621$).

Discussion: The first, the second, the third and the fourth year students who participated in the study had moderate scores of critical thinking. Critical thinking scores gradually increased through the years, with a significant difference between the years ($p<0.05$). McGrath 8 found moderate critical thinking skills with no significant difference between the years. Similarly, Walsh 9 found moderate critical thinking skills in nursing students. Tiwari et al. 4 reported Australian nursing students to have more improved critical thinking skills than Chinese nursing students although both groups of the students were exposed to Problem Based Learning (PBL). In this study, total problem solving scores decreased towards the fourth year of school suggestive of improved problem skills. These decreases in problem solving scores through the years indicate an improvement in problem solving skills. Kocaman et al.1 found no significant difference in problem solving scores between the first year students exposed to PBL and those exposed to traditional education. Cook and Moyle 10 reported that PBL improved problem solving and critical thinking skills at a school and that both skills were interrelated. Problem solving is a part of critical thinking and critical thinking improves problem solving skills 11. Since both nursing students and nurses have many problems in the clinics, it is important to improve critical thinking and problem solving skills 3,4. In conclusion, increased scores of critical thinking dispositions and decreased scores of problem solving skills may indicate a positive effect of PBL. Incorporation of the courses critical thinking and problem solving skills into nursing school curricula can be a beneficial strategy.

BIBLIOGRAPHY:

1. Kocaman G, Okumuş H, Bahar Z, K z Ic S, Seren Ş. Using Problem Based Learning in Nursing Education and Evaluation of its Outcomes. Dokuz Eylül University of Research Fund, 2003: Project No.: 0957.99.01.02, Project Coordinator: G. Kocaman
2. Kelleci M, Gölbaş Z. The Relation between Problem Solving Skills and some Variables among nurses who work at a University Hospital. Cumhuriyet University of Nursing School Magazine 2004: 8(2); 1-8.
3. Simpson E, Courtney M. Critical Thinking in Nursing Education: a Literature Review. International Journal of Nursing Practice 2002; 8: 89-98.
4. Tiwari A, Avery A, Lai P. Critical Thinking Disposition of Hong Kong Chinese and Australian Nursing Students. Journal of Advanced Nursing 2003; 44(3): 298-307.
5. Facione NC, Facione PA, Sanchez CA. Critical Thinking Disposition as a Measure of Competent Clinical Judgment: The Development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. Journal of Nursing Education 1994; 33(8): 345 – 349.
6. Kökdemir D. Adaptation of California Critical Thinking Disposition Scale into Turkish. Turkish Psychology Bulletin 2000.
7. Savaş r I, Şahin HN. Evaluation in Cognitive Behavioral Therapies: frequently used Scales. Publications of Turkish Psychology Association 1997; 79-85.
8. McGrath JP. The Relationship of Critical Thinking Skills and Critical Thinking Dispositions of Baccalaureate Nursing Students. Journal of Advanced Nursing 2003; 43(6):569-577.
9. Walsh C, Hardy R. Dispositional Differences in Critical Thinking Related to Gender and Academic Major. Journal of Nursing Education; 38(4): 149-155.
10. Cook M, Moyle K. Students Evaluation of Problem Based Learning. Nurse Education Today 2002; 22(4): 330-339.
11. Chann P. What Learners Learn through Problem Solving. Centre for Development of Teaching and Learning 2005; 9:3.

AUTHOR/S:

Dr Soodabeh Jolaei , Dr Alireza Nikbakht- nasrabadi , Dr Zohreh Parsa- Yekta , Fatemeh Noghani , Naser Bahrani

TITLE:

A new approach for teaching ethics to health care students: An action research.

TEXT:

Academic institutions that train professionals play an important role in ensuring that trainees learn the ethical norms of their respective disciplines, and that they learn to behave ethically from the start of their professional lives. Beyond different professions, teaching ethics to health care students is a more important issue in medical and nursing schools. Teaching ethics in nursing education has become increasingly important in recent years and in order to train nurses for better participation in ethical decision making, more contemporary models of teaching ethics are being implemented in nursing programs(1). It seems that traditional approaches for teaching ethics are not sufficient any more and ethicists have to utilize new creative approaches for the new generation of students.

Objectives:

The main objective of this research is to evaluate the efficacy of a new approach for teaching ethics to nursing students and utilizing it after continues improvement.

Methodology:

This is a qualitative study conducted in nursing faculty of Tehran University of Medical Sciences by utilizing action research approach. Action research is a period of inquiry that describes, interprets, and explains social situations when executing a change intervention aimed at improvement and involvement. It is problem focused, context-specific and future oriented. (2)

The researchers as teachers of nursing ethics course, after evaluating their traditional teaching outcomes have started a new approach by showing movies about the daily practice of nurses and physicians in their professional life, in a hospital setting. After watching the movie in the class the students discuss together about the ethical aspects of the nurses' and doctors' professional practice. At the end of each session the teacher summarizes the discussion and directs the students toward thinking about the right conclusion. A questionnaire was used to assess the students' perception before and after teaching ethics. The final exam scores and clinical practice check list were the other tools for evaluating the efficiency of new approach of teaching ethics to students as well as the thematic analysis of their interview statements. Data analysis occurred concurrently with data collection and the findings of each level were shared between research team to achieve a comprehensive conclusion that the next step could be based on that.

Findings:

The overall findings of this action research indicated that the students' perception and attitudes regard the nursing ethics course and their involvement in class discussion had been significantly improved in compare with the students who had been taught through traditional lecture method. Furthermore the final exam scores of students of intervention group were higher than the traditional group's. The findings made the researchers as the teachers of ethics course to continue teaching ethics by utilizing this kind of new creative methods.

Discussion and conclusion:

Researchers continue to have different views on the goals and objectives of teaching ethics to health care students.(3) there are many different suggestions on what and how ethics should be taught in medical schools.(4). Many texts and research findings emphasize on the importance of teaching ethics to health care students through the more flexible and realistic approaches than the traditional theory based routes. There are limitations along with the traditional models of ethical education and decision making, (5) that don't let them to be match with new expanded roles of nurses. In the past nurses were expected to obedient without question and didn't participate in ethical decision making (6). Because of this traditional view towards nursing, ethics was regarded as the science of conduct, and the ethics content of nursing courses focused on the duties and obligations of the nurses.(7) As the growing complexity of health care systems in the world requires increasing responsibility for ethical decision making in nursing care, in their practice nurses may confront with issues related to initiating resuscitation, discontinuing life-saving treatment or patients refusing treatment. They may also find themselves involved in research

BIBLIOGRAPHY:

1. Dinc, L& Gorgulu RS. Teaching Ethics in Nursing. Nursing Ethics, (2002) 9(3), pp: 259- 268
2. Waterman H et al. Action research: A systematic review and guidance for assessment. Health Technology Assessment. (2001) 5,23. Available online:<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon523.pdf>
3. Gross ML. Medical ethics education: to what ends? J Eval Clin Prac 2001; 7:387-97
4. Lowe M, Kerridge I, Bore M et al. Is this possible to assess the ethics of medical school applicants? J Med Ethics 2001; 27: 404-408
5. Doane G, Pauly B, Brown H, McPherson G. Exploring the heart of ethical nursing practice: Implications for ethics education. Nursing Ethics (2004) 11(3), pp: 240- 253
6. Gaul AL. Ethics content in baccalurate degree curricula. Nurs clin North Am (1989) 24: 475-483
7. Fry ST. teaching ethics in nursing curricula: Traditional and contemporary models. Nurs Clin North Am (1989) 24: 485- 497
8. Jonsen A et al. Clinical Ethics: a new approach to ethical decisions in clinical medicine, (1998) 4th Ed. New York: Mc Graw Hill, Inc.

AUTHOR/S:

Candan ÖZTÜRK, MSc, PhD
Hatice Yıldırım SARI, MSc, PhD Student
Murat BEKTAŞ, MSc, PhD Student, Ayfer ELÇİĞİL MSc, PhD

TITLE:

DENTAL HEALTH IN PRESCHOOL CHILDREN

TEXT:

OBJECTIVE: This study was accomplished in order to analyze the dental health conditions of preschool children. Its aims to assure an early diagnosis of oral problems of children age 3-6 and dispatch these children to the related clinics in order to improve their dental health.

METHOD: This project has been intended to be a service project and a descriptive study. It was carried out with 510 children, aged between 3-6, from four kindergartens in Izmir. Children who dropped out of school for some reason or didn't attend regularly while the study was being conducted couldn't be reached for further inspections. However, 447 students out of 510 in total (87,6%) were included in the study. There were 226 girls (50.6%), and 221 (49.4%) boys with an average age of 5,1 + 0,8. 39.5% of their mothers (n=176) had high school degrees and 38.8% (n=131) had technical school/university degrees while the figures for fathers were 35.5% (n=157) and 46.4% (n=207), respectively. 71.8% of our participants (n=321) were from single child families. 89.7% of those children (n=401) had no chronic diseases while only 10.3% had one.

Dental Inspection: The number of teeth, presence (or absence) of decayed teeth, number of decayed teeth, the presence of gingivitis, tooth deformation and tooth plaque were inspected.

Parent Questionnaire: This form contained questions concerning demographic information and the condition of children's dental health and it was designed by researchers in accordance with the recent literature.

RESULTS: 98.4% of all children had their own toothbrush and 97.3% were brushing their teeth, yet only 39% of them were regular brushers. 65.8% of these children were never inspected by a dentist, and 24.9% had no dental problems. 39,7% of children with 28-32 aged mother have dental problem, 29,2 % of children with 33-37 aged mother have dental problem. There was a meaningful relation between mother's age and the presence of dental problems ($p < 0.05$). 46.6% of 6 year old children and 28.2% of 5 year old children appeared to have dental problems. There was a statistically meaningful relation between children's age groups and dental problems ($X^2 = 20.214$ $p = .000$). 59.6% of children that visit dentist have dental problem, 40.4 % of children haven't a problem, there wasn't significant relationship between dentist visit and dental problem ($X^2 = 4.275$ $p = .118$).

CONCLUSION: Dental problems of children have been found to rise with age. Therefore, regarding parents and children alike, initiatives must be planned and authorized in order to preserve oral health at early ages. Extending school nursing services so as to include all of kindergartens is considered imperative in the realization of oral health theory and practice.

BIBLIOGRAPHY:

1. Apak S. Gelişim Nörolojisi. 1th Ed. İstanbul: Bayrak Matbaacılık;1989.
2. Adam C, Eid A, Riordan PJ, Wolikow M, Cohen F. Caries experience in the primary dentition among French 6-year-olds between 1991 and 2000, Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 333–40
3. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries Reductions Between 1995, 1997 And 1999 In Preschool Children In Diadema, Brazil. International Journal Of Paediatric Dentistry. 2002; 12: 183–188.
4. Chan SCL, Tsa JCJ, King NM. Feeding And Oral Hygiene Habits Of Preschool Children In Hong Kong And Their Caregivers' Dental Knowledge And Attitudes. International Journal Of Paediatric Dentistry. 2002;12: 322–331
5. Güngör HC, Güngör AE. Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme. Klinik Çocuk Forumu.2004;Kasım-Aralık:23-26
6. Leu Y., Zeng XJ., Du MQ., Bedi R. The Prevalence Of Dental Erosion in Preschool Children in China, Journal Of Dentistry. 2005; 33: 115–21
7. Öztürk C, Dicle A, Sarı HY, Bektaş M. Okul Dönemindeki Çocukların Sağlık Durumlarının Belirlenmesi. Milli Eğitim Dergisi. 2004; 32(163):156-67.
8. Potts NL, Mandelco BL. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families, Philadelphia:Delmar-Thomson Learning; 2002.
9. Edelman CL, Mandel CL. Health Promotion Throughout The Lifespan. 4 th Ed. USA: Mosby; 1998.

AUTOR/ES:

CARLA ALEXANDRA NASCIMENTO GONÇALVES

TÍTULO:

CLINICAL SUPERVISION: training needs of nursing teachers supervisors

TEXTO DEL TRABAJO:

This study is included within the subject of Clinical Supervision, lectured during the initial stage of the nursing course. Teachers have a great influence over the traditional way of nursing's development. They organize and teach subjects and scientific matters in the classroom as practical experiences. They are also in charge of the clinical supervision of the nurse practice, being responsible for the professional education of students. At present, nursing professionalisation of teachers is based on their academic know-how and experience developed as nursings professionals. The relevance of pedagogic knowledge is not recognized asset for teaching at universities. As such, if teachers control the professional practice of nursing, are they natural trainers of theoretical and practical skills of professional nursing practice?

As I believe that supervising activity requires development of learning and skills acquired during the course, the aim of my work is to identify training needs, expressed by the various concerns, difficulties, expectations and intentions of the supervisors.

The aims of the investigations are:

- to know the supervisor's opinion about supervision tasks;
- to identify problems and difficulties on the performance of supervisor during clinical supervision;
- to understand the perception of the supervisor regarding the need for changes in clinical training;
- to define standards for nursing teachers during the clinical training.

In this context, I undertook an exploratory study of qualitative nature, with the participation of 14 teachers. The results were collected through semi-direct interviews and critical incident technique.

From the results obtained, I was able to conclude that supervisors play an active role in the students' learning process, explaining professional reality, calling for the application of acquired knowledge and promoting the development of nursing skills through their practice. As such, supervisors' tasks are essentially those of a practising nurse, responsible for guiding and encouraging, accompanying, evaluating and certifying, using "training technique" skills. The greatest difficulties encountered are mainly concerned with a feeling of ill preparation for the required task, which is in itself not clearly defined. They also reflect the existence of dilemmas and contradictions related with the unawareness and deficient recognition of the activity and the lack of pedagogic preparation. The hope for changes is reflected in the development of the educational scope of clinical teaching and in the improvement of teaching through continuous training, pedagogic supervision and guidance.

This study indicates the need for developing knowledge and skills acquired during the course of nurse clinical teachers, as well as the need to change and improve methods used for teaching nursing clinical practice. In order to upgrade the teacher's pedagogic training and skills, it is necessary:

- to think over what kind of "practice" teachers need in the initial stage of the nursing course and discuss the objective of the school mission;
- to deeply analyse clinical supervision activity practices and concepts and respective upgrades;
- to develop supervision models, contributing for a better clinical supervision activity and global consciousness;
- to promote strategies for autonomy, responsibility and improvement.

BIBLIOGRAFÍA:

- ABREU, W. Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau; 2003.
- ALARCÃO, I. (org.). Supervisão de Professores e Inovação Educacional. Aveiro: Cidine; 1995.
- ALARCÃO, I. e TAVARES J. Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina; 2003.
- BARBIER, J. M. e LESNE M. L'Analyse des Besoins en Formation. Paris: Robert Jauze; 1986.
- BOGDAN, R. e BIKLEN S. Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 1994.
- CUTCLIFFE, J. et al. Fundametal Themes in Clinical Supervision. London: Routledge; 2001.
- DUPONT, P. e OSSANDON, M. A Pedagogia Universitária. Coimbra: Coimbra Editora; 1988.
- FORMOSINHO, J. (org.). A Supervisão na Formação de Professores I – Da Sala à Escola. Porto: Porto Editora; 2002.
- FORMOSINHO, J. (org.). A Supervisão na Formação de Professores II – Da Organização à Pessoa. Porto: Porto Editora; 2002.
- FORTIN, M. F. O processo de investigação, da concepção à realização. Lisboa: Lusociência; 1999.
- JOLLY, B. e KILMINSTER S.M. "Effective supervision in clinical practice settings: a literature review". In: Medical Education, nº 34; 2000.
- JONES, R. et al. "The clinican's role in meeting patiente information needs: suggested learning outcomes". In: Medical Education, nº35; 2001.
- RODRIGUES, M. A. Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na Formação Profissional Contínua de Professores. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, policopiado; 1999.
- TARDIF, M. Saberes Docentes e Formação Profissional. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- VIEIRA, F. Supervisão – uma prática reflexiva de formação de professores. Rio Tinto: Edições ASA; 1993.

AUTHOR/S:

katayon Esmaeili

TITLE:

The study of use of the computer technology by physicians in west of Iran in 2005.

TEXT:

The internet is set to be in the fore front of the new age of technological revolution. Health care professionals have been learning to use various kind of Internet tools that allow them to interact with each others, unrestrained by national and geographical boundaries, time and distance.

A descriptive study on 50 physicians was conducted to assess and identify the view point of physicians about computer technology and facilities in city of Kermanshah, Iran in 2005.

A questionnaire was designed in two parts for data collection. The first part included 7 questions about Nurses demographic data .The second part included 21 questions based on the aim of study. Subjects were selected randomly. (26 female, 24 male) mean ages was $34.8 \pm (6.4)$,years old , Majority of the samples were attended computer courses.

The results of this research revealed that the view point of majority of physicians were Negative about Library and computer facilities.

This Negative view point related to , 49 % low quantities of internet site , 70 % not enough of physical environment of the library , 47 % not enough computer continue courses , 39 % hard connection to the Internet , 47 % crowding of the persons to use Internet , 51 % un-useful printers , 49 % no time program for use Internet for staff and medical students , 44 % un-standard air-condition and lighting of library , 44 % low quality of library staff.

Internet technology could support many users and provide a cheap, manageable and timely means of delivering the information to the health care providers. Based on the results of this study, we recommended to provide the more library facilities such as medical publishing specially Internet lines for the physicians. And also, the physicians must be motivated by administration to use computers.

BIBLIOGRAPHY:

- Agency for health care research and quality .Doing what counts for patient safety: Federal action to reduce medical errors and their impacts? U.S Department of Health and Human Services, 2000 .Feb.
- Americans Heart Association. Heart and stroke statistical up date. Retrieved. October .10 , 2002 <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>
- Cohen C, Boyd L. Health care and then Net. Guiding seniors.RN,64(2),50-51 .Retrieved October .9 ,2002, <http://www.rnweb.com>
- Hauber R,Vesmarovich S ,Dufour L. The Use of computers and the Internet as a source of health information for people with disabilities. Rehabilitation Nursing.27 (4) , 142-145.2002.
- Hohol MJ.The neurological examination Web-based multi-modal educational tool. Presented at: Slice of life conference; June .pp:18-22, 2002 .Toronto, Canada.
- Kahan M. Description, Dynamic, Chiroparctic. March 2006 , Vol:24,Issue 07(Internet).www.chiroweb.com/archive/24/07/08html,
- Noble D. Selling academe to the technology industry. Thought and action: the NEA higher education journal. 14(1):29-40.1998.
- Somekh B.The role of evaluation in ensuring excellence in communication and information technology initiative. Education, Communication and Information. 2001: 1(1):75-101.
- Sorensen A. Promoting public health through electronic media. American Journal of Public Health.91 (8):1183-1185.2001.
- Steiner V, Pierce L.Building a Web of support for care givers of persons with stroke. Topics in stroke Rehabilitation. 9(3) , 102-111.2002.
- Stone FP. Medical team management: Improving patient safety through human factors training. Military health system health care Reengineering. HRC Reference. No: 00080.2000.

AUTHOR/S:

Salimi , Tahere _ Shahbazi, Leili _ Mehrdad,Neda _ Nasiriani ,KHadije - Khoshbin,Azam. Farnia,Farahnaz.

TITLE:

Effect of fertility status on quality of life in women

TEXT:**Introduction:**

In Vitro Fertilization(IVF) and another Advanced ReproductiveTreatment(ART) are medic treatments that requires a high level of active participation of the patient , who often finds the process both physically and emotionally exhausting.Studies have shown that ART treatments can exert psychosocial impacts on both patient and couples.women undergoing ART treatments usually report highe levels of anxiety,depression,and emotional stress. Diagnostic and intervention procedures ,which are often long and intusive,induce physical pain , disturb the patients daily routine, and put straine on the sexual relationship of the couple.

Health related quality of life (HRQOL) is multidimensional,dynamic concept that encompasses physical,psychologic,and social aspects that are associated with a particular disease or its treatment. Once the domain of social science,HRQOL measurement now has an important role in evaluative research as a measure of outcome.This particulary applies to clinical trials in which health status tools are being used to aid clinical decision-making regarding treatment choices by providing additional information on the benefits of medical therapies or interventions from the patient/s perspective.

Objectives;

To compare Quality of life in fertile and infertile Iranian women

Methods:

This quantitative analytic study was performed in 30 infertile women referred to infertility research and therapeutic center and 30 women to 30 Urban health center of Shahid Sadoghi Medical Science University

Sf-36 Questionnaire, Authorized Australian was used to examine in 8 dimensions the Quality Of Life of respondents. The data was statistically analysed by SPSS.

Finding:

frequency distribution of fertile and infertile women according to physical function

physical function	infertile	fertile
poor	12(40%)	4(13.3%)
moderate	11(36.75)	8(26.7)
good	7(23.3%)	18(60%)
total	30(100%)	30(100%)
mean & SD	46.66(26.79)	69.33(21.64)

Results show that Q.O.L. between fertile and infertile women only in physical function dimension was significantly difference.

Conclusions:

According to the sf-36 questionnaire, this analytic study of Iranian women showed Poor quality of life with only difference significant in physical function dimension within fertile and infertile women.

BIBLIOGRAPHY:

Timothy Pearman Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors, Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:33 .

Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP: Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. Gynecol Oncol 2002, 87:178-184.

Chan YM, Ngan HYS, Li BYG, Yip AMW, Ng TY, Lee PWH, Yip PSF, Wong LC: A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. Gynecol Oncol 2001, 83:10-19.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004 Jan;63(1):126-30.

Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I, Nicolosi AE. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. Hum Reprod. 2005 May;20(5):1286-91.

Julia Schmid, Sylvia Kirchengast, Elisabeth Vytiska-Binstorfer, Johannes Huber Infertility caused by PCOS—health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria Human Reproduction 2004 19(10):2251-2257.

Hahn S, Janssen E O, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, Kimmig R, Benson S, Balamitsa E, Elsenbruch, S, Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome, European Journal of Endocrinology, Vol 153, Issue 6, 853-860.

AUTHOR/S:

Mohammad Hassan , Dehghanpour - Tahere, Salimi - Leili , Shahbazi
Sarafraz , Abyari

TITLE:

Knowledge of high school-aged girls concern to mother and child health issues.

TEXT:

Introduction:

Reproductive health (RH) is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease, in all matters relating to the reproductive system (1). Significant health problems encountered in adulthood often have their roots in health behaviours initiated during adolescence (2). Becoming a teen is a milestone in every girl's life. It's especially important at this time to get answers and advice from a trusted source. They need to some information that guide them about physical and emotional changes that come with puberty (3). For example many young girls without proper knowledge about menstruation are shocked to find themselves bleeding during that phase. Parents and teachers have to be very tactful so that girls do not obtain wrong information, but they don't know where to go for consultation about questions and concerns related to (4).

The adolescents' rising interest and curiosity about sex is a motivating factor to acquire information about it. Friends seemed to be major pool of information for urbanites as there is more scope for social gatherings for them that facilitate peer group interactions. It is surprising that some urban girls claimed their mothers to be the source of information. This can be attributed to the higher literacy status of urban mothers and also the intimacy of their relationship in spite of most of them being working mothers (5). The school is a setting offers considerable potential to tackle inequalities in health and contribute to the child's whole development (6). "If we as parents do not teach our children about sex, they will probably gain information from the wrong source (7). In IRAN a country of sixty eight millions, 27% of total population are in adult age which half of them are adult girls. Knowing their health status, behaviour and morbidity pattern and their special needs are one of the most important concerns in health care.

Objective:

Determine level of high school age -girls knowledge concern to mother and child health

Methods:

This is a quantitative cross sectional survey. The samples are selected in a cluster randomise sampling. Subjects are representative of the high school girls. The data were collected using a structured two parts questionnaire and analysed using SPSS statistical software.

Finding:

The result show the knowledge of high school age- girls concern to mother and child health issues was poor. The results indicate that there was statistically significant difference between high school -aged girls knowledge toward mother and child health issues and age, education status, their father's job and of born in family, but there was no significant difference between their education major, father's job and existing of health instructor in their school.

Age	Level of knowledge		
	Number	Mean	SD
<17 Years	39	21.17	7.39
17 Years	107	18.91	6.69
>17 Years	37	20.97	8.18
Total	183	10.02	1.27

P value = 0.03

Conclusion:

The results imply that in Iran the curriculum in high school were not well designed or well thought. Furthermore the mothers and health instructors were not succeeding in improving the knowledge of health status. Otherwise the researchers suggested further studies about the role of culture and belief toward health issues in high-school administrator, health instructor and mothers.

BIBLIOGRAPHY:

- 1-Lule E. "Reproductive health" The World Bank Group 2006.....
http://www.who.int/reproductive_health/index.html
- 2 -Groft JN; Hagen B; Miller NK ;Cooper N; Brown S; "Adolescent health: a rural community's approach." Rural Remote Health 2005 Apr-jun;5(2):366
- 3-American Medical Association "The first health guide for children from the American Medical Association" Girl's guide to becoming a teen 2006
- 4-Bhan NB ; Mahajan P ; Sandhi M." Awareness regarding sex knowledge among adolescent girls " Anthropologist 2004 6(2) :101-103
- 5-Dhoundiyal M, Venkatesh R. Knowledge regarding human sexuality among adolescent girls. Indian J Pediatr [serial online] 2006 [cited 2006 Sep 13];73:743-743.Availfrom:
<http://www.ijppediatricsindia.org/article.asp?issu>
- 6-THE HEALTH PROMOTION SCHOOL Northern Ireland 2006
- 7-Athar Sh ."Gender relations -survey of Muslim parents and Youth"
reproduced with permission from:
<http://www.islam-usa.com/index.html>

AUTHOR/S:

Murat BEKTAŞ, MSc, PhD Student
Candan ÖZTÜRK, MSc, PhD

TITLE:

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN CONCERNING THE HEALTH PROMOTION ON THE ANXIETY LEVEL AND THE CONDITION OF BEING POSITIVE HEALTH BEHAVIOURS

TEXT:

OBJECTIVE: This study is done with the intention of investigating the effect of education given concerning the health promotion on the anxiety level and the condition of being positive health behaviours among the elementary school children.

METHOD: The fifth – grade students of the elementary school that is depend on the ministry of Education are taken into the research scape , but are not sampled. Two fifth – grade classes are existed in this school and the sixty student (%85) who accepted to participate voluntarily is taken into the research scape.

Data was collected by state-trait anxiety scale, Piers-Herris Self Concept scale and wellness inventory. It was analyzed by independent-samples T test, Pairs-samples T test, Bivariate correlation.

FINDING: According to the statistics , the significant difference is determined between the students of the experimental and control group's pre_test and post_test state_trait anxiety and the point average of the condition of being positive health behaviours.

While comparing the pre_test's point average of the condition of being positive health behaviours and the state_trait anxiety of the experimental and control group , no significant difference is determined among them , but when it is compared with the post test's point averages the difference between them is found as significant according to the statistics.

A significant relationship is found between the student's positive health behaviours and the state_trait anxiety points at the lowest level.

CONCLUSION: The students that're taken to the research are the fifth grade elementary education students. When their curriculum until this year are investigated , it is easily understood that they didn't take a direct education about the health promotion and it is determined that among their science and social studies lessons , the subject related with health is mentioned in a very narrow point of view. The education programme that we give about the health promotion creates an important change according to the statistics about the frequency of the condition of being positive health behaviours and decreasing the level of anxiety, this indicates the success of the applied education programme. However these results can not be generalized to the elementary education students in Türkiye; therefore it is recommended to do the following studys in a more broad population and to share the results by the authorities of the Ministry of Education for putting them into the elementary education curriculum.

BIBLIOGRAPHY:

1. Elibol H. İlkokul Çocukları n n Kişisel Sağlık Görüşler, Olumlu Sağlık Davranışlar İle Bunlar Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi;2002.
2. Durusu K. İlkokul Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin, Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi; 1996.
3. Yiğit R, Tokgöz E, Esenay F. İlköğretim Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitimini Öğrencilerin Bilgi Düzeylerine Etkisi . Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 4(2):32-9.
4. Colizza D, Colvin S. Food Choices of Healthy School-Aged Children” Journal of School Nursing. 1995;11 (4): 43-49.
5. Ergene T. Snav Kaygısıyla Başa Çıkma Programının Etkinliği. Psikiyatri, Psikoloji, ve Psikofarmakoloji Dergisi. 1994;2(1): 53-60.
6. Sud S, Sharma S. Effect of Test Anxiety, Ego Stress and Attention of A Brief Counseling Strategy Anxiety, stress and Coping. 1995; 8:62-71.
7. Silvestri L, Dantonio M. The Effects Of A Self Development Program And Relaxation/ Imagery Training On The Anxiety Levels Of At-Risk Fourth Grade Students. Journal of Instructional Psychology. 1996; 23(2):34-42 .
8. Henderson PA, Thomas J. Effects of stress-control program on children’s locus of control, self-esteem and coping behavior. School Counselor. Nov 1993;40(2):21-9
9. Erdoğan S, Nahçivan E, Esin N, İbrikçi S. Sağlık Sürdürme, Sağlık Geliştirme Ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni. 1994;8(32):16-23.
10. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi. CÜ Hemşirelik YO Dergisi. 1998;2(1):38-43.
11. Omizo M, Omizo S. Promoting Wellness Among Elementary School Children. Journal Of Counseling And Development. Nov/Dec 1992;71(2):45-56

AUTOR/ES:

Prata AP*; Sardo DS*; Santos MR*

*Prof.-Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de São João

TÍTULO:

PREVALENCE OF BREASTFEEDING AT THE FIRST YEAR OF LIFE: MAIN CAUSES OF ABANDONMENT

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Introduction

Breastfeeding is a practice that, in spite of the countless benefits, still fails to reach the values pretended by UNICEF/WHO. The studies "in Portugal point to a high incidence of breastfeeding at birth but a low prevalence starting from the month and a half of life, which makes it necessary to identify the decisive factors of success and implementation of appropriate interventions" (D'Almeida, 1998:325). A study of Direcção Geral dos Cuidados de Saúde - DGS (1995) refers that 95% of the mothers leave the maternity unit breastfeeding their child. Still, in spite of a strong initial adherence to breastfeeding, it is verified that by end of the first month the rates fall abruptly, thus being its promotion highly considered as a human right, by WHO; as a Right of the child and as a Right of the woman (UNICEF/WHO, 1996). Researches point that the main factors of precocious breastfeeding abandonment can be classified as incidental (flat nipples, fissures, etc.) and as cultural difficulties (Issler, 1987).

2.- Objectives

To identify the prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding, the main causes of abandonment and difficulties felt.

3.- Methodology

Descriptive and exploratory study, in the domain of the social sciences. The sample comprises 45 women, mothers more than one year ago. All participants accepted to participate in this study. Data was collected between January and February 2005, with semi-structured interviews carried out by telephone.

4.- Results

Concerning the prevalence of breastfeeding, we verified that 24,4% of the women participants in the study ceased breastfeeding until the first month of life, 15,6% ceased at the third and fourth month and 35,6% ceased until the sixth month, only 8,8% of the sample still breastfeeds after the first year. We verified that only 31,8% of the women exclusively breastfed at the first month. More than half ceased exclusively breastfeeding at the fourth months of life.

The difficulties in the breastfeeding referred to by 22,2% of the women are mainly related with injured nipples and pain.

The main causes of abandonment referred to were: "the milk dried", I "went to work" in 27% of the cases, and "few milk" and "weak milk" in 14% of the cases.

5.- Conclusion

Relatively to the prevalence of the BF, the obtained results, although a little inferior to the mentioned in the literature, are in accordance with this one, which indicates us that only 50% of the mothers breastfeed longer than three months (D'Almeida, 1998, OMS/ UNICEF, 1996).

The referred difficulties and the causes of abandonment are also found in literature, which refers precisely that the main causes of abandonment are the problems with the breast, nipple and difficulties in the suction initiation and the beginning of the labour activity.

We consider, therefore, that nurses must get themselves implied in the process of promotion, support and maintenance of breastfeeding, in order to effectively support women, giving feedback to its doubts and efficiently eliminating the detected problems, in a way that will contribute to increase the prevalence both of breastfeeding and exclusive breastfeeding.

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

•Sardo DS, Prata AP, Enes, A, Santos MR. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno – Prémio NUK Enfermeiro Obstetra 04/05. Revista APEO 2005; 6 (Separata 1): 1-12.

AUTHOR/S:

Cristina Amoroso Damiani de Paula, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Silvia Regina Secoli, Adriana Carla Lessa Pereira Vasconcellos, Angélica dos Santos Boness, Elaine Cristina Canova Barros

TITLE:

Adult patient with an ostomy in the city of São Paulo: a study about the costs of specialized equipment.

TEXT:

Aim: The study aimed to analyse the monthly costs of the expenditure of specialized appliances and accessories in ostomy care. **Methods:** This retrospective study was conducted in two Outpatient Health Care Services in São Paulo city. After approval of the Health Secretary of São Paulo State, the data were collected from records of 635 patients who attended the services in June 2005. The data related to the costs were collected from electronic records and other formal governmental publications. The obtained data were submitted to the Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Bonferroni tests besides Spearman coefficient. **Results:** Most of the patients were female (51%), aged ≥ 60 years old (59.1%), with colostomies (79.6%), in a temporary manner (64.5%). The average of monthly costs was US\$ 51.0 \pm 36.2 per patient, significantly higher ($p=0,001$) for patients with urostomy, for patients with permanent stomas and for patients with urinary cancer; there was a significant correlation ($r=0,036$ e $p=0,009$) between the monthly costs and the period of time with the stoma. The results also showed that the average costs of the use of ostomy appliances were significantly higher ($p=0,001$) at the health service which had a stomal therapist nurse (US\$ 53.3 \pm 35.7 versus US\$ 43.4 \pm 36.9). **Conclusion:** Although the study was lead in an unique city, São Paulo, this is a reference for the country not only because it is the greatest city in Latin America, but also because it concentrates the majority of the persons with stomas in the country. So, the study contributes for the evaluation of the costs of specific ostomy appliances and accessories in Brazil as a whole, at an important and historical moment in which the Ministry of Health has just approved a National Ostomy Care Politics which includes the planning, storage and distribution of those specific equipments.

Descriptors: costs; ostomy care; ostomy appliances; stomal therapy nursing.

BIBLIOGRAPHY:

Bootman JL; Townsend, RJ; McGhan, WF. Principles of pharmaeconomics. 2nd ed. Cincinnatti: Harvey Whitney; 1996.

Velasquez G. Farmacoeconomia: evolución científica a estratégia comercial. Pan Am J Publ Health 1999; 5(1): 54-7.

Kaufman MW. The WOC nurse: economic, quality of life, and legal benefits. Dermatol Nurs 2001; 13(3): 215-9.

AUTHOR/S:

Tahere,Salimi _ Leili , Shahbazi_ Mohammadhassan , Dehghanpour _ Farahnaz , Farnia Sarafraz , Abyari

TITLE:

STRESS SITUATIONS IN CLINICAL TEACHING

TEXT:

Introduction :

Clinical education is the most important training session in nursing education .It is recognized as the heart of professional education,since it is the base of acquired professional skills in students.Recruitment and retention of qualified nursing staff are vital to safe patient care and require the expertise of clinical educators to facilitate the nurses' professional development.organizational redesign has challenged clinical educators with role ambiguity, job stress, and decreased job satisfaction. organizational redesign has challenged clinical educators with role ambiguity, job stress, and decreased job satisfaction.In addition , every stressors in clinical area affect teaching quality ,

Objective:

this study was conducted to evaluate the stress situation in clinical teaching of nursing instructors in Shahid Sadoughi nursing and midwifery college.

Methods:

This research was a cross sectional descriptive and the samples of this research were twenty - eight of nursing instructors in Shahid Sadoughi university of medical sciences. The data was collected by demographic and checklist questionnaire. After determine its scientific validity and reliability , the questionnaire were distribute among the nursing instructors to be completed .After completion , the data was statically analysed by SPSS .

Finding:

Stress situation	level of stress			
	low	medium	high	very high
Instructor & clinical education area	% 3.6	%35.7	%50	%10.7
Educational planning	%3.6	%25	%46.4	%25
Student factors	%17.9	%35.7	%32.1	%14.3

The finding of this study showed that if no adjustment was met between theoretical and clinical teachings, situations of stress will be created . Also, the most important stress situations were low cooperation of nursing staff with nursing instructors ,and too many students in the units and accidents created by students in the units .

Conclusions:

The results of this study indicated that these stressors including instructor & clinical education area, educational planning , and Student factors affect teaching quality,so, which efforts in eliminating these barriers will promote the quality of clinical teaching by nursing instructors , alleviate stress and help faculty members to update their clinical skills and earn the respect of their practice colleagues.

BIBLIOGRAPHY:

Chabeli .M . Professional nurses as reflective clinical learning facilities, Curations .1998 21 (2) : 39-44

Watson . R. Clinical competence. Nursing Education today 2002 , 22(6) :476-789.

Davies MA, Spence Laschinger HK, Andrusyszyn MA . Clinical educators' empowerment, job tension, and job satisfaction: A test of Kanter's Theory. Nurses Staff Dev. 2006 Mar-Apr;22(2):78-86.

Herdrich B, Lindsay A. Nurse residency programs: Redesigning the transition into practice. Nurses Staff Dev. 2006 Mar-Apr;22(2):55-62.

Oermann MH. Work-related stress of clinical nursing faculty. J Nurs Educ. 1998 Oct;37(7):302-4.

Morin KH, Romeo KC. Experienced faculty orientation offerings: do they meet faculty needs? J Nurs Educ. 1994 Mar;33(3):125-31.

Steele R. Tips for nursing faculty entering clinical practice. Nursingconnections. 1990 Winter;3(4):39-41.

Hinds PS, Burgess P, Leon J, McCormick HJ, SvetiJ .Self-identified stressors in the role of nursing faculty. J Nurs Educ. 1985 Feb;24(2):63-8.

AUTOR/ES:

Bastos, F

TÍTULO:

Diabetic's family involvement in adherence to physical activity

TEXTO DEL TRABAJO:

Introduction: Physical activity is one of the components of diabetes treatment, and showed to be effective in metabolic control (1,2). Spouses that had an important supporting role influence decisions in diabetic's day-by-day (3, 4). No ever, they're prepared to help and, may be, diabetes education should be directed, also, to informal and significant care providers.

Objective and study design: we follow a cohort during two months, to know if educational plan influences adherence to physical activity, and we designed a randomised controlled trial to determine the effect of the wife involvement in the educational program in physical activity.

Participants and Methods: One hundred and three male participants, previously diagnosed with type 2 diabetes, married and without accentuated dependence in self-care activities, were approached and accepted to be randomised into two groups. Both groups received two months of an educational program consisting of on self-care activities, including physical exercise, promoting consciously that's an important part of diabetes treatment and helping how to integrate it in day-by-day. The intervention involved the presence of the wife, and educational plan focused in the couple. Portuguese version of "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" (5), translated and adapted was used to evaluate adherence. Paired and unpaired differences were compared using non-parametric tests.

Results: Adherence scores at baseline and after 2 months show a significant improvement in both groups. Physical activity had a larger increasing in the group with wife involvement statistically significant [mean differences: 3.1 (CI95% 2.2-3.7 vs. 1.9 CI95% 1.1- 2.2) days a week, p=0.017]

Conclusions: Educational program promoted physical activity. The spouse involvement in the diabetic educational program, improved the partners' adherence to physical activity.

Implications for clinical practice: Individual and structured care plans and also spouses' involvement promote physical activity between diabetic's men, in nursing care these two aspects should be integrated to promote health behaviours and to promote adherence to an important aspect of diabetes treatment.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) ZIZZI S. Exercise Adherence and Intervention – An introduction to applied exercise psychology. Spring 2004; SS 383.

In: URL: http://www.edu.physed/sportpsych/zizzi/AEP_adherence.pdf disponível em 19/04/04.

(2) DANIELSON RR. Factors in continued exercise behaviours: exercise adherence. In WILLIS JD, CAMPBELL LF. Exercise Psychology. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishes; 1992. Cap 2.

In: URL: <http://danielson.laurentian.ca/drdnotes/epsych02.htm>

(3) COX D J, GONDER-FREDERICK L, SAUNDERS J T. Diabetes Clinical Issues and Management. In SWEET J J, ROZENSKY R, TOIVAN S. Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. 1991. 26: 473-4.

(4) WEINMAN J, PETRIE K J, SHARPE N, WALKER S. Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. British Journal of Health Psychology 2000; 5: 263-273.

(5) TOOBERT D, HAMPSON S, GLASGOW R: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care 2000; 23: 943-50.

AUTOR/ES:

Bastos, F

TÍTULO:

Diabetics' perception of health care providers' recommendations

TEXTO DEL TRABAJO:

Introduction: Diabetes is a major Public health issue. Almost all of diabetes treatment is self-management (1,2), and with such burden of self-responsibility, education is a cornerstone of diabetes care, and self-care cannot be effective without adequate information and acquirement skills (3, 4). Several factors contributing to adherence, to therapeutic regime, some related to the health care systems and the relationship with health provider that influences the way disease and treatment are perceived (2).

Objective: 1) To identify dimensions of therapeutic regime, that hadn't enough attention by health care providers, in diabetic's perception. 2) To identify the relation between adherence and recommendations.

Participants and Methods: A descriptive study was designed using initial dates of a cohort of 103 males diabetic's type 2, followed in an educational plan. A Portuguese version of Self-Care Recommendations Questionnaire (5) was translated, adapted into portuguese and used to access information.

Results: In Participants perception health professionals had transmitted recommendations about, in mean, 68.7% (15.9 ± 3.6) of caring activities asked about, or others related with them. The portuguese self-care recommendations ask about six dimensions of care: smoking, diet, physical activity, blood-glucose testing, foot care and medication. The reliability analysis of translated scale, by alpha de Crombach was 0.74. Stop smoking hadn't been counselling to 5.8% of the participants (29% of smokers). Any advice to control glucose levels had been done to 16.5%, 79.6% of participants had the recommendation on make test finger blood glucose, 4,9% test urine and most of participants make laboratory analysis three on three, or six on six months. Fit physical activity into daily routine, is one aspect that seems to be forgiven by health care providers (37.9%), and 9.7% hadn't any counsel about exercise. Only 36.9% had been suggested to engage in a specific kind of exercise, like swimming. Safety precautions with foot are the aspect less focused in consultations; 32% hadn't any recommendation, and half of participants had general foot care recommendations, and only about 20% had specific alert like "not walk barefoot", or "don't warm foot in a hot source".

No correlation was found between adherence and recommendation ($r=-0.06$, $p=0.525$)

Conclusions: The reliability analysis of scale, by alpha de Crombach, showed good internal consistence ($\alpha=0.74$). No relation between recommendation and self-care activities with diabetes was found.

Some components of therapeutic regime aren't sufficient explored by health care professionals, in diabetic's perception. Health Care providers seems to recommended more general counsels and less specific care that may help diabetics to incorporate prevention in to daily life activities.

Implications for clinical practice: Nurses in their practice should incorporate self-care activities more than standard recommendations on Diabetes, and promote self-care. Writing information support may help to remains and promote adherence. Individual plans are absolutely necessary and the documentation of client identify needs or phenomena's, and nurses interventions must be evaluated and reformulated continually.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) SABATÉ E: Adherence to Long-Term Therapies: Policy for Action. World Health Organization. Meeting report 4-5 Junho 2001.

(2) ANDERSON R M, FUNNELL M M, BUTLER P M, ARNOLD M S, FITZGERALD J T, FESTE C C. Patient Empowerment – results of a randomised controlled trial. Diabetes Care 1995; 18: 943-949.

(3) KOENIGSBERG MR, BARTLETT D, CRAMER JS. Facilitating treatment with lifestyle changes in Diabetes. American Family Physician 2004.

(4) HEINIG RE: Evidence-Based primary care of patients with Diabetes and Cardiovascular disease. In: URL: http://www.medscape.com/viewprogram/2140_pnt em 12/04/2004.

(5) TOOBERT D, HAMPSON S, GLASGOW R: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care 2000; 23: 943-50.

AUTHOR/S:

Gibbs A, McCartney C, Abbas S, Chan V.

TITLE:

Patients' Knowledge and Concerns Regarding Regional Anesthesia

TEXT:**Introduction:**

Regional anesthesia (RA) provides a number of benefits compared to general anesthesia for many types of surgery. However patients have concerns about the type of anesthetic they will receive and this can influence their choice. Potentially useful techniques such as RA are sometimes not used because of patient refusal. This survey aimed to explore patient's opinions and concerns regarding regional anesthesia.

Materials and Methods:

After Research Ethics Board approval and written informed consent, patients undergoing elective, orthopedic, urologic or plastic surgery in Toronto Western Hospital completed a questionnaire prior to surgery regarding their opinions and concerns about regional anesthesia. The inclusion criteria were all surgical types where regional anesthesia (RA) or general anesthesia (GA) was an option.

The survey consisted of multiple choice and fill-in-the blank questions. A five-point Likert scale of agreement with certain statements examined opinions and concerns regarding RA.

Patients were asked to complete a further survey at home on postoperative day 3 regarding their anesthetic experience on that admission.

Data were analyzed using SPSS version 10.0. Data is presented as median (range) and mean (SD) as appropriate. Non-parametric data was examined using Chi-Squared test. $P < 0.05$ was considered significant.

Results:

Two hundred and fifty patients completed a preoperative questionnaire and 124 questionnaires completed at home were returned (49.6%). 58.6% of patients were male and 55.5% had a college or university education.

Prior to surgery patients believed that RA provided better pain control, earlier dietary intake with less nausea and earlier contact with family. Patient predominant concerns regarding RA included being awake in the OR and having pain during and after surgery.

Following anesthesia and surgery patients continued to believe that RA provided earlier family contact with better pain relief and less nausea. Significantly ($p < 0.001$) more patients believed that RA allowed avoidance of GA side effects following surgery compared to prior to surgery.

After surgery patients were less concerned generally about the prospect of having a RA. However patients were significantly less concerned about the possibility of being awake in the OR ($p < 0.001$) or having pain during or after the OR ($p < 0.001$).

Discussion:

Patients understand the benefits that RA can provide in the peri-operative period. However patients have concerns about being awake in the OR and experiencing pain both during and after surgery. More effort should be made to educate patients in the pre-operative period and to provide reassurance that these concerns will be addressed.

BIBLIOGRAPHY:

1. Singelyn FJ, Deyaert M, Joris D, et al. Effects of iv patient-controlled analgesia with morphine, continuous epidural analgesia and continuous 3 in 1 block on postoperative pain and knee rehabilitation after unilateral total knee arthroplasty. *Anesth Analg* 1998; 87 (1): 88-92.
2. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and Concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
3. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards Preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth* 2000; 48: 333-9.

AUTHOR/S:

Kelly Cristina Strazzeri, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Ediana Preisler Melchades, Flávia Campos, Patrícia Carla Soares Rocha

TITLE:

Support surfaces for prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review of the literature.

TEXT:

Aim: The study aimed to perform a systematic review of the literature regarding the use of the support surfaces for prevention and treatment of pressure ulcers. **Methods:** The clinical essays were found by means of an electronic search at the Cochrane's and Pubmed's databases, until 2004. **Mattress, support surface, interface pressure, foam, pressure reduction device and pressure relief device** were used as descriptors. Out of 66 articles, 58 (87,9%) filled out the inclusion criteria and were analyzed regarding journal characteristics and sample, scope, methodological design, results and conclusion of the studies (Galvão, Sawada e Trevisan 2004; Denser 2004). The articles were analyzed through a pair review strategy by the researchers. **Results:** The results showed that articles were published mainly in 90's (34/ 58,6%) and 2000 was the year with the major number of publications (9/ 15,5%). They were developed mainly in the UK and USA (37,9% and 36,2% respectively) and published in 27 journals edited mainly in those same countries (44,8% and 43,1% from USA and UK respectively). Related to the type of support surface, alternate air (41,4%) and foam (41,4%) were the most studied systems. For the qualitative analysis the clinical essays were distributed in six groups according to the type of support surface and its comparison with other systems: alternate air (15,5%); foam X traditional mattress (13,8%); alternate air X gel (6,9%); air low loss X traditional mattress (6,9%); foam (6,9%) and others (50%). Related to the objective of the use of the systems, the majority of them (60,4%) were related to the pressure ulcer prevention but comfort and costs were also studied. **Conclusion:** In general, the authors conclude that the support surfaces are effective for prevention and treatment of pressure ulcers.

Descriptors: literature review; support surface; pressure ulcer.

BIBLIOGRAPHY:

European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevention guidelines [on line]. Disponível em <http://www.epuap.org> em 8 de junho de 2005.

National Panel Ulcer Advisory Panel. Terms and definitions group [on line]. Disponível em <http://www.npuap.org> em 08 de agosto de 2005.

Galvão CM, Sawada NO, Trevisan M. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12 (3): 549-56.

Denser CPAC. Processamento e reutilização de material odonto-médico-hospitalar de uso único: busca de evidências pela revisão sistemática de literatura científica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

AUTOR/ES:

DOLORES SARDO; MARGARIDA REIS SANTOS; REGINA PIRES; ERNESTO JORGE MORAIS; PAULO MACHADO; CÂNDIDA KOCH.

TÍTULO:

CLINICAL SUPERVISION EDUCATION IN NURSING - WHAT EVALUATION?

TEXTO DEL TRABAJO:

Introduction: In a reality where nurses of the clinical practice assume a greater and preponderant role in the nursing students' education, we confront ourselves with difficulties inherent to the lack of education/preparation of tutors that collaborate with the Schools of Nursing in these clinical teaching scenarios of students' attendance. This is a transversal problem to different countries in Europe, therefore, and sharing the same difficulties with other partners (Iceland, Norway, Portugal, Poland, United Kingdom and Sweden), the Portuguese Escola Superior de Enfermagem de São João (ESEnfSJ) decided to integrate an European project, in the extent of the Leonardo of Vinci Program "Learning During Education and in the Clinical Field", Project Number: N/O/B/PP-165.010.

In the development of the project we directed the Post-Graduated Course of Clinical Supervision in Nursing (PGCCSN), whose curricular module I was common to all the participant countries, having been drawn based in the defined needs of nurses, being opened, however, to specific adaptations in each country. In the school year of 2004-2005 grew the PGCCSN in ESEnfSJ with a workload of 600 hours in 2 semesters, constituted by the units of Clinical Supervision I and II, Pedagogy, Behaviour and Relationship, Evaluation and Apprenticeship of Clinical Supervision in Nursing. Due to the pertinence of the course we conducted in all the named countries a study to evaluate the quality of the Course and the students' satisfaction.

Aim: To improve the quality of the supervision course accomplished in ESEnfSJ.

Objective: Nurses' self-evaluation of their development as mentors following participation in the Course.

Methodology: Exploratory study of quantitative nature.

Data collection: Questionnaire, elaborated by all the participants in the project, applied at the end of the course – Mars, 2005 (www.clinicalmentorship.org).

Sample: 14 nurses, 92,9% are general nurses and 7,1% specialist nurses; age: between 23 and 50 years; 71,4% women and 28,6% men; workplace: 85,7% hospital and 14,3% health centre and 7,1% inexperienced in students' supervision. In the beginning of the course, nurses mentioned the following motivations for the attendance: to improve the acting as students' supervisor; to develop competences in the area of students' supervision; to fill the flaws felt in the acting of students' orientation; to acquire knowledge on planning, guiding and evaluating the students in clinical teaching; to develop critical-reflexive thought; to deepen knowledge in the area of the pedagogic education; to be responsible for the education in wards; and professional valorisation.

Results: In agreement with the obtained results, the teaching about the articulation between the theory and the practice and on how to summary evaluate the students in clinical teaching should be more explored and deepened. We should mention that more than 50% of the Course attendants refer that the Programme influenced on the development of: abilities to reflect critically on own values, attitudes and skills to mentor; mentorship competency and increase of self-efficacy, sense of responsibility and creative ability in practice; understanding of assessment and evaluation of students learning outcomes.

Conclusion: In future courses, the aspects of the educative evaluation should be more trained in theoretical-practical sessions, in a way to over cross one of the most common problems in the nursing students' orientation. In all the other appraised items we can conclude that the teaching/learning strategies used were appropriated. In the final evaluation of the course, the students referred that: "the course that we ended will be, without a doubt, a landmark and at the same time a seed that we hope will germinate and give fruits, capable to provoke transformations in the practices and in the way of thinking, and that the same one will contribute to a teaching of larger quality, also turning more qualified the professionals that are involved in the collaboration with the schools in the teaching of Nursing students".

AUTHOR/S:

Yumiko Matsushita

TITLE:

Nursing Students' Learning Process of Effective Message in Communication

TEXT:

1. Objectives

The purpose of this study is to clarify the learning process of communication. We often realize that to practice effective communication is difficult for new nurses and nursing students. However we also know that it is very important for nursing to acquire the effective communication skills which build good relationship with patients in spite of verbal or nonverbal signal. This study show that there is a tendency in the early stage of communication learning, and consider that this tendency is an essential learning process to get better communication skills.

2.-Methods

The study was carried out after informed consent was obtained from each nursing student. Data collected by using a paper-patient which included some significant conversation scene, and researcher analysed the nursing students' replies and responses to the paper-patient. Seventy-one students participated in this study, and one group which consisted of 37 students was asked to consider patient's true message or needs from the patient's words, the other group which consisted of 34 students was asked about their replies to patient's words.

3. Findings

From analyzing first group, it was clear that students could consider patient's concern, mistrust, anger, and feel compassion for patient's feelings. However, it is interesting, from analyzing the other group, it was showed that most of students' replies were easy encouragement, guarantee, such as "take it easy" "Don't so be serious" "Everything is all right", and denials, criticism against patient's emotion, for example "You are wrong" "Don't think so that" and so on. Furthermore, tendency of these negative replies was particularly seen on junior student rather than senior.

4.- Conclusions

Result of first group show that it is possible for students to empathize with patient's negative feelings though they are new learners. But according to the other result, it seems that students don't have ability to sympathize with patient. In this study researcher required first group to consider the patient's message or need, while it required the other group to reply to patient's words simply. And these different suggestions caused the difference of result between two groups. It means that beginners, especially junior students, tend to more concentrate to expressing their own feeling from patient's words than attend to substance in patient's message. But this tendency doesn't mean that beginners don't have competence to sympathize with patient. The importance for them in communication learning is to recognize clearly the difference matter between expressing their own feeling and catching patient's message. Most of all beginners confuse nursing communication with talking, and they think that a lot of talking is good conversation. This misunderstanding is not so much matter. The importance is that, educators must know it is essential process for beginners to notice and recognize the misunderstanding to learn and get effective communication skills. In nursing communication training it is important to learn and understand the deference of talking own thought and talking for pulling out patient's thought.

BIBLIOGRAPHY:

I am a lecturer belonging to Fundamental of Clinical Nursing and also a public health nurse, Niigata, Japan. My main research subjects are nursing skills, education for novice or nursing students. Furthermore I'm also interested in medical wastes management, and environmental education in nursing for all level, such as student and expert. Recently in order to develop the new nurse' skill, I start e-learning study.

AUTHOR/S:

Mohammadhassan , Dehghanpour - Tahere,Salimi - Leili , Shahbazi - Sarafraz , Abyari

TITLE:

THE STUDY OF THE LEVEL OF JOB SATISFACTION IN NURSES WORKING AT YAZD HOSPITALS

TEXT:**Introduction:**

Job satisfaction is defined as "the favorableness or unfavorableness with which employees view their work " . Job satisfaction is clearly important for nursing staff. Previous study has shown a consistent association between job satisfaction and turn over and intent to turn over . Job satisfaction is important for nursing staff and nursing management, as it is associated with absenteeism, turnover, and quality of care.

Objective:

The purpose of this descriptive study was to determine the level of job satisfaction in all nurses working at Yazd hospital.

Methods:

This study was a cross sectional descriptive study. A questionnaire was used to collect data about demographic information and job satisfaction items. The samples included all nurses working in Yazd hospitals. After determining its scientific validity and reliability, the questionnaires were distributed among the nurses to be completed. After completion, the data was statistically analysed by SPSS.

Findings:

frequency distribution of nurses according to the job satisfaction level

level of job satisfaction	No	percent
low	31	14.03
medal	184	83.27
high	6	2.70
total	221	100

The finding showed that most of the samples had medial job satisfaction overall satisfaction , such as work condition , job situation and safety , way of controlling and managing methods of relationships , managerial politics, and the relationship between work and private life , all together showed medial satisfaction. On the other hand, nurses were not satisfied with their salaries and advantages, but were highly satisfied with co-worker relationships. Job satisfaction level was determined by using "q square test" and "fisher specific test". A significant relationship between the kind of hospital and level of job satisfaction was observed.

Conclusions:

Yazd nurses job satisfaction is on the boarderline which arguably required more attention of nursing managers . Pay attention to salaries of nurses and other job satisfaction components, enhance to reach the level of very satisfied .

BIBLIOGRAPHY:

Hyrkas K, Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. J Adv Nurs. 2006 Aug;55(4):521-35.

Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. Int Nurs Rev. 2006 Sep;53(3):224-30

Tourangeau AE, Cranley LA . Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants.J Adv Nurs. 2006 Aug;55(4):497-509

Castle NG, Degenholtz H, Rosen J.Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Serv Res. 2006 May 24;6:60.

Nicholas G Castle , Howard Degenholtz and Jules Rosen . Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Services Research 2006, 6:60