



**XV Encuentro Internacional
de Investigación en Cuidados**
15th International Nursing
Research Conference

Libro de Ponencias

Book of Abstracts



Madrid, España
15-18 Noviembre 2011



Patrocinan:
Sponsor:



ISBN: 978-84-694-9259-8

Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2011.

Este libro 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, formato, ortografía o gramática.

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

Mesa de comunicaciones 1: Cuidadores

Concurrent session 1: Caregivers

AUTORES/AUTHORS:

ELENA ALMEIDA SUÁREZ, JUAN ÁLVAREZ ÁLVAREZ, DOLORES BARDAJÍ LOPEZ-GUARCH, CARLA ELENA DE DIEGO RODRÍGUEZ, MARÍA BEGOÑA FALCÓN BOLAÑOS, CARLOS LORENZO LAMPÓN, DULCE MARRERO GONZÁLEZ, IVANA ESTHER QUINTANA MOLINA, JUAN ANDRÉS RAMOS DÉNIZ

TÍTULO/TITLE:

Diagnósticos de enfermería en usuarios con deterioro cognitivo y sus cuidadoras informales de una zona básica de salud

Objetivo general: Identificar el perfil de usuarios con deterioro cognitivo de 60 ó más años y sus cuidadoras informales incluidos en el SCCAD (Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria) de la ZBS (Zona Básica de Salud) de Santa María de Guía y los diagnósticos de enfermería que presentan a fecha 5 de mayo de 2011.

Metodología: Es un estudio observacional descriptivo transversal. Se ha seleccionado como tamaño muestral al 100% de la población diana, ya mencionada en el objetivo.

Variables a estudio: En los usuarios con deterioro cognitivo: edad, sexo, nivel de dependencia, tipo de cuidador, estado civil, relación afectiva que le une al cuidador, si vive en domicilio y diagnósticos de enfermería. En cuidadoras: sexo, edad, estado civil, diagnósticos de enfermería. La recogida de datos se realiza de los censos de usuarios incluidos en el SCCAD y de las historias de salud. Resultados: En el 100% de incluidos en el estudio hay registro de planes de cuidados. De un total de 87 usuarios con deterioro cognitivo un 66,66% son mujeres; un 80,45% viven en domicilio y un 19,54% están institucionalizados. La media de edad es de 82,85 años, con una mínima de 63 y máxima 96. Un 49,52% son casados, un 42,42% viudos y un 8,04% solteros.

El 100% de las cuidadoras informales son familiares: de ellas un 45,26% son hijas/os y un 35,84% son cónyuges. Todos presentan algún nivel de dependencia para las Actividades de la Vida Diaria que rondan desde un 56,32% para las 6 hasta 3,44% para 2 de ellas. Un 57,47% disponen de cuidadoras informales y un 34,48% de formales.

Hay un total de 1000 registros de diagnósticos de enfermería y un total de 43 etiquetas diagnósticas, entre las más frecuentes tenemos los déficit de autocuidados que rondan desde higiene con un 96,5% hasta alimentación con un 70%, el deterioro de la eliminación urinaria (86,2%), confusión crónica (78%) y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea que afecta a un 57,4%. Hay una media de diagnósticos de enfermería de 11,49 por usuario con deterioro cognitivo. La media de diagnósticos en mujeres es de 11,63 frente a 11,20 en hombres y en la franja de edad superior a 80 la media es de 11,37 frente a 11,75 en los menores de 80. En cuanto a las cuidadoras: De un total de 46 cuidadoras un 71,73% son mujeres, con edades entre 40 y 91 y con una media de 61,65 años. De éstas un 78,2% están casadas, un 15,21% son solteras y un 6,52% viudos; un 86,95% viven en el mismo domicilio que el dependiente. Hay un total de 280 registros de diagnósticos de enfermería y un total de 36 etiquetas diagnósticas y la media de diagnósticos por cuidadora es de 6,08. Los diagnósticos más frecuentes en las cuidadoras son: riesgo de cansancio del rol de cuidador (78,2%), riesgo de infección (63%), trastorno de la percepción sensorial (56,5%), aflicción crónica y dolor crónico ambos con un 43,4%. El riesgo de cansancio del rol de cuidador lo presentan el 100% de las cuidadoras de 65 ó más años frente a un 60% de cuidadores en esa misma franja etaria.

La aflicción crónica afecta a un 78% de mujeres cuidadoras de 65 ó más años frente a un 5% en varones de dichas edades. El mantenimiento ineficaz de la salud se da en un 100% de los varones cuidadores menores de 65 años. La media de diagnósticos en mujeres es 6,78 y de 4,15 en hombres y por franja etaria: en menores de 65 tenemos 4,7 frente a los 6,9 de 65 ó más años. La mayoría de diagnósticos registrados tanto en usuarios con deterioro cognitivo como en sus cuidadoras son de la esfera biológica

Conclusiones: El perfil de usuario con deterioro cognitivo es una mujer de 82,85 años, casada ó viuda, que está en domicilio y cuya cuidadora informal es familiar. El perfil de sus cuidadoras informales es una mujer casada con una media de 61,65 años, que vive con el dependiente y es esposa o hija. No existe concordancia entre episodios de deterioro cognitivo y confusión crónica en un 22% de los casos, lo que nos indica que el que haya deterioro cognitivo como diagnóstico médico no implica el diagnóstico enfermero de confusión crónica. Estas cuidadoras presentan una mayor prevalencia de riesgo de cansancio del rol de cuidador y de aflicción crónica que las cuidadoras de dependientes incluidas SCCAD lo que refuerza como factor de riesgo del primero problemas cognitivos del receptor de los cuidados. Las cuidadoras manifiestan alteraciones emocionales en mayor medida que los hombres cuidadores. El que las cuidadoras presenten mayor prevalencia de riesgo de cansancio del rol de cuidador nos refuerza en que el sexo femenino es factor de riesgo de dicho diagnóstico. Entre los cuidadores presentan mayor morbilidad las mujeres y también los

de mayor edad y en los dependientes la media de diagnósticos es similar independientemente de sexo y edad. Implicaciones para la práctica: Es importante conocer la prevalencia de diagnósticos de los usuarios y de sus cuidadoras de cara a la mejora de la calidad de los cuidados aportados tanto por parte de los profesionales sobre dependientes y cuidadoras como los aportados por las cuidadoras informales. Además nos orienta sobre las necesidades de formación profesional de cara a trabajar con estos usuarios y en temas a tratar en talleres de educación sanitaria dirigidos a cuidadoras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier. España. S.A.: 2009-2011
- Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación, Servicio Canario de Salud.2002
- Programa de atención a las personas mayores en atención primaria. Servicio Canario de Salud.2002.
- Bover-Bover A. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad. Una perspectiva de género. Enfer.Clín. 2006; 16(2):70-7.
- Saiz Ladera GM, Bordillo Huidobro JR y García Pascual JN. El cuidador como paciente. Formación Médica Continuada en Atención Primaria.2008; 15(7): 418-26.
- Casado Marín, David. La atención a la dependencia en España. Gaceta Sanitaria 2006; 20 (supl. 1): 135-42
- Almeida Suárez ME, Acosta Suárez L, Acosta Suárez AD, Almeida Suárez T, Gómez Perera L, Moreno Miranda R; Diagnósticos de enfermería en cuidadores del Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria en una Zona Básica de Salud rural. VII Congreso Nacional FAECAP y II Congreso Regional SEAPREMUR de Enfermería de Familia y Comunitaria.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen de la Cuesta Benjumea, Maria José Galiana Gómez de Cádiz, Teresa Donet Montagut

TÍTULO/TITLE:

Aliviar el peso del cuidado: La experiencia de cuidadoras familiares y cuidadoras inmigrantes

Introducción

El cuidado genera una carga, ampliamente documentada en la bibliografía (1) como también está documentada la necesidad de los cuidadores de tomarse un respiro (2). A pesar de que estos servicios son los más deseados por los cuidadores, están infrautilizados y sus efectos cuestionados en diversos estudios de investigación (3). Para explicar esta paradoja, se ha señalado que el respiro no es sólo un servicio que se puede proporcionar, sino que es una experiencia subjetiva que los cuidadores deben lograr (4). De hecho, diversos estudios han descrito las sutiles experiencias de los cuidadores para obtener respiros y las múltiples fuentes para alcanzarlo (4, 5). No obstante, el cómo los cuidadores alivian el peso del cuidado, sigue sin comprenderse. Paralelamente, a los numerosos cuidadores familiares de nuestro país, se ha sumado una cantidad importante de mujeres provenientes de países en vías de desarrollo que suelen trabajar como cuidadores en régimen interno, pasando a convivir con la persona dependiente las veinticuatro horas del día (6). Cuidar de un familiar o ser empleada para ello son situaciones que, en cuanto al respiro, presentan similitudes y diferencias, importantes de reconocer.

El presente estudio tuvo por objetivo contrastar las estrategias de descanso de las cuidadoras de familiares con demencia avanzada y las cuidadoras inmigrantes de personas dependientes. Las categorías contrastadas emergieron durante un estudio más amplio sobre el alivio del peso del cuidado en situaciones de vulnerabilidad.

Método

Este es un estudio cualitativo influido por la teoría fundamentada constructivista de Charmaz (7). En él participaron 23 cuidadoras principales de familiares con demencia avanzada y 28 cuidadoras inmigrantes de personas dependientes. Se contactaron a través de profesionales de centros de salud y organizaciones no gubernamentales. Por medio del muestreo teórico y en bola de nieve, se captaron las cuidadoras con la mayor y más rica experiencia en el cuidado domiciliario de una persona dependiente; todas participaron en el estudio de manera voluntaria e informada.

Los datos se recolectaron por medio de 51 entrevistas semi-estructuradas, 12 relatos escritos y durante una reunión de un grupo de cuidadoras para validación de resultados. Las entrevistas duraron de 45 a 60 minutos, fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Se llevaron a cabo como una conversación guiada, en la que se preguntó por las estrategias que utilizaban para aliviar cotidianamente el peso del cuidado. En los relatos escritos se solicitó a las participantes que describieran su experiencia de descanso, tras una jornada de trabajo. El análisis se hizo de manera concurrente con la recolección de datos, utilizando los procedimientos de la teoría fundamentada (8). Emergieron dos categorías que describen las estrategias de descanso de las participantes, la primera "salir de la vida de cuidadora" y la segunda "salir a lo suyo". Por medio del muestreo teórico y la codificación focalizada se desarrollaron y saturaron (7). Posteriormente, se compararon para identificar sus puntos en común y diferencias. El resultado de este análisis comparativo es el que a continuación se presenta.

Resultados

Descansar para las cuidadoras no implica estar ociosa sino todo lo contrario. El estudio encontró que las cuidadoras descansan haciendo, estando y pensando pero de manera distinta a la relacionada con los cuidados. Particularmente, la manera que tienen las cuidadoras inmigrantes de procurarse un descanso está ligada al hecho de vivir en un país que no es el propio, alejadas de sus familiares y separadas de lo que es suyo, un país al cual llegaron con unas expectativas que se vieron frustradas:

Nosotros cuando venimos de otro sitio, tenemos muchas perspectivas que ¡no es lo que vemos en realidad!pensamos que la situación aquí es distinta....uno viene con planes trazados y metas, pero no va a creer que yo a este día ¡no he podido cumplirlas!

Por su lado, las cuidadoras de familiares llevan una vida que no sienten como propia o que no es "normal" como dijeron durante las entrevistas. El ser cuidadora ocupa su vida, esta identidad, que si bien aporta gratificaciones, la deja en un vacío social con respecto a sus familias y allegados. Una participante lo expresa:

No salía más....fue rapidísima la enfermedad y ¡no tienes vida propia! Yo saldría a tomarme un café pero yo no salía con los amigos, irme de viaje o con mi novio decir, "voy a hacer una vida normal". No, tenía que restringirme.

En este contexto, "salir de la vida de cuidadora" es la estrategia general que las cuidadoras familiares utilizan para descansar, mientras que "salir a lo suyo" es la que describe las formas de buscar alivios de las cuidadoras inmigrantes.

A pesar de producirse en contextos diferentes, el análisis de estas dos estrategias muestra que para descansar es necesario conectarse con una identidad alternativa a la de cuidadora, y que las cuidadoras emplean estrategias las cuales, bajo la apariencia de proporcionar descanso, constituyen salidas en falso ya que no se abandona la identidad de cuidadora. Así, el contraste de las categorías evidencia que el descanso es de un self cuidador.

1-Conectarse con una identidad alternativa

Las cuidadoras inmigrantes descansan al retornar a lugares e identidades que conservan. Así salen a los locutorios para hablar con sus hijos, los convocan en sus pensamientos y acuden a los hogares paralelos que han construido aquí para ahí encontrarse con los suyos y volver a ser madres, esposas, amigas. En estas escapadas hacen un alto en el camino, buscan intimidad y se encuentran físicamente con lo suyo, con lo que de verdad les pertenece; dejan momentáneamente de ser inmigrantes, eso proporciona un respiro:

Hablar telefónicamente con mi marido, con mis hijos, así ya vengo contenta.....de esa forma es como yo hago para respirar un poco y mantenerme viva para seguir adelante.

Para las cuidadoras familiares descansar implica algo más que cambiar la geografía o los lugares. Así relataron que, aunque no se muevan de sus lugares, descansan cuando hacen de abuelas, cuando intiman con sus esposos, cuando están con amigos o estudian, cuando "son otras" como una participante lo expresó. Además, en el día a día construyen momentos de vida en común con su familiar enfermo para relacionarse con él de otra manera a la de ser su cuidadora. No es por tanto, lo que la cuidadora hace para descansar o donde esté, sino quién es en un momento dado en relación a otros y el lugar social que ocupa.

Tanto las cuidadoras de familiares como las inmigrantes, para descansar han de conectarse con actividades y personas que les permitan reconocerse como mujeres, madres, hijas, estudiantes o profesionales. El éxito de estas salidas depende de las posibilidades y oportunidades que tengan para dejar su self cuidador. Algo que no siempre es posible, como seguidamente se expone.

2-Salidas en falso

Una de las tácticas que las cuidadoras inmigrantes emplean para “salir a lo suyo” es la construcción, en sus lugares de trabajo, de nuevos hogares y familias con los que estar y poder descansar. Así las personas a las que cuidan se convierten en familiares y son para ellas abuelos, padres o hijos y ellas, a la vez, se integran como miembro de esta familia. Estas relaciones familiares ayudan, a ojos de las cuidadoras, a sobrellevar el peso:

Me ayuda que esta familia me trata como si fuera su hija y que yo les trato como si fueran mis abuelos...nosotros estamos como si fuéramos una familia (énfasis añadido).

En efecto, las cuidadoras empleadas adquieren nuevas identidades, pero éstas son ficticias y las mantienen conectadas con el cuidado; son unas relaciones que se construyen entorno al cuidado familiar. Por su lado, las cuidadoras familiares relataron que salen y llevan al familiar enfermo “en la cabeza”. Aunque estén en otros lugares y haciendo otras cosas, continúan a su lado, preguntándose si estará bien, siguiendo con la mente el recorrido de los cuidados, llamando regularmente por teléfono y manteniéndose atentas a lo que el familiar pueda necesitar. Así, salir conectada es una táctica de descanso que usan las cuidadoras familiares, que no proporciona un descanso pleno, sino un descanso “entre comillas” como decían en las entrevistas. Como la anterior, esta es una salida en falso dado que se mantienen una conexión con el ser cuidador y se sufren sus consecuencias.

Discusión y conclusiones

El cuidado familiar es algo más que actividades e implica una relación (9), que demanda identidad y trabajo (10). Tener un respiro de los cuidados significa distanciarse de una identidad, como este estudio ha mostrado. Aquí, se revela la necesidad de que los cuidadores tengan sí mismos alternativos para lograr un verdadero descanso. Las cuidadoras familiares se ven enfrentadas a grandes dificultades para recuperar la vida que perdieron o para conquistar nuevos espacios donde ser, por un tiempo, otras. Sus dilemas serán sobre si deben o no ocuparse de ellas mismas, además de si pueden o no ocuparse de otros miembros de sus familias como ya la bibliografía ha ilustrado (11).

La situación de las cuidadoras inmigrantes es de vulnerabilidad extrema (12). Sentirse con los suyos, las ayuda a lograr su descanso. Por ello resulta necesario trabajar por su integración y por la normalización de su vida laboral y familiar.

Todas las cuidadoras, ya sean familiares o contratadas, forman parte del sistema de cuidados y al mismo tiempo, son objeto de los mismos. Por ello, no pueden quedar excluidas de los estudios ni de las acciones de enfermería. Los profesionales de enfermería debemos reconocer y apoyar las estrategias que emplean para lograr el alivio del peso del cuidado y desalentar aquellas que, bajo la apariencia de descanso, añaden estrés o vulnerabilidad. Estamos en una posición única para promover medios de trabajo positivos que prevengan su desgaste y para sensibilizar sobre sus necesidades de descanso. Nuestra acertada intervención puede marcar una diferencia. Conocemos como nadie lo que implica el cuidado, somos una voz autorizada para sensibilizar y fomentar equidad en el cuidado familiar. Este estudio contribuye a ello.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Hirst M. Hearts and minds: the health effects of caring. York: Social Policy Research Unit, The University of York; 2004.

- 2-IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1995.
- 3- de la Cuesta Benjumea. Aliviar el peso del cuidado familiar. Una revisión de la bibliografía. Index de Enfermería. 2008; 17: 261-265.
- 4- Chappell L, Colin Reid R & Dow E. A typology of meanings based on the caregiver's point of view. J Aging Stud. 2001;15: 201-216.
- 5- McGrath W, Mueller M, Brown C, Teitelman J & Watts J. Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease: An exploratory study of occupational performance and respite. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 2000; 18: 51-69.
- 6- Gallart Fernández-Puebla A. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal. Tesis Doctoral. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat, 2007.
- 7- Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis. London: SAGE; 2006.
- 8- Strauss A & Corbin J. Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1998.
- 9- Carter C. The family caring experiences of married women in dementia care. En: Adams T & Clarke C, Editores. Dementia care. Developing partnerships in practice. London: Baillière Tindall; 2001. p. 187-208.
- 10- Graham H. (1983) Caring: A labour of love. En: Finch J. & Gorves D. Editores. A labour of love. Women, Work and Caring. London: Routledge & Kegan Paul; 1983. p.13-30.
- 11- de la Cuesta-Benjumea C. The legitimacy of rest: Conditions for the relief of burden in advanced dementia care giving. Journal of Advanced Nursing.2010; 66: 989-998.
- 12- IMSERSO. Cuidado a la Dependencia e Inmigración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.

AUTORES/AUTHORS:

Encarnación M^a Zambrano-Domínguez, M^a Dolores Guerra-Martín, Ángel Vilches-Arenas, Vicente Fernández-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

La formación de los/as cuidadores/as informales principales de las personas mayores en situación de dependencia

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Caracterizar la formación de los/as cuidadores/as informales principales de personas mayores en situación de dependencia de la Zona Básica de Salud de Los Palacios y Villafranca durante el período de octubre de 2010 a mayo de 2011.

Objetivos secundarios:

- Conocer el nivel de estudios de los/as cuidadores/as informales principales de personas mayores en situación de dependencia.
- Identificar la formación recibida de los/as cuidadores/as informales principales en relación con los problemas de salud de las personas mayores en situación de dependencia.

MÉTODO

Estudio piloto, observacional descriptivo y de corte transversal (1-3). Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que se ha llevado a cabo desde octubre del año 2010 al mes de mayo del año 2011, en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de Los Palacios y Villafranca. La Unidad de Gestión Clínica acoge a una población de 36,824 habitantes, de los cuales 3,866 (10,5%) tienen una edad de 65 años o más. La población asciende a 488 cuidadores/as informales principales que se dedican al cuidado de una persona mayor de 65 años en situación de dependencia. El tipo de muestreo ha sido no probabilístico intencional (2), estando compuesta la muestra por 41 cuidadores/as informales principales incluidos/as en el Programa de cuidadores/as de Atención Primaria de dicha Unidad de Gestión Clínica.

Como criterios de inclusión para la selección de la muestra de cuidadores/as se han establecidos todos/as los/as cuidadores/as de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, incluidos en el registro del Programa de cuidadores/as de Atención Primaria, que llevasen al menos dos meses al cuidado de una persona mayor, y en el caso de que existiese más de un/a cuidador/a informal, se elegiría aquel/la que llevase más tiempo dedicado al cuidado, además de la aceptación de los/as cuidadores/as a participar en el estudio tras haber sido informados correctamente. Como criterio de exclusión se ha establecido la inexistencia de un/a cuidador/a informal principal.

Las variables que se presentan en este artículo y que están relacionadas con el/la cuidador/a son: edad, género, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, parentesco con la persona cuidada, formación recibida y formación recibida en relación con los problemas de salud y los cuidados que precisa la persona mayor cuidada.

Se ha utilizado como instrumento de recogida de datos un cuestionario elaborado para ello, basándonos en la literatura científica y con la ayuda de expertos.

Para el análisis de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 18.0 y Epidat versión 3.1., en un primer momento se ha realizado un análisis exploratorio de los datos para identificar valores atípicos (4,5), tanto como para el total del grupo como para los diferentes subgrupos. Para analizar las variables de tipo cualitativo se han realizado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes y para las variables de tipo cuantitativo se ha empleado medidas de centralización y de dispersión.

RESULTADOS

En el presente artículo se presentan los resultados del objetivo principal y de los objetivos secundarios expuestos anteriormente. Con respecto al perfil del/la cuidador/a se obtiene que generalmente corresponde a una mujer, de 48,8(7,8) años, casada y desempleada. En relación al parentesco de la persona cuidadora con la persona cuidada, 68,3% de los/as cuidadores/as son hijas/os, constituyendo 28 casos. 8(19,5%) son nuera/yerno, 3(7,3%) casos están a cargo de los sobrinas/os y las personas mayores en

situación de dependencia restantes, están cuidadas por sus nietas/os. Con respecto al nivel de estudios de las personas cuidadoras, 16(39%) de ellas no tienen ningún tipo de estudios, y el resto tiene estudio donde se puede incluir la educación primaria, secundaria, bachillerato, grado medio de formación profesional, licenciatura y otros. En cuanto a la formación recibida por los/as cuidadores/as en relación con el problema de salud y los cuidados que precisa la persona cuidada, se obtiene que el 41,5% de ellos/as han recibido en alguna ocasión algún tipo de formación sobre esta temática. El tipo de formación que han recibido está relacionada en un 94,1% con los cuidados básicos que precisa la persona mayor dependiente. La formación ha sido impartida en un 76,5% en la Unidad de Gestión Clínica por los profesionales de enfermería en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN

A continuación se exponen los resultados obtenidos en este estudio con los resultados obtenidos en otros estudios existentes en la literatura científica.

En relación al perfil de la persona cuidadora que se encuentra al cuidado de una persona mayor en situación de dependencia en la ZBS de Los Palacios y Villafranca, podemos afirmar que las tareas de cuidado en un porcentaje muy elevado (87,8%) en las mujeres, resultados que coinciden con otros estudios (6,7,8), donde los hombres aparecen en un escaso porcentaje como cuidadores.

En cuanto a la edad media obtenida de los/as cuidadores/as del estudio, es de 48,8 años, lo cual difiere de los resultados obtenidos en otros estudios, donde se recoge que la edad de los/as cuidadores/as es más avanzada (6,9,10).

Con respecto al estado civil de los/as cuidadores/as informales principales, en su mayoría están casados/as y se encuentran desempleados/as, coincidiendo los resultados con los obtenidos en otros estudios (6,8,11).

En cuanto al parentesco de la persona cuidadora, en relación con la persona cuidada, que aparece de forma más prevalente es el de las/os hijas/os, siendo estos datos concordantes con los obtenidos en otras investigaciones (6,12).

El nivel de estudios de los/as cuidadores/as es escaso, ya que un porcentaje elevado, no tiene estudios o no terminó los estudios primarios, datos que se reflejan también, en otras investigaciones (9,10,13). Sin embargo, los datos no coinciden con los obtenidos en otros estudios, donde se recoge que un porcentaje elevado de las personas cuidadoras tienen un nivel de estudios primario (6,14).

La proporción de cuidadores/as que se ha obtenido en relación con la formación recibida, pone de manifiesto que la proporción de cuidadores/as informales principales que ha recibido formación es escasa, más de la mitad de las personas encuestadas no han recibido ninguna acción formativa. Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones (13,14).

El tipo de formación que han recibido los cuidadores/as de la muestra estudiada están relacionadas en su mayoría 94,1% con los cuidados básicos generales que precisa la persona mayor dependiente cuidada, datos similares obtienen los autores de otra investigación (13).

Este estudio es un primer acercamiento al problema de investigación y es conveniente resaltar, la necesidad de proporcionar recursos a los/as cuidadores/as informales principales, para que puedan formarse sobre los problemas de salud y los cuidados que requieran las personas mayores que cuidan, por lo que es necesario seguir investigando en esta línea. También, es necesario evaluar la efectividad y eficiencia de los programas formativos que se realicen desde las distintas instituciones.

Implicaciones para la práctica clínica: Los resultados de la investigación se van a difundir entre todos/as los/as miembros del Equipo Básico de Atención Primaria, de la Unidad de Gestión Clínica, ya que se presentan aportaciones novedosas que son de interés para la mejora de la formación de los/as cuidadores/as y por ende, de los cuidados proporcionados por estas personas, lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial. Estos resultados también, se deben divulgar ampliamente al colectivo de enfermería, ya que según Polit y Hungler (2), las enfermeras prácticas o asistenciales suelen desconocer los resultados de las investigaciones y en consecuencia, no los incorporan de manera eficaz en el ejercicio de su profesión, es por lo que creemos muy importante la difusión de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier; 2004.
2. Hernández R. y otros. Metodología de la investigación, 4ª ed. McGraw-Hill. México, 2006.
3. Polit D.F., Hungler B.P. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
4. Smith AF, Prentice DA. Exploratory data analysis, a handbook for data analysis in the behavioral sciences: statistical issues. Keren, K. y Lewis, C. (Eds.); (1993). A handbook for data analysis in the behavioral sciences: Statistical issues, (pp. 349-390). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
5. Salvador M, Gargallo P. Análisis Exploratorio de Datos, [en línea] 5campus.com, Estadística. 2003. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en:
<http://www.5campus.com/leccion/aed>
6. Velasco E. Educación grupal a cuidadores. En Educación para la salud. Coords: Sánchez, MB, Gómez, J, Duarte, G. Madrid: FUDEN, 2008. p. 367-382.
7. Rodríguez, P. El problema de la dependencia en las personas mayores. Madrid: Documentación Social; 1998.
8. Larrañaga I. y otros. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(5):443-450.
9. Regueiro AA. y otros. El Cuidador Principal de nuestros ancianos dependientes. Salud Rural. 2006; 23 (11): 39-46.
10. Zabalegui A. y otros. Revisión de evidencias. Cuidados y Cuidadores. Evidentia. 2007; 4(13). [Citado 10 Febrero 2011]. Disponible en:
<http://0-www.index-f.com.fama.us.es/evidentia/n13/291articulo.php>
11. Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Portularia. 2010; 10(1): 85-97.
12. García MM, Mateo I, Eguiguren AP. El Impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(Supl 2): 83-92.
13. Zem-Mascarenhas SH, Barros AC. The domicile care: The vision of the dependent person and the caregiver. Revista eletrônica de Enfermagem. 2009;11(1):45-54. [Citado 14 Noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/sumario.htm>
14. IMSERSO. Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Colección Estudios Serie de Dependencia. Madrid: IMSERSO 2005.

Mesa de comunicaciones 2: Práctica Clínica

Concurrent session 2: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Pérez Moya, Javier Iniesta Sánchez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, M^a José Terón Martínez, Juan José Rodríguez Mondéjar, M^a Dolores Corbalán Abril, M^a Teresa Escribano Hernández, José Ángel Manzanares Lázaro, Juana M^a Andreo Martínez

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la notificación de caídas de pacientes hospitalizados por bloques quirúrgicos y médicos.

Introducción:

La seguridad del paciente es una de las dimensiones de la calidad que en los últimos tiempos está ganando una especial relevancia. Siendo fundamental no sólo la prevención de los sucesos adversos, sino su notificación para identificar oportunidades de mejora. Uno de los efectos adversos monitorizados en nuestro centro son las notificaciones de caídas, por ello nos marcamos los siguientes objetivos:

Cuantificar las caídas declaradas por bloque quirúrgico (BQ) y bloque médico (BM) en un hospital general durante 2010.

Describir el perfil de dichos pacientes.

Metodología:

Análisis descriptivo de declaraciones voluntarias de caídas realizadas desde las unidades de hospitalización de un hospital general durante 2010, se analizan 3 unidades quirúrgicas y 5 médicas. Los datos se obtienen a través de la base de datos de caídas de la unidad de calidad de enfermería, creada a partir de los formularios de declaración voluntaria de caídas cumplimentados en las unidades tras el efecto adverso. Las variables estudiadas son: edad, días de estancia, turno, patrones funcionales, medicación, causa de la caída, y consecuencias de la caída entre otros. Los resultados se expresan mediante frecuencias y porcentajes. Prueba z para comparación de proporciones.

Resultados:

Se declararon un total de 123 caídas un 20% (21) BQ y un 80% (102) BM $p < 0.01$. El 67% era mayor de 65 años en ambos bloques, la estancia media era superior a 6 días en el 33% BQ y 35% BM. El 57% ocurrían en turno de noche frente al 61% BM. Un 43% presentaba polimedicación frente al 63% BM. El 38% BQ presentaba historia de caídas previas. El patrón funcional VII estaba alterado en un 29% del BQ frente al 8% BM con $p < 0.003$, el más alterado era el IV con un 76% BQ y un 84% BM. El 60% de los pacientes se encuentra sólo en el momento de la caída. Un 43% de las caídas del BQ tienen consecuencias leves para el paciente frente la 33% del BM.

Discusión:

Existe una menor notificación de caídas por las unidades quirúrgicas, pese a no encontrar diferencias de edad, ni en las puntuaciones de escala de Downton entre ambos grupos.

El paciente con mayor riesgo de sufrir una caída en nuestro centro es mayor de 65 años, tiene una estancia superior a 6 días, presenta polimedicación, alteración del patrón funcional IV y se encuentra sólo, independientemente que el motivo de ingreso sea quirúrgico o médico.

No se observan diferencias significativas entre ambos grupos en la valoración de enfermería por patrones funcionales, a excepción del patrón VII que presenta una mayor alteración en los pacientes quirúrgicos, lo que se relaciona con la naturaleza del motivo de ingreso y la cirugía que conlleva un cambio en la imagen y autoconcepto del paciente.

Implicaciones para la práctica:

Es necesario realizar acciones mejora para incrementar la declaración voluntaria de caídas en las unidades quirúrgicas ante una posible infranotificación.

La valoración inicial de enfermería por patrones funcionales, nos ayuda a focalizar los cuidados de prevención en los pacientes identificados con riesgo de caída.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Hernández Herrera, Dolores Eunice; Barcellos Dalri, Maria Celia; Canini, Silvia Rita Marin da Silva; Villarreal Rios, Enrique; Campos de Carvalho, Emília

Factores de Riesgo de Caídas en Adultos Hospitalizados. Desarrollo Científ Enferm -Méx- 2011
19(5):171-174

Mairena Valdenebro, María José; Enríquez de Luna, Margarita; García Fernández, Silvia M^a; Arenas Bonilla, Isabel M^a; Kutz, Maite. Herramientas de seguridad utilizadas en la UCI del Hospital Costa del Sol Rev Paraninfo Digital 2010

Agudelo Becerra, Yaneth; Pérez Trujillo, Ligia; Mesa Melgarejo, Lorena; Galindo Huertas, Solanye. Construcción y validación de un instrumento para la valoración del riesgo de caídas intrahospitalarias Evidentia 2010. 7(32).

Laguna-Parras, Juan Manuel; Carascosa-Corral, Raquel R; Zafra López, Fernando; Carrascosa-García, M^a Isabel; Luque Martínez, Francisco M; Alejo Esteban, José A; García-Fernández, Francisco P. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática Gerokomos 2010. 21(3):97-107

AUTORES/AUTHORS:

Soraya Cámara Fernández, Rubén Viana Guerra, Leticia Moreno González, Laura Hernández Ruiz

TÍTULO/TITLE:

"TENEMOS UN PLAN"

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida en nuestro país es de las más altas del mundo: 84,6 años para las mujeres y 78,3 años para los hombres. En Burgos, la esperanza de vida media al nacimiento es de 82,8 años. La de los varones es de 79,53 y las mujeres de 86,10 años. (Instituto Nacional de Estadística-INE- 2010).

En España, la población mayor de 85 años supone un 2,13% aproximadamente. La población mayor de 85 años en Burgos supone un 3,5%, que hace un total de 13.132 personas, de las cuales 4.294 son hombres (32,7%) y 8.838 mujeres (67,3%). (INE, Padrón Municipal 2010). Estos datos refuerzan la importancia de la Unidad Geriátrica de Agudos de nuestra ciudad.

Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, se considera paciente geriátrico a la persona mayor que cumple tres o más de los siguientes criterios: edad superior a 65-75 años, presenta pluripatología, su enfermedad tiene un carácter invalidante, su evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales y requiere institucionalización.

La demanda sanitaria de la población geriátrica es muy elevada. La estancia hospitalaria de estos pacientes es más prolongada y sus reingresos son más frecuentes que otro tipo de usuarios.

La unidad de geriatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos (CAUB) fue abierta en Octubre de 2008. Es una unidad de agudos, cuyos criterios de inclusión son pacientes mayores de 85 años o menores de 85 con deterioro físico y/o mental grave. Consta de 19 camas, todas ellas hidráulicas para adaptarse a las características de los pacientes y favorecer su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en la medida de lo posible. El baño también está adaptado al paciente geriátrico, con suelo antideslizante en toda la superficie y con asideros para una mejor sujeción. También se dispone de silla geriátrica de ducha.

Enfermería trabaja desde 2009 con el programa informático Gacela, como herramienta para la gestión de cuidados enfermeros que utiliza la nomenclatura NANDA- NIC-NOC 2007-2008.

En Abril de 2010 realizamos un estudio sobre necesidades básicas y diagnósticos de enfermería en nuestro servicio y en 2011 hemos realizado un nuevo estudio analizando y comparando las mismas variables.

Para valorar el estado de la cuestión se ha realizado una búsqueda de bibliografía en las bases de datos de enfermería de CUIDEN, ENFISPO, Instituto Carlos III-Biblioteca Virtual de Salud, MEDLINE y Centro Colaborador de Joanna Bridges e IBECS. Hemos encontrado varios estudios relacionados con nuestro tema aunque ninguno de ellos estaba realizado en una unidad de agudos, por lo que los resultados obtenidos no son comparables.

OBJETIVOS

General: analizar y relacionar los datos obtenidos en dos estudios realizados en 2010 y 2011.

Específicos:

1. Determinar del total de diagnósticos de enfermería recogidos, los que se repiten con mayor frecuencia.
2. Elaborar un plan de cuidados estándar de paciente geriátrico para nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y comparativo. Llevado a cabo en la Unidad de Geriátrica del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, durante los periodos 17 Enero- 19 Marzo de 2010 y 17 Enero- 19 Marzo de 2011. Población de estudio: 100 individuos en 2010 y 117 individuos en 2011.

Criterios de inclusión: aquellos que cumplen los criterios de ingreso en nuestra unidad. Criterios de exclusión: individuos menores de 85 años que no ingresan a cargo de geriatría. Las Variables estudiadas fueron sociodemográficas como la edad y el sexo y variables de tipo clínico, entre las que se encuentran las necesidades básicas de Virginia Henderson, Diagnósticos de enfermería (según taxonomía NANDA) y la puntuación obtenida en la escala de Barthel, que valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria y les asigna una puntuación de 0, 5, 10 ó 15 obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100.

El método de recogida de datos fue la revisión de historias clínicas (programa Gacela)

Análisis estadístico de los datos. En primer lugar se describieron los resultados obtenidos. Para las variables cualitativas se calculó las frecuencias absolutas y relativas y para las cuantitativas se halló la media y desviación típica (DS).

A continuación se estimó si existía asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas. Para ello se utilizarán los test de contraste adecuados: paramétricos y no paramétricos. Se consideró que existe significación estadística siempre que $p < 0,05$.

Para procesar los datos y realizar tablas y figuras se utilizó la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office para Windows y los cálculos estadísticos se completaron con el programa informático IBM SPSS statistics19.

Aspectos éticos. Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos. Se informó al equipo de la realización de este estudio. Se notificó a la dirección del centro de los principales resultados encontrados a la finalización del estudio. Los autores se comprometieron a difundir, los resultados obtenidos, ya fueran negativos o positivos, en medios de difusión de acceso público.

RESULTADOS

Población incluida: un total de 217 individuos 69,6% mujeres y 30,4% hombres. De ellos en 2010 participaron 100 individuos 84% mujeres y 16% hombres y en 2011 117 individuos 57% mujeres y 43% hombres, encontrándose significación estadística en esta diferencia de sexo (Chi cuadrado de Pearson 18,209, $p < 0,001$).

Edad media: 2010 es de 90,9 años DS 4,3. 2011 es de 90,13 años DS 5,498. No se encontró significación estadística de las diferencias de edad.

Diagnósticos de enfermería. En 2010 se formularon un total de 236 diagnósticos de enfermería, repartidos por pacientes de la siguiente manera: el 63% de los pacientes tiene 2 diagnósticos, hay 9 pacientes con 1 diagnóstico y 1 paciente con 6 diagnósticos. En 2011 se formularon un total de 358 diagnósticos de enfermería repartidos por pacientes de la siguiente manera: el 5,13% con 1 diagnóstico, el 29,92% con 2 diagnósticos, 31,62% con 3, 23,93% con 4 y un 9,4% con 5 o más diagnósticos.

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes son:

En 2010, Patrón respiratorio ineficaz 25% (n = 59), Riesgo de infección 15,7%, Intolerancia a la actividad 8,5%, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 6,8%, Deterioro de la movilidad física 5,5%, e Insomnio otro 5,5%.

En 2011, Riesgo de infección 28,49% (n= 102), Patrón respiratorio ineficaz 22,35%, Intolerancia a la actividad 13,41%, Insomnio 4,19%, Hipertermia 4,19%, Riesgo de estreñimiento 3,07% y Deterioro de la movilidad física 3,07%. Aunque se ha hallado significación estadística de esta diferencia ($p < 0,05$) hay que tener en cuenta que el número de diagnósticos en 2011 es mucho mayor que en 2010 (358 vs 236) y la significación puede verse influenciada por este detalle.

Grado de dependencia según la Escala de Barthel:

En 2010 se encontró un 34% con dependencia total, 17% dependencia grave, 8% dependencia moderada, 39% dependencia leve y un 2% de pacientes independientes

En 2011 se encontró un 45,3% con dependencia total, 19,7% grave, 9,4% moderada, 21,4% leve, 4,3% independiente, pero no se ha encontrado significación estadística de estas diferencias.

DISCUSIÓN

Hemos observado que el número de diagnósticos asignado a cada usuario de la unidad durante su estancia ha sido mayor en el segundo estudio, lo cual nos lleva a concluir que el trabajo continuado con la metodología N-N-N mejora con el tiempo si se realiza de manera rigurosa y con interés por aumentar el conocimiento de nuestra propia profesión y nuestro lenguaje enfermero. Tras dos años de manejo de esta metodología por todo el personal de la unidad geriátrica de agudos del CAUB podemos afirmar que el uso de la misma ha mejorado la comunicación entre todos los profesionales y que trabajamos en la consecución de objetivos comunes, optimizando nuestros recursos y mejorando la calidad del trabajo de todos los profesionales en beneficio del paciente.

Creemos que el tiempo de estudio puede ser una limitación en el trabajo, pues para ser más realista deberíamos haber utilizado un año natural para evitar en lo posible las diferencias estacionales. Como el equipo de trabajo no se ha podido reunir durante todo un año, se eligió la época de invierno, que es cuando la unidad presenta el índice de ocupación más alto y teniendo presente que las patologías que motivan el ingreso con mayor frecuencia son crónicas (respiratorias y cardiovasculares) que afectan al geronte tanto con frío como con calor. Es cierto que no tenemos datos de patologías que se producen con más frecuencia en época estival como gastroenteritis aguda o deshidratación, pero a falta de estudios científicos que nos lo confirmen pensamos que no son las más significativas en número a lo largo de un año en este tipo de pacientes.

Implicaciones para la práctica: tras el análisis de los resultados obtenidos en ambos estudios observamos que existen 5 diagnósticos de enfermería que se repiten en 10 o más ocasiones, por lo que los consideramos como diagnósticos elegidos con mayor frecuencia en los dos trabajos (riesgo de infección, patrón respiratorio ineficaz, intolerancia a la actividad, insomnio y deterioro de la movilidad física). Además, observamos que hay otros 3 diagnósticos, que se repiten en más de 10 ocasiones en uno de los dos estudios y que en total se repiten en cifras a tener en cuenta y estos son: riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de estreñimiento e hipertermia.

Partiendo de esos resultados estamos realizando un plan de cuidados estándar para el paciente geriátrico de nuestra unidad de agudos donde se incluyan estos 8 diagnósticos, pudiendo ser modificado según las características propias de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFIA**

1. INE. <http://www.INE.es/daco/daco43/epoba/evodemoest.xls>.
2. Definición de la sociedad española de geriatría y gerontología
3. Lorenzo Carrascosa, L. "Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones". Instituto nacional de estadística 2003
4. Jimenez Navascués L, Lafuente Mateo D, Hernández Romero B, Fernández Rodríguez C, Hajar Ordovás C. "Ancianos. Calidad de vida y necesidades básicas". Revista Rol Enfermería 1999; 22 (11): 743-746.
5. Carlos B. Rodriguez. "En busca de un modelo de asistencia a la vejez". Revista española de economía de la salud Septiembre-Octubre 2002. <https://www.escueladegestionsanitaria.com>.
6. Román Cereto, Montserrat; Campos Rico, Aurelio; Viñas Heras, Cipriano; Palop, Rosa; Zamudio Sánchez, Antonio; Domingo García, Rosario; López Martín, M. Consuelo; Torre, Isabel de la; Díaz González, Miguel Ángel; Mansilla Francisco, Juan José. "Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria". Enfermería Clínica 2005; 15(3):163-166.
7. Bros i Serra, M. "Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica". Gerokomos 2006; 17(3):140-143.
8. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones" Editorial Elsevier Mosby 2007.
9. Fernandez Solan C, Roman Alonso E, Martínez Sellares R. "Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros". Revista Gerokomos 2001; 12 (3): 107-113.
10. Gil-Fernandez de Padilla M. Tesis de licenciatura en enfermería. "Diagnósticos más frecuentes en enfermería geriátrica". Revista Desafíos. Universidad Nacional de Rosario. ISSN 0328-8927. Diciembre 1999.
11. Nanda International. "Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008" Editorial Elsevier España S.A. 2008
12. Fernández Solana, C; Román Alonso, E; Martínez Sellarés, R." Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros". Gerokomos 2001; 12(3):107-113.
13. Pérez Beltrán, Ana; Frías Gil, Sandra; Fernández González, Rosario; Villaño Ansótegui, Marian." De proyecto a realidad. Implantación de planes de cuidados estandarizados" Rev. ROL enfermería 2004; 27(3):175-176.
14. Villalgorido Ortín, Paola; Marín Fernández, Blanca. "Abordaje inductivo: un método útil para la elaboración de planes de cuidados estandarizados". Metas enfermería 2005; 8(4):26-31.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA ROSA LUQUE MONTILLA, BEATRIZ COBO QUIRÓS, MANUEL LINARES ABAD

TÍTULO/TITLE:

VIOLENCIA DE GÉNERO, UN PROBLEMA DE SALUD DESDE LA PRENSA NACIONAL

OBJETIVOS:

General: Explorar el tratamiento periodístico de la Violencia de género (V.G) en relación a la salud en el segundo semestre de 2010 desde los periódicos de mayor difusión en España (El País, El Mundo, ABC). Y como objetivos específicos:

- Conocer la aparición de sanitarios como informantes clave de las noticias de Violencia de Género.
- Analizar las noticias de Violencia de Género en la sección "salud".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal de las noticias de Violencia de Género publicadas en el segundo semestre de 2010, en los 3 diarios de mayor tirada nacional según la Oficina de Justificación de la Difusión: El País, ABC y El Mundo.¹ En las ediciones tanto escritas como digitales.

La recolección de noticias cuyo titular o contenido comprendía uno de los siguientes términos: violencia de género, maltrato, violencia contra las mujeres se hizo de manera digitalizada mediante los buscadores de las páginas web de cada periódico, con las fechas comprendidas entre el 1 del Julio y el 31 y de Diciembre de 2010.

Se uso como palabra clave violencia de género, filtrando por "noticia". No se calculó muestra, si no que se recogió la totalidad de las noticias.

Se excluyeron los vídeos, fotografías, blogs y material publicado en los suplementos de cada periódico

Se recogió información sobre las siguientes variables:

Informante clave: Fuente informativa principal, (Policía, sanitario, político, jurídico/judicial, periodista, víctima, ciudadano, familiar o vecino)

Para la determinación de la fuente informadora principal se usó

- Policía frases en las que aparecía "fuentes policiales, fuentes de la guardia civil, Mossos d'Escuadra, Investigadores, Ertzaintza, Agentes, Instituto armado, grupo de operaciones especiales, Benemérita, un comunicado de la policía/guardia civil informa...
- Jurídico/Judicial, fiscal, jueces, tribunales, fiscalía, un comunicado de la fiscalía/judicial.
- Sanitario fue definida cuando aparecía "sanitarios, 061, SAMUR, equipo de urgencias y emergencias, equipo médico, fuentes médicas
- Político se tomó alcalde, gobierno, ministerios, subdelegaciones, consejeros, departamento de interior presidentes, ayuntamiento, además de representantes de asociaciones.
- Familiar: hermano, cuñado, familiar, padre, madre de la víctima
- Vecinos: Vecinos y Fuentes cercanas al caso.
- Ciudadano: cuando se trataba de un artículo de opinión.
- Cuando no se especificaba ninguna fuente o eran varias ninguna siendo principal se optó por la categoría periodista

Sección: Espacio que se reserva para noticias de un tema determinado (sociedad, local, nacional, salud, opinión, política, sucesos, actualidad y otros) Establecida por el periódico

Para el análisis estadístico de los datos se usó el programa informático SSPS 19 para Windows y se basó en descriptivos y frecuencias.

RESULTADOS

Respecto a la fuente informadora clave, el informate principal de toda la producción periodística es para la categoría “político” con un 36,02 %, seguido de “policía” con un 21,48%. Jurídico ocupa un 14,69%. La categoría sanitario sólo aparece en un 2,05%. El mayor porcentaje lo ocupa la sección “local” con un 38,7%. Menos de la mitad de este porcentaje es para “sociedad” con un 16,1% ocupando el segundo lugar y muy seguido “sucesos” 15,1%. Salud apenas se lleva 0,3% del total.

DISCUSIÓN

La aparición de sanitarios, como fuente informadora principal 2,05 %, refleja la poca consideración como problema de salud. La ínfima presencia del personal médico-sanitario en calidad de fuente informativa en las noticias de prensa podría ser indicador de una deteriorada consideración de los malos tratos contra las mujeres como problema de salud pública. Esta visibilidad se ve condicionada, en parte, por la propia estructura social, pero también es responsabilidad de las redacciones de prensa y del modo en que mantienen unas rutinas informativas que no parecen dar cabida a otras fuentes alternativas.” 2

Ahora que está todo legitimado por los mass media el discurso de la V.G ha pasado a convertirse en uno de los temas más habituales de la sección de sociedad, 16,1%. Esto significa que se ha convertido en un tema y se le da un espacio físico que bajo el epígrafe maltratos, se le destinan recursos y que el medio cuenta con periodistas que tienen conocimientos y una cierta especialización en la cuestión 3

A pesar de ello el 38,1% y el 15,2% lo ocupan las secciones de local y sucesos respectivamente y salud sólo un 0,3%. La V.G es un delito cuyo origen está en la consideración de inferioridad de las mujeres, y no se puede presentar como un crimen pasional. Por tanto, las noticias referidas a la V.G deben ubicarse en las secciones de sociedad, y nunca como sucesos. Si su inclusión en el informativo o sección no responde a una valoración informativa adecuada, el resultado puede ser pernicioso.4 Hay que dejar claro que la V.G es un problema social y de Salud Pública, y que la V.G constituye un atentado contra el derecho a la vida, la dignidad y la integridad física y psíquica de las víctimas; en definitiva, un atentado contra ellas y contra sus derechos humano.5

El País no le destina ninguna noticia a la sección de sucesos, las agrupa en sociedad, frente al El Mundo que le corresponde un 14,8% a sucesos pero es el único que destina algunas noticias a Salud, aunque el porcentaje no es representativo 0,3%. ABC las destina a local 11,5% pero apenas dedica noticias a sucesos 0,3%. Por lo que si establecemos que las noticias bien destinadas son las que se le da la importancia que merecen, es El País el que más importancia le da a la V.G en las noticias analizadas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Reflejar que aunque la V.G está reconocido como problema de Salud Pública, las noticias estudiadas no lo reflejan ya que los medios de comunicación sean correas de transmisión de instituciones policiales o jurídicas. Por eso, los relatos sobre V.G no pueden descansar únicamente en fuentes policiales, judiciales y en la vecindad. Las personas expertas sobre este problema no se encuentran, precisamente, entre los colectivos señalados. Como informan las normas éticas periodísticas, debemos contrastar la información con fuentes no solamente privilegiadas, sino con aquellas que puedan proporcionar otra dimensión al relato por lo que los sanitarios deberían hacer más énfasis en su reconocimiento ya que ocupan un papel clave en la V.G y pueden proporcionar otra dimensión al relato. Y esta es, precisamente, la información de calidad. 6

Tan útil o más que dar la noticia de un caso de V.G es ofrecer otras aportaciones eficaces para afrontar el problema: seguimiento detallado de casos, sentencias ejemplares, seguimiento judicial de un agresor, iniciativas novedosas 5 saliendo del panorama de sucesos y ocupando secciones de salud, evidenciando lo que es en realidad, un problema de Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Vives-Cases C, Ruiz M.T, Álvarez-Dardet C, Martín M. Historia reciente de la cobertura periodística de la violencia contra las mujeres en el contexto español (1997-2001). Gac Sanit 2005; 19:22-8.

2 Vives Cases, M.C; Martín Laguno, M; Ruiz Cantero M.T; La violencia familiar y contra las mujeres en los medios de comunicación escritos. Universidad de Alicante.

3 Bach M, Altés E, Gallego J, Plujà M, Puig M. El sexo de la noticia. Reflexiones sobre el género en la información y recomendaciones de estilo. Barcelona: Icaria, 2000.

4 Instituto Oficial de Radio y Televisión. RTVE, Mujer, violencia y medios de Comunicación, Dossier de Prensa. M. 51220-2002 EGRAF, S. A 2002

5 Simelio Solà, N; Información y género: la representación de las mujeres en la prensa. Diagnóstico y propuestas. Santiago Alcoba (coord.), Ramón Sarmiento, José Manuel Pérez Tornero et al. Ed. Margarita Freixas, María J. Machuca y José María Perceval, Barcelona, 2009. Publicación electrónica en <http://mediamentor.org/es/publications> ISBN: 978 - 84 - 692 - 3369 - 6

6 López Díez, P. La violencia contra las mujeres en los medios de comunicación. M. 51220-2002 EGRAF. 2002

Mesa de comunicaciones 3: Promoción de la Salud

Concurrent session 3: Health Promotion

AUTORES/AUTHORS:

Manuela Martins, Júlia Martinho, José Carlos Carvalho, Cecília Macedo Alves, Maria do Céu Barbiéri-Figueiredo, Palmira Oliveira, Henriqueta Figueiredo, Ana Isabel Vilar, Margarida Reis Santos Ferreira

TÍTULO/TITLE:

El estrés y las actitudes de las enfermeras hacia la familia

Introducción:

El estrés es un concepto básico en relación con la percepción de cada persona en su capacidad o competencia para tratar con un evento generador de estrés (Santos, 2010). Se entiende así que cualquier evento puede promover el estrés, interno o externo, siendo sujeto a una evaluación cognitiva por parte del sujeto (Bianchi, 2009).

Un estudio de Suehiro et al., (2008) mostró que para diferentes profesiones, incluida la enfermería, los aspectos relacionados con la sobrecarga de trabajo, la debilidad de las relaciones sociales, la responsabilidad en demasía, la amenaza a la posición, la falta de gratificación o bajos salarios, están asociadas a la percepción del estrés en el trabajo que compromete la salud.

La enfermera, que trabaja en el hospital, a realizar tareas en el día a día se enfrenta con el dolor o sufrimiento y estas situaciones transportan una carga emocional alta. Se requiere generalmente para las enfermeras en su desempeño diario tareas diferentes y variadas, a menudo destinadas a la misma hora y todo a su tiempo. A veces la falta de claridad sobre las tareas a realizar, la presión para que todo el cuidado sea eficaz y la necesaria y exigente toma de decisiones rápida, son también factores de estrés en algunas situaciones.

Así son varios los factores de riesgo para el estrés que están relacionados con el trabajo de este grupo de profesionales como el contenido del trabajo, turno de trabajo, el grado de ambigüedad, la responsabilidad, el conflicto, el papel, los contactos sociales, el clima organizacional, el contacto con los clientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantener y desarrollar la cualificación profesional, los horarios irregulares y el medio ambiente físico en el que se desarrolla el trabajo (Pons e Agüir, 1998; Santos, 2010). El estrés se manifiesta como una consecuencia importante de los esfuerzos realizados por las enfermeras y se traducen en diversos tipos de problemas psicológicos como trastornos psicossomáticos (fatiga crónica, dolor de cabeza, palpitaciones, insomnio, etc.), fisiológicos, disminución de la inmunidad celular, disminución de la productividad, ausentismo, rotación, el uso frecuente de tranquilizantes y fumar en exceso (Garrosa et al., 2010) siendo estos indicadores de un alto nivel de estrés que se relaciona con el entorno profesional común entre las enfermeras (Santos, 2010).

Un estudio desarrollado por Meyers et al. (2004) indica que la familia es percibida como una fuente de estrés por las enfermeras, dada la posibilidad de un comportamiento impredecible por parte de ellos no que se refiere a los procedimientos invasivos y dolorosos para su familiar.

Para las enfermeras la existencia de conflictos con el público se percibe como una mala experiencia que sólo conduce al agotamiento emocional y por lo tanto, es un promotor del estrés profesional (Montoro-Rodríguez e Small, 2006).

Santos (2010) establece que las enfermeras son los miembros del equipo que están más cerca a los pacientes y sus familias, ejerciendo sus funciones bajo una carga de emocional y afectiva gran, que non siempre es fácil de administrar e integrar.

En este estudio se propone comprender si la familia es percibida por las enfermeras como una causa de estrés y cómo esto puede estar relacionado con las actitudes de estos profesionales hacia a la familia.

Objetivos:

Evaluar si existe una relación entre las actitudes hacia a la familia y el estrés en las enfermeras en contexto del hospital.

Métodos:

Estudio descriptivo-correlacional. Los participantes: 128 enfermeras. Muestra: El 66,4% de la población (no probabilística intencional). Variables: sociodemográficas, actitudes y el stress. Recolección de datos: Cuestionario de auto-realización que abarca datos socio-demográficos y 2 escalas La importancia de la familia en la atención de enfermería - Actitudes de las enfermeras (IFCE-AE) versión portuguesa de Oliveira et al. (2009) y Organización de los conflictos Rahim inventario (ROCI-II) validado Galinha (2009).

Resultados:

El 76,5% de la muestra son mujeres. 56,5% tienen entre 26 y 30 años. 52,9% tiene experiencia profesional de 2 a 6 años. El 37,6% tiene formación en la familia y el 38,8 % abordó el tema de la familia en contexto académico. Estas enfermeras, integran la familia como un interlocutor en la conversación y recurso de Coping, con un promedio de 35.7 seguido por la familia como recurso en la atención de enfermería con un promedio de 30,94 en cuanto la familia como una carga sólo se plantea con un promedio de 8.94. Con respecto al stress, los resultados indican que el tema La dificultad de trabajar con una enfermera (o enfermero), en particular, del mismo servicio no es entendido como un factor que cause estrés en 41,3%. El factor más apuntado como factor de estrés es La ausencia de un médico durante una emergencia médica con 36,5%. El promedio más alto está situado en el entorno psicológico con 44,79%. Existe una relación estadísticamente significativa entre Las actitudes: familia como un interlocutor en la conversación y recurso de Coping y los conflictos con los médicos $p=0,035$; falta de apoyo con sus colegas $p=0,000$; la carga de trabajo $p=0,000$; incertidumbre acerca de lo tratamiento $p=0,000$. familia como un recurso para la atención de enfermería con el conflicto con los médicos $p=0,019$, La incertidumbre sobre el tratamiento $p=0,000$. familia como una carga con: el conflicto con los médicos $p=0,018$; la preparación inadecuada para hacer frente a las necesidades de los pacientes y sus familiares $p=0,023$ y la incertidumbre con respecto al tratamiento $p=0,038$. El género aparece vinculada a la tensión causada por la muerte $p=0,000$.

Discusión:

Consideramos la actitud de las enfermeras hacia la familia un elemento crucial en el proceso de atención. Existe una relación entre las actitudes de las enfermeras hacia la familia y algunos de los factores que conducen al estrés. Aunque las enfermeras afirmen que las familias son importantes, esta creencia no es siempre traducida en actividades de apoyo siendo algunas de ellas desencadenantes de estrés.

Los estudios apuntan que el uso de estrategias de afrontamiento y la existencia de apoyo social (emocional y o instrumental) son factores importantes para ayudar, estando comprobado que los altos niveles de apoyo social se relacionan con bajos niveles de estrés (Garrosa et al., 2010).

Las Enfermeras con el apoyo social tienen en general bajos niveles de agotamiento emocional. Esto parece estar relacionado con el hecho de que a través del apoyo social las enfermeras son capaces de expresar sus sentimientos. El apoyo social es positivo y proporciona seguridad, relaciones sociales, la aprobación, un sentido de pertenencia y afecto (Garrosa et al., 2010).

Implicaciones para la práctica: Es fundamental entender cómo podremos manejar el stress que surge en esta interacción con el fin de promover la participación y la inclusión de la familia en los cuidados de enfermería y un trabajo con más calidad para los enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Åstedt-kurki, P; Paavilainen, E; Tammentie, T; Paunonen-ilmonen, M. Interaction between adult patient`s family members and nursing staff on a hospital ward. Nordic College of Caring Sciences.2001; 15:142 – 150

Bianchi, ERF. Escala Bianchi de Stress. Revista Escola Enfermagem USP.2009; 43 (Esp): 1055-1062

Casanova, EG; Lopes, GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem.2009; 62 (6): 831-836

Chang, E et al. Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. Nursing and Health Sciences.2005;7: 57-65

- Fisher, C et al. Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*.2008:616-624
- Galinha, F L F R. Mediar para cuidar - O enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente: contributos das técnicas de mediação familiar. Lisboa; Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica Portuguesa; 2009.
- Garrosa, E; Rainho, C; Moreno-Jiménez, B; Monteiro, MJ. The relationship between Job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*.2010; 47 (205-215)
- Meyers, T et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses and physicians. *Top Emerg Med*.2004; 26 (1), 61-73
- Montoro-Rodriguez, J; Small, J. The role of conflict resolutions styles on nursing staff morale, burnout and job satisfaction in long term-care. *Journal of Aging and Health*.2006; 18 (3), 385-406.
- Oliveira, PC et al. Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In: E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família.2009: 34-48
- Pons, R; Agüir, V. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale". Processo de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*.1998; 72 (6), 529-538
- Santos, JMO - Stresse Profissional. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Estudos numa Amostra de Enfermeiros. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade Fernando Pessoa. 2010.
- Suehiro, ACB et al. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. *Boletim de psicologia*. 2008; vol LVIII,129:205-218

AUTORES/AUTHORS:

Àngela Pallarés, Isabel Pérez, M. Rosa Rifà, Montserrat Lamoglia, Maria Godall, Lluís Costa, Oriol Pallarés

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida en salud y determinantes de clima socioemocional en zonas de conflicto. Análisis ecosistémico enfermero

Introducción

El estado de la salud humana es un reflejo de una amplia variedad de interacciones complejas entre el sistema biológico interno y el sistema ambiental externo en su totalidad donde la ecuación, salud-ambiente-dimensión socio-biológica se entiende a través de la amplia dimensión ecológica en la promoción de la salud humana en su relación con el ambiente construido (ecosistema social) y natural. Desde la perspectiva enfermera ecosistémica, el diagnóstico de salud debe determinar la relación entre el clima social y emocional y los determinantes de salud de las poblaciones (1) .

Existe evidencia científica que demuestra el impacto que ejerce el clima social y emocional sobre los procesos relacionados con la salud y la mortalidad así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de procesos crónicos (2) pero carecemos de estudios que relacionen estos factores con la autopercepción de salud en situaciones de conflicto social.

Objetivo

Evaluar la calidad autopercebida de salud (CVRS) de un grupo poblacional económica y socialmente vulnerable y en situación de riesgo a través de CVRS (Short Form Health Survey; SF-12) (3) y relacionarla con la percepción de clima social y emocional determinada a través de la Encuesta de Clima Social Emocional de Rivera et al (ECSE).

Métodología**Diseño:**

En la presente investigación se optó por el Enfoque Ecosistémico (EES) en el entorno de una investigación de largo recorrido sustentada en la Investigación-acción participativa. Dados los objetivos de la investigación, los sujetos de estudio no se consideraron simples objetos estáticos sino que se contemplaron como agentes del proceso de investigación formando parte activa de la creación de conocimiento.

El diseño implementó una estructura de "triangulación metodológica" apoyada en la revisión bibliográfica, observación participante y los cuestionarios CVRS y ECSE.

Se elaboró un protocolo de estudio observacional transversal en el que los participantes respondieron a las encuestas de CVRS (Short Form Health Survey; SF-12) y a la de Clima Social Emocional de Rivera et al (ECSE) (4) que evalúa estados emocionales relacionados con la percepción de las condiciones sociales del país.

Ámbito:

Clínica de la ONG Radjem que presta cuidados enfermeros a los colectivos más vulnerables de los barrios de Hay Echouhada y El Cementerio. Los resultados de ambas se correlacionaron entre sí.

Sujetos:

Doscientos veintidós pacientes atendidos en el centro asistencial fueron invitados a participar en el estudio. Sólo 172 de ellos dieron su consentimiento (consentimiento informado) y 50 declinaron su participación.

Variables:

Las principales en relación a la CVRS fueron salud general, función física, función social, rol físico, rol emocional e índice sumarial mental. En relación al clima socioemocional, las relativas a percepción de seguridad, de confianza y respeto, de desesperanza, de temor y de enfado.

Instrumentos:

SF-12 que valoró las ocho dimensiones de la CVRS; ECSE que se compone de 24 ítems puntuados de 1 (no) a 7 (completamente) agrupados en 5 dimensiones que permite establecer tres niveles de clima social (malo= <56 puntos; aceptable=57 a 110 puntos; bueno= >110 puntos).

Análisis estadístico:

Test de la T de student, ANOVA o test de la chi². La asociación o interdependencia entre variables aleatorias continuas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC95%), estableciéndose un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados

La edad media de la muestra fue de $42,8 \pm 20,7$ años (IC95%= 32,3-64,5 años).

El 82,6% (IC95%= 78,2-94,3%) de los participantes percibieron el clima social como malo y sólo el 17,4% (IC95%= 10,3-21,2%) lo consideró aceptable o bueno.

Tal como muestra la Tabla 1., los participantes más satisfechos con el clima social presentaron mejores puntuación de salud general ($33,8 \pm 23,5$ puntos; IC95%= 29,1-45,3), rol emocional ($60,9 \pm 41,9$ puntos; IC95%= 57,2-77,3) y vitalidad ($72,5 \pm 23,2$; IC95%= 68,1-87,3) que los insatisfechos ($p < 0,05$ para todas las comparaciones).

La satisfacción social se correlacionó significativamente con el rol emocional ($r^2 = 0,77$; $p < 0,001$) y la función social ($r^2 = 0,73$; $p < 0,02$).

El resto de dimensiones de CVRS no alcanzaron correlaciones estadísticamente significativas.

Discusión

La importancia en la práctica clínica de conocer la relación entre clima socioemocional y salud es incuestionable. La Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (5) establece un diagnóstico enfermero denominado Deterioro de la Interacción Social, que se define como un intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo, que puede estar relacionado con un déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad o con la ausencia de personas significativas entre otros factores. Por otro lado el deterioro socioemocional puede ser la causa o factor determinante del diagnóstico enfermero denominado Gestión ineficaz de la propia salud y de otros relacionados. Ante la presencia de estos diagnósticos, la enfermera, como resultado NOC (6) se puede plantear mejorar la frecuencia de las interacciones sociales (Implicación Social) y mejorar la disponibilidad percibida y provisión real de ayuda (Soporte Social).

Sin embargo, según nuestro conocimiento, ningún estudio clínico había demostrado concluyentemente la relación entre estos dos factores en situaciones de conflicto que comportan un importante grado de estrés.

Dada la elevada prevalencia de este tipo de situaciones en nuestro entorno, la planificación de la atención enfermera debería explorar la incidencia de estos factores a la hora de mejorar la calidad asistencial en este campo.

En conclusión y en las condiciones del estudio, la satisfacción social influye significativamente en el rol emocional y la función social de la CVRS por lo que los programas de atención de Enfermería deberían diseñarse para priorizar la promoción de la salud en estas dimensiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lentz RA, Costenaro, RGS, Gonçalves, LHT, Nassar, SN. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. Rev. Latino am-enfermagem. Rib Preto. 2000; 8(4): 7-14.
2. Van Dam HA, van der Horst FG, Knoop L, Ryckman RM, Crebolder HF, van den Borne BH. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. Patient Education and Counseling 2005; 59(1): 1-12.
3. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36® Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. Brit Med J. 1992; 305:160-4.
4. De Rivera J. Emotional climate: social structure and emotional dynamics. Int Rev of Stud Emotion. 1992. 2, 197-218.
5. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Maria Figueira Veríssimo, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Maria Neto da Cruz Leitão, Teresa Maria de Campos Silva, Regina Maria Fernandes Jesus Ponte Ferreira Amado

TÍTULO/TITLE:

Competencias intra e interpersonales, violencia y relaciones de noviazgo en estudiantes de la educación superior

El estudiante de la educación superior se encuentra en la etapa de la vida comprendida aproximadamente de los 18 a los 25 años, o sea, entre el final de la adolescencia y la adultez temprana. La principal característica de esta fase es una aproximación a la integración plena en la sociedad de los adultos, que requiere la activación de un conjunto de tareas de desarrollo que tienen una gran influencia en la adquisición de habilidades necesarias para la realización íntegra en el campo personal, social y profesional (Jardim, 2007).

La frecuencia de la educación superior se caracteriza por la existencia de una variedad de situaciones que hacen con que este nivel de educación se convierta en una importante etapa en el proceso de desarrollo de los estudiantes confrontando con la necesidad de adaptación a nuevas realidades, testando recursos personales y del entorno (Azevedo & Faria, 2003; Pereira, Motta; Vaz; Bernardino & Melo, 2006).

Los estudiantes de la educación superior enfrentan dos retos importantes: por un lado, tienen que resolver tareas propias de la fase de desarrollo que están experimentando (como la construcción de su identidad, integridad, autonomía, autoconcepto, autoestima, relaciones interpersonales, manejo emocional) y por otro lado, tienen que responder a los cambios y demandas contextuales (Stocker & Faria, 2008).

En esta perspectiva y teniendo en cuenta las recientes investigaciones en el campo de la violencia en las relaciones íntimas entre los adolescentes y jóvenes adultos, referenciados en la literatura internacional como "dating violence" o "courtship violence" se constata que la violencia en el noviazgo es hoy un fenómeno social y un problema de salud pública, por lo que es necesario que los jóvenes adquieran competencias intrapersonales e interpersonales a fin de construir relaciones de noviazgo saludables. La investigación tiene documentado la elevada incidencia y prevalencia de este fenómeno, no sólo entre los estudiantes de la educación secundaria, pero también entre los estudiantes de la educación superior (Caridade, S.; Machado, C., 2008 ; Veríssimo et al, 2010).

A pesar de los diversos tipos de relación de noviazgo, existe un cierto consenso respecto a la seguridad y estabilidad emocional que esta relación puede proporcionar a los jóvenes. Por lo tanto, es nuestro objetivo entender la relación entre las habilidades y la violencia en el noviazgo y algunos de los factores que caracterizan la relación de noviazgo en estudiantes de la educación superior.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron de evaluar las competencias interpersonales e intrapersonales (autoconocimiento, autoestima, autorrealización, empatía, asertividad, apoyo social, creatividad, cooperación, liderazgo y resiliencia) de los estudiantes de la educación superior; caracterizar las relaciones de noviazgo de los estudiantes; determinar la tasa de prevalencia de la violencia en las relaciones de intimidad; identificar los tipos de violencia y determinar la relación entre las relaciones de noviazgo y las competencias intrapersonales e interpersonales.

Método: Estudio correlacionado en una muestra de 201 participantes que estaban frecuentando el primer año de la licenciatura en enfermería de una institución del centro de Portugal. La recolección de datos fue efectuada en el aula por medio de un cuestionario constituido por 6 partes, de las cuales en este trabajo serán analizados el grupo I - datos sociodemográficos y académicos y el grupo II - relación de noviazgo y la Escala de Competencias Intrapersonales e Interpersonales (Jardim & Pereira, 2006), constituida por 10 sub-escalas (cuyos valores oscilan entre 1 y 5).

Resultados: Participaron 19,9% de chicos y 80,1% de chicas; 58,6% no tienen novio/a pero los/las que tuvieron o tienen novio/a en

74,8% de las situaciones involucra un componente sexual. Relativamente a la prevalencia de la violencia en las relaciones de noviazgo un 5,9% mencionó ya haber vivido o estar viviendo alguna situación de violencia, el tipo de violencia más referido es la psicológica (12,9%). Los estudiantes presentan valores medios buenos en las diferentes competencias interpersonales. El valor mínimo corresponde a 3,3 (creatividad) y el más elevado a 4,2 (apoyo social). Comparando las competencias en función de tener o no novio/a comprobamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las sub-escalas del autoconocimiento, de la autorrealización y liderazgo ($p < 0,05$). Relativamente a la relación entre las competencias y el tiempo de noviazgo, existe una correlación positiva y significativa en la dimensión del autoconocimiento. Las competencias no difieren en función del involucramiento sexual ni tampoco con la prevalencia de la violencia en las relaciones de noviazgo.

Resultados: Participaron 19,9% de chicos y 80,1% de chicas; 58,6% no tienen novio/a pero los/las que tuvieron o tienen novio/a en 74,8% de las situaciones involucra un componente sexual. Relativamente a la prevalencia de la violencia en las relaciones de noviazgo un 5,9% mencionó ya haber vivido o estar viviendo alguna situación de violencia, el tipo de violencia más referido es la psicológica (12,9%). Los estudiantes presentan valores medios buenos en las diferentes competencias interpersonales. El valor mínimo corresponde a 3,3 (creatividad) y el más elevado a 4,2 (apoyo social). Comparando las competencias en función de tener o no novio/a comprobamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las sub-escalas del autoconocimiento, de la autorrealización y liderazgo ($p < 0,05$). Relativamente a la relación entre las competencias y el tiempo de noviazgo, existe una correlación positiva y significativa en la dimensión del autoconocimiento. Las competencias no difieren en función del involucramiento sexual ni tampoco con la prevalencia de la violencia en las relaciones de noviazgo.

Discusión: La mayoría de los estudiantes que tienen o ya tuvieron una relación de noviazgo, refirió ya haber tenido relaciones sexuales con el/la compañero/a. De los estudiantes que mencionaron vivir o ya haber vivido situaciones de violencia, la psicológica fue la más referida. Tener novio/a denota mayores competencias del autoconocimiento, autorrealización y liderazgo; más tiempo de noviazgo evidencia más competencias de autoconocimiento. Estos hechos nos llevan a admitir que apostar en el desarrollo de las competencias en los jóvenes puede contribuir para la capacidad de construir y mantener relaciones de noviazgo, favorecedoras del desarrollo de algunas competencias interpersonales.

Este estudio es una contribución al conocimiento en el campo de las habilidades personales interpersonales e intrapersonales de los jóvenes y relación de pareja.

Estos resultados pueden tener implicaciones en el desarrollo de programas y proyectos de intervención promotores de relaciones íntimas sanas y la no aceptación de una cultura de la violencia, en los jóvenes estudiantes en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

Azevedo, A. S. , & Faria, L. (2003). Transição para o ensino superior: estudo preliminar de um questionário de experiências de transição académica [Versão electrónica]. Fases @n-Line, 2, (pp.6). Acedido em 15/04/2007 de <http://www.ualg/fchs/ceduc/faseS>.

Caridade, Sónia; Machado, Carla (2008) - Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologica*, Vol. XXII (1). Edições Colibri: Lisboa, pp. 77-104.

Jardim, J. (2007). Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: Estudo para a promoção do sucesso académico. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.

Jardim, J. & Pereira, A. (2006). Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva. Porto: Edições ASA.

Pereira, A. M., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), 51-59.

Stocker, J., & Faria, L. (2008). Questionário de Experiências de Transição Académica (QETA): Validação com estudantes do 1º ano da Universidade do Porto In C. M. A. P. Noronha, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.) (Ed.), *Actas da XIII Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos"*. Braga: Universidade do Minho.

Veríssimo, C. et al. (2010). Prevalência dos Comportamentos de Perpetração e/ou Vitimização nas Relações de Intimidade nos Estudantes de Enfermagem. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - INFAD Revista de Psicologia*. Badajoz. ISSN: 0214-9877. Nº 1, p.525- 534.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Crespo Alonso, M^o del Carmen Alvarez Comesaña

TÍTULO/TITLE:

Nivel de conocimientos sobre riesgos para la salud relacionados con alimentos y bebidas en viajeros internacionales

Objetivo: Los objetivos de este estudio son valorar la autopercepción de riesgo para la salud asociado al consumo de determinados alimentos y bebidas, identificar cuales son los puntos críticos en los conocimientos y las fuentes de información consultadas por los viajeros a zonas de riesgo.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Desde el 1 de junio hasta el 6 de Agosto se encuestó a los individuos que acudieron al CVI de Vigo y que viajaban a zonas de riesgo. El cuestionario era autocumplimentado y la participación en el estudio era voluntaria. Los criterios de inclusión para participar en el estudio era ser español, mayor de edad y acudir al CVI para una consulta médica para un viaje internacional a zonas de prevalencia media o elevada de enfermedades de transmisión fecal-oral.. El cuestionario incluía preguntas demográficas, sobre las características generales del viaje, fuentes de información, conocimientos de los problemas de salud mas frecuentes en viajes internacionales y sobre la percepción del riesgo asociado al consumo de alimentos y bebidas. El bloque de preguntas sobre percepción de riesgos para la salud asociado al consumo de alimentos o bebidas está compuesto por 18 preguntas: 12 sobre alimentos cuyo consumo está asociado a peligro y 6 no peligrosos. Para la valoración de la percepción del riesgo se puntuaron las respuestas dadas en función de si estaba bien percibido el riesgo y el no riesgo (4 puntos) frente a una mala percepción (0 puntos), siendo la puntuación máxima 72 y la mínima 0. La variable resultado se categorizó fijando como punto de corte el percentil 50, estableciéndose dos categorías: percepción buena/muy buena (puntuación 61 a 72) y mala/muy mala (puntuación de 0 a 60).El análisis estadístico se realizó con Epidat 4.0. Se estiman medidas de prevalencia y medias acompañada de su desviación estándar..

Resultados: Participaron en el estudio 314 viajeros. El 52,5% de los viajeros que acudieron al CVI fueron hombres y el 47,5% mujeres. La edad media de la población a estudio era de 39,6 años. El 64,9% de la población declaró tener estudios universitarios, alcanzando este porcentaje el 77,7% entre las mujeres. El 63,4% de los viajeros era la primera vez que acudían a un CVI previamente a la realización de un viaje. Los viajeros que acudieron al CVI consultaban principalmente por viajes de ocio (67,5%) y entorno al 25% lo hacían por motivos laborales, siendo estos principalmente hombres. La mediana de duración del viaje fue 15 días siendo el intervalo más frecuente el de 8-15 días (43,5%). Los de viajes de mayor duración (> 45 días) fueron los de trabajo y los de menor duración los de turismo (58,3%). La media de la antelación de la consulta al viaje fue de 39 días.El destino de viaje más frecuente entre los que acudieron al CVI fue India (12,8%), Brasil (7,1%), Etiopía (7,1%).El 75,5% de los viajeros habían buscado información sobre los riesgos para la salud antes de acudir al CVI, principalmente los universitarios (67,8%). Más de la mitad (55,7%) ya habían buscado información en Internet.Los viajeros encuestados seleccionaron las enfermedades transmitidas por insectos (51%) y la diarrea (37%) como los problemas de salud más frecuentemente asociados a los viajes internacionales.Los viajeros afirmaron que para el viaje que iban a realizar, a parte de su medicación habitual, tenían pensado llevar un repelente para los mosquitos (90,4%) y algo para el dolor (75,1%). Menos del 50% llevaría antibióticos o suero oral, aunque el 73% llevaría antidiarreicos.Se identificaron a los alimentos sin procesar (pescados, mariscos, leche o huevos) y alimentos preparados en puestos callejeros como los más peligrosos para la salud con porcentajes entre el 63% y 91%. Sin embargo, no percibieron riesgo tan elevado en el consumo de refrescos con hielo o en bebidas calientes, en donde los porcentajes son inferiores al 50%, al igual que en el caso de las verduras crudas y ensaladas. En cuanto a los 6 ítems sobre los alimentos sin riesgo sólo en las bebidas precintadas se identificaron como ausentes de riesgo en el 87,4%, mientras que en el resto el porcentaje está alrededor del 50%, a excepción de los alimentos cocinados y calientes.En cuanto a la valoración de la percepción del riesgo asociado al consumo de alimentos y bebidas tenemos que la puntuación media de acierto fue de 60,7±0,3. El 75% obtuvo una puntuación igual o superior a 58 puntos y

el 10% una puntuación superior a 67 puntos. Solamente uno de los encuestados alcanzó la máxima puntuación (72 aciertos). El percentil 50 (61 aciertos) marcó la división entre la percepción "buena/muy buena" y la percepción "mala". Las mujeres tuvieron mejor percepción (61,3%, media 62,1±0,5) que los hombres (37,3%, media 59,3±0,5). Asimismo, los universitarios obtuvieron el mayor porcentaje de percepción "buena/muy buena" (76,2%, media 62,1±0,3). Es importante mencionar que el hecho de haber acudido a la consulta al CVI previamente al viaje supuso una mayor puntuación y por tanto mejores conocimientos en la percepción del riesgo, de manera que el 58,3% de los que habían acudido previamente al CVI tuvieron una percepción buena/muy buena, frente al 42,7% de los que era su primera visita al CVI. Sin embargo, el hecho de haber buscado información previa al viaje determinó que el 81,6% de los que obtuvieran una percepción "buena/muy buena". El 98% de los que habían asistido previamente a un CVI consideraron útil la información dada en relación con los riesgos relacionados con alimentos y bebidas.

Discusión: Este estudio ha puesto de manifiesto que, en general, los viajeros que acudieron al CVI de Vigo saben identificar aquellos alimentos o bebidas potencialmente peligrosas y susceptibles de provocar enfermedades de transmisión fecal-oral durante su viaje internacional a zonas de riesgo. Además se han observado mejores resultados de percepción del riesgo entre los que habían visitado previamente un CVI o habían realizado viajes previos a zonas clasificadas como de riesgo. En España, uno de cada cuatro viajeros no se asesora previamente al inicio de su viaje, aunque el 59,8% de los que si buscan consejo lo hace con profesionales sanitarios. El alto conocimiento sobre los alimentos o bebidas considerados peligrosos e incluidos en las recomendaciones de la OMS y CDC se corresponden con otros estudios donde se determinó un porcentaje de acierto de alrededor de un 85% en la identificación. Es importante destacar que los viajeros que buscaron información previa al viaje tuvieron una percepción del riesgo muy elevada (81,6%) en los alimentos y bebidas mencionadas con respecto a los que no se habían informado. Asimismo, la percepción del riesgo fue superior en aquellos que previamente habían viajado o habían visitado un CVI (44,1%), resultado que concuerda con otro estudio donde el acierto fue entorno al 68%. Estos datos tienen una triple lectura. Por un lado el hecho de contar con una muestra de viajeros en su mayoría universitarios hace presuponer que tendrán unos conocimientos más elevados. Si a esto le añadimos que además son los que más información han buscado y que lo han hecho mayoritariamente en todas las fuentes citadas podemos tener una explicación del alto conocimiento sobre los alimentos o bebidas peligrosas independientemente de haber visitado el CVI o haber viajado. Por otro lado, el hecho de no haber viajado previamente a países de riesgo puede infundir la sensación de que todos los alimentos consumidos allí no son seguros, de ahí que la percepción de riesgo sea mayor. Por último, a veces se produce una relajación en el cumplimiento de las recomendaciones y por tanto en la percepción de los peligros de los alimentos o bebidas en los viajeros que han realizado viajes previos. Además del conocimiento de los alimentos o bebidas peligrosas sería interesante saber si el alto conocimiento se traduce en un cumplimiento de esas recomendaciones. Otros estudios han constatado la escasa adherencia de los viajeros a las recomendaciones de la OMS/CDC con porcentajes entre un 3% y un 5% debido principalmente a la dificultad de cumplimiento y a la falta de motivación, ya que la comida es percibida como una forma de involucrarse en la cultura local. Además estos estudios han valorado la existencia de correlación entre la trasgresión de las recomendaciones y la incidencia de diarrea del viajero y otras enfermedades de transmisión fecal-oral. Los resultados son contradictorios, de manera que mientras unos estiman que a mayor número de transgresiones mayor incidencia de diarrea, otros dicen no haber ningún tipo de asociación ni correlación. Otros estudios van más allá al afirmar que el peligro no está en los alimentos sino en la falta de higiene durante su manipulación en los países de riesgo. A pesar de esta controversia y mientras no se solucionan los altos índices de contaminación alimentaria en los países de riesgo; los estudios sobre la prevalencia de agentes infecciosos en alimentos, los numerosos brotes de diarrea, los conocimientos sobre microbiología y el sentido común inducen a pensar que el seguimiento de las recomendaciones sobre la selección de alimentos y bebidas son útiles quizá no para acabar con la incidencia de diarrea del viajero y otras enfermedades de transmisión digestiva, pero si para reducirlas. En general la selección de enfermedades transmitidas por insectos como problema más frecuente si viajaran a África es acertada, pero la enfermedad más frecuente en el viajero internacional independientemente del destino es la diarrea (morbilidad proporcional, 112 casos por 1000 viajeros retornados). Es importante destacar la confusión existente entre las enfermedades de transmisión fecal-oral y las que no lo son, de manera que

han sido identificadas como tales fiebre amarilla y hepatitis B a pesar de poseer un mecanismo de transmisión muy diferente. Existió además un bajo conocimiento de otras enfermedades como hepatitis A y fiebre tifoidea, datos que muestran una falta de conocimientos incluso entre los viajeros que ya habían asistido previamente al CVI, de manera que aunque manifestaron que les resultó útil la información dada en el CVI, no implicó que tuvieran un mayor conocimiento sobre las enfermedades y los riesgos derivados del consumo de los alimentos y bebidas peligrosos. En la era de comunicación no sorprende que sean consultadas un amplio abanico de fuentes y que Internet sea la más importante independientemente de la edad, sexo y nivel de estudios. Las ventajas de la información en Internet son conocidas por todos (sencillez, rapidez, fácil acceso...), pero no debemos olvidar sus aspectos negativos como es la existencia de páginas o foros de viajeros donde la información vertida no es veraz ni actualizada, ejerciendo de punto de desinformación y confusión. La principal limitación de este estudio es que la muestra pertenece a un CVI y por lo tanto no representa a toda la población que viaja a zonas de riesgo. Además la recogida de datos se realizó durante un período de tiempo muy concreto, el verano, lo que induce a pensar que las características de los encuestados podrían ser diferentes a las de la población que acude el resto del año. Por otro lado, la principal ventaja del estudio fue el hecho de que se encuestó a todos los asistentes mediante el mismo cuestionario estructurado. Además, una limitación como sería la participación voluntaria se transforma en una fortaleza que es que la tasa de participación fue del 97,9%.

Conclusión: Los encuestados tienen una percepción buena de los riesgos para la salud derivados del consumo de alimentos y bebidas definidos como peligrosos y un conocimiento medio de las enfermedades de transmisión fecal-oral. En la consulta previa al viaje se deberían definir nuevas estrategias para conseguir que el viajero asimile y ponga en práctica la información dada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Steffen R, Kane MA, Shapiro CN, Billo N, Schoellhorn KJ, van Damme P. Epidemiology and prevention of hepatitis A in travelers. *JAMA* 1994; 272(11):885-9.
2. Guía para los viajeros sobre la inocuidad de los alimentos [Internet]. 2007; 1-2. [consulta el 6 de junio de 2010]. Disponible en: www.who.int/foodsafety/publications/consumer/travellers/en/index.html
3. International travel and health: Situation as on 1 January 2010 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.who.int/ith/ITH2010.pdf>
4. Johnson J, McMullen L, Hasselback P, Louie M, Saunders L. Travelers' knowledge of prevention and treatment of travelers' diarrhea. *J Travel Med* 2006; 13(6):351-5.
5. DuPont H. Systematic review: prevention of travellers' diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 27(9):741-51.
6. Lopez-Velez R, Bayas J. Spanish travelers to high-risk areas in the tropics: airport survey of travel health knowledge, attitudes, and practices in vaccination and malaria prevention. *J Travel Med* 2007; 14(5):297-305.
7. Van Herck K, Van Damme P, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Dahlgren A, et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. *J Travel Med* 2004; 11(1):3-8.
8. Steffen R, Tornieporth N, Clemens SC, Chatterjee S, Cavalcanti A, Collard F, et al. Epidemiology of travelers' diarrhea: details of a global survey. *J Travel Med* 2004; 11(4):231-7.
9. Kozicki M, Steffen R SM. "Boil it, peel it, cook it or forget it": Does this rule prevent Travellers' Diarrhoea? *Int J Epidemiol* 1985; 14:69-72.
10. Mattila L, Siitonen A, Kyrönseppä H, Simula I, Peltola H. Risk Behavior for Travelers' Diarrhea Among Finnish Travelers. *J Travel Med*. 1995; 2(2):77-84.
11. Shlim D. Looking for evidence that personal hygiene precautions prevent traveler's diarrhea. *Clin Infect Dis* 2005; 41(Suppl 8):S531-5.

- 12.Hillel O, Potasman I. Correlation between adherence to precautions issued by the WHO and diarrhea among long-term travelers to India. J Travel Med 2005; 12(5):243–7.
- 13.Findings M. Expert review of the evidence base for prevention of travelers' diarrhea. J Travel Med 2009; 16(3):149–60.
- 14.Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE EA. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers. New Engl J Med 2006; 354:119-30.
- 15.Provost S, Soto JC. Perception and knowledge about some infectious diseases among travelers from Québec, Canada. J Travel Med 2002; 9(4):184-9.

Mesa de comunicaciones 4: Profesión/Gestión**Concurrent session 4: Nursing Profession/Management****AUTORES/AUTHORS:**

MARIA ELENA ORTUÑEZ FERNANDEZ, ANTONIO FRÍAS OSUNA, MANUEL GONZÁLEZ CABRERA

TÍTULO/TITLE:

VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RESPECTO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALE

OBJETIVO GENERAL: Conocer las vivencias y percepciones del personal de Enfermería en relación al proceso de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

METODOS: Estudio piloto desde una perspectiva cualitativa fenomenológica mediante entrevista semiestructurada. Muestreo intencional (cuatro profesionales de Enfermería, E1-E4, seleccionados según la representación tipológica y socio estructural). Se ha realizado un análisis del contenido descriptivo e interpretativo apoyado por el software NUDIST 8.

RESULTADOS: Se ha conseguido realizar un acercamiento al conocimiento de los motivos, utilidades, vivencias y propuestas de mejora que los profesionales de Enfermería entrevistados consideran con respecto al Proceso de Acreditación de Competencias Profesionales. A continuación se exponen los textos más representativos que avalan los resultados alcanzados:

MOTIVACIONES:

- Adquiere bastante relevancia la retribución económica como motor motivador para iniciar el proceso, ya sea por contribuir a un aumento de nivel en la carrera profesional o por formar parte de los objetivos individuales o del servicio, necesarios para recibir los incentivos económicos anuales.

- Otra motivación para iniciar la Acreditación es el concepto que se tiene de la misma como proceso que avala una calidad asistencial así como el reto personal y profesional que conlleva.

"Yo económicamente fue lo que me surgió, lo que más me hizo informarme"(E2)

"...decir que mi trabajo...estaba enmarcado dentro de unos patrones de calidad asistencial"(E3)

"Pues en principio fue un poco por:: como un reto personal". "... también de motivación así a nivel profesional..."(E1)

VIVENCIAS:

- El proceso de Acreditación no es específico para cada puesto de trabajo como ocurre con la enfermera gestora de casos.

"...porque ellos no buscaban algo específico mío, sino lo general de cualquier enfermero de familia" (E2)

- Determinados puestos de trabajo se adaptan mejor a las directrices y evidencias que marca el proceso de Acreditación. En esto influye sustancialmente el programa informático que esté implantado así como el tiempo enfermera- paciente de que se disponga.

"..., yo lo veo muy complicado que un enfermero de familia, consiga el excelente" "Nosotros como enfermeros de enlace...eran oportunidades que se me presentaban fácilmente" (E2)

- No existe unanimidad en las directrices marcadas por los tutores de la Agencia de Calidad durante el proceso ni en los criterios evaluadores al finalizarlo.

"A unos les evalúan de una forma lo mismo, y a otros de otra..." (E3)

UTILIDAD: Cabe destacar la importancia de la utilidad y recompensa percibida por cada entrevistado, siendo ésta fundamental para aumentar la satisfacción global al finalizar el proceso, así como para incentivar la intención de reacreditarse.

No existe uniformidad en cuanto a la utilidad percibida por el profesional, obteniéndose respuestas a favor y en contra en cuanto a haber percibido una utilidad.

- Aumento de conocimientos

"...es que no le veo ninguna utilidad" (E4)

"No, no estoy al mismo nivel. Están aumentadas" [refiriéndose a las competencias profesionales] (E1)

- Acceso a determinadas opciones

"La acreditación me ha servido...Para ser seleccionado por ejemplo por el Servicio Andaluz de Salud ..." (E3)

- Utilidad investigadora

"Porque ahí me planteo conseguir una investigación financiada" (E2)

“Para nada te estimula a la investigación” (E3)

- Recompensa personal

“...satisfecho personalmente porque había conseguido otra cosa” (E3)

PROPUESTAS DE MEJORA:

Las Instituciones en las que trabaja el profesional podrían:

- Proporcionar una formación complementaria para el uso y manejo adecuado de la terminología NANDA- NIC- NOC.

“Otro problema que veo importante ...no recibí formación en la Universidad sobre planes de cuidados, por lo que el esfuerzo de acreditarme es aún mayor”(E1)

- Asignar tutores dentro de la propia institución que ayudaran al personal dispuesto a iniciar el proceso.

“... yo de menos que haya un tutor || presencial independientemente del que haya en:: la agencia”(E3)

- Facilitar los trámites de los certificados que el proceso exige.

“...lo único que les pedí, los certificados de ausencia de reclamaciones y demás::<...> tardaron 8 meses en dármelos” (E3)

- Recompensar al profesional que logre acreditarse facilitándoles el acceso a determinadas comisiones, grupos de trabajo...

“También que la institución sepa que estás inmerso ya en ese procedimiento y que le facilite un poco, pues mira que nos vamos a plantear una comisión...por qué no te metes que sabemos que esto te interesa...”(E3)

En cuanto a las mejoras dependientes de la Agencia de Calidad:

- Adaptar las resoluciones finales (niveles de acreditación) según el contexto en el que se desarrolle la Acreditación sea más o menos favorable.

“Claro, si no te lo permite la infraestructura con la que trabajas, yo creo que los mismos evaluadores deberían tener eso en cuenta”(E2)

- Tener una estrategia de información previa tanto del proceso en sí mismo como de la utilidad una vez finalizado el proceso en cada caso particular.

“En todos los congresos que hacíamos estaban los de la Acreditación, los de la Agencia de calidad, y te explicaban un poco pero tampoco te explicaban mucho” (E2)

- Sistema de evaluación más equitativo, accesible y transparente; Reforzar, revisar y auditar el papel que desempeña el tutor.

“Es que en realidad, yo no sé si todo lo que hacemos es lo que nos piden. Vamos a ver. Que a lo mejor haciendo otra cosa parecida o más ajustada a nuestro trabajo, también serviría”(E1)

“Yo creo que lo correcto es que la:: tutora te vaya guiando | correctamente, conforme tú vayas aportando...”(E3)

DISCUSION:

A diferencia del cuestionario de la Agencia de Calidad cumplimentado de forma voluntaria al finalizar el proceso, este estudio no ha consistido en un protocolo estructurado y por tanto admitía una flexibilidad y adaptabilidad que ha permitido profundizar en la información que las personas entrevistadas sabían, sentían, pensaban o creían, expresada con sus propias palabras.

La Agencia de Calidad Sanitaria en Andalucía, en su Plan Estratégico 2010- 2013(1) describe que contar con los mejores profesionales y propiciar de forma continua su satisfacción debe ser el objetivo principal del Modelo de Gestión de Personas, cuyo logro se basa en el compromiso con la actividad de la Agencia, el desarrollo profesional y el reconocimiento. En cuanto al reconocimiento, la Carrera Profesional no es de aplicación a los profesionales de Enfermería con contrato de sustitución o interinidad, y tampoco les capacita actualmente, para adquirir más puntuación en la Bolsa Única de Empleo del SAS.

Si la satisfacción del paciente es el pilar de la gestión sanitaria actual (2-5), quizás habría que plantearse investigar si los pacientes tratados por los profesionales de Enfermería acreditados perciben una calidad asistencial mayor para así contar con su opinión como elemento evaluador del proceso.

Se aprecia una falta de competencias en el manejo de la taxonomía NANDA- NIC-NOC. Ni la Agencia de Calidad ni las Instituciones

donde trabajan los entrevistados poseen una estrategia de formación para adquirir esta competencia.

La Agencia de Calidad no tiene una estrategia de información inicial unificada conllevando esto en ocasiones, a una mala información y la creación de expectativas infundadas que desencadenan una insatisfacción con el proceso.

En cuanto al compromiso de la Gestión por Competencias(6-7), "Recompensar el desempeño individual y las competencias profesionales acreditadas mediante un modelo de Desarrollo Profesional basado en la acreditación de los distintos niveles de competencias de sus profesionales", este estudio proporciona unas propuestas de mejora que aumentarían la seguridad de conseguir este compromiso. En este sentido ha quedado manifiesto que el aumento de la retribución salarial es una de las motivaciones para iniciar el proceso más destacables, de manera directa a través del ascenso de nivel mediante la Carrera Profesional o de manera indirecta mediante los incentivos anuales que perciben los profesionales que han logrado una serie de objetivos que actualmente están incluyendo la Acreditación de Competencias Profesionales. Por lo tanto este punto debería cobrar especial interés en la información que se proporciona previa al inicio del proceso como elemento motivador.

La Acreditación de Competencias (8) persigue que el profesional base su actividad en las Buenas Prácticas, que pueden observarse y medirse a través de Evidencias y Pruebas. En cambio, no tiene en cuenta los contextos en los que los profesionales desarrollan el proceso. Se utiliza el mismo proceso de Acreditación para puestos de trabajo completamente distintos. Si el tiempo enfermera paciente es diferente, habría que pensar que las evidencias y buenas prácticas a presentar también debieran serlo y garantizar así que son realmente útiles para evaluar la calidad asistencial en cada puesto de trabajo.

La adaptación del proceso de Acreditación al puesto de trabajo por lo tanto influye notablemente en la consecución y resultados del mismo. Este hecho no es considerado por la Agencia de Calidad a la hora de dar las resoluciones finales (nivel de Acreditación) y por lo tanto las utilidades y recompensas percibidas. Las Instituciones en las que el profesional ejerce su trabajo podrían subsanar estas deficiencias adaptativas y aumentar la motivación mediante acciones de ayuda que paliaran por ejemplo el déficit de formación e información de los profesionales y agilizaran los procesos dependientes de ellos mismos como la preparación de determinados documentos o certificados.

Tratándose de la Agencia de Calidad como entidad responsable del proceso de Acreditación, debería considerarse la transparencia en los criterios evaluadores como un hecho prioritario tanto por la equidad como por la repercusión en el grado de satisfacción percibida por el profesional.

Considerando que el tutor es el único medio de comunicación del profesional con la Agencia de Calidad y con el sistema evaluador de éste, podría formar parte dentro de sus funciones el hecho de aclarar, aconsejar y hacer propuestas de mejora para que el profesional conozca la calidad de las evidencias tanto en el momento en el que se aportan como una vez que están aprobadas ya que el objetivo final del proceso de acreditación es garantizar la presencia y /o adquisición de nuevas competencias, no siendo esto posible desde el momento en que no se es conocedor de las mismas, o al menos no de manera precisa. Por otra parte el conocimiento más exhaustivo de la calidad de las pruebas aportadas se traduciría en una mayor calidad en menor tiempo. Este hecho a su vez podría tener una repercusión en la mejora de las Prácticas Profesionales y en futuras acreditaciones.

La posibilidad de acceder al nivel excelente no es la misma para todos los profesionales de Enfermería. Habría que averiguar si esta carencia se debe a la falta de preparación, acceso, oportunidad o deseo por parte de los profesionales de Enfermería o si por el contrario se debe a que el puesto de trabajo que ocupan no es propicio para dicho fin.

De las entrevistas se desprende también elementos desmotivadores de los cuales algunos son dependientes de la Agencia de Calidad, como es la falta de utilidad del proceso para el profesional de Enfermería que no tiene plaza en propiedad, y otros pudieran depender de la Institución en la que trabajan como es la falta de grupos de trabajo o de formación en investigación y la falta de reconocimiento. Los resultados obtenidos en este estudio muestran opciones de mejora que requieren poca inversión económica a cambio de un aumento de la satisfacción y por tanto una mejora en los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Plan Estratégico 2010- 2013. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.
- (2) Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. Rev Calid Asist. 2005; 20(1): 35-42.
- (3) González R, Gijón MT, Escudero MJ, Prieto MA, March JC, Ruiz A. Perspectiva de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. Rev Calid Asist. 2008; 23(3): 101-8.
- (4) Martínez- Mateo F, Ibáñez JM, Fontanet M, Fusté C, Ruesga O, Salas L, et al. Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. Rev Calid Asist. 2008; 23(2): 72-82.
- (5) Alonso R, Blanco-Ramos MA, Ganoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. Rev Calid Asist. 2005; 20(5): 246-50.
- (6) Acuerdo del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 21 de noviembre de 2002, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal, para el período 2003 a 2005. Acuerdo de 11 de marzo, Boletín Oficial del Estado, nº 50, (14/3/03).
- (7) Servicio Andaluz de Salud. MODELO de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en (10/12/10): http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial.
- (8) Agencia de Calidad de Andalucía. Programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.

AUTORES/AUTHORS:

José Alberto Laredo Aguilera, Juan Manuel Carmona Torres, Ana María Baena Serrano, Ana Cristina Berral Jiménez, Antonio Ramón Martínez Moreno, María del Carmen Casas Moyano

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BOURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Introducción

El síndrome de burnout es reconocido como un riesgo para los profesionales del área de la salud pudiendo ocasionar problemas físicos, psíquicos e incluso influyendo en los resultados del trabajo. También puede repercutir en los diferentes servicios debido a las ausencias laborales, conflictos interpersonales o saturación de trabajo. Esta saturación de trabajo y escasez de personal que generalmente existe en los diferentes servicios sanitarios, acaba consumiendo la energía física y mental de los trabajadores, minando su compromiso y dedicación.

Objetivo

El objetivo principal del estudio es investigar la influencia de este síndrome en diferentes servicios de urgencias de la provincia de Córdoba y conocer el grado de afectación en las diferentes disciplinas.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral corresponde a un total de 52 casos. Para ello se distribuyó una encuesta durante el mes de mayo de 2011 a un total de 52 profesionales sobre el síndrome de burnout, en diversos servicios de urgencias de la provincia de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio estratificado simple. Hemos usado como material un cuestionario breve de Burnout, de Moreno Jiménez (CBB). El cuestionario consta de 21 ítems que se distribuyen en su estructura teórica en tres dimensiones fundamentales del Burnout. Hemos usado esta encuesta para valorar el síndrome padecen los profesionales de diferentes servicios de urgencias de la provincia de Córdoba. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.

Resultados

El porcentaje de profesionales hombres encuestados es 44.2 % mientras que un 53.5 % son mujeres con una edad media de 40.49 años (DT 9.136). Con respecto a la categoría profesional de los encuestados un 34,9% son auxiliares de enfermería, un 20,9% son enfermeros, un 14% son celadores, un 11,6% son médicos, un 7% son administrativos, un 7% son vigilantes de seguridad y un 4,7% son técnicos de rayos. Con respecto a la experiencia profesional un 11.6% tienen una experiencia en el servicio < 2 años, un 34,9% de 2 a 5 años, un 32,6% de 5 a 10 años y un 2,3% tiene > de 10 años. Con respecto a la puntuación del síndrome de burnout, lo dividimos en tres apartados:

- Factores del burnout: un 14% están rodeados en su trabajo de factores bajos para padecer el síndrome de burnout, un 76,7% tienen factores medios y un 9,3% tienen factores altos.
- Síndrome del burnout: un 27,9% no padecen el síndrome de burnout, un 48,8% sufren levemente dicho síndrome y un 23,3% padecen el síndrome de burnout.
- Consecuencias del burnout: un 55,8% no sufren consecuencias derivadas del burnout, en su trabajo, un 18,6% sufren consecuencias leves y un 25,6% sufren las consecuencias de padecer este síndrome.

No existen diferencias significativas para un $p < 0.05$ entre la categoría profesional o experiencia profesional y el grado de síndrome de burnout.

Discusión

Debido a la gran población de profesionales sanitarios que hay trabajando hemos conseguido un escaso tamaño muestral con respecto a la población diana. Al pasarse la encuesta en un solo mes nos encontramos con el problemas de que si algún trabajador

se encuentra de baja no se puede valorar si es a causa de síndrome del burnout o se debe a otro motivo por lo que se puede perder una información importante si es a causa de este síndrome.

Conclusiones

Tras la realización de este estudio, llegamos a la conclusión de que el síndrome de burnout está muy presente entre los profesionales sanitarios dentro de los servicios de urgencias, y que dicho síndrome provoca un alto índice de consecuencias reseñables en su vida laboral.

Concluimos que se debería de intentar mejorar las condiciones laborales de los diferentes profesionales en los servicios de urgencias, como por ejemplo intentar disminuir la sobrecarga laboral, incentivar las relaciones interdisciplinarias y valorar adecuadamente la gran labor de dichos profesionales, para conseguir tanto una óptima atención al paciente como un desempeño satisfactorio de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alluisi, E. A., & Fleishman, E. A. (1982). Human performance and productivity. Vol.3, Stress and performance effectiveness. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Antón, A. (1999). El estrés del médico [Recurso electrónico]: método de relajación. Madrid: Díaz de Santos.

Antón, A. (2002). Estrés en la enfermería [Recurso electrónico]: método de relajación. Madrid: Díaz de Santos.

Arce Arnaez, M. A., Domínguez Carmona, M., Otero Puime, Á., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Salud Pública e Historia de la Ciencia. (1992). Evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores de atención primaria y su relación con las condiciones de trabajo.

Arce Arnaez, M. A., Domínguez Carmona, M., Otero Puime, Á., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Salud Pública e Historia de la Ciencia. (2001). Evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores de atención primaria y su relación con las condiciones de trabajo [Recurso electrónico].

Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. (1991). El rol del mando intermedio y el estrés laboral.

Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de. (2001). El rol del mando intermedio y el estrés laboral [Recurso electrónico]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Arroba, T., & James, K. (1990). Cómo manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia. México: McGraw Hill.

Ausfelder, T. (2001). Mobbing: el acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones. Barcelona: Océano.

Beehr, T. A., & Bhagat, R. S. (1985). Human stress and cognition in organizations: an integrated perspective. New York [etc.]: John Wiley & Sons.

Buendía Vidal, J., & Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide.

Mesa de comunicaciones 5: Metodología/EBP**Concurrent Session 5: Methodology/EBP****AUTORES/AUTHORS:**

Rui Pereira, Peixoto Maria, Martins Maria

TÍTULO/TITLE:

Evidence-based practice barriers and attitudes: An exploratory study in communitarian setting in the north of Portugal

- 1. Objectives:** Evidence-Based Nursing (EBN) is a relevant challenge to all nurses seeking to establish the most appropriate and secure practices, ensuring better results and optimizing the available resources, according to the participation of those involved in the complex therapeutic process and decision-making. Several research studies have demonstrated a number of barriers to evidence-based practice though most investigations were carried out in acute care settings. Although many of the results of these studies can be transposed to the Primary Health Care (PHC), the reality is that the special and growing importance of the PHC, justifies the development of studies designed to identify, more accurately, the situation concerning the current barriers and attitudes to EBN in PHC, especially considering the Portuguese reality. Consequently our investigation starting question was: "What are the barriers faced by nurses in primary health care for an effective evidence-based nursing?" The goals originally set for this research were to: a) Identify potential barriers and attitudes to nursing practice based on evidence in the communitarian context; b) Describe the current nurse's attitudes in terms of evidence-based practice; c) Rank the identified barriers and attitudes. The study was developed in the context of one investigation project designed with the support of the «Enfermeira Maria Aurora Bessa Research Grant» assigned by the Northern Section of the Portuguese Nurse Association (Seção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros - Portugal) in 2010.
- 2. Methods:** In terms of the work design, this is a cross-sectional, exploratory and descriptive study, developed in a Local Health Unit (LHU) of the North of Portugal which provides health care to a population of about 186.000 persons. The choice for this organizational context was related to the existence of effective criteria of homogenization and standardization of practices and the articulation present, not only between different levels of care, but also regarding the philosophy of job allocation, that is transversal to the entire institution. Our universe were all the registered nurses (N=129) working at communitarian settings in this LHU. All together this nurses work in several structures with different profiles: Family Health Units, Community Care Units and Public Health Unit. The instrument used to collect data was the Portuguese test version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004). We obtained and assure the necessary authorizations (the original questionnaire authors, the ethics committee and the administration board) to use the questionnaire and to apply it in the institution. Data collection occurred between December 2010 and March 2011 and statistic analysis, was calculated with SPSS 19.0. Present research limitations must be stated in terms of the dimension of the sample studied (n=95).
- 3. Results:** We obtained a significant response rate of 73.6%. Our sample was mostly composed by female nurses with a frequency of 82,1% and the most representative age was between 21-30 years old with 51,6%, followed by 31- 40 with 33,7%. About 80% successfully completed an undergraduate nursing program with the duration of 4 academic years at fulltime and 9,5% already achieved a postgraduate level (Masters or PhD degree) in terms of academic qualification as well 14,7% are attending currently postgraduate education in several areas of nursing and other related sciences. Around 43,2% holds a nursing specialization and in this case, with predominance of the specialization in community nursing with 56%. On the other hand 28,4% of these nurses has already been involved in research projects. In terms of the Internet access, 26,3% refer limitation in the allowed time do it at the workplace. Only 53,7% uses on-line journals; 45,3% uses databases; 37,9% utilizes evidence-based project sites and 36,8% accesses to government sites. The results also include the main sources of information / knowledge they use to support practice. About 78,9% of nurses uses protocols in first place and in, second place, they refer courses with 70,5%, followed by the use of Official Clinical Guidelines and Evidence-Based Circulars with 66,3%; the opinion of Colleagues as a relevant score with 63,2%. The Central Services Agency appear with 56,8% and Conferences with 51,6%. With less than 50% of the answers, we found Scientific Journals with 46,3% and other Media with 21,1%. On the other hand, 22,1% support their practices according with their own judgments. Finally we built a 15 research barrier ranking (in a total of 26 items) based on the aggregated scores (taking into account the possible answer options "Agree" and/or "Strongly Agree"), and considering only the resulting averages higher than 50%. Participants rank barriers and attitudes as follow: 1st: I feel that there are benefits to changing my practice, based on research. (87,4%); 2nd: Implementing evidence-based practice will be benefit to my professional development. (87,3%); 3rd: I would feel more confident if there was an

individual experienced in research to supply me with relevant information. (81,1%); 4th: I believe that I should do a course to help me use research effectively. (77,9%); 5th: I find time limitations prevent evidence-based practice being used effectively in my practice. (73,7%); 6th: I find patient compliance is a major factor in the use of evidence. (66,3%); 7th: I am confident using computers to search for evidence-based information. (66,3%); 8th: I believe the results of research that I read. (65,2%); 9th: There are no incentives to develop my research skills for use in my clinical practice. (63,1%); 10th: I feel confident in my ability to evaluate the quality of research papers. (62,1%); 11th: I believe that putting research into practice is to some extent dependent on how much is going to cost. (56,9%); 12th: There is not enough money to fund health care research. (56,9%); 13th: I find it difficult to keep up with all the changes happening in my work environment at present. (52,6%); 14th: I find it difficult to access the nearest library on a regular basis. (51,6%) 15th: I feel isolated from knowledgeable colleagues with whom I could discuss research findings. (51,6%). The personal overall estimation of daily evidence-based practice of nurses that participated in this study is 62,6% (n = 82). In this concrete item, 13 nurses (13,7% of the sample), didn't answer.

4. Discussion: In our study, nurses clearly demonstrated the conviction that it's positive to support their practices based on research. They also believe that this fact will bring a better develop for their professional future. However, they would feel more confident if there was an individual experience in research and that they should do a course to help in using research effectively. Overall, the barriers identify point to several causes, according with our literature review. However with the higher scores, we verify the personal dimension dominance. Nevertheless, we also found items that point to organizational, cultural and scientific dimensions in order to explain attitudes and justify the full adoption and, on a daily base of an EBN. In a global analysis, according with the sample academic qualification level, a very significant part of participants have the future potential to change and adopt, in a daily bases, caring best practices. Finally and according other studies developed abroad, our results seem to be reasonably overlaid with other realities that already have been studied. Implications for Clinical Practice: An evidence-based nursing it is necessary to correspond to the social obligation of the profession, sustaining and increasing the credibility among other health disciplines and, through the construction of nursing based in knowledge, it is possible to influence positively health policies, increasing value to the health care developed by nurses worldwide. In this sequence, it's fundamental to identify, in terms of evidence-based practice, barriers and attitudes, independently if they have a personal, professional, scientific or organizational origin. According with our research, we believe that nurse's attitude will support the necessary changes in the future. We are also continuing our research efforts seeking the conclusion of the adaption and cultural validation process of the Portuguese Version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire (Mckenna et al., 2004). With this tool we will be more able to develop a continuous survey of a large number of nurses and with the resulting associate data collection, it will be possible to draw a safer and more accurate profile of attitudes and practices of nurses in terms of EBN. Having this kind of information, we hope to enable an effective and assertive answer to exceed the factors that obstacle a desirable EBN. A final note is relevant to conclude a global analysis of the present situation in the Portuguese nursing care today. In order to do it, it's mandatory to refer the present economical crises with all is potential to delay caring practices reforms. In a long term this treat could became an opportunities and a quite positive factor, increasing the support of health and caring practices evidenced-based, mainly with the reinforcement and focus in the organizations integrated in communitarian settings, specifically in the Primary Health Care. A final conclusion points to the necessity of a better EBN support to all nurses in the field, with the creation of partnerships with nursing schools and an integrated policy of clinical research involving the active participation of nurses. It's also essential that working and governmental organizations provide the necessary conditions to support and promote EBN. At this point, probably the main organizational role in this process should be the public assumption of the importance of an evidence-based nursing practice. With this statement, organizations should provide the mandatory and necessary stimulus to the working nursing staff.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ACHTERBERG, T.; SCHOONHOVEN, L.; GROU, R. (2008). Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4): 302–310.

- CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para enfermeiros*. Loures, Lusociência.
- DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. (1998). Implementing Evidence Based Nursing: Some misconceptions. [Editorial]. *Evidence Based Nursing*, 1: 38-40.
- DICENSO, A.; GUYATT, G.; CILISKA, D. (2005). *Evidence-Based Nursing – A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, Elsevier Mosby.
- DOMENICO E.B.; IDE C.A. (2003). Enfermagem Baseada em Evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Janeiro/Fevereiro, 11(1): 115-8.
- GROL, R.; GRIMSHAW, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, vol. 362, October 11: 1225-30.
- ISERN, M.T. (1998). Enfermería Basada en la Evidencia (EBE): un nuevo desafío profesional. *Enfermería Clínica*, 8(2): 77- 83.
- JESUS, É.H. (2006). *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Formasau.
- JUNNOLA, T.; ERICKSSON, E.; SALANTERA, S. & LAURI, S.; (2002). Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 186-196.
- KAJERMO K.N., NORDSTROM G., KRUSEBRANT A. & BJORVELL H. (1998) Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 798–807.
- MCKENNA, H.; ASHTON, S.; KEENEY, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2): 178-189.
- PRAFIKOFF, D.; PIERCE, S.; TUNNER, A. (2005). Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel, *Nursing Outlook*, January/February, Volume 53, Number 1: 49-50.
- THOMPSON, C.; CULLUM, N.; MCCAUGHAN, D.; SHELDON, T. & RAYNOR, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision decisions making - the real world potential for evidence-based in nursing. *Evidence-Based Nursing*, 7: 68-72.

AUTORES/AUTHORS:

Pedro L Pancorbo Hidalgo, M^a Amparo Perez Campos, Inmaculada Sánchez García

TÍTULO/TITLE:

Practica clínica basada en evidencias entre enfermeras españolas e iberoamericanas con presencia en Internet

INTRODUCCIÓN

El modelo de Práctica clínica basada en evidencias (PCBE) se ha difundido ampliamente entre las profesiones sanitarias en las últimas décadas (Pearson, Field & Jordan, 2007). Diversos estudios han identificado la existencia de barreras y dificultades para la implementación de la PCBE en la Enfermería (Moreno-Casbas at al. 2010; Retsas, 2000), muchas de las cuales están relacionadas con la falta de determinadas competencias necesarias

OBJETIVOS

Este estudio aborda 2 objetivos:

- a) Determinar la disposición a la aplicación de Practica clínica basada en evidencias (PCBE) de enfermeras españolas e iberoamericanas que participan en grupos profesionales de debate en Internet,
- b) Determinar si esta disposición se asocia a factores socio-demográficos o profesionales.

MÉTODOS

Ámbito. Grupos y foros de debate en Internet vinculadas a la práctica de enfermería en lengua española.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta on-line. Realizada durante el mes de abril de 2011.

Participantes. La población estudiada fue de profesionales de enfermería que participan en grupos o foros de debate profesionales en Internet. Los grupos seleccionados fueron: Enfermería de cuidados críticos, pediátricos y neonatales; Lista GNEAUPP-úlceras y heridas; Foro SEEIUC; y ForAndalus. Se ofreció la posibilidad de completar el cuestionario on-line a todos los y las profesionales que participan en alguno de estos grupos.

Variables. Datos profesionales y sociodemográficos, del centro de trabajo y valoración de la Práctica clínica basada en la evidencias (PCBE) medida mediante el cuestionario Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Upton & Upton, 2006) en su versión española validada por De Pedro-Gómez at al. (2009). El cuestionario EBPQ tiene 24 ítems y considera 3 factores: práctica de los profesionales; actitudes y conocimientos/habilidades. La puntuación máxima obtenible es 168.

Análisis de datos. Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes; media y desviación estándar. Análisis bivalente con pruebas paramétricas para comparar grupos (t de Student , ANOVA).

RESULTADOS

Respondieron 408 personas, obteniendo 314 cuestionarios válidos.

Caracterización de la muestra: país de residencia: España, 71% (223 personas) y países iberoamericanos 28,3% (89); género: 74,2% eran mujeres. Edad media de 43,3 (\pm 9,9) años y tiempo de experiencia profesional de 19,8 (\pm 10,2) años. Función profesional:

asistencial 81,2% y gestora el 18,8% . Centro de trabajo: hospital un 62,1%; atención primaria un 29,7% ; residencias de mayores un 5,7% y otros entornos un 2,3%. Nivel académico más alto: diplomatura 50,3%; licenciatura 18,2%; master 27,1% y doctorado 1,9%.

La puntuación global media en el cuestionario EBPQ fue: 118,45 puntos (IC 95%: 115, 44 – 121,46) lo que supone un 70,5 % de la puntuación máxima. Las puntuaciones en las 3 sub-escalas fueron: a) práctica de los profesionales: 29,11 puntos (IC 95%: 28,10 – 30,12), 69,3 %; b) actitudes: 21,39 puntos (IC 95%: 20,86 – 21,91), 76,4 %; y c) conocimientos y habilidades: 67,95 puntos (IC 95%: 66,1 – 69,79); 68,5 %.

Factores que influyen: a) nivel académico tanto en la puntuación total ($F=17,327$; $p<0,0001$) como en cada una de las 3 sub-escalas. Los profesionales con diplomatura tienen menor puntuación (es decir menor disposición a la aplicación de la PCBE) frente a licenciados o con postgrado. b) función profesional, las enfermeras generalistas tienen menor puntuación que las especialistas, gestoras o directivas ($F= 5,541$; $p< 0,001$); c) país de residencia, las enfermeras de Iberoamérica obtienen mayores puntuaciones que las españolas ($F= 7,789$, $p=0,001$). No se encontraron diferencias según el género ($t=0,986$; $p=0,35$); los años de experiencia profesional ($F=0,542$, $p=0,654$), ni el tipo de centro sanitario ($F=0,899$, $p=0,442$).

DISCUSIÓN.

En esta investigación hallamos una buena disposición hacia la aplicación de la PCBE entre las enfermeras españolas e iberoamericanas que participan en grupos profesionales en Internet. Las puntuaciones el cuestionarios EBPQ se sitúa en el rango superior de los valores hallados por De Pedro y col. (2011) en una muestra de enfermeras de las Islas Baleares (España).

El mayor nivel académico conseguido, que evidencia mayor formación, así como la función profesional desempeñada, determinan mejor competencia hacia la PCBE. Por el contrario, no se encuentran diferencias en función del género, los años de experiencia profesional ni el tipo de centro de trabajo de las enfermeras.

La mayor puntuación en el cuestionario EBPQ de las enfermeras iberoamericanas, no había sido informada hasta el momento por ningún estudio. Aunque es necesario un análisis mas detallado, en parte podría ser explicada por la mayor proporción de profesionales con formación de nivel licenciatura. Sin embargo, esta hipótesis precisaría un estudio con una muestra representativa.

Entre las limitaciones del estudio hay que considerar que es posible que las enfermeras que participan en grupos profesionales en Internet tengan un alto nivel de motivación y estén a la vanguardia en la innovación profesional. Esto supondría un sesgo hacia un mayor nivel de competencia hacia la PCBE. Sin embargo, los datos de nuestro estudio muestran que puntúan en el cuestionario EBPQ en el mismo rango de enfermeras de una muestra poblacional.

Los factores formativos, la especialización y formación de postgrado y la función desempeñada establecen diferencias en el nivel de competencia para aplicar la PCBE.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, JM., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G., Perelló Campaner, C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las

Islas Baleares. Gac Sanit. 2011.25: 191-197.

- De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, JM., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Ruiz Roman, MJ., Muñoz-Ronda, F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev. Esp. Salud Publica. 2009. 83: 577-586.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E. & Gil de Miguel, Á. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. , Enfermería Clínica, 20(3): 153-164.
- Pearson, A., Field, J. & Jordan, Z. (2007). Evidence-Based clinical practice in Nursing and Health Care, Blackwell, Oxford.
- Retsas A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. J.Adv.Nurs. 31(3):599-606
- Upton, D., Upton, P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. J. Adv. Nursing. 2006. 54(4): 454-458.

AUTORES/AUTHORS:

Khemaradee Masingboon, Supaporn Duangpaeng, Pensri Jitchan

TÍTULO/TITLE:

Relationship between Symptom Clusters and Functional Performance in Thai End-Stage Renal Disease

Abstract

Background: There is increasing number of patients with end-stage renal disease (ESRD) without dialysis in Thailand. They often experience multiple concurrent symptoms that interfere their daily functioning. This growing group of patients has extensive health care needs. Few studies have explored symptom clusters and its relationship with functional performance among Thai ESRDs without dialysis.

Objectives: Guided by the Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS), the aims of the present study were to assess symptom experience, to investigate the presence of symptom clusters, and to examine the relationship between symptom clusters and functional performance in patients with ESRD who had no dialysis.

Methods: A cross-sectional study was used to ascertain symptom experiences and functional performance among ESRD without dialysis. 217 patients were recruited from the northeast regional hospital, Thailand. Participants completed the Thai version of the Functional Performance Inventory of Chronic Kidney Disease, the modified Memorial Symptom Assessment Scale, the Social Support Questionnaire, and a demographic questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, factor analysis with principal component analysis (PCA), and Pearson Product Moment Correlation.

Results: Participants reported fatigue was the most frequency and severe symptom occurrence. Other five most-severe symptoms were anorexia, pruritis, headache, restless at legs, and anxiety. Consistent with the TOUS, symptoms were interrelated, named as "symptom cluster". Factor analysis (with PCA) generated four symptom clusters among ESRD without dialysis including: Cluster 1 (restless at legs and depression); Cluster 2 (anorexia, nausea, fatigue, and sleepless); Cluster 3 (dyspnea, pruritis, edema, and headache); and Cluster 4 (constipation and anxiety). There were significantly negative association between symptom cluster 2, 3, and 4 with the functional performance among Thai ESRDs ($r = -.277, -.192, \text{ and } -.171; p < .01$ respectively).

Discussion: Results from the present study consistent with the Theory of Unpleasant Symptoms. Symptoms reported by Thai ESRD without dialysis consistent with results from previous studies. Patients with ESRD who had no dialysis experienced multiple concurrent symptoms, or symptom clusters, which associate with the decline of individual's performance. There are some limitations in this study. First, the study targets ESRD patients who recruited from one region and were those who could access to health care service. Therefore, this group of participants is not represented, so the findings cannot be generalized to other population. Lastly, using a cross-sectional design means that change in symptoms and symptom clusters over time was not investigated.

Conclusion & Implication for Practice: Results of the study provide a basis for understanding of symptom clusters of ESRD patients without dialysis. Nurses and physicians can develop more comprehensive and effective interventions focus on a cluster of symptoms. Also, nurses can help patients to identify a group of symptoms that can be self-managed effectively in order to promote patient's functional performance.

Key words: Symptoms Cluster, Functional Performance, End-Stage Renal Disease

Introduction

Globally, the incidence of chronic kidney disease (CKD) is gradually rising. The most advanced stage of CKD is stage 5, called as "kidney failure" or "end-stage renal disease" with a glomerular filtration rate (GFR) of less than 15 ml/minute/1.73 m² (National Kidney

Foundation, 2002). In Thailand, the number of patients with end-stage renal disease (ESRD) was 31,496 cases and 400 new cases of ESRD were diagnosed each year (The Nephrology Society of Thailand, 2008). Dialysis, either peritoneal or hemodialysis, is the primary treatment for those who diagnosed with ESRD. However, dialysis is not the choice for all ESRD, particularly the elderly and those with co-morbidity and poor functional performance (Murtagh et al., 2010). Therefore, the conservative treatment, by medications, is an alternative choice for ESRD without dialysis. The purposes of this treatment are to slow down a progress of the disease, prevent complications, and to manage the unpleasant symptoms. (Murtagh et al., 2010; Chan, Noble, Lo, et al., 2007). ESRD Patients without dialysis often experience multiple concurrent symptoms such as fatigue (86%), itching (84%), dyspnea (80%), swelling arms/legs (71%), constipation (65%), and nausea (59%) (Murtagh et al., 2010). These unpleasant symptoms interfere their daily functioning. In addition, these symptoms are interrelated, called symptom cluster, and affect patient's functional performance.

Functional performance is the ability of individuals to perform daily activities to maintain their life (Leidy, 1994). Measuring functioning of patient with ESRD becomes important, since it reflects patient's quality of life and the quality of care. Results from previous study have shown that there is a link between symptoms and individual's performance (Reishtein, 2004; Thomas-Hawkins, 2004). Few studies have explored symptoms and symptom cluster as well functional performance among ESRD patients without dialysis. Guided by the Theory of Unpleasant Symptoms [TOUS] (Lenze, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997), the purposes of this study were to assess symptom experience, to investigate the presence of symptom clusters, and to examine the relationship between symptom clusters and functional performance in patients with ESRD who had no dialysis.

Methods

Samples. A cross-sectional study was conducted in a renal outpatient department in northeastern regional hospital, Thailand. 217 patients with end-stage renal disease (ESRD) managed without dialyses were recruited with the following criteria: 1) at least 20 years old, 2) alert and oriented, 3) able to speak and read Thai, 4) diagnosed with CKD stage 4 or 5, and 5) never been treated by dialysis. **Procedure.** The institutional review board (IRB) of the Burapha University and the hospital reviewed and approved the protocol. Data were collected from participants who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The informed consent was obtained. The participant's demographic information, the clinical data, and symptom experiences were obtained through personal interview and through participant medical records. Then participants were asked to complete the Functional Performance Inventory of CKD for how well they performed each activity.

Instruments. All instruments have shown validity and reliability include: 1) Sociodemographic data included sociodemographic characteristics including age, educational level, marital status, and clinical information including stage of CKD, co-morbidity, laboratory examination such as CBC, BUN, Cr, Electrolyte, and treatment etc.; 2) the CKD Functional Performance Inventory which modified from IFS-Dialysis (Thomas-Hawkins, 2004); measured participants daily functional performance in three subscales (17 items) including self care, home maintenance, and social activities (Cronbach's alpha of .97); and 3) the modified Memorial Symptom Assessment Scale; contains 11 symptoms including fatigue, itching, constipation, nausea, vomiting, pain, insomnia, dyspnea, restless at legs, anxiety, and depression and 2 open-ended items for any other symptoms reported by participants (The test-retested reliability = .86)

Data analysis. Data were analyzed using a Statistical Package for the Social Sciences. Descriptive statistics were used to examine demographic characteristics, functional performance, and symptom experience data. The PCA of factor analysis with varimax rotation was used to extract the factors with the criteria of eigenvalues greater than 1 and factors loading greater than .3.

The Pearson Product Moment Correlation was performed to examine relationship between symptom clusters and functional performance in patients with ESRD without dialysis.

Results

Participants included 60.4% men and 39.6 women, with the mean age of 63.90 years (SD = 12.50). A total of 79.3% had primary school or less formal education. A total of 54.4% reported being farmers with low incomes. The majority of participants 74.6% were currently married with 18.9% were separated. 75.1% of participants were classified as CKD Stage 5 and 25% were in stage 4. The

average time since initial diagnosis with ESRD was 2.33 years. Most co-morbidity reported were hypertension, diabetes, and hyperlipidemia (67.3%, 43.8%, and 38.2% respectively).

Participants reported fatigue (100%) was the most frequency and severe symptom occurrence. Other five most-severe symptoms were anorexia (78.34%), pruritis (60.37%), headache (67.28%), restless at legs (64.98%), and anxiety (69.58%). Consistent with the TOUS, symptoms were interrelated, named as "symptom cluster". Factor analysis (with PCA) generated four symptom clusters including: Cluster 1 (restless at legs and depression); Cluster 2 (anorexia, nausea, fatigue, and sleepless); Cluster 3 (dyspnea, pruritis, edema, and headache); and Cluster 4 (constipation and anxiety).

Focus on the functional performance, Thai ESRD reported that they could perform overall daily activities at a moderate level (Mean = 2.63, SD = .96). Considering each subscale, they could perform well in self care activities (Mean = 3.04, SD = 1.02); however, they could perform less on the household and social activities (Mean = 2.56, SD = 0.1 and Mean = 2.52, SD = 0.97 respectively).

Significantly, there were negative association between symptom cluster 2, 3, and 4 with the functional performance among Thai ESRDs without dialysis ($r = -.277, -.192, \text{ and } -.171$; $p < .01$ respectively).

Discussion

Results from the study disclose new information about symptom experiences among Thai ESRDs without dialysis. The most symptom experiences were fatigue, anorexia, pruritis, headache, restless at legs, and anxiety. The results of this study are inconsistent with symptom experience reported by ESRD with dialysis. The top five symptom experiences reported by ESRD with dialysis were tiredness, sleep disturbance, dry mouth, muscle weakness, and pruritis (Murtagh, Addington-Hall, & Higginson, 2007). Since the Thai ESRD without dialysis was managed by the conservative treatment which was medications only; therefore, those symptom could be caused from high level of blood urea nitrogen and effect from medication. While symptoms among those with dialysis caused from the dialysis process (Yu, Huang, & Tsai, 2010).

Results of the study show that there were negative association between symptom cluster 2, 3, and 4 with the functional performance among Thai ESRDs. This result consistent with the TOUS that symptoms and symptom cluster affects individual's performance (Lenz and colleagues, 1997).

Implication for nursing practice

Results of this study provide significance knowledge about symptom clusters among Thai ESRDs without dialysis. It could help health care providers develop a symptom assessment tools as well as perform routine symptom assessment. Also develop an effective intervention to manage symptoms and symptom cluster in order to promote functional performance among Thai ESRDs without dialysis.

Although the study provides important evidence in nursing practice, there are some limitations. First, all participants in this study were recruited from one region of Thailand and those who could access to health care service. Therefore, the findings can not be generalized to the entire population. Second, the cross-sectional design does not permit an evaluation of causal relationships between variables or changes in symptoms and symptom clusters over time. Future research needs to explore more on symptoms, symptom clusters, and their relationship with functional performance in diverse setting.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Armstrong, T. (2003). The symptom experience: A concept analysis. *Oncology Nursing Forum*, 30(4), 601-606.

Chan, C. H., Noble, H., Lo, S. H., et al. (2007). Palliative care for patients with end-stage renal disease: Experience from Hong Kong. *Int J Pallat Nurs*, 13(7), 310-314.

Leidy, B. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. *Nursing*

Research. 43(4), 196-202.

Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptom: An update. *Advance in Nursing Science*, 19(3), 14-27.

Murtagh, F. E. M., Adington-Hall, J. M., Donohoe, P., & Higginson, I. J. (2006). Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. *EDTN/ERCA Journal*, 32(2), 93-98.

Murtagh, F. E. M., Adington-Hall, J. M., Donohoe, P., Carey, I., Jenkins, K., & Higginson, I. J. (2010). Symptoms in the month before death for stage 5 chronic kidney disease patients managed without dialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3), 342-352.

Reishtein, J. L. (2004). Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Research in Nursing and Health*, 28, 39-47.

Thomas-Hawkins, C. (2004). Assessing role activities of individuals receiving long-term hemodialysis: psychometric testing of the revised Inventory of functional status-dialysis (IFS-DialysisR). *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 687 - 694.

Yu, I. C., Huang, J., Y., & Tsai, Y. F. (2010). Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Applied Nursing Research*, In Press.

AUTORES/AUTHORS:

Karine Machado, Larissa Zambuzi, Paula Popolizio, Dayana Fram, Angelica Belasco, Mônica Taminato, Dulce Barbosa

TÍTULO/TITLE:

EVALUATION OF THE USE OF TOPICAL MUPIROCIN AT THE EXIT-SITE CATHETER IN PERITONEAL DIALYSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Chronic kidney disease is a public health problem with significant increase in incidence and prevalence in the population dialysis program.¹ Peritoneal dialysis is a widespread and accepted form of renal replacement therapy, and its main complication of peritonitis. Although it occurs frequently in smaller, due to the development of specific programs,^{2,3} the peritonitis remain the leading cause of death in patients treated by peritoneal dialysis.²⁻⁴ Prevent it is therefore essential to have a successful program. Among the microorganisms found, *Staphylococcus aureus* and *S. epidermidis* organisms Grampositivos remain the most common and responsible for this infection. *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* and *Klebsiella* species are the most common causes of peritonitis caused by Gram-negative⁵. Motivated by the problems and impacts of infectious events in peritoneal dialysis performed a systematic review to assess the use of topical mupirocin at the exit site of peritoneal catheter. Objective: Primary: To evaluate the effectiveness of the use of topical mupirocin for preventing exit site infection in the catheter peritoneal dialysis. Secondary: To evaluate the risk factors associated with infection, prevalence of infection and failure of the technique, hospitalizations and mortality. Methodology: Systematic Review. The inclusion criteria were randomized controlled trials, quasi-randomized, prospective cohort and retrospective studies and screening of the study was done independent of language and form of publication. Exclusion criteria were studies that did not evaluate the outcomes of interest, in other words, not evaluate infections related to peritoneal dialysis. To identify studies was conducted electronic search in the following databases: PUBMED (Jan 1966 to Jun 2011), LILACS (Jan 1982 to Jun 2011); SciELO (Oct 1998 to Jun 2011), EMBASE (January 1985 to June 2011); Web of Science (Jan 1963 to Aug 2011). The terms used for the search were: ("Peritoneal Dialysis" [Mesh]) AND "Mupirocin" [Mesh]. Review methods: We obtained complete copies of all relevant articles by two independent reviewers (Monica Taminato and Karine Aguiar Machado). In case of doubt or disagreement, another reviewer (Profa. Dra. Dulce Aparecida Barbosa) was asked to give an opinion. Results: There were 64 papers based on the descriptors used, only four articles were included because they fulfilled the relevant criteria for research. From included studies, three were randomized controlled trials and one prospective cohort study⁶⁻⁹. Based on the analysis of the articles included, we observed that the rate of exit site infection for peritoneal dialysis catheter was significantly lower when using topical mupirocin and gentamicin. However, when comparing the two antibiotics, we found that mupirocin is more effective against gram-positive, while topical gentamicin against gram-negative, although the prevalence of gram-positive is higher in all patients. According to Xu G (2010), Mupirocin reduced the risk of infection of the exit site by 72% due to *S. aureus* and 57% for all microorganisms. Chu KH (2008) and Mahaldar (2009) proved the efficiency with the reduction in the rate of exit site infection with prophylactic use of mupirocin and gentamicin, including gram-positive and gram-negative, respectively. Discussion: The methodology of this systematic review was conducted rigorously by two independent reviewers. The topical mupirocin showed positive impact on exit site infections and peritonitis primarily by the prevalence of gram-positive in all studies. The use of topical mupirocin has been effective in reducing episodes of infection between patients, increasing the time of catheter use, and significantly reduce *S. aureus* infections, that are most prevalent in this population. Another concern of the articles were quoting the microbial resistance to the use of mupirocin in the long run, which has averaged 3% in the total population and 15% of the total with *S.aureus*. Implications for practice: The study indicates that topical mupirocin is safe and effective in preventing infection at the catheter exit site and peritonitis in patients who use peritoneal dialysis.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. McDonald SP, Russ GR, Kerr PG, Collins JF. ESRD in Australia and New Zealand at the end of the millennium: A report from the ANZ-DATA registry. *Am J Kidney Dis* 2002; 40:1122-31
2. Krishnan M, Thodis E, Ikonopoulou D et al. Predictor of outcome following bacterial peritonitis in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2002; 22:573-81.
3. Barretti P, Bastos KA, Dominguez J, Caramori JCT. Peritonitis in Latin America. *Perit Dial Int* 2007; 27:332-9.
4. Voinescu CG, Khanna R. Peritonitis in peritoneal dialysis. *Int J Artif Organs* 2002; 25:249-60.
5. Piraino B, Bender F. How should peritoneal-dialysis-associated peritonitis be treated? *Nat Clin Pract Nephrol* 2008;4(7):356-7.
6. Gaosi Xu, Weiping Tu, Chengyun Xu. Mupirocin for preventing exit-site infection and peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2010, 25: 587–592
7. Kwok Hong Chu, Wai Yee Choy, Chi Chung William Cheung et al. A prospective study of the efficacy of local application of gentamicin versus mupirocin in the prevention of peritoneal dialysis catheter-related infections. *Perit Dial Int* 2008; 28:505–508
8. Anshinee Mahaldar, Michael Weisz, Pranay Kathuria. Comparison of gentamicin and mupirocin in the prevention of exit-site infection and peritonitis in peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial.* 2009;25:56-9.
9. Sunny S.H. Wong, Kwok Hong Chu, Au Cheuk, et al. Prophylaxis against gram-positive organisms causing exit-site infection and peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients by applying mupirocin ointment at the catheter exit site. *Perit Dial Int* 2003; 23(S2):S153–S158

Mesa de comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent session 6: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Laura Rodríguez Olalla, José Antonio Muela Martínez, María José Campos Pinel, Ana Contreras Rodríguez, Juan Torres Martí

TÍTULO/TITLE:

Influencia de diferentes variables sobre la ansiedad en mujeres con diabetes previa a la gestación.

INTRODUCCIÓN

Las gestantes con diabetes mellitus pregestacional (DPG) tienen embarazos con mayores tasas de morbimortalidad perinatal y malformaciones congénitas respecto a la población general (1) aumentando también el riesgo materno (2). Es la enfermedad que complica la gestación con mayor frecuencia, afectando al 5% de todos los embarazos.

El embarazo normal se considera una situación estresante moderada (3) en la vida de una mujer. Estudiadas diferentes variables, se observa que una de las más potentes, es el aumento de la ansiedad en las enfermedades maternas previas al embarazo.

OBJETIVOS

- Describir las características de mujeres con diabetes en alta y baja ansiedad.
- Identificar aquellas variables que puedan influir sobre la ansiedad en estas pacientes.

METODOLOGÍA

Participantes

En nuestro estudio participan 47 pacientes del Servicio de Obstetricia-Consulta de Alto Riesgo del Complejo Hospitalario de Jaén diagnosticadas de diabetes pregestacional durante el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2010.

Las pacientes se distribuyeron en dos grupos: Alta Ansiedad (N=22) y Baja Ansiedad (N=25) en función de la puntuación obtenida en el EDAEGAR (punto de corte: centil 50), escala que será descrita en el siguiente apartado.

Medidas

- Escala de Ansiedad en Gestantes de Alto Riesgo (4) (EDAEGAR): consta de 14 ítems con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3 en función de la intensidad del síntoma al que se refiere el ítem) en los que se reflejan distintos síntomas, sentimientos y problemas que aparecen durante el embarazo de alto riesgo ("tengo la boca seca", "tengo miedo al futuro", etc.). Su puntuación total máxima es de 42 puntos. Presenta además dos subescalas: una de síntomas cognitivo-subjetivos, con 8 ítems y una puntuación máxima de 24 puntos, y otra de síntomas psicofisiológicos, con 5 ítems y una puntuación máxima de 15 puntos.
- Entrevista estructurada que recoge variables sociodemográficas y clínicas: HbA1c, edad, hábitat urbano o rural, actividad laboral, edad del debut de la diabetes, historia obstétrica, años de evolución de la diabetes, deseabilidad y planificación del embarazo, si hubo o no visita preconcepcional y adherencia al tratamiento de la diabetes (dieta, ejercicio, actuación ante hipoglucemia y administración de insulina).
- Cuestionario de conocimientos confeccionado para esta investigación que constaba de 39 preguntas tipo test con 4 alternativas de respuesta y que evaluaba el grado de conocimiento de la paciente acerca de su enfermedad y de las complicaciones materno-fetales que se derivan de ella.

Procedimiento

Las pacientes fueron remitidas desde sus centros de referencia de Atención Primaria o desde el Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Jaén. Una vez recibidas en nuestro servicio, fueron incluidas en un Programa de Educación Diabetológica (5) que se realiza como parte del protocolo de atención del Servicio. Durante este programa, las mujeres fueron evaluadas mediante las medidas descritas anteriormente y conformaron los grupos de alta y baja ansiedad.

RESULTADOS

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Respecto al primer objetivo (describir las características de mujeres con diabetes en alta y baja ansiedad):

- Grupo de Ansiedad alta:

- o La media de edad es de 28,8.
- o Respecto al control metabólico de las mujeres, la media de HbA1c es de 7,5.
- o El 18% de las mujeres que integran este grupo pertenecen al medio urbano.
- o Un 72% afirma tener una actividad laboral fuera de su domicilio.
- o Se trata del primer embarazo en el 59% de ellas.
- o Dicen haber tenido uno o más abortos el 19%.
- o La media de edad al diagnóstico de la diabetes es de 17,7 años.
- o La media de años de evolución de la enfermedad es de 21 años.
- o Solo un 15% de las mujeres dicen haber planificado su embarazo.
- o Sólo el 9,5% realizó la visita preconcepcional.
- o El embarazo lo deseaban el 55% de las mujeres de este grupo.
- o La adhesión a su tratamiento en dieta fue del 35%, para el ejercicio del 30% y disponían de glucagón en su domicilio el 70%.

- Grupo de Ansiedad baja:

- o La media de edad es de 30,7.
- o La media de HbA1C es de 7,1.
- o El 36 % de las mujeres que integran este grupo pertenecen al medio urbano.
- o El 68% afirma tener una actividad laboral fuera de su domicilio.
- o Para el 60% de las mujeres es su primer hijo.
- o Manifiestan haber tenido uno o más abortos el 20%.
- o La media de edad al diagnóstico de la diabetes es de 16,6 años.
- o La media de años de evolución de la enfermedad es de 14.
- o El 41,6% dice haber planificado su embarazo.
- o La visita preconcepcional sólo la había realizado el 26%.
- o El embarazo fue deseado por el 87,5% de la muestra.
- o La adhesión a su tratamiento en la dieta fue del 39%, en el ejercicio del 26% y disponían de glucagón en el domicilio el 54,5%.

Respecto al segundo objetivo (Identificar aquellas variables que puedan influir sobre la ansiedad en estas pacientes): Los análisis realizados no encuentran diferencias entre los grupos en casi ninguna de las variables analizadas. Es decir, que ninguna de las variables medidas parece afectar a la ansiedad de las mujeres con diabetes pregestacional excepto el tener un embarazo deseado ($RV(1)=3,716$; $p=0,05$). De tal forma que el 87,5% de las mujeres de baja ansiedad deseaban sus embarazos, frente al 55% de las

mujeres de alta ansiedad.

DISCUSIÓN

En vista de los resultados obtenidos, la ansiedad mostrada por las mujeres con diabetes pregestacional no parece relacionarse con la mayoría de las variables medidas. El único factor que incide en el nivel de ansiedad es el tener un embarazo deseado o no. Esto no parece tener una relación directa con el hecho de padecer diabetes pregestacional, pues esta relación parece lógica en cualquier mujer embarazada que padezca o no una enfermedad (6).

De todas formas, sería interesante comprobar si estas mujeres que desean su embarazo muestran mayor adherencia al tratamiento durante la gestación que aquellas mujeres que no lo desean. Esto no ha podido analizarse en el presente estudio pues los datos sobre adherencia al tratamiento (7) de la diabetes se recogieron durante la primera visita obstétrica. Como perspectiva futura de investigación se plantea la posibilidad de recoger estos datos sobre adherencia (8) durante todo el embarazo y comprobar si efectivamente las mujeres que deseaban su embarazo son más adherentes al tratamiento.

Un dato llamativo (aunque estadísticamente no significativo) es el porcentaje de mujeres que realiza la visita preconcepcional (9,10) (26% de las mujeres con baja ansiedad y 9,5% de las mujeres de alta ansiedad. En esta visita, el obstetra informa a las mujeres con diabetes y que contemplan la posibilidad de quedarse embarazadas de las posibles complicaciones materno-fetales consecuentes a su diabetes (11,12). Asimismo, se las forma en la manera de disminuir esos riesgos mediante la educación terapéutica, pudiendo controlar los posibles riesgos del embarazo y promoviendo estilos de vida y hábitos saludables.

Sin embargo, muy pocas mujeres (de ambos grupos) acuden a esta visita (13). No parece ser que la ansiedad de las mujeres influya en esta variable, pero sí lo hace el hecho de desear o no el embarazo ($RV(2)=10,8$; $p=0,005$), presentándose esta variable como un factor de importancia capital. De tal forma que sólo el 39% de las mujeres que desean su embarazo acuden a estas visitas, ninguna de las que no lo desean lo hacen.

Sería importante el contemplar la posibilidad de hacerles ver a las mujeres la importancia de estas visitas antes de quedarse embarazada donde se reforzaría o adquirirían nuevos conocimientos antes del inicio de la gestación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ben-Haroush A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2004;21:103-13.
2. GEDE (Grupo Español de Diabetes y Embarazo). *Diabetes Mellitus y Embarazo. Guía Asistencial*, 2ª edición. Madrid. 2000.
3. Salvatierra, V.: *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona. Martínez Roca. 1989.
4. Muela Martínez JA, García-León A, Rodríguez Olalla L. Construcción y validación de un instrumento para evaluar la ansiedad en gestantes de alto riesgo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2003, 15, 93-105.
5. Rodríguez Olalla L, Programa de Educación Diabetológica para pacientes con Diabetes Gestacional. *Revista Inquietudes del Complejo Hospitalario de Jaén*. Año 2004, volumen X, nº 30, pag 6-15.
6. Rojas, J: Características Psicosociales y de Salud de Gestantes que desean o no su embarazo. *Revista Comportamiento* 2005. Volumen 7 – No 2
7. Rodríguez Olalla L, Martínez Muela J.A, García León A. Adhesión autoinformada de las embarazadas con diabetes gestacional al

tratamiento después de un Programa de Educación Diabetológica: relación con la ansiedad y algunas variables sociodemográficas. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (6):318-27.

8. Bimbela Piedrota J.L.; Gorrotxategi Larrea M;. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. *Escuela andaluza de salud publica*.2001.

9. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.

Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.*Diabetes Care*. 1997; 20:1183-97

10. Kitzmiller JL, Buchanan TA, Kjos S, Combs CA, Ratner RE. Preconception care of diabetes, congenital malformations and spontaneous abortions (Technical Review). *Diabetes Care*. 1996; 19: 514-41.

11. Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus 1 y 2 2002. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

12. 3 er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

13. Guía Practica Clínica Diabetes 2011. Recomendaciones Clínicas Practicas de la American Diabetes Association.

AUTORES/AUTHORS:

ISABEL TORAL LOPEZ, ADORACION MOLINA RUIZ, JOSE LUIS SABATEL GOMEZ-ROMAN

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una actividad de promoción de ejercicio físico en adultos mayores con factores de riesgo cardiovascular

Es suficientemente conocido que los problemas de salud relacionados con los hábitos de vida, en particular el sobrepeso y el sedentarismo, constituye en los países desarrollados las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en las etapas de la vida adulta.

Actualmente, existe unanimidad en los beneficios del ejercicio físico sobre los factores que se consideran de riesgo cardiovascular: mejora las cifras de tensión arterial y el control de la diabetes, y retrasa su instauración. Asimismo, mejora el perfil lipídico, la función articular, la movilidad, la densidad ósea y el sistema vascular periférico. A nivel emocional, reduce la ansiedad, la depresión y el insomnio, patologías que es frecuente tratar con fármacos, además de reducir la incidencia del cáncer de colon y pulmón.

Las personas que son activas físicamente viven alrededor de tres años más y con mejor calidad de vida.

Esto afecta también a los adultos mayores: no hay ninguna razón objetiva para que una persona mayor evite la actividad física.

Frecuentemente en los ancianos existen resistencias a realizar de forma sistemática ejercicio físico, habitualmente relacionado con falta de hábito y costumbre, o por relacionar el ejercicio físico con gimnasios o equipos especiales, o porque piensen que es cosa de personas más jóvenes.

La inactividad física en las personas mayores tiene repercusiones negativas importantes sobre la capacidad funcional, y el ejercicio físico es una forma eficaz de prevenir el deterioro fisiológico que acontece con la edad, y como consecuencia, es una manera de contribuir a mantener la calidad de vida de los mayores.

Lo cierto es que casi todos los adultos mayores pueden realizar, sin riesgos para su salud, alguna forma de actividad física. Incluso actividades que forman parte de la vida cotidiana pueden ser útiles: como por ejemplo, caminar, tareas de jardinería, etc.

Algunos autores encuentran beneficios psicológicos y aumento significativo de la calidad de vida relacionada con la salud, en aquellos mayores que realizar actividad física y resaltan que se trata de actividades que se llevan a cabo con los propios recursos de la comunidad y muy poco costosos.

Además estos beneficios se mantienen aunque la adherencia al programa de actividad física sea baja.

De otra parte, parece obvio la importancia de evaluar la efectividad de las actividades de promoción de la salud y su utilidad para tener criterios a la hora de planificar servicios, en este sentido un estudio de efectividad mide el impacto que la intervención tiene sobre la población diana en términos de resultados relacionados con la salud

OBJETIVO

Comprobar si una actividad física de intensidad moderada realizada en grupo con personas mayores de 65 años con factores de riesgo cardiovascular, o el consejo sobre ejercicio sistemático mejoran los resultados en salud: en cuanto a cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC), Presión arterial Sistólica (PAS), Glucemia preprandrial, percepción de calidad de vida, forma física y nivel de dolor

Ámbito de estudio

Los Centros de Salud de La Caleta y de Salvador Caballero pertenecen al Distrito Sanitario Granada, y ambos están ubicados en el centro urbano de la ciudad.

Atienden a una población de unos 19.000 y 16.500 habitantes, respectivamente (contrato de gestión 2006), con una proporción de personas mayores de 65 años de un 15%. La prevalencia de algunas enfermedades que constituyen factores de riesgo

cardiovascular, como son la diabetes, la obesidad, HTA, se estiman con tasas poblacionales, desconociéndose realmente la prevalencia a escala de zona básica.

MÉTODOS

Sujetos de estudio: Personas mayores de 65 años con algún factor de riesgo cardiovascular (obesidad, sedentarismo, HTA, diabetes) que acuden a las consultas de enfermería de los centros de salud de La Caleta y de Salvador Caballero.

Selección de la muestra: Muestreo aleatorio simple de personas de 65 y más años con factores de riesgo cardiovascular usuarios de los centros de salud la Caleta y Salvador Caballero que acuden a las consultas de enfermería. Se realizará sobre el listado de citas de cada día.

Criterios de inclusión: ser mayor de 65 años, estar en seguimiento en las consultas de enfermería por algún factor de riesgo cardiovascular, aceptar participar en el estudio, no tener deterioro de la movilidad física, no tener deterioro cognitivo.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado con dos grupos intervención y un grupo control.

Grupo1: se realiza consejo sobre ejercicio físico sistematizado en un documento escrito.

Grupo 2: además del consejo, se le invita a participar en una actividad grupal (ejercicio de moderada intensidad dos veces en semana, tutorizada por una enfermera)

Grupo control: atención habitual.

Variables dependientes

- IMC: cuantitativa, calculada una vez registrada en la historia digital el peso y la talla
- Presión arterial diastólica: cuantitativa, se determina mediante esfigmomanómetro
- Glucemia capilar preprandrial: cuantitativa, se determina mediante reflectómetro
- Percepción de calidad de vida relacionada con la salud: variable cuantitativa medida mediante el cuestionario SF-12 sobre el estado de salud
- Forma física: etiqueta de la NOC 2004 (Nursing Outcomes Classification): . Variable cualitativa medida a través de escala Likert de 5 puntos
- Deambulación caminata: etiqueta de la NOC 0200. Variable cualitativa medida a través de escala Likert de 5 puntos
- Nivel de dolor: etiqueta de la NOC 2102. Variable cualitativa medida a través de escala Likert de 5 puntos

Variables independientes

- Sexo: cualitativa
- Edad: cuantitativa
- Diagnóstico médico según clasificación CIE: cualitativa

Resultados

Han participado 165 personas, de las cuales 107 finalizaron la intervención a los seis meses.

No hay diferencias de edad y sexo, y están distribuidas homogéneamente en los tres grupos experimentales.

El 49,5% de las personas incluidas tienen dos o más factores de riesgo cardiovascular.

En cuanto a forma física: participan en actividades físicas de forma habitual el 35.4% del total de la muestra. Tienen capacidad para realizar ejercicio de forma habitual el 83%. Aunque el 28% sólo tolera caminar a paso lento.

Su estado de salud no limita realizar esfuerzos moderados en un 50%, y a un 34% les limita un poco.

El 80% tienen dolor que califican en la escala de la NOC de ligero, moderado, sustancial o intenso. El dolor en alguna medida dificulta la mayoría de sus actividades habituales, estimado como un poco, regular, bastante y mucho en un 62%.

Manifiestan un 53% sentirse desanimados o tristes

El 60 % califican su salud entre excelente, muy buena y buena.

A la intervención actividad grupal se han derivado un total de 37 personas. Han abandonado la actividad o no se han incorporado

más del 50% de los participantes. Los motivos más frecuentes en las mujeres son: estar realizando ejercicio físico reglado, o tener obligaciones familiares (por ejemplo cuidado de los nietos). Los hombres se han interesado menos por la actividad en grupo, muchas veces porque tienen menos obligaciones en esta edad y, por tanto, más posibilidades de realizar ejercicio físico todos los días (caminar es la actividad más frecuente). Se han mantenido en el grupo sólo tres hombres, el resto han sido mujeres.

En cuanto a la asistencia, 13 participantes han venido el 80% de las sesiones planificadas.

En la comparación de los datos a los seis meses de la intervención se observan cambios favorables significativos con respecto al índice de masa corporal y tensión arterial (sistólica / diastólica).

En el Grupo de Intervención 2, el factor mental del SF-12 se ha modificado, es decir, ha habido una mejora de la salud mental debido a la intervención, que está cercana a la significación estadística ($P=0,58$).

Igualmente, a los seis meses de la intervención se encuentran diferencias en la percepción de calidad de vida y en la disminución de la duración de los episodios de dolor en las personas que acuden a la actividad en grupo.

Discusión

Los resultados del estudio demuestran que las personas mayores se adhieren a actividades de promoción de la salud. La idea de que los ancianos tienen dificultad para incorporar hábitos saludables puede ser un prejuicio de los profesionales que responde a estereotipos y no está demostrado objetivamente.

Los usuarios proceden de dos zonas básicas de nivel socioeconómico medio-alto, como corresponde a la zona centro de la ciudad, con una percepción muy buena de su salud y con una implicación buena en medidas preventivas y hábitos de vida saludables. Se han tenido dificultades para que los participantes seleccionados aleatoriamente para el grupo intervención 2, acepten incorporarse a la actividad en grupo, la mayoría de las veces por realizar ya actividad física reglada, aunque la adherencia a la actividad en grupo ha sido excelente.

El consejo sobre actividad física realizado por las enfermeras responsables de los pacientes puede tener efectos sobre la salud.

Las etiquetas de la NOC se comportan como una buena herramienta para medir resultados en salud.

Trabajar con personas mayores es de una gran satisfacción para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization. Salud XXI. Ginebra: WHO-Europa; 1999
2. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2003-2008. Junta de Andalucía. Consejería de Salud
3. Recomendaciones Programa Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones
4. www.iuhpe.org. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES)
5. Stewart AL, Gillis D, Grossman M, Castrillo M, Pruitt L, McLellan B, Sperber N. Diffusing a research-based physical activity promotion program for seniors into diverse communities: CHAMPS III. *Prev Chronic Dis*. 2006 Apr;3(2):A51.
6. Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Nov;53(11):1951-6
7. Jennum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen S, Lorentzen C, Ommundsen Y, Raastad T, Odegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease: a community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*. 2006 Jul;29(7):1605-12
8. Elosua R. Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (8): 887-90
9. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Proyecto de resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería. Mosby. Barcelona, 2002

AUTORES/AUTHORS:

CARMEN BLANES MONLLOR, PILAR COSCULLUELA TORRES, VERÓNICA LAGARES SEVILLA, SONIA CABRERA ROBLEDO, NEUS PARELLADA ESQUIUS

TÍTULO/TITLE:

EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EL RETO DE LA PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica que constituye la 3ª causa de muerte cardiovascular en nuestro país después de la cardiopatía isquémica y de la enfermedad vascular cerebral. Es la primera causa de hospitalización en España en personas mayores de 65 años por delante de la enfermedad coronaria y del ictus. La prevalencia se sitúa alrededor del 2-3% en la población >45 años con una incidencia anual de 1-5 personas por 1.000 en mayores de 70 años. Siendo en España la 1ª causa de ingreso hospitalario en > 65 años con una prevalencia del 19% en personas >75 años, 1,2.

Los pacientes presentan una calidad de vida incapacitante e ingresos repetidos con una gran carga económica al sistema sanitario. Según la evidencia científica recogida en la Guía de la Práctica Clínica (GPC) del Institut Català de la Salut (ICS), se constata que el mal control de la Tensión Arterial (TA >130/85 mmHg), del perfil lipídico (LDL >100 mg/dl), del Índice de Masa Corporal (IMC >30) y Frecuencia Cardíaca (FC >90x') provoca un aumento del número de reagudizaciones de la patología, recomendando esta 3 tomas de TA anuales y una correcta vacunación antigripal (VAG) y antipneumocócica (PNC23). En prevención secundaria, una TA mal controlada es un factor precipitante para descompensar la IC 3.

Para realizar un abordaje integral de la patología y aumentar el autocuidado del paciente, es necesaria la implicación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) ya que los pacientes con IC contactan en múltiples ocasiones con estos servicios sanitarios por su avanzada edad y su elevada comorbilidad 4.

El objetivo principal de este estudio es valorar el grado de cumplimiento de la GPC del ICS en los pacientes diagnosticados de IC en nuestro centro de AP durante el 2010.

Objetivo específico : Conocer si existe un buen control de TA relacionado con: edad, sexo, NYHA (New York Heart Association), IMC y LDL.

METODOLOGÍA

Estudio transversal comprendido entre enero y diciembre del 2010. La población adscrita a nuestro centro es de 18223 habitantes >15 años, de los cuales 217 tienen IC. Se ha analizado en el 100% de la muestra las siguientes variables: edad, sexo, NYHA (New York Heart Association), TA media, 3 mediciones de TA en el periodo, FC, IMC, perfil lipídico (HDL, LDL), VAG 2010 y vacuna PNC23.

El análisis se ha realizado con el sistema SPSS versión 18.

RESULTADOS

Un 54,8% son mujeres con edad media de 79 años y 75 años en hombres. El 45'4% tienen registrados el NYHA, siendo el 49% NYHA II. El 39'8% tiene buen control de la TA y el 13,9% no tienen registro, siendo un 43,7% las mujeres las que llevan mejor control

tensional. Se han realizado 3 tomas de TA a un 41,9% de la muestra y existe un mal control de la FC en un 4,6%. Se observa que no tienen realizado un perfil lipídico el 51,9% y sólo el 22,2% tiene valores correctos de LDL. El 44,23% de la muestra tienen registro del LDL+TA, de los cuáles el 54,2% presenta un buen control de ambos parámetros. El 69,12% tienen registrados TA+IMC y de estos el 57,1% presenta IMC <30 y un control óptimo de TA. El 8% presenta obesidad mórbida y de estos, el 91,7% tienen mal control de la TA. Respecto a las vacunas, el 82,2% están vacunados de la PNC23 y el 72,8% de la VAG. Existen diferencias significativas entre NYHA y sexo, presentando las mujeres mayor gravedad.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos comprobamos que existe un infraregistro de las actividades de seguimiento y control de dicha patología. A su vez, confirmamos que los pacientes con IC tienen un mal control tensional.

Existen diferencias significativas entre:

- la TA y la edad: a mayor edad mejor control de la TA.
- La TA y LDL: a menor valor de LDL (<100mg/dl) mejor control tensional.

Se observa que a menor IMC hay mayor porcentaje de pacientes que presentan un buen control de TA.

Por ello, nos planteamos realizar sesiones de reciclaje basándonos en la Guía de Práctica Clínica del ICS a todo el personal sanitario de nuestro centro de AP para aumentar la implicación del mismo, y potenciar el papel de enfermería en la educación y promoción del autocuidado del paciente, tanto a nivel individual como grupal (programa Paciente Experto del ICS).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillon P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. Rev Esp Cardiol 2006; 6 supl9: 4c–9c.
2. Pla de salut de Catalunya. a l'horitzó 2010. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. 1a part www20.gencat.cat/.../pla-salut/...salut/.../0_Pla_de_salut_de_Catalunya_a_l_horitzo2010
3. Guies de pràctica clínica: Insuficiència cardíaca. Institut Català de la Salut , 2008
4. Carmen Barrio Ruiz, Neus Parellada Esquius, Carlos Alvarado Montesdeoca, Daniel Moll Casamitjana, María Dolores Muñoz Segura y Cesar Romero Menor. Insuficiencia cardíaca. Perspectiva desde atención primaria. Atención Primaria 2010; 42(3):134–142

Mesa de comunicaciones 7: Práctica Clínica

Concurrent session 7: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Fernanda Bastos, Abel Paiva

TÍTULO/TITLE:

The self-management profile in chronic disease self-management

Considering the self-management as a type of self-care, we can not to refer in the first without thinking about self-care theory of Dorothea Orem (1). Self-care in chronic disease is a type of requisites in health deviation although the limitations imposed by the disease can affect performance, imposing limitations on the ability to meet the universal needs of self-care.

Orem (2) considers that, given a specific need, we need to plan a course of action to achieve the desired objectives, brought to its realization only if there is also the desire and commitment to continue the plan. Therefore considers as important conditions for a person to take care of itself, among other things: motivation, capacity for decision-making expertise, cognitive, perceptual and interpersonal coherence and integration of self-care activities in their personal, family and community (1).

The study by Backman and Hentinen (3), presents for the first time a standardization of different styles over the self-care that helps answer the questions, which are those of their work, are also issues that nurses face in their daily practice, including why some people take good care of themselves and others not. Point out some assumptions that help us understand why, faced with similar needs, people have different responses in self-care attitude and their behavior.

Emerges from this work with the elderly, there are preconditions for self-care: the personal background, personality and experience in health and aging. The model identifies four categories of self-care, face different conditions for action and meaning, being called: self-care responsibility, formally guided self-care, self-abandoned self-care and independent.

Objectives:

Identify different profiles self-management that allow anticipate difficulties in the incorporation of a complex treatment regimen.
Identify factors that contribute to self-management profile, and the most appropriate nursing therapeutics, over the same.

Methods:

We use a constructivist approach in a multicases study (4), analyzing the data according to the method of grounded theory, proposed by Strauss and Corbin (5),(6). Qualitative data were obtained through interviews, clinical documentation, participant observation and field notes resulted by interactions between investigator and participants, alone or in family context.

Twenty-two participants with chronic illness, who had five, or more, hospitalizations, caused by inefficient management, between January 2006 and September 2007, able to self-care, with no cognitive or communication commitment, were followed for a year and six months.

Results:

Study results are consistent with Backman e Hentinen Model of Self-Care (3), and allow to identify four profiles that we call of "Style of self-management": negligent; responsible; independent; and formally guided. We chose to adopt a designation following approximate to these authors, given the relationship between self-care and self-management.

We decide to call "negligent" in place of abandoned, because in our participants it means neglectful for its own care, security and health. They refuse recommended treatment, often associated with self-destructive behavior, manifested by use of substances such

as alcohol, abuse of medication as a suicide attempt, or withdrawal of food. They have not indicators of involvement, which means, not seeking information, unaware of the treatment, miss appointments and do not know self-monitoring parameters such as weight, blood pressure or blood glucose. They tended to have external control, lack of responsibility, coping strategies focus in emotions, and no motivation. The intense professional support promotes adherence to therapy, but often refuse professional support.

Participants who have predominantly independent self-management consider the flexibility with self-permissiveness, assigning a relative importance to disease management and treatment regimen, and have no difficulties in instrumental activities domain. The characteristic by which they stand out from other cases is, above all, a self-determined and simple way they manage their treatment regimen. They have often situations of non-compliance with the requirements, and compliance is not part of its objectives. Nevertheless, they take the drugs of which may perceive as positive the effects, and symptoms control. Their beliefs may be important obstacles, and in these participants in particular, difficult to modify, they tend to maintain the standards prior to the disease, and are resistant to change. They self-medicate when they consider necessary and, therefore, knowledge may not be enough to make the best decision, so can use drugs inappropriately, not taking into account the complexity of their overall health condition. They value their dignity and this overrides any therapeutic regimen.

The cases identified as belonging to the group that manages the treatment regimen in a targeted manner by health professionals - "Guided Formally," are only five, although we found some cases in this predominance of other forms of management. In this study, these participants are characterized by "fulfill" the indications of professional make systematic records of the monitoring, learning to carry out the instrumental procedures necessary for them, though does not know how to interpret. They know the medicines, and sometimes its main effect and recognizing its effects on the intensity of bodily responses to the disease. They are considered by professionals as people who adhere to therapy and maintain a good relationship with them. Does not hold much knowledge, only desiring what is necessary to know to take care and to accomplish, without requiring that they make sense. External locus of control and family or health care professional's dependent, unhelpful and very emotional persons, they suffer with disease and with loneliness.

In the twenty-two participants who are part of this study, only one participant has a style of management responsible for the therapeutic regimen. However, in other cases we find some characteristics that fit within this style and that contributed to its definition. This style is associated with a combination of conditions ranging from the personal attributes and social support with a focus on family structuring, even other facilitating factors such as educational level and a promoter of professional support empowerment, technically competent and accessible. These participants had as personal attributes founded in data, an attitude of seeking autonomy, accepting and seeking help when need it. Accepts the "sacrifice" they need to do, to target a much larger aim, and has enough will power to engage, and maintain behaviors, according to the recommendations of the health situation. Maintains permanent self-actualization of self, accepted health state, being aware of the limitations and risks, living with a normal pattern, having identified and aware their limits. They uphold preventive care and maintenance aware of the high risk of recurrence and of balance fragility which implies a strong need for control. To take health decisions requires necessary knowledge, including treatment options, risks and effects, seeking information and asking questions to the practitioners. Intends to maintain normalcy in the "less normal" and the exception is a "prize" of good control. Other characteristics like optimism, responsibility, internal locus of control, hope and faith are found in this participants.

Discussion and implications to the practice:

In this study we can perceived that persons with different self-management styles have different needs of nursing care in form and

intensity. It's also important assume that not all clients are able to empowerment, so that need different objectives for nursing therapeutics.

With the increasing prevalence of chronic disease and raising the requests of a more literate population, promotion of autonomy and empowerment are demands to incorporate in the nursing practice. However, the personal development of some people is not sufficient to fully exercise autonomy, and need to follow through a more intense guidance, on the risk of being neglected by health services.

Knowing the profile of self-management allows organizing health services in accordance with population needs, planning interventions which promote empowerment or case management, according to individual needs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Orem, D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona : Masson, 1991.
2. Cavanagh, S. Modelo de Orem. Aplicação prática. Barcelona : Masson – Savat enfermeris, 1993.
3. Backman, Kaisa e Hentinen, Maija. Model for the self-care of home-dwelling. Journal of Advanced Nursing. 30, 1999, Vol. 3, Issues and innovations in nursing practice, pp. 564-572.
4. Yin, R. Estudo de caso- Planejamento e métodos. [trad.] Daniel Grassi. 3ª Edição. Porto Alegre : Bookman, 2005. ISBN 85-363-0462-6.
5. Strauss, a e Corbin, J. Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2ª Edition. California : SAGE Publications, 1998.
6. Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª. Porto Alegre : Artmed, 2008. 978-85-363-1043-5.
7. Cavanagh, S. Modelo de Orem. aplicação prática. Barcelona : Masson – Savat enfermeris, 1993

AUTORES/AUTHORS:

Pfanner Matthias

TÍTULO/TITLE:

Nutrition-management in residential long-term-nursing – an analysis with the screening-tool GeriaPlus®

Objectives

During the ESPEN Congress in 2009, Malnutrition was highlighted by leading experts once again and identified as an omnipresent topic to be dealt with. With the declaration of Prague, EU-health-secretaries approved a declaration of intent to raise the topic of malnutrition on the agenda on EU-level, meaning that malnutrition was defined as main topic for the coming five years. One of the contents of this declaration, lays out an obligatory screening of the various nursing establishments and their inhabitants respectively. SeneCura is, with currently 45 establishments, Austria's biggest, private operator of nursing establishments. In February 2010, a project named „Gnussvoll G'sund“ (delightful healthy) was initiated by the operators of SeneCura. Main objective of this project was the identification of undernourished or likely to be undernourished inhabitants and the sustainable improvement of their nutritious condition respectively.

Methods

In order to achieve this target, an IT-supported screening-tool was developed. It was designed especially for the identification of the risk of nutrition, or the identification of an already existing problem of nutrition. In line with an empirical research, 1644 inhabitants were screened. Sampling was not defined, as this study is considered as full target population sample. Analysis of the data was done with IBM SPSS Statistics® Version 20.0. Using this screening-tool, the various assessments were combined and linked. Namely these are the instruments: Mini Nutritional Assessment® (MNA), the elevation of the Body Mass Index and the Mini Mental Status Test (MMST). These instruments were disclosed through other assessments as validative instruments. Additionally the basic data obtained were completed with data like age, sex, risk of bedsores according to Seiler and Daniel, kind of food, amplitude of ingestion in way of dish-protocols and a detailed analysis of the meal-plans by nutrition-experts and – scientists.

Results

The risk of malnutrition was identified within 24 – 33 per cent of the sample according to the criteria of MNA and BMI. On grounds of the obtained data, interventions in the fields of preparing of aliments in the kitchens took place accompanied by the discrete addition of dietary supplements. After 12 months time, a significant reduction of inhabitants endangered with malnutrition could be observed, as the newly obtained data of the screening-tool showed 17 – 21 per cent of the sample being effected by the risk of malnutrition.

Discussion

The screening tool supports, in line with the research question, an improved nutrition-management, as problems are identified actively and highlighted. The obtained ratios resulting from the screening-tool can be combined with any existing and functioning quality management system and therefore can support the administration of various nursing establishments with a broad monitoring of the existing and most current nutrition of all inhabitants of the various establishments. The simple and target-oriented handling of the tool and its software offers, if needed, a daily assessment of the current situation. As a subsequent development, nutrition-management should be picked up and sustainably implemented in the fields of adiposity and dementia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

www.senecura.at

www.nestle.com

www.sv-group.at

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, CIHAN MIZRAK, FILIZ YENIHAYAT SEVINC

TÍTULO/TITLE:

The Effects of Hospital Roommates on Pre-Operative Anxiety

Introduction: Anxiety comes from fear of the unknown. More than two thirds of the patients awaiting surgery experience anxiety (Boker et al. 2002). The severity of pre-operative anxiety is associated with the diagnosis, affected organ or system and its importance and meaning for the patient, the severity and risk of the surgical procedure and patient's prejudiced opinions about the surgery (Cimilli, 2001; Boker et al. 2002). In the preoperative period, patients need to be informed about the procedures and their concerns about surgery by health professionals. However every patient may not express their feelings easily and clearly, moreover; may abstain to express how they feel if no one else asks. Therefore; considering the patient's anxiety is very important in pre-operative care (Cimilli, 2001).

However informing the patient about the process is the leading factor which effect anxiety level, the interaction of the patient with his/her environment is also an important factor. The leading environmental factor in preoperative anxiety is the other patients in the hospital room. According to Festinger's similarity hypothesis; Kulik et al. (1996) underlined that people need to compare themselves with others who are in the same or similar situations. The use of this hypothesis may help people to reduce their anxiety by receiving emotional support and making emotional comparisons (Kulik et al. 2000). The roommates can be accepted as a role model and when roommates were anxious or in pain, this may also affect the patients adversely. In Turkey, however there are too many studies which investigate surgical anxiety, we couldn't reach to any study which investigates the effects of roommates on pre-operative anxiety. Therefore; we aimed to determine the effects of hospital roommates on pre-operative anxiety.

Method: The study was carried out descriptively, in general surgery, orthopedics and urology clinics of two state hospitals in Istanbul with written permission between December 12nd 2010 and January 14th, 2011. The target population of the study included the patients who had surgery in the selected clinics. The sample included 62 patients who met the sample choosing criteria. The sample choosing criteria were being in pre-operative period, being over the age of 18, planning a surgery under general anesthesia, not being diagnosed with a mental disorder, not being disabled to communicate and voluntary participation to study. The data was collected by a questionnaire which is prepared by the researchers and includes questions about the patients' demographics characteristics, past hospital experiences, surgical features of their roommates. To determine the anxiety levels; "State" subscale of the State Trait Anxiety Inventory was used. In the reliability analysis; the chronbach's alpha coefficient was found 0.92. The data was evaluated by using descriptive statistics, Kruskal Wallis, Linear Regression and Spearman's Correlation Analysis.

Results: The mean age of the patients was 53.29 ± 17.54 . Fifty-six point five percent ($n=35$) of the sample were male, 54.8% ($n=34$) were from general surgery clinic and 46.8% ($n=29$) were staying in double rooms. There was a negative and poor correlation between the number of roommates and the patients' anxiety ($rs=-0.355$, $p<0.01$). There was a negative and strong correlation between the number of pre-operative roommates and the patients' anxiety ($rs=-0.621$, $p<0.001$). It was found that the pre-operative anxiety decrease by the increase of the number of roommates ($p<0.001$). There was a negative and strong correlation between the number of pre-operative roommates with different diagnoses and the patients' anxiety ($rs=-0.646$, $p<0.001$). It was found that the pre-operative anxiety decrease by the increase of the number of pre-operative roommates with different diagnoses ($p<0.001$). There wasn't a significant correlation between the patients' anxiety levels and the number of their post-operative roommates ($rs=-0.080$, $p=0.599$), and the number of their roommates who hospitalized for medical check-up ($rs=-0.306$, $p=0.390$). The number of the pre-operative roommates affect the patients' pre-operative anxiety significantly ($p<0.001$). In the regression analyse; it was found that the number of the pre-operative roommates explains 37.4% of the patients' pre-operative anxiety.

Discussion: In Turkey, we couldn't reach to any study which investigates the effects of roommates on pre-operative anxiety. However,

certain studies from the United States of America show that the features of roommates are associated with pre-operative anxiety. In this study, there was a negative and strong correlation between the number of pre-operative roommates and the patients' anxiety. In other words; the pre-operative anxiety decreases by the increase of the number of roommates. In addition; the pre-operative anxiety decreases by the increase of the number of pre-operative roommates with different diagnoses. These findings are consistent with Festinger's similarity hypothesis that Kulik et al. (1996) mentioned. With the perspective of similarity hypothesis; it can be said that with the increase of the number of roommates, the patient may compare his/her situation with more people to get relaxed emotionally. In the study of Kulik et al. (1993); the patients who have a preoperative roommate were found more anxious compared with the patients who have a postoperative or nonsurgical roommate. Kulik and Mahler (1987) reported that; patients who had a postoperative roommate were found less anxious preoperatively. In another study of Kulik et al. (1996) it was found that; having a post-operative roommate decrease the level of anxiety.

As can be seen; these findings aren't consistent with the three studies of Kulik and colleagues. It can be said that, this different results can be related to the sample characteristics and the features of the hospitals. In our study; almost half of the patients were staying in double rooms. The rest of the sample was sharing the hospital room with more than two patients. Accordingly the number of the roommates with different and/or same diagnoses can be changed due to number of beds in the room.

It should be noted that; besides the factors that could affect pre-operative anxiety like socio-demographic characteristics, surgery type and severity of the diseases etc; the number, diagnoses and surgical-period of the roommates could affect patients' pre-operative anxiety. Hence; in admission to surgical clinics, during the setting of the room that the patient will stay, the features of the roommates should be considered.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Boker A, Brownell L, Donen N (2002) The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 49(8):792-798.
2. Cimilli C (2001) Anxiety in Surgery. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 4:182-186.
3. Kulik JA, Moore PJ, Mahler HI (1993) Stress and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Journal of Health Psychology*, Mar;12(2):118-24.
4. Kulik JA, Mahler HI (1987) Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery. *Journal of Health Psychology*, 6(6):525-43.
5. Kulik JA, Mahler HI, Moore PJ (1996) Social comparison and affiliation under threat: effects on recovery from major surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, Nov;71(5):967-79.

Mesa de comunicaciones 8: Metodología/EBP**Concurrent session 8: Methodology/EBP****AUTORES/AUTHORS:**

M^a Jesús Albar Marín, Anna Bocchino, M^a Eugenia Acosta Mosquera, Rosario Vigo Ortega, Carmen Sánchez Ocaña

TÍTULO/TITLE:

Adaptación al español de una escala de empatía etnocultural en estudiantes de enfermería.

OBJETIVOS:

Adaptar al español la escala de empatía etnocultural de Wang y col.(2003) (1) y evaluar sus características psicométricas. Analizar su validez externa, relacionándola con una medida de actitudes positivas y negativas.

MÉTODO

Sujetos: mediante un muestreo por conveniencia fueron seleccionados 300 estudiantes de grado de enfermería de la Universidad de Sevilla, de los cuales accedieron a participar voluntariamente 272.

Instrumentos:

Registro de datos demográficos: incluía las variables edad, sexo, y curso académico.

Escala de Empatía Etnocultural (EEE) de Wang: contiene 31 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, de 6 puntos, desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo", que se agrupan en cuatro factores en el análisis factorial exploratorio. El factor Expresiones y Sentimientos Empáticos incluye ítems relacionados con la comunicación de actitudes o creencias discriminatorias o prejuiciosas así como con la respuesta emocional o afectiva a emociones y/o experiencias de personas de grupos raciales o étnicos diferentes a los nuestros. El segundo factor, Adoptando una Perspectiva Empática, incluye ítems que indican un esfuerzo por entender las experiencias y emociones de personas de diferentes razas y etnias, tratando de tener en cuenta su punto de vista. El tercer factor, Aceptación de Diferencias Culturales, incluye ítems que se centran en el entendimiento, aceptación y valoración de tradiciones culturales y costumbres de personas de diferentes grupos étnicos y raciales. Finalmente, el cuarto factor, Conciencia Empática, incluye ítems que se enfocan en la conciencia o conocimiento que uno tiene acerca de experiencias de personas de grupos raciales o étnicos distintos a los nuestros.

Un análisis factorial confirmatorio proporcionó evidencia de la estabilidad y de la solución factorial obtenida en el exploratorio y, la consistencia interna para la escala total y para cada uno de los factores fue aceptable. Así mismo, también se encontró una correlación positiva con una medida de empatía general y de actitudes hacia personas similares y diferentes.

Para la adaptación de la escala al español se siguieron los pasos que recomienda la literatura (2). En una primera fase se llevó a cabo la traducción directa e inversa de los ítems, originalmente en inglés. Este proceso fue realizado por dos traductores cualificados y posteriormente la revisaron dos expertos psicólogos. Se realizó un pilotaje en 10 estudiantes, para comprobar la comprensión de los ítems.

Listado de emociones positivas y negativas: elaborado ad hoc para este estudio, se seleccionaron ocho emociones, cuatro positivas (admiración, simpatía, solidaridad, ternura) y cuatro negativas (miedo, ira, desconfianza e incomodidad). Los participantes tenían que puntuar la frecuencia con la que las experimentaban, desde nunca a muchas veces.

Recogida de datos: se llevó a cabo durante el mes de Abril de 2011 y, dado que se tardaba unos diez minutos en cumplimentar los instrumentos de medida, se solicitaba permiso al profesor para que los cediera al finalizar la clase. Una vez explicado los objetivos del estudio al alumnado, se proporcionaban los cuestionarios a aquellos que accedían voluntariamente a participar.

Análisis de datos: se empleó el paquete estadístico SPSS 18.0. Las propiedades psicométricas de la escala se exploraron a través de: a) una descripción estadística de los ítems de la escala; b) cálculo del coeficiente alpha de Crombach para la escala total y subescalas; c) exploración de la dimensionalidad a través de un análisis factorial exploratorio (AFE), siguiendo el procedimiento de extracción de componentes principales con rotación OBLIMIN; d) la validez externa se probó mediante un análisis de correlación con las emociones positivas y negativas.

Resultados:

Participaron 47 hombres (17.3%) y 225 mujeres (82.7%). La media de edad es de 21.43 (DT =2.76) en un rango de 18 a 34. El 98.9 es de nacionalidad española y el 1.1 ecuatoriana.

Los resultados obtenidos del AFE nos revela la presencia de dos factores, el primero incluye 15 ítems y explica el 24.9% de la varianza. El segundo factor explica el 11.72%, y la mayoría de los 10 ítems que lo componen, hacen referencia a la capacidad de

respuesta empática (aspectos comunicativos). El resto de los ítems obtiene una carga factorial por debajo de 0.30. Ambos factores obtienen unos altos índices de fiabilidad, de 0.91 el primer factor y de 0.78 el segundo y, de 0.89 para la escala total. En cuanto a la validez externa, se obtienen correlaciones positivas de ambos factores con las emociones positivas y negativas con las restantes. Para un valor $p < .001$, todas las correlaciones son estadísticamente significativas. El primer factor obtiene unos coeficientes de correlación de Pearson positivos con la Admiración, Simpatía y Solidaridad, Ternura ($r = .20, .26, .15, y .13$ respectivamente) y negativos con la Ira, Miedo, Desconfianza e Incomodidad ($r = -.14, -.26, -.23 y -.19$ respectivamente). Respecto al segundo factor, las correlaciones obtenidas con las Emociones Positivas son mayores que las correspondientes al primer factor ($r = .35, .25, .36, y .31$) y similares a las obtenidas con las Emociones Negativas ($r = -.16, -.12, -.23, -.21$).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio era adaptar una escala de empatía etnocultural al español. La estructura factorial que hemos obtenido difiere de la original. En relación con los cuatro factores identificados en el estudio de Wang et al. 2003, la adaptación española en una muestra de estudiantes de enfermería obtiene en el AFE dos factores. El primero de ellos incluye ítems relacionados, la mayoría de ellos, con las emociones que se sienten ante personas de distinta etnia o cultura. Respecto al segundo, algunos ítems hacen referencia a conductas o intenciones de conducta empáticas con la multiculturalidad.

Ambos factores obtienen unos altos coeficientes de fiabilidad y los resultados de la validez externa también ponen de manifiesto las relaciones positivas y negativas que se esperaban con las emociones que se han medido.

No obstante, sería necesario realizar un análisis factorial confirmatorio para llegar a conclusiones más definitivas.

La medición de la empatía etnocultural tiene actualmente un gran interés en España, donde la inmigración ha cambiado los escenarios de salud y está planteando importantes retos a los profesionales para prestar unos cuidados de calidad a usuarios diversos cultural y étnicamente (3,4). Aunque la empatía es un concepto ampliamente investigado en el ámbito de la salud (5); su estudio incluyendo aspectos culturales y étnicos es bastante limitada (6,7). En este sentido, creemos que como docentes tenemos la obligación de preparar graduados que sean conscientes y sensibles de la diversidad étnica y cultural de los futuros receptores de sus cuidados (8-10) y, como investigadores, preocuparnos por contar con un instrumento de medida que ayude a los alumnos a identificar sus sentimientos acerca de la diversidad cultural y, a los profesores a planificar las competencias en éste ámbito.

En resumen, para que los profesionales de enfermería sean competentes en proporcionar unos cuidados sensibles a la diversidad cultural, su formación debe empezar en la facultad y, contar con una escala que mida empatía etnocultural, puede ser de gran interés para que los docentes planifiquen y monitoricen el progreso en enfermería transcultural. Así mismo, puede ser útil también para medir resultados de programas que promuevan la conciencia multicultural en estudiantes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Wang, Y., Davidson, M., Yakushko, O., Savoy, H., Tan, J. & Bleier, J. (2003). The Scale of Ethnocultural Empathy: Development, Validation, and Reliability. *Journal of Counseling Psychology* 50 (2), 221-234.
2. Hambleton, R. K. y Kanjee, A. (1995). Translation of tests and attitude scales. En T. Husen y T. N. Postlewaite (eds.), *International Encyclopedia of Education* (2ª ed. pp. 6326-6334). Oxford, UK: Pergamon Press.
3. Reynolds WJ, Scott B (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Oct;6(5):363-370
4. Wu, S. and Keysar, B. (2007). The effect of culture on perspective taking. *Psychological Science* 18, 600-606.
5. Yu J. & Kirk M. (2008) Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 64(5), 440-454.
6. Tracy G. Cassels, Sheryllynn Chan, Winnie Chung and Susan A. J. Birch (2010). The role of culture in affective empathy: Cultural

and bicultural differences. *Journal of Cognition and Culture* vol.10, 309–326.

7. Rasoal, C., Eklund, J. Hansen, E. (2011). Toward a Conceptualization of Ethnocultural Empathy. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 5.1-13.

8. Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.

9. Krainovich-Miller B., Yost J.M, Norman RG, Auerhahn C., Dobal M., Rosedale M., Lowry M., Moffa C. (2008). Measuring cultural awareness of nursing students: a first step toward cultural competency. *Journal Transcultural Nursing*. Vol 19(3):250-8.

10. Chrisman, N.J. (1998). Faculty infrastructure for cultural competence education. *Journal of Nursing Education*, 37, 45-47.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA HENAR GARCIA PASCUAL, TRINIDAD DIAZ LUENGO, LUZ MAGDALENA DIAZ

TÍTULO/TITLE:

Calidad versus popularidad de las revistas científicas de enfermería on line.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente es indiscutible que la Red ha aumentado la accesibilidad global de información de la salud en línea. No obstante, la naturaleza variable de la calidad de la información de la Red y su percepción del nivel de fiabilidad pueden conducir a la desinformación. Esto hace que los profesionales de la salud y los de enfermería en particular, demanden una información de calidad confiable y precisen para ello una rigurosa selección de la misma (1).

Para abordar estos temas, la Asociación de Médicos de EEUU (AMA) ha desarrollado una serie de principios para guiar el desarrollo y la ubicación en un cbersitio, regir la adquisición y colocación de publicidad y el patrocinio en línea, asegurar los derechos de los visitantes y pacientes a la privacidad y la confidencialidad y proporcionar medios eficaces y seguros de comercio electrónico (2).

Asimismo, la HONcode (3) o Fundación Health On the Net, organismo no gubernamental, es un ejemplo de código de conducta en la Red para sitios de salud basado, como mínimo, en 8 principios: autoría, complementariedad, confidencialidad, atribución, referencia y actualización, garantía, transparencia de los autores, transparencia del patrocinador y honestidad en la política publicitaria (4). Sin embargo, los criterios existentes utilizados para evaluar la información sobre la Red a menudo no están relacionados con la enfermería y especialmente en relación a la práctica clínica basada en la evidencia. Los criterios encontrados están orientados a la salud de los consumidores, la medicina o la información general (5).

En 1982 se creó una base de datos específica de enfermería, la CINAHL (Cumulated Index in Nursing and Allied Health). Sin embargo, en España, no es hasta 1998-99 cuando aparecen las primeras bases de datos como: CUIDEN, CUIDAGET, BDIE, ENFISPO6), contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de la información en enfermería y permitiendo la actualización y comunicación del conocimiento científico, del cual se nutre dicha disciplina.

Actualmente los criterios basados en los inicialmente dictados por la AMA y los principios éticos emitidos por la HONcode, son los criterios internacionales aceptados por la Journal of the American Medical Association (JAMA).

OBJETIVOS

- Evaluar la calidad de las ciberpáginas de las revistas de enfermería científica que aparecen en la base de datos freemedicaljournal .
- Proporcionar información confiable y de calidad, aplicando el código de conducta HONcode.
- Conocer los impactos de las revistas de enfermería científica con contenidos de acceso libre.
- Analizar la relación existente entre los 12 criterios JAMA relativos a los principios éticos de las publicaciones en materia de salud con la mayor o menor popularidad de las publicaciones con contenidos de libre acceso.

MÉTODO**Muestra**

Para la localización del contenido de la muestra "páginas web de las revistas científicas de enfermería", se ha utilizado la página "<http://www.freemedicaljournal.com/>", accediendo a la ventana "temas: Enfermería", identificándose 25 revistas de enfermería

clasificadas por orden alfabético y en relación al factor de impacto.

Se han utilizado 12 criterios de calidad contextualizados bajo las normas de calidad de la AMA, 1999. En ellas se recogen los principios que deben regirse en cuatro grandes áreas de actuación:

1. Principios de contenido.
2. Principios de publicidad y patrocinio.
3. Principios de privacidad y confidencialidad.
4. Principios relacionados con el comercio electrónico.

El objetivo principal de estas normas es suministrar una información médica o de enfermería confiable y de calidad en la ciberpágina.

Se ha aplicado el código de conducta en la Red HONcode para sitios de salud. A continuación, se realiza una exposición de los doce criterios de calidad en base a cada uno de los principios y con su consiguiente explicación.

1. Principios de Contenido:

- Definición.
- Propiedad del sitio.
- Calidad: factor de Impacto.
- Examen-autoevaluación.
- Revisión y última actualización.
- Bibliografía y fuentes de información.
- Vinculación.
- Navegación.

2. Principios de publicidad y patrocinio: basados en una revisión de los "Principles Governing Advertising in Publication of the American Medical Association". El objetivo es asegurar la adhesión a los estándares éticos más estrictos de los anunciantes y mantener la integridad de los sitios web de la AMA. La publicidad no podrá influir en las decisiones de contenido y se prohíbe la colocación de anuncios adyacentes.

- Honestidad-publicidad: no puede interferir con el texto original.
- Honestidad del patrocinador: se refiere al apoyo institucional y la política editorial.

3. Principios de privacidad y confidencialidad.

4. Principios relacionados con el comercio electrónico.

La confidencialidad es el derecho de un individuo a que no se revele información médica o de otro tipo que identifique a otros sin su consentimiento expreso. La privacidad es el derecho del visitante para saber qué tipo de información se recopila y cómo se utiliza:

- Ética-privacidad.
- Confidencialidad.

Criterios de exclusión:

- Revistas que sólo permiten el acceso a su material a colectivos con carácter restringidos o previo pago.
- Revistas que aparecen en otros idiomas, sin traducción directa, como es en polaco o alemán.

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio de tipo descriptivo. Se aplican los 12 criterios de calidad JAMA, (definición- copyright-factor de impacto-autoevaluación-actualización-bibliografía-vinculación-navegación-publicidad-patrocinador-privacidad y confidencialidad) a cada una de las revistas que componen la muestra. Se asigna un punto o ninguno, según las categorías: presencia o ausencia, respectivamente, para cada uno de los 12 criterios de calidad considerados, excepto, para el criterio "Factor de Impacto" en el que se

tomó en cuenta el factor de la revista, caso de que esté disponible.

Para la recogida de datos, las tres personas responsables de este estudio, acordamos de manera conjunta, realizar el análisis de las revistas el mismo día y a la misma hora, es decir, el 19 de diciembre de 2010 a las 20:00 horas, para garantizar una mayor rigurosidad en el proceso de recogida de los datos.

RESULTADOS

Inicialmente, se identificaron 25 revistas científicas de enfermería a través de la página <http://www.freemedicaljournal.com/>, apartado "Enfermería", en función del orden alfabético y factor de impacto. Aplicando los criterios de exclusión se seleccionaron 21 revistas:

1. Acta Paulista de Enfermagem.
2. BMC Nursing Alternative link.
3. Ciencia y Enfermería.
4. Critical Care Nurse.
5. Enfermería Clínica.
6. Enfermería Intensiva.
7. Enfermería en Cardiología.
8. Gerokomos.
9. Index de Enfermería.
10. Investigación y Educación en Enfermería.
11. International Journal of Nursing.
12. Journal of Community Nursing.
13. Nursing (edición española).
14. Open Nursing Journal.
15. Revista Brasileña de Enfermería.
16. Revista Cubana de Enfermería Alternativa Enlace1.
17. Revista Latino Americana de Enfermería.
18. Revista Da Escola de Enfermería de la USP.
19. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.
20. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
21. Texto & Contexto Enfermagem.

De las 21 revistas seleccionadas hay dos criterios que muy pocas cumplen: disponer de factor de impacto (5, 19%) y autoevaluación (7, 33%). El resto de criterios casi todas las revistas los contemplan, salvo tres criterios: actualización de la página (2 revistas no lo cumplen), vinculación (2 revistas no lo cumplen) y privacidad (una revista no lo cumple). Por tanto, los criterios de más difícil cumplimentación, son los relacionados más directamente con la calidad de la publicación, siendo por el contrario, siete los criterios (definición, derechos de autor, bibliografía, navegación, publicidad, patrocinador y confidencialidad) evaluados positivamente para todas las revistas.

De las 5 revistas para las que se tiene información de su factor de impacto (Critical Care Nurse, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Da Escola de Enfermería de la USP, Index de Enfermería e Investigación y Educación en Enfermería), la media de los factores es muy baja (0,512); sólo una revista (Critical Care Nurse) posee un impacto mayor de 1, en concreto, 1,031. En un análisis por revistas, se observa que la media de criterios cumplidos son 10, quedando excluidos los dos anteriormente mencionados asociados a la calidad (disponer de factor de impacto y autoevaluación).

Cuatro revistas (el 19%) (Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Da Escola de Enfermería de la USP, Index de Enfermería e Investigación y Educación en Enfermería), han obtenido una evaluación positiva completa en los 12 criterios. Otras

cuatro (19 %) (Critical Care Nurse, Revista Brasileña de Enfermería, Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y Texto&Contexto Enfermagem), han obtenido una evaluación positiva en 11 criterios. Seis (29 %) (Acta Paulista, BMC Nursing, Enfermería Clínica, Gerokomos, Revista Cubana de Enfermería y Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social) cumplen 10 criterios. Otras seis (29%) (Ciencia y Enfermería, Enfermería Intensiva, Enfermería de Cardiología, International Journal of Nursing, Journal of Community Nursing y Nursing) cumplen 9 criterios. Finalmente, la peor evaluada (Open Nursing Journal) cumple 8 criterios de los 12.

Finalmente, para analizar si existe alguna relación entre el número de criterios que se cumplen y la popularidad de la revista, se realizó un análisis de regresión. La popularidad se midió como el número de enlaces o links a su página web, en función de la información suministrada por el comando "link" de Google.

En una primera representación de la relación entre ambas variables se observa que no parece existir ninguna relación entre ambas. Mientras que para algunas revistas que cumplen todos los criterios no consta que haya ningún enlace hacia su página web (Investigación e Educación en Enfermería), otras con menos criterios positivos poseen, sin embargo, un mayor número de enlaces (Open Nursing Journal).

En el análisis de regresión tenemos una recta con pendiente cercana a 0. Por otro lado, el coeficiente de correlación entre ambas variables es $r = 0,058$, dado que el valor es próximo a cero no existe relación lineal. Por tanto, no parece haber indicios de que la cumplimentación de los criterios JAMA sea un factor que aumente el número de enlaces a la página web de esa revista.

DISCUSIÓN

Este estudio analiza las páginas web de las revistas científicas de acceso libre de enfermería, en base a los criterios JAMA de publicación. Se obtuvieron niveles bastante elevados de criterios para la mayor parte de las publicaciones, siendo los criterios de calidad los de más difícil cumplimentación. A continuación se analizó la "popularidad" de las mismas definida como el número de enlaces que apuntan a sus páginas web principales. Al estudiar si existe relación entre ambas variables, se observó que no existe tal relación siendo quizá otros factores (el carácter comercial de las mismas, el factor de impacto) los que puedan tener más influencia en la popularidad de la revista. Este resultado es de gran interés para el ámbito de la docencia y la investigación pues no siempre las revistas más consultadas son las que cuentan con mayor calidad científica. Queda para el futuro responder a la pregunta sobre cuáles son los factores que más influyen en la popularidad de las revistas científicas de acceso libre de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cader R., Campbell S., Watson D. Judging nursing information on the World Wide Web: a theoretical understanding. J Adv Nurs. 2009; 65(9):1916-25. Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19694855>, el 14 de noviembre de 2010.
2. Margaret A. Winker, MD; Annette Flanagan, RN, MA, Bonnie Chi-Lum, MD, MPH; Jhon White, MS; Karen Andrews; Robert L. Kennet; Catherine D. De angelis, MD.,M.D.,MPH; Robert A. Musacchio, PhD. ACIMED 2001;9 (1):109-22. Consultado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352001000100009&script=sci_arttext, el 11 de noviembre de 2010.
3. Moro Quesada D., Diez Jarilla J.L. Depósito legal: M-48612-; ISBN 84-923357-3-4, 2001. Consultado en: <http://www.lasalud.com/calidad/default.htm>, el 13 de noviembre de 2010.
4. Health On the Net (HON):HONcode: principios en español. Consultado en: <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish>, el 13 de noviembre de 2010.

5. Cader R., Campbell S., Watson D. *Comput Inform Nurs.* 2003; 21(2):97-102. Consultado en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1280295>, el 14 de noviembre de 2010.

6 Sobrido Prieto M., N. Sobrido Prieto C., González Guitian M.J, Guerrero P., García Sánchez M.M., Prieto Díaz A. *Index Enferm,* Granada, 2005;14: 48-49. Consultado el
en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000100020&script=sci_arttext&tIng=e., el 27 de diciembre de 2010.

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Serrano-Gallardo, Aurea González-Masid, Cristina Escudero-Gómez, Mercedes Martínez-Marcos, Montserrat Solís-Muñoz, Reyes González-Zapico

TÍTULO/TITLE:

Uso de recursos de información científica accesible a través de internet al inicio y al final de la carrera

Antecedentes y Objetivos:

El uso de la literatura en ciencias de la salud es el primer paso de cualquier proyecto o trabajo de investigación, y ambos son fundamentales para la formación pre y postgrado. Por otra parte, las necesidades de información que surgen durante la formación universitaria de Enfermería pueden solucionarse mediante el acceso a las diversas fuentes de información a través de internet, y la adquisición de competencias en estas herramientas ha de ocupar un lugar fundamental en las nuevas metodologías educativas definidas en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Asimismo, tanto en la etapa de formación en la universidad como para el futuro desempeño profesional, es fundamental estar al día en la mejor evidencia disponible con el fin de que ésta sea trasladada a la práctica y contribuya a mejorar los servicios que se brindan y finalmente la salud de la población.

El objetivo de este estudio fue describir cómo los estudiantes de enfermería utilizan los recursos de información científica accesible a través de Internet en el comienzo de sus estudios, y los cambios experimentados a lo largo de la carrera.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, multicéntrico, longitudinal (2007-2010) en dos Escuelas de Enfermería españolas (Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de León). La población de estudio fue todos los estudiantes matriculados en primer año (n = 133 León, n = 60 Madrid), los cuales fueron seguidos a lo largo de toda su carrera (Diplomado en Enfermería). El Cuestionario de Evaluación de los Recursos de Información Científica accesible disponibles en Internet (ERICI) basado en el método de Codina (Serrano y Escudero, 2007) fue utilizado como instrumento de recogida de datos, el cual ha sido revisado por expertos en Ciencias de la Documentación y sometido a pilotaje para garantizar su validez de aspecto y de contenido. El instrumento se estructura en tres dimensiones: el uso de recursos (Bases de Datos (BdD), Sitios institucionales, Sitios de Sociedades científicas, Otros sitios), la calidad de los recursos y las herramientas utilizadas para la búsqueda. En lo que respecta a las BdD, La dimensión Calidad de los recursos contempla las subdimensiones: Potencia: Capacidad para satisfacer las necesidades de información del usuario; Virtualidad: Capacidad para albergar información (abundancia de información así como acceso a otras fuentes); Navegabilidad: procedimiento de obtención de información basada en desplazamientos sucesivos tanto dentro de una misma página como de unas páginas a otras utilizando enlaces; Recuperación: Procedimiento que consiste en la extracción de información (descargar ficheros, exportar búsquedas, ..) de determinado fondo documental y en función de las necesidades del usuario; Calidad de la información: cuando reúne características de rigor, exhaustividad y actualidad sobre el tema abordado. En lo relativo a fuentes que no son BdD, se utilizaron criterios seleccionados del Institut for Scientific Information (ISI) para medir la calidad percibida: Autoría: identificación del autor/a (persona, organización u institución) de una información, así como de sus afiliaciones profesionales y facilidad de contacto; Actualidad: la constancia de con qué frecuencia se actualiza la página; Nivel de audiencia: Adecuación del contenido a usuarios de información científica. En la dimensión "Herramientas para la búsqueda", se exploró la utilización de Búsqueda simple; Tesouro o lenguaje controlado; Operadores booleanos; y Limitadores de tiempo, idioma, tipo de artículo, etc. Otras variables estudiadas fueron: edad, sexo, formación superior previa y la presencia de asignaturas o contenidos relacionados con la gestión de fuentes de información a lo largo de la carrera. ERICI se administró en cuatro ocasiones: al inicio de los estudios y al final de cada curso. Análisis y procesamiento de datos: se calcularon índices de estadística descriptiva e inferencia estadística (prueba de

hipótesis para datos apareados: prueba de la t, prueba de Chi-cuadrado, test de Wilcoxon, prueba de McNemar).

Resultados principales

Se estudiaron 152 estudiantes (63,2% de León y 36,8% de Madrid). Media de edad al inicio: 19,9 años (DE: 5,3). 84,9% eran mujeres. Al inicio: el 59,3% había realizado búsquedas al menos varias veces al mes. Acerca de bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud, el 4,1% conocía Medline. Acerca de "Otros recursos", Google fue el recurso más utilizado (60,8%), seguido de Wikipedia (13,8%). Google fue el recurso mejor valorado (media: 4,14; rango 1-5). Un 7,3% conocía y había utilizado un tesoro, ningún estudiante conocía los operadores booleanos y el 11,2% conocía y había utilizado limitadores. La auto-evaluación "conocimiento sobre búsquedas" fue de 3,8 (DE: 2,28) (intervalo 0-10). Al final de la carrera: el 42,6% había realizado búsquedas al menos varias veces al mes ($p=0,221$). Google sigue siendo el recurso más utilizado pero con menor frecuencia (27%). Hubo un cambio estadísticamente significativo ($p=0,000$) para el uso de las bases Medline (32,6%) y CUIDEN (21,3%) y para el uso de tesoros (22,7%), operadores booleanos (19,1%) y límites (35,7%). Google redujo significativamente su calidad media percibida (4,14 a 3,95). La auto-evaluación "conocimiento sobre búsquedas" fue de 5,87 (DE: 1,94) ($p=0,000$).

Discusión y Conclusiones

Los estudiantes aumentaron el uso de bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud como Medline y CUIDEN, y utilizaron estrategias de búsqueda avanzada con tesoro, operadores booleanos y límites. Se ha observado una mejora estadísticamente significativa, aunque discreta, en la autoevaluación en los conocimientos sobre búsquedas a lo largo de la carrera.

Es preciso mejorar las estrategias educativas conducentes a incrementar las competencias en el manejo de los recursos de información científica sobre la base de que es el primer paso de cualquier trabajo de investigación así como de la práctica basada en la evidencia, siendo ambas cuestiones imprescindible para alcanzar excelencia en los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Codina L. Evaluación de los recursos digitales en línea: conceptos, indicadores y métodos. *Revista Española de Documentación Científica* 2000;23(1):9-44.
- Conesa Fuentes MC, Aguinaga Ontoso E, Hernández Morante JJ. Evaluación de la calidad de las páginas sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención Primaria* 2011;43(1):33-40.
- Jiménez Piano M. Evaluación de sedes web. *Revista Española de Documentación Científica* 2001;24(4):405-432.
- Muñoz-Izquierdo A, Puchades-Simó A, Marco-Gisbert A, Piquer-Bosca C, Ferrer-Casares E, Canela-Ferrer A et al. Acceso a Internet de los profesionales de enfermería y tipo de consultas que realizan. *Enfermería Clínica* 2008;(18(1):18-25.
- Novillo-Ortiz D. Google: búsquedas, análisis y trabajo en red en el entorno sanitario. *Enfermería Clínica* 2010;20(5):271-272.

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Ruymán Brito Brito, Armando Aguirre-Jaime

TÍTULO/TITLE:

Diseño y validación de un cuestionario para facilitar el enunciado del diagnóstico enfermero psicosocial.

Objetivo:

Diseñar un cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial válido, fiable y fácil de usar.

Método:

Estudio prospectivo realizado entre marzo de 2009 y mayo de 2010, por enfermeras entrenadas de atención primaria de Tenerife. La muestra se conforma con pacientes elegidos al azar entre los que acuden a consulta y cumplen los criterios de inclusión: ser adulto, con 18 o más años, y que manifieste su aceptación mediante consentimiento informado. Quedan excluidas las personas con retraso mental, trastornos de la comunicación, delirium, demencia, trastornos amnésicos, psicóticos, bipolares, disociativos, de personalidad y esquizofrenia. 185 pacientes garantizan una potencia del 95% en la estimación de correlaciones de magnitud no menor a 0,27 en pruebas bilaterales de contraste de hipótesis a un nivel de significación de 0,05 con unas pérdidas de seguimiento estimadas del 10%.

Fase de diseño:

- 1-Selección de etiquetas psicosociales a incluir tomando como marco conceptual la taxonomía NANDA.
- 2-Elección de aspectos claves de definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo.
- 3-Construcción de banco de ítems para conformar reglas diagnósticas de cada problema.
- 4-Asignación de escala de respuesta: tipo Likert o dicotómica.
- 5-Proposición de reglas diagnósticas para cada problema según combinación de respuestas.
- 6-Agrupación de problemas en dimensiones.

Fase de validación:

- 1-Valoración por grupo de expertos de validez de contenido del cuestionario tentativo.
- 2-Prueba piloto para comprobar comprensión, viabilidad y tiempo de ejecución.
- 3-Revaloración por expertos de validez de contenido del cuestionario modificado.
- 4-Estimación de validez de constructo, criterio parcial y convergencia parcial con cuestionarios validados y proxys en su contenido a problemas del instrumento en construcción, validez etiológica, y fiabilidad externa, intra y entre observadores, e interna, sobre la muestra de pacientes.

En el momento de inclusión se rellena una Hoja de registro de datos sociodemográficos y clínicos y una enfermera administra por primera vez el instrumento. A continuación se pasa el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems, la Escala de Sucesos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe, la Escala Reducida de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, si el participante es cuidador, y los Criterios de Duelo Complicado de Prigerson, si es doliente. Se conciertan nuevas citas para segunda y tercera administración, en intervalos de una y tres semanas después participando dos enfermeras.

Análisis estadístico.

Las características de encuestadores y pacientes, así como de los resultados de instrumentos, se describen resumiendo las variables nominales con frecuencia relativa de categorías, las ordinales o de escala que no sigan una distribución normal con mediana (P5-P95) y las de escala normales con media-aritmética (DT).

Las pruebas de validez de constructo del cuestionario se realizan mediante análisis factorial con rotación varimax. La validez de criterio parcial para los etiquetados diagnósticos susceptibles de tener como proxys de su contenido a otros instrumentos empleados, se realiza tomando estos últimos para estimar sensibilidad, especificidad, frecuencias relativas de falsos positivos y negativos,

valores predictivos de resultados negativos y positivos, y rendimiento de las etiquetas. La validez de convergencia parcial, empleando proxys, se realiza comparando las puntuaciones entre la presencia o ausencia de los diagnósticos mediante la prueba U de Mann-Whitney y para los resultados en forma de ausencia o presencia de la afectación estimando su concordancia libre de azar con la etiqueta del cuestionario a prueba mediante el coeficiente kappa de Cohen. En las pruebas de validez etiológica se emplean las pruebas pertinentes para la estimación de correlatos, diferencias, heterogeneidad de distribuciones, de variables sociodemográficas y clínicas con o entre etiquetados diagnósticos, y su correspondencia cualitativa con los factores asociados de forma teórica por NANDA. La fiabilidad entre e intra observadores, empleando la técnica test-retest, se calcula con el coeficiente kappa de Cohen, la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y las asociaciones entre ítems de las reglas, con el coeficiente de Spearman-Brown. Las pruebas de reducción se basan en las variaciones del estadístico alfa para reglas, dimensiones y global con eliminación de ítems, y los cambios que en consecuencia se producen. El análisis de pérdidas en la segunda y tercera administraciones se realiza comparando las características de los sujetos que permanecen con la de los sujetos que se pierden. Todas las pruebas de contraste de hipótesis son bilaterales a un nivel de significación estadística $p < 0,05$ y los cálculos se realizan con ayuda del paquete estadístico SPSS v.19.0.

Resultados:

Para la confección del cuestionario se eligen 27 diagnósticos. Con los aspectos claves de su definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo se generó un banco de 130 enunciados para construir los 67 ítems del cuestionario inicial. La combinación de respuestas determina la asignación de problemas, agrupados en seis dimensiones: Percepción-Manejo de la Salud, Conducta-Interacción Social, Emocional-Autopercepción, Cuidador-Sobrecarga, Pérdida-Duelo y Trastorno de Imagen. Se conformó un grupo experto multidisciplinar siguiendo criterios consensuados (Guirao y Clíments, 2007). El cuestionario sufrió cambios en la forma de ítems y reglas. Seguidamente se sometió a prueba piloto en 20 pacientes elegidos al azar. Se eliminaron ítems y otros sufrieron cambios en sus enunciados siendo revisada la forma y validez de contenido, depurando reglas y agregando otra etiqueta. El nuevo cuestionario quedó compuesto por 62 ítems y 28 problemas. Se indican saltos de preguntas. Su nombre es CdePS, Cuestionario para el diagnóstico enfermero Psico-Social.

Se contó con la participación de 45 enfermeras de 11 zonas de salud, 78% mujeres, edad: 36(9) años y experiencia laboral: 14(8). La muestra, 188 pacientes. El tiempo de administración, 9(5-12) minutos. Características muestrales: 98% caucásicos, 95% españoles, 86% católicos, 68% mujeres, 56% casados o convivientes, 21% solteros, 23% divorciados o viudos, 13% vivían solos, 28% con otra persona, 59% con dos o más, 23% sin hijos, 18% con uno y 39% con dos, 97% con relaciones familiares, 90% también de amistad y 64% vecinales, 60% cuidadores, 49% en duelo, 23% universitarios, 38% estudios secundarios, 27% primarios, 10% sabían leer y escribir y 4% analfabetos, 47% trabajaban, 20% jubilados, 15% desempleados y 13% dedicados al hogar. Ingresos per cápita de 1500(715-2500) euros. Acudían 4(1-10) veces al año al centro de salud, 11% con alguna discapacidad, 22% diagnosticado de problema psicológico, ansiedad o depresión.

La valoración del estado psicosocial de la muestra, con finalidad descriptiva y proxy, arroja los siguientes resultados: afectación aguda según GHQ-28 en un 29-36% según punto de corte. La puntuación en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes fue de 146(72-219), 50% con niveles de estrés que afectan a la salud. Entre los cuidadores, el 36% con cansancio. Entre los dolientes un 2% con Duelo Complicado.

Las pruebas de validez de constructo confirman las dimensiones teóricas del instrumento con un 53% de varianza total explicada. Las pruebas de validez de criterio indican una especificidad del 66-100% y las de validez convergente, mayores puntuaciones de los instrumentos de referencia cuando CdePS asigna etiquetas diagnósticas. Las pruebas de validez etiológica indican que las características sociodemográficas y clínicas del paciente asociadas con las etiquetas asignadas por el cuestionario corresponden con factores relacionados del marco NANDA. Las pruebas de fiabilidad indican grados de acuerdo test-retest del 56-91% ($p < 0,001$) y una consistencia interna del 93%. El cuestionario final tiene 61 ítems, seis dimensiones y hasta 28 etiquetas diagnósticas.

Discusión:

El CdePS cumple con criterios de calidad requeridos a instrumentos de valoración (Terwee et al, 2007). Su creación se basa en la necesidad de mejorar la precisión diagnóstica enfermera y aumentar la concordancia, reducir la complejidad y facilitar la informatización (Lunney, 2010). Diversas investigaciones revelan las dificultades encontradas por las enfermeras para el empleo de NANDA: cargas de trabajo, desconocimiento, poca práctica, dificultades con informatización, falta de modelo teórico, de consenso y definiciones confusas, imprecisas, vagas y poco objetivables (Paganin et al, 2008). Asumir la taxonomía diagnóstica NANDA implica un análisis crítico y adaptación cultural, contextual y filosófica (Lützen y Tishelman, 1996).

En el diseño de CdePS surgió la necesidad de delimitar y redefinir los problemas para establecer criterios diagnósticos claros. Se ha constatado la necesidad de desarrollar instrumentos a través de análisis cuantitativos potentes y de priorizar áreas concretas, apuntando como necesarios los análisis conceptuales, validación de constructo y de criterio (Guirao et al, 1999). Se ha indicado la necesidad de análisis de fiabilidad, epidemiológicos, causales y de generalización para el desarrollo de diagnósticos NANDA individuales y grupos (Parker y Lunney, 1998). La construcción y validación del CdePS ha seguido estas recomendaciones, partiendo de su prueba en una población lo más universal posible cuyas características psicosociales son similares a las de otros estudios (Zantinge et al, 2005).

En las pruebas de validez de constructo, la varianza explicada se encontró en los valores de otros instrumentos que valoran aspectos psicosociales (GHQ, SF-36). Las pruebas de fiabilidad muestran una consistencia interna fuerte y las pruebas de acuerdo se encuentran entre las categorías bueno y muy bueno (Landis y Koch, 1977). Al comparar la fiabilidad con la de otros instrumentos psicosociales, los rangos de concordancia son similares. En la validación etiológica las asociaciones encontradas permiten plantear nuevas hipótesis para estudios confirmatorios siendo conveniente abordar la multicausalidad y explorando grados de asociación, correlatos o factores condicionantes.

Los pacientes con problemas psicosociales demandan más atención y tiempo en atención primaria y generan mayor carga (Zantinge et al, 2005). Estos problemas pueden precipitar la aparición del trastorno mental (Villaverde et al, 2000) e incluso empeorar enfermedades físicas (Franklin, 2009). La OMS considera fundamental capacitar al personal de atención primaria para la detección y tratamiento de trastornos mentales y conductuales comunes (OMS, 2001). El CdePS resulta adecuado para detectar sintomatología psicosocial ya que el infradiagnóstico en atención primaria es un hecho constatado (Bushnell, 2004) y la utilización sistemática de instrumentos mejora la detección (MaGPIe Research Group, 2005).

Limitaciones del estudio: pérdida de casos en el seguimiento test-retest (10% previsto); ausencia de gold estándar para diagnósticos enfermeros, empleando patrones proxy y ausencia de datos de prevalencia de diagnósticos enfermeros psicosociales necesarios para el cálculo de valores predictivos, lo que obligó a tomar los valores de la muestra. Podría existir un sesgo de autoselección con el abandono de pacientes con menor interacción social, sus implicaciones en el análisis parecen favorables.

Como conclusión, podemos afirmar que el CdePS es un instrumento válido, fiable y sencillo de usar para el enunciado del diagnóstico enfermero psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bushnell J, MaGPIe Research Group, 2004. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *British Journal of General Practice* 54(508), 838-843.

Franklin BA, 2009. Impact of psychosocial risk factors on the heart: changing paradigms and perceptions. *Physician and Sports medicine* 37(3), 35-37.

Guirao i Goris JA, Cuesta Zambrana A, Benavent Garcés A, 1999. Nursing diagnosis. Keys for its development. *Revista de Enfermería* 22(7-8), 554-558.

Guirao i Goris JA, Duarte Clíments G, 2007. The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the spanish validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 18(3), 84-92.

- Landis JR, Koch GG, 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1), 159-174.
- Lunney M, 2010. Diagnósticos enfermeros e investigación. En: NANDA International, 2010. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier, Barcelona. 2010.
- Lützen K, Tishelman C, 1996. Nursing diagnosis: a critical analysis of underlying assumptions. *International Journal of Nursing Studies* 33(2), 190-200.
- MaGPIe Research Group, 2005. The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *British Journal of General Practice* 55(518), 665-669.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Extraído el 16 de Junio, 2010 de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
- Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER, 2008. Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 19(4), 150-7.
- Parker L, Lunney M, 1998. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis* 9(4):144-150.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Wint DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC, 2007. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 60(1), 34-42.
- Villaverde Ruiz M, Gracia Marco R, Morera Fumero A, 2000. Relationship between psychosocial stress and mental disease: community study. *Actas Españolas de Psiquiatría* 28(1), 1-5.
- Zantinge EM, Verhaak P, Kerssens J, Bensing JM, 2005. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *British Journal of General Practice* 55(517), 609-614.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernandez Fernandez-Arroyo

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto para la elaboración de un cuestionario de evaluación para el 2º nivel del programa de Educación M

JUSTIFICACIÓN: Los programas de Educación Maternal están contemplados en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Para aumentar la calidad de un programa educativo la evaluación es el mayor exponente de control y mejora (1). Según la bibliografía (2), hoy no están claros ni los beneficios actuales de la educación prenatal, ni cuáles son los mejores enfoques educativos para su uso, por lo que se hace necesario la construcción de herramientas de evaluación.

OBJETIVOS: Elaborar un cuestionario para evaluar el 2º nivel del programa de Educación Maternal o sesiones del tercer trimestre de gestación. Determinar la validez de contenido y de constructo del cuestionario de acuerdo a la definición operacional de las cuatro dimensiones del modelo CIRA para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos.

MÉTODO: **Ámbito:** Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (C.M.). **Diseño:** Estudio descriptivo transversal. **Sujetos participantes:** Muestra no probabilística representativa de 25 expertos que cumplen los criterios de inclusión (matronas de atención primaria que imparten el 2º nivel del programa de Educación Maternal en centros de salud de la C. M. y soliciten por escrito su deseo de participar en el proyecto). Para evitar el sesgo de afinidad que conllevaría el que la selección de los expertos la realizase el investigador se ofrece la posibilidad de participar en el estudio a la población total de 172 expertos en el momento del estudio, otoño 2010. Por análisis del cuestionario previo pasado a 22 gestantes la variabilidad mayor en las preguntas fue de 4. Asumiendo los datos, un intervalo de confianza del 95% para un promedio tendría una amplitud de +/- 0,99 puntos con un tamaño de 22. Para garantizar la representatividad de las 11 áreas sanitarias de la C.M. se determinó dos expertos por área. Se recibieron 25 solicitudes. Cumplían el criterio de representatividad y se aceptaron. **Variables:** Según el estudio previo de los cuestionarios utilizados en la C.M. (3), se seleccionan 67 variables que se agrupan en las 7 dimensiones que resultan representativas: datos de grupo, asistente, organización, metodología, aprendizaje, satisfacción, valoración y mejora de las sesiones. Además se introdujeron tres preguntas abiertas para conocer las propuestas de cambio en la redacción de los ítems, las sugerencias de nuevos ítems y las observaciones. **Instrumento:** cuestionario de 67 ítems cerrados y 3 abiertos, codificado para este estudio de acuerdo a la definición operacional de las cuatro dimensiones del modelo CIRA para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos (claridad en la redacción, idoneidad del ítem, relevancia y accesibilidad a los datos). Se pidió opinión previa sobre la comprensión de las cuestiones a 5 expertas en educación maternal que no participaron en el estudio y al Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la C. M.. Se realizaron las modificaciones pertinentes y se pasó a 22 mujeres en el tercer trimestre de gestación para obtener un feedback acerca de la pertinencia del lenguaje utilizado que conllevó las modificaciones oportunas. Se buscó que fueran personas de diferentes edades, nivel educativo y área sanitaria de referencia. **Análisis de datos:** Análisis estadístico descriptivo con programa SPSS v.15. Se operativizaron las dimensiones del modelo CIRA aplicadas a las variables como numéricas y se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias. **Consideraciones éticas:** Se obtiene aprobación del proyecto por la comisión de investigación y a la comisión de ética del Hospital Universitario la Paz. Se informa, por escrito a la población de estudio y se facilita un teléfono de contacto. Se obtuvo consentimiento informado de los participantes y se garantiza la confidencialidad en el manejo de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992 de regulación del Tratamiento Automatizado de los datos de Carácter personal, La Ley Orgánica 15/ 1999 de Protección de datos de carácter Personal.

RESULTADOS: Se exponen los resultados en relación con las siete dimensiones contempladas:

1 Grupo: recoge los datos del grupo que realiza la evaluación (centro de salud, turno y fecha). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3,2 sobre 4, porcentajes superiores 40% en todas las frecuencias del valor superior y adecuada accesibilidad.

- 2 Asistente: recoge las características del asistente y los factores de riesgo de la embarazada. Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3 sobre 4, porcentajes superiores 28% en todas las frecuencias del valor superior y adecuada accesibilidad, excepto en el ítem del nivel socioeconómico que presenta medias menores a 3, frecuencias inferiores en el valor superior al 17% en cuanto a claridad, idoneidad y relevancia, y un 32% de no adecuada accesibilidad.
- 3 Organización: recoge la opinión sobre los elementos de la organización (información previa, horario, duración del programa, duración de cada sesión, instalaciones, recursos, número de participantes, documentación entregada). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3,4 sobre 4, porcentajes superiores a 32% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad.
- 4 Metodología: recoge la opinión sobre la forma de enseñar (la forma de enseñar ayuda a aprender, preparación de las sesiones, objetivos, claridad de las exposiciones, fomento de la participación de los asistentes, resolución de dudas, confianza para expresar inquietudes, disminución de miedos, cambios de ideas erróneas, preocupación de la matrona por que se la entienda, la matrona se da cuenta de que algo no se ha entendido y lo vuelve a repetir). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3,2 sobre 4, porcentajes superiores a 32% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad.
- 5 Aprendizaje: recoge la percepción de cambio en el aprendizaje obtenida con el programa. En cuanto a los cambios en los hábitos (consumo de sustancias tóxicas antes de la gestación, consumo de sustancias tóxicas al inicio de la gestación, disminución de consumo de sustancias tóxicas gracias al programa, aumento de los hábitos saludables gracias al programa). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3 sobre 4, porcentajes superiores a 28% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad. En cuanto a los cambios en los conocimientos (gestación, cuidados en la gestación, parto, cuidados en el parto, puerperio, cuidados en el puerperio, lactancia, cuidados en la lactancia, cuidados del recién nacido, ejercicio físico, ejercicios de suelo pélvico, técnicas de respiración, técnicas de relajación, técnicas de masaje). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 2,72 sobre 4, porcentajes superiores a 32% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad. En cuanto a los cambios en las vivencias desarrolladas con el programa (vivencia de la gestación, sensación de control hacia el parto, sensación de control hacia el puerperio, sensación de control hacia la lactancia, sensación de control hacia el cuidado del bebé, vinculación afectiva prenatal). Se obtienen medias superiores a 2,96 sobre 4 en todos los componentes del modelo CIRA, porcentajes superiores a 28% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad.
- 6 Satisfacción: recoge la satisfacción (general, con la organización, con el profesorado, con el aprendizaje teórico, con el aprendizaje práctico de cuidados, con las técnicas de apoyo). Se obtienen en todos los componentes del modelo CIRA medias superiores a 3,4 sobre 4, porcentajes superiores a 48% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad.
- 7 Valoración y mejora de las sesiones: recoge la opinión sobre las sesiones (identificación de las sesiones a las que se ha asistido, de las sesiones que le han aportado más, de las que le han aportado menos, inclusión de tema, sugerencias). Se obtienen, en todos los componentes del modelo CIRA, medias superiores a 3,6 sobre 4, porcentajes superiores a 64% en todas las frecuencias del valor superior y alta accesibilidad.
- 8 Opinión: En las preguntas abiertas se recogen las propuestas de cambio en la redacción de los ítems, dos propuestas de nuevos ítems y diecinueve comentarios.

Se diseña un nuevo cuestionario que mantiene las 7 dimensiones y 55 ítems. Se solicita revisión por el Departamento de Evaluación y el de Calidad de la C.M. Se realizan modificaciones y se pasa a una prueba piloto de 10 gestantes. Resulta adecuada la comprensión y se trabaja el diseño con el Departamento de Investigación del H. la Paz. Se obtiene un formato cómodo de un folio por las dos caras. Resulta un cuestionario que dada la metodología de construcción presenta validez de contenido y de constructo.

DISCUSIÓN: No se han encontrado trabajos de similares características en educación maternal con los que se pueda comparar el trabajo realizado. Los cuestionarios de evaluación de segundo nivel de educación maternal que se recogieron en el estudio previo tampoco tienen este tipo de fundamentación, ya que son cuestionarios más breves y más específicos de parámetros de satisfacción

(3). En la búsqueda bibliográfica se han encontrado trabajos en el ámbito de la psicopedagogía y de la psicología que por tratar temas meramente clínicos o didácticos no son susceptibles de comparar con este estudio. Por tanto, la mayor aportación de este trabajo, estriba en ser el primer cuestionario de evaluación para el segundo nivel de educación maternal que cuenta para su diseño con un trabajo previo (3) en el que se analiza la bibliografía relacionada y los cuestionarios que se utilizan en 2010 en la C. M. y un estudio piloto en el que los expertos, mediante el modelo de valoración de jueces "CIRA", valoran cada ítem en razón de su claridad, idoneidad, relevancia y accesibilidad. La mayor limitación del estudio está relacionada con la selección de la muestra. Al ser las matronas expertas las que deciden participar en el estudio, se puede pensar que participan las más motivadas. Esta limitación se desestimó en el diseño en base al estudio de motivación de las matronas de atención primaria de la C.M. (4) en el que se muestran cifras muy altas y homogéneas de motivación. Por ello, se estima que la disposición de las matronas a participar o no en el estudio, está más en relación con su falta de tiempo debido a la actual presión asistencial (una matrona cada 18.342 mujeres en 2008) (4). El objetivo de elaborar un cuestionario de evaluación para el 2º nivel del programa de Educación Maternal se ha logrado. Se ha construido una herramienta con validez de contenido y de constructo cuyos ítems han resultado adecuados según la definición operacional de las cuatro dimensiones del modelo CIRA para la validación de indicadores por el método de jueces-expertos. La herramienta diseñada debe estudiarse ahora en una muestra representativa de población que permita analizar el funcionamiento de sus ítems e iniciar el análisis de la información que aporta.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Con su utilización se podrá cubrir la necesidad detectada en la bibliografía (2,5-9) de estudiar los beneficios actuales de la educación prenatal y se podrán analizar los mejores enfoques educativos. Además, teniendo en cuenta la actual legislación de calidad en materia de Sanidad (10-11), el trabajo aporta la resolución de un paso importante en el camino hacia el aumento de la calidad de un programa de Educación para la Salud que se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

AGRADECIMIENTO: A todos los departamentos consultados y a todas las matronas de atención primaria de la C.M.

PALABRAS CLAVE: educación para la salud, maternidad, evaluación programas, atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Castillo S. Evaluación de Programas de Intervención Socioeducativa. Madrid: Pearson Education, S.A. 2004.
- 2- Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Withdrawn Paper. 2007, art. no. CD002869). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007(3).
- 3- Fernández M. Estudio de los cuestionarios de evaluación de los programas de educación maternal que se emplean en la Comunidad de Madrid. 2010. (Pendiente de publicación)
- 4- Fernández M. Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación Maternal. Index Enferm (Gran) 2009; 18(2):126-130
- 5- Morilla Bernal, Mercedes; Morilla Bernal, Angel Felipe; Ortega Peinado, Milagros; López Eslava, Isabel. La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? Evidentia. 2009 jul-sep; 6(27). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2719.php>> (Acceso 2 sep. 2011)
- 6- Fernández Arraque A.M. Comparación de un programa de educación para padres durante la etapa gestacional, puerperal y los tres primeros meses de vida del bebé frente al programa de educación maternal habitual. Biblioteca Las Casas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0545.php> (Acceso 2 sep 2011)
- 7-Artieta-Pinedo, Isabel; Paz-Pascual, Carmen; Grandes, Gonzalo; Remiro-Fernandezdegamboa, Gurutze; Odriozola-Hermosilla, Itziar; Bacigalupe, Amaia; Payo, Janire. The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain . Nursing Research. 59(3):194-202, May/June 2010.
- 8- Reichman NE, Corman H, Noonan K, Schwartz-Soicher O. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. Rev Econ

Househ. 2010 Jun 1;8(2):171-197.

9- Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J; McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. Birth. 2006 Sep;33(3):210-20.

10- Unión Europea. Nuevo planteamiento estratégico de salud pública para la UE (2008-2013). Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=es&type_doc=COMfinal&an_doc=2007&nu_d oc=630 (Acceso 2 Sep. 2011)

11- Conserjería de sanidad y consumo. Plan de mejora de atención primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid. Febrero 2006.

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Marta Lima Serrano, Nerea Jiménez Picón, Isabel Domínguez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Validación de criterio de la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar

El concepto de salud familiar se aplica al sistema familiar como un todo que es más que la suma de sus miembros. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud familiar describe su funcionamiento, como unidad de estructura, en relación a la familia como agente social primario, para fomentar la salud y el bienestar. La salud familiar se relaciona con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, las interacciones entre individuo, familia y sociedad, la solución a problemas, o la capacidad para adaptarse a situaciones de crisis (1-3). Se construye en la propia dinámica interna que establecen sus miembros, en la forma en que se educan y socializan, en la toma de decisiones, en la disponibilidad y el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades (4). Tomando en consideración la Clasificación de Criterios de Resultados de Enfermería (NOC) la salud familiar está conformada por una serie de dimensiones, entre las que destacamos el clima familiar, el funcionamiento familiar, la integridad familiar, su capacidad de resistencia frente a los problemas que les afectan y el afrontamiento familiar. Además cuando algún miembro de la unidad presenta un problema de salud y requiere de cuidados o asistencia, incluimos el apoyo familiar, la normalización familiar y la participación de la familia en el proceso asistencial (5).

La salud familiar es un proceso continuo y dinámico, en constante equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan. Así, la enfermedad, la discapacidad, la muerte de algún miembro, o acontecimientos como separaciones, divorcios, pérdidas de empleo, suponen desafíos que pueden afectar a la unidad, poniendo en riesgo la salud familiar (6).

Diferentes autores han señalado que el interés de las enfermeras en la familia muestra un gran crecimiento (7), que se reflejado en el desarrollo de diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones enfermeras, instrumentos metodológicos o sistemas de valoración dirigidos a la unidad familiar.

Desde distintas disciplinas se construyen instrumentos clinimétricos, para captar la autopercepción de los miembros de la familia sobre distintos aspectos de la misma. Entre los validados para la población española encontramos el Test de Apgar Familiar para la valoración de la dinámica familiar, el cuestionario MOS para la valoración del apoyo social o la Escala de Reajuste Social para la valoración de los agentes vitales estresantes (8-10).

Las razones que impulsan al uso de instrumentos y escalas de valoración pueden ser diversas: la valoración de un problema de salud, la clasificación de usuarios, la derivación u orientación hacia servicios socio-sanitarios, la evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial, la realización de estudios epidemiológicos u otro tipo de investigaciones (11), lo que explica que éstos se construyan desde determinados enfoques disciplinares, y por lo tanto, respondan al interés disciplinar por obtener determinada información, lo que, de alguna manera, lo dota de una especificidad que pudiera hacerlos inadecuados o imprecisos para los objetivos de otras disciplinas. Esto avala la necesidad de construir instrumentos específicos, desde un enfoque enfermero, que ayuden a las enfermeras a valorar la salud familiar.

Un equipo de investigadores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla viene desarrollando un modelo valoración familiar, desde una perspectiva enfermera bajo dos premisas básicas: la concepción de la familia como sistema, y la consideración de que la salud familiar, junto a determinantes externos, depende de ocho dimensiones fundamentales inherentes al propio sistema familiar. Estos son: 1) el clima familiar, 2) el funcionamiento familiar, 3) la integridad familiar, 4) la resistencia familiar, 5) el afrontamiento familiar, y 6) el apoyo, 7) la normalización familiar y 8) la participación, cuando algún miembro presenta un problema de salud que requiere especial atención.

Dentro de esta área de investigación, atendiendo a las recomendaciones de diferentes autores que enfatizan la urgente necesidad de realizar esfuerzos para la construcción y validación de nuevos instrumentos de medición cuando no existen otros que midan lo que pretendemos medir (12,13), se desarrolló y validó una escala de autopercepción del estado de salud familiar desde una perspectiva enfermera e inspirada en criterios de resultados enfermeros.

Objetivos

Determinar la validez de criterio de la escala, comparándola con la escala APGAR familiar, utilizada como gold estándar por su amplia aceptación en el ámbito científico y asistencial (8,11).

Método.

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal, sobre una muestra de 227 familias residentes Sevilla capital y área metropolitana. La recogida de información fue realizada por enfermeras de Atención Primaria de Salud durante la atención a algún miembro de la unidad familiar en la consulta o en el domicilio. Los cuestionarios se aplicaban de forma autoadministrada, voluntaria y anónima.

Se compararon las escalas Autopercepción del Estado de Salud familiar y el APGAR-familiar validado para la población española. La escala Autopercepción del Estado de Salud Familiar explora las ocho dimensiones anteriormente citadas, cada una de ellas se componen de diez ítems. Para cada uno de éstos se establecen tres opciones de respuesta. (Casi nunca, A veces, Casi siempre). Se diseñó mediante revisión bibliográfica. Se realizó una validación de contenido mediante panel de expertos y se sometió a un pilotaje para determinar sus propiedades psicométricas, demostrando una elevada fiabilidad global (a de Cronbach = .944). El análisis factorial demostró que cada una de las dimensiones está formada por tres factores, excepto la integridad familiar que tiene dos.

La escala global tiene 80 ítems, 10 por cada una de las ocho dimensiones. Así, por ejemplo para el Clima familiar se utilizan los siguientes ítems. En mi familia: Nos esforzamos en mejorar buscando el crecimiento personal y familiar; Cuando tenemos un problema puedo comentarlo; Nos sentimos comprendidos por los demás; Las cosas se hacen de una forma establecida; Se da mucha importancia a cumplir las normas; Procuramos administrar nuestro dinero lo mejor posible; Se valora la realización de actividades intelectuales; Acudimos a actividades culturales; Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor; Tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.

El Apgar familiar mide la autopercepción de la funcionalidad del grupo familiar con cinco dimensiones: Adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. Para ello establece los siguientes ítems: ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?; ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?; ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?; ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?; ¿Siente que su familia le quiere? Para cada ítems se establecen tres opciones de respuesta. (Casi nunca, A veces, Casi siempre).

Se recogieron también características sociodemográficas: edad, sexo/género, posición en la familia, y número de miembros de la misma.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y análisis bivalente entre los dos instrumentos mediante el estadístico r de Pearson. Se midió el tamaño del efecto para los siguientes valores bajo ($r=.1$), medio ($r=.3$), alto ($r=.5$). Se asumió un riesgo de error $\alpha=.05$. Los análisis fueron apoyados con el SPSS 18.0.

Resultados:

Las características de las personas que cumplimentaron las escalas son: Edad: Media: 52,42 años, desviación típica: 19,3. Género: Hombres: 15,4%, Mujeres: 84,1%. Posición en la familia: Cónyuge: 22,5%, Padre/madre: 41,9 %, Hijo/a: 33%, otros: 2,6%. Número de miembros de la unida familiar: 2 = 15%; 3 = 18,9%; 4 = 26,9%; 5 = 22,9%; más de 5 = 16,3%.

Existen relaciones positivas estadísticamente significativas entre el Apgar familiar y la escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar completa, $r(226)=-.765$, $p.000$. Existen igualmente relaciones positiva entre el APGAR familiar y cada una de las dimensiones de la escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. Para el clima familiar $r(227)=-.765$, $p.000$, para el

funcionamiento familiar $r(227) = .623$, $p.000$, para la integridad familiar $r(227) = .757$, $p.000$, para la resistencia familiar $r(227) = .504$, $p.000$, para el afrontamiento familiar $r(227) = .680$, $p.000$, para el apoyo familiar $r(226) = .630$, $p.000$, para la normalización familiar $r(227) = .613$, $p.000$ y para la participación en el proceso asistencial $r(227) = .448$, $p.000$.

El tamaño del efecto resultó alto ($r \geq .5$) en todas las dimensiones salvo en la Participación con un valor próximo a alto ($r = .448$)
Discusión:

Diversos autores coinciden en la necesidad de diseñar y validar nuevos instrumentos de medida cuando no existan otros que midan lo que pretendemos medir, como es el caso de la escala aquí presentada (12,13).

El instrumento en su totalidad, y las ocho subescalas que lo conforman, han sido validados previamente por varios métodos, estos son, el juicio de expertos, el análisis de características psicométricas como la fiabilidad (mediante la prueba alpha de Cronbach) y la validez de constructo, demostrando su unidimensionalidad mediante el análisis de factores principales. A pesar de que cada subescala está formada por más de un factor, esto no indica que no midan dimensiones únicas como son el clima familiar, el funcionamiento familiar, la integridad familiar, la resistencia familiar, el afrontamiento, el apoyo familiar, la normalización familiar y la participación en el proceso asistencial, ya que como indican Nunnally, Bernstein, Arellano, y Guillén, el hecho de que el constructo que queramos medir esté formado por varios factores no indica que la escala sea multidimensional, sino que éstos son compatibles con un significado único y de clara interpretación de toda la escala (14).

Además del análisis factorial, la validación de criterio, esto es, la comparación del instrumento diseñado con otros instrumentos, que pueden ser considerados como gold estándar, es un método de comprobación de la validez, porque es una forma de comprobación experimental del significado de nuestro instrumento (15). La Escala de autopercepción de estado de salud familiar ha mostrado correlaciones positivas estadísticamente significativas con el test Apgar Familiar, pudiendo aceptar éste último como gold estándar al haber sido previamente validado para la población española y ser ampliamente utilizado en el ámbito científico y asistencial para la atención a la salud familiar (8,11). En todos los casos el tamaño de efecto de las relaciones fue alto, lo que aumenta la potencia de la investigación, y por tanto del instrumento.

Se presenta un instrumento para medir la Autopercepción del Estado de Salud Familiar, desde un enfoque enfermero, inspirado en criterios de resultados enfermeros, para el dominio Salud familiar, que ha demostrado su validez y fiabilidad. Este puede ser un instrumento adecuado para la investigación, para la docencia y la práctica clínica y asistencial, resultando novedoso y útil para la disciplina enfermera.

Este es de gran aplicación práctica, al permitir determinar la autopercepción del estado de salud familiar y aportar indicadores específicos para medir la salud familiar. Resulta un instrumento complementario en la valoración al aportar la propia percepción que de la misma tiene un representante de la unidad familiar. Al estar basado en criterios de resultados enfermeros, se conjuga fácilmente con la metodología y las taxonomías enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lima JS, Lima M, Saéz A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clin.* 2009; 19(5):280-3.
2. Mejías LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm [internet]*. 2010 [citado 2011 jul. 25]; 19(2-3):138-42. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200015&script=sci_arttext
3. Louro I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral [internet]*. 2004 [citado 2011 jul. 25]; 20(3). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi06304.htm
4. González I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral [internet]*. 2000 [citado 2011 jul. 25]; 16:508-12. Disponible en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252000000500015&Ing=en&nrm=iso&ignore=.html

5. Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona. Elseviers. 2008
6. Rolland JS. Familia, Enfermedad y Discapacidad. Barcelona: Gedisa; 2000.
7. Robinsion C. Unifying Distintions for Nursing Research With Persons and Families. Journal o Family Nursing. 1995. 1(1) 8-29
8. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-95.
9. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005; 6 (1): 10-18.
10. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. Psiquis. 1983; 4 (1): 7-11.
11. Romeo A S, Gala B, Gómez E. Uso de escalas de valoración en el proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes. Index Enferm [internet]. 2006 [citado 2011 Sep 13];15(54):56-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962006000200012&Ing=es.doi: 10.4321/S1132-12962006000200012.
12. Moraes CL. Reichenheim ME. Cross - cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales. Portuguese version used to identify violence within couples. Cad. Saúde Publica, 2002;18:783-96.

Mesa de comunicaciones 10: Profesión / Gestión**Concurrent session 10: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Julia Martinho, Margareth Angelo

TÍTULO/TITLE:

La satisfacción con la decisión en salud en pacientes con enfermedad genética

Resumo:

Todo el proceso de la enfermedad causa un gran impacto emocional en el paciente y su familia, porque es un momento de incerteza en que un ser querido puede someterse a riesgos significativos. Por esta razón las personas que rodean al paciente en esta etapa adquieren una importancia vital, ya que por veces sus reacciones están involucradas en un clima de confusión e inseguridad. Hay muchas reacciones que se pueden desarrollar en este proceso siendo a veces reveladoras de las dificultades que enfrentan.

El acto de toma de decisiones puede ser un acto de sufrimiento. El proceso de decisión requiere opciones no siempre fáciles de hacer. Lo que ganas, las pérdidas existentes, los posibles impactos y conflictos, son extremadamente complejos y movilizados en este proceso.

Desarrollamos nuestro estudio en pacientes con Polineuropatía Amiloidea Familiar (PAF). Nuestro propósito con este estudio es contribuir para el desarrollo de conocimientos dirigidos a la comprensión del proceso salud-enfermedad en las familias con PAF con la intención que esto, pueda ayudar a revelar lógicas implícitas, sobre las conductas de salud que se adoptan.

Utilizamos un estudio de enfoque multicaso. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista semi-estructurada a 12 pacientes con PAF.

Los resultados destacan la importancia de mirar con cuidado la familia, de acuerdo con su aprendizaje, su experiencia y la etapa del ciclo de vida.

Palabras-clave: Enfermería; Satisfacción; Decisión en salud; Enfermedad Genética.

Abstract:

Every process of disease implies a huge emotional impact on the patient and on the family because it is a moment of life when a loved one can undergo significant risks. For this reason people who surround the patient at this stage acquire a vital importance, and sometimes their reactions are involved in a climate of confusion and insecurity. There are many reactions that may develop in this process, which are sometimes an indication of the difficulties they face. The act of decision-making can thus be an act of suffering. The decision process requires choices not always easy to do. As there are gains and losses, potential impacts and conflicts, this process is therefore extremely complex and mobilizing.

We develop our study in families with sick members with Familial Amyloid Polyneuropathy (FAP). Our purpose with this study is to contribute to the development of knowledge aimed at understanding the health-disease process in families with FAP. This goal can help reveal implicit logic, which may underlie adopted health behaviors. We use a multi case study approach; data were collected using semi-structured interview of 12 patients. The results highlight the importance of looking to family, according to their learning, experience and stage in the life cycle.

Key Word: Nursing; Satisfaction; Decision Making in Health; Genetic Disease.

Introducción:

Los pacientes están cada vez más involucrados en las decisiones de salud, por lo que es importante comprender la dinámica específica de la propia decisión (Holmes-Rovner et al., 1996).

Comprender las reacciones de los pacientes y sus familias a los fenómenos de la enfermedad requiere una comprensión del proceso de socialización de la construcción de creencias y valores. La experiencia de estar enfermo es una experiencia individual única, siendo modelada y estructurada por los valores de la sociedad donde estamos.

Los estereotipos negativos creados alrededor de los individuos con trastornos genéticos / hereditarios, como es el caso de Polineuropatía Amiloidea Familiar (PAF), se acompañan de graves repercusiones sociales (Jonsen, Athlin & Suhr, 2000; Andrade,

2002)

Las representaciones sociales asociadas con "el sangre bueno o malo" y la creencia en la incurabilidad crean en estas familias, la idea del castigo por la presencia de la enfermedad. Socialmente a su vez estas familias se consideran indeseables y propagadoras de la enfermedad.

El riesgo genético es generalmente visto como responsabilidad familiar, influyendo en su estructura y dinámica (Forrest et al., 2003). La Polineuropatía Amiloidea Familiar (PAF) es una enfermedad crónica hereditaria y degenerativa, autonómica de carácter dominante. "La expectativa es que los niños de los pacientes tienen una probabilidad del 50% de ser afectados por la enfermedad" (Sales-Luís, M., et al, 1988). Es una enfermedad que afecta el sistema nervioso periférico con pérdida de sensibilidad térmica y dolor, cambios motores y autonómicos con manifestaciones gastrointestinales, cardiovasculares, renales, vesico-esfinterianas, en los ojos, piel y sexuales (Andrade, C, 1952; Conceição, I., 2006;). Aparece en la edad adulta, es altamente incapacitante y tiene una evolución letal. Por lo que causa un gran impacto el diagnóstico de esta enfermedad en las personas que de ella sufren cambiando los emocionalmente, así como a los miembros de la familia.

La situación de enfermedad genera incertidumbre y falta de control sobre la vida, causando malestar en la familia (Denham, 1999; Oliveira & Angelo, 2000; Penrod, 2001; McCormick, 2002; Angelo, 2010).

Los miedos y las incertidumbres surgen ante los cambios físicos causados por la enfermedad, así como las repercusiones de esta en las expectativas de futuro ocurriendo la toma de decisiones con gran tensión (O'Connor, Bennet, Stacey et al, 2009). La aparición de la enfermedad desafía la estructura y el equilibrio anterior de la familia. Mantener este equilibrio depende del ciclo evolutivo, del familiar afectado, de la gravedad de la enfermedad y de las creencias sobre la enfermedad.

Objetivo: Describir cómo los pacientes con la enfermedad genética perciben la satisfacción con las decisiones de salud.

Métodos:

Hemos optado por un estudio cualitativo, porque es una realidad sociológica particular, utilizamos el estudio de caso, comparación multicases de acuerdo con Yin (2005).

Pregunta: "¿Cómo es la percepción de la satisfacción con las decisiones de salud en los pacientes con enfermedad genética (PAF)?"

Participantes: Entrevistamos 12 pacientes con PAF. La captura de los participantes se llevó a cabo a través del Centro de Estudios y Apoyo a la Paramiloidosis y la Asociación de Paramiloidosis da Póvoa de Varzim - Portugal. Estudio aprobado por el Comité de Ética. Respetamos los principios de la Declaración de Helsinki.

Criterios de inclusión: Los participantes son adultos (mayores 18 años) deben tener conocimiento del diagnóstico médico y capacidad para comunicar experiencias personales.

Recolección de datos: El instrumento de recolección de datos utilizado fue la entrevista semi-estructurada (grabada y transcrita) organizada en dos áreas temáticas:

- Conocimiento de los factores que influyeron en la satisfacción con la decisión de la salud (Conocer el significado que los pacientes atribuyen a los factores que influyen en la satisfacción) y Influencia de la familia (Tener la percepción de los pacientes acerca de los elementos que influyen en la satisfacción de la familia).

Análisis: Seguimos las pautas metodológicas recomendadas por Bardin (2009) para el análisis del contenido. Usamos esta técnica en tres etapas: " Pre-análisis, exploración de lo material, tratamiento e interpretación de datos".

Después de una minuciosa lectura atendiendo a los objetivos del estudio y las cuestiones teóricas mencionadas, ordenamos y clasificamos el contenido de los relatos, identificando los temas y las ideas transformadas en unidades significativas de análisis, organizando los temas.

Resultados:

Todos estos participantes reportan estar satisfechos con las decisiones adoptadas en su proceso salud-enfermedad. Identifican como factores que influyeron en la satisfacción con las decisiones de salud, la Interacción de comunicación que se traduce en Acciones de Apoyo o no Apoyo en la toma de decisiones. Las emociones conflictivas en la experiencia de la enfermedad generan cierta ambivalencia que promueve dificultades de comunicación y aislamiento de los elementos en relación a su propia familia y al exterior, creando un ambiente de silencio y de engaño, lo que puede dificultar el proceso de toma de decisiones (Waidman et al, 2007). La interacción comunicacional es visto como un factor influyente en la satisfacción con las tomas de decisión en salud, ya que marca la experiencia inicial de los pacientes y las familias al tomar la decisión de hablar sobre la enfermedad, siendo identificado pelos participantes como un factor interno intrínseco al paciente y familia. Es también un marco el momento en que se aborda en la familia el tema, disminuido la tensión existente. La familia se encuentra más "abierta" a las opciones y las intervenciones terapéuticas. Acciones de apoyo como la información y la colaboración en la atención (Stacey, Legaré, Sandy, Menard & O'Connor, 2008) también se citan como factores influyentes en la satisfacción. Dado que los pacientes reportan más satisfacción con la decisión cuando esta resulta de varias opciones posibles, se hace con el conocimiento de los riesgos y beneficios, sin prisas, con el apoyo de otros familiares y significativos y no contradicen sus valores.

En el proceso de desarrollo de la enfermedad también están presentes los determinantes sociales relacionados con las condiciones de vida del paciente y su familia, que también tienen implicaciones para la toma de decisiones y por lo tanto con la satisfacción. Son apuntados acontecimientos estresantes motivados por esta enfermedad como: el desempleo, el divorcio y la muerte de otros elementos con la enfermedad en la familia que afectan la perspectiva de éxito y la toma de decisiones en salud, así como el tiempo (progresión de la enfermedad y el ciclo de vida familiar) estos elementos son mencionados por los participantes como los factores exteriores ya que están fuera de su control individual siendo transversales en la enfermedad.

Discusión:

El estudio indica la interacción comunicacional como uno de los factores que influyen en la satisfacción con las decisiones de atención de estos pacientes.

Como algunos autores refieren la comunicación en la familia sobre la enfermedad genética, es un tema complejo, que está influenciada por las experiencias pasadas, los factores culturales, la información de que dispone y la percepción individual de la incertidumbre con respecto a su estimación del propio riesgo (Forrest et al, 2003).

Estas cuestiones asociadas al proceso de toma de decisiones en el desarrollo de esta enfermedad nos llevan a reconocer la importancia de profundizar la adquisición de conocimientos en esta área, ya que el proceso de decisión, surge como un producto social, resultado de una serie de constreñimientos: representaciones, expectativas, conflictos de valores, creencias, etc.

Los resultados destacan la importancia de un enfoque sistémico de la enfermedad genética ya que la toma de decisiones y la satisfacción se basan en las experiencias y la fase del ciclo de vida de estas familias que tienen un miembro enfermo.

Implicaciones para la práctica: Los conocimientos adquiridos permitirán el establecimiento de intervenciones para ayudar estos pacientes e sus familias así como el desarrollo de teoría sobre este fenómeno. Como limitaciones del estudio, se puede hablar del número reducido de participantes, siendo también importante diversificar los enfoques metodológicos en futuros estudios sobre las representaciones y formas de hacer frente a la enfermedad con estas personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Holmes-Rovner, M; et al. Patient Satisfaction with Health Care Decisions: The Satisfaction with Decision Scale. Med Decis Making.1996;16:56-64

2. Andrade, Maria Perdigão. Pensar e Agir: As Doenças Genéticas e o Diagnóstico Pré-natal, Coimbra: Quarteto, 2002.
3. Forrest, K, et al. To tell or not to tell: barriers and facilitators in family communication about genetic risk. *Clinical Genetics*.2003; 64(4):317-26
4. Sales-Luís, M. et al. Estudos electroneurológicos em familiares de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF): Correlação com a presença de transtirretina anormal. *Boletim do hospital*.1988; 3 (9): 99-101
5. Andrade,C. A peculiar form of peripheral neuropathy, London: *Brain*.1952; 75:408-27
6. Conceição, I. Clínica e história natural da polineuropatia amiloidotica familiar. *Sinapse*.2006; 6(1): 86-91
7. Denham, SA. Part 2: Family Health During and After Death of a Family Member. *Journal of Family Nursing*, 1999; 5(2): 160-183.
8. Oliveira, I; Angelo, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. *Rev.Esc.Enf.USP*.2000; 34(2): 202-8
9. Penrod J. Refinement of the concept of uncertainty. *J Adv Nurs* 2001; 34: 238-45.
10. McCormick KM. A concept analysis of uncertainty in illness. *Image: J Nurs Scholarsh* 2002; 34: 127-31.
11. Angelo, Margareth. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(4):437-443
12. O`Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment of screening decisions (Review).The Cochrane Collaboration. *Cochrane Library*, 2009.
13. Yin, Robert K. Estudo de caso: planejamento e método. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman companhia ed, 2005
14. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70,2009
15. Waidman, M. A. P. et al. Vivenciando problemas de saúde em família: a implementação de uma proposta teórico- metodológica de cuidado. *Online Brazilian Journal of Nursing*,2007; 6 (0):1-10
16. Stacey D, Murray MA, Legaré F, Sandy D, Menard P., O`Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework evidence, and implications for nursing practice, education and policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2008;5(1):25-35.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Liébana Presa, M^a Carmen Muñoz Villanueva, M^a Aurora Rodríguez Borrego, Dolores Guerra Martín, M^a Elena Fernández Martínez, Ana M^a Vázquez Casares

TÍTULO/TITLE:

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTADO AFECTIVO DE LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN

1. OBJETIVO.

La preocupación de las universidades por brindar una docencia de calidad supone considerar el mayor número de variables implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005). Dentro de la vida diaria, los estados de ánimo positivos y negativos pueden influir sobre las actividades individuales en una amplia diversidad de contextos (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Cabello y Salguero, 2009) y el ámbito académico podría ser uno de ellos. El objetivo de este estudio es analizar las relaciones que existen entre la inteligencia emocional (IE) y el afecto positivo (PA) y negativo (NA) en estudiantes de Enfermería y Fisioterapia, de la Universidad de León.

Una versión ligeramente abreviada de la definición de IE fue la propuesta por Mayer y Salovey (1997) quienes describieron este constructo como "la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual". Fundamentaron su modelo en estas habilidades y las agruparon en cuatro niveles ordenados jerárquicamente.

En las últimas décadas, la gran mayoría de los estudios sobre las experiencias emocionales y la estructura del afecto coinciden en que el afecto está conformado por dos dimensiones; afecto positivo y afecto negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta estructura se ha visto corroborada en estudios realizados en diferentes países, entre ellos en población española (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999).

Existen estudios que relacionan la IE con el bienestar psicológico y emocional (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001, Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003), también con los niveles de estrés, sintomatología ansiosa, depresiva, estado de salud físico y mental (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006). También existe evidencia científica del estado afectivo y la influencia de variables cognitivas y afectivas (Chico y Ferrando, 2008). En relación con el género se encuentran diferencias en la frecuencia con la que los hombres y mujeres expresan emociones positivas y negativas (Simon y Nath, 2004, Robles y Páez, 2003).

Sin embargo, son escasas las publicaciones que analizan las relaciones entre los dos constructos objeto de nuestro estudio (Ramos, Morán, Pérez y Manga, 2007, Contreras, Bardosa y Espinosa, 2010). Se necesita más investigación sobre las relaciones entre los estados afectivos positivos y negativos y la inteligencia emocional, con el fin de avanzar más en esta perspectiva promotora de bienestar.

2. MÉTODOS**2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La metodología que se empleó en este estudio fue una modalidad de investigación cuantitativa sin intervención. Es un estudio descriptivo correlacional.

2.2 PARTICIPANTES Y ÁMBITO DE ESTUDIO

600 sujetos, alumnos de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de León matriculados en el curso académico 2009/2010. Esta Universidad está constituida por el Campus de León donde se imparte la titulación de Enfermería (300 alumnos) y el Campus de Ponferrada, donde los alumnos pueden estudiar Enfermería y Fisioterapia (150 alumnos por titulación).

2.3 VARIABLES

Las variables medidas se detallan en los distintos instrumentos de recogida de datos; edad, sexo, curso, titulación y campus, atención, claridad y reparación emocional (TMMS-24) y afecto positivo y negativo en el momento presente y en general (PANAS).

2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuestionario de características socio-demográficas; fecha de cumplimentación, sexo, edad, curso, titulación y campus donde cursan sus estudios.

CUESTIONARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA TMMS-24. (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

Versión de 24 ítems con respuesta tipo Lickert de 1 (fuerte desacuerdo) hasta 5 (fuerte acuerdo). La escala evalúa tres dimensiones, atención, claridad y reparación emocional. El análisis se hace teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas, y no en la puntuación global de la escala.

ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO PANAS (Sandín y cols., 1999). Compuesta por un listado de 20 adjetivos que describen sentimientos y emociones. 10 adjetivos evalúan PA y otros 10 evalúan NA. Se puntúa con una escala tipo Likert desde 1 (nada o casi nada) hasta 5 (muchísimo). En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos en las últimas semanas, y en el segundo apartado se les evalúa generalmente.

2.5 PROCEDIMIENTO

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo en el aula dentro del horario académico. Se solicitó los permisos oportunos tanto a la dirección de la escuela como a los profesores de las distintas asignaturas que colaboraron en la recogida de datos. Se informó a los participantes de las directrices para rellenar los cuestionarios de manera adecuada. Aproximadamente, el tiempo empleado en cumplimentar los cuestionarios fue de 20 minutos. En todo momento se señaló la voluntariedad, la finalidad del trabajo así como el anonimato de los resultados de forma oral y escrita.

2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico de los datos fue fundamentalmente descriptivo, analítico y correlacional. Tras comprobarse que no se cumplía el ajuste a una distribución normal de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se realizaron pruebas no paramétricas (pruebas U de Mann-Whitney) para las comparaciones de medias entre los grupos de titulación, campus y sexo. Y para valorar las asociaciones entre las variables cuantitativas, se realizaron correlaciones no paramétricas y se obtuvieron los coeficientes rho de Spearman. La base de datos y los análisis estadísticos citados se han realizado mediante el programa informático SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

3. RESULTADOS

Participaron 577 sujetos. El sexo predominante fue el femenino con 481 mujeres (83.4%). La media edad fue de 22 años. La muestra analizada se distribuye en las distintas titulaciones de ciencias de la salud de la universidad de León de la siguiente manera; 435 estudiantes (75.4%) estaban matriculados en Enfermería, 142 (24.6%) en Fisioterapia. Pertenecían al campus de Vegazana 284 alumnos (49.2%) y 293 (50.8%) eran los participantes vinculados al campus de Ponferrada.

En general (n=577), es decir, sin tener en cuenta la titulación, el campus ni el sexo, los valores medios del TMMS-24 fueron para la atención 26.76, claridad 25.81 y reparación emocional 26.59 y las medias obtenidas con la escala PANAS fueron, para el afecto positivo 35.40 y para el afecto negativo 25.03. Las correlaciones estadísticamente significativas se encontraron entre la variable atención emocional y el NA reciente ($\rho=0.269$, $p<0.001$) y NA general ($\rho=0.280$, $p<0.001$), lo que significa que a mayor atención mayor afecto negativo. Para la variable claridad emocional se hallaron asociaciones positivas con el PA general ($\rho=0.285$, $p<0.001$) y PA reciente ($\rho=0.357$, $p<0.001$) y negativas débiles entre la claridad y el NA general ($\rho=-0.173$, $p<0.001$) y NA reciente ($\rho=-0.174$, $p<0.001$). Puntuaciones altas en claridad emocional se relacionan con valores elevados de PA y bajos de NA. En cuanto a la dimensión reparación emocional correlaciona positivamente con PA general ($\rho=0.361$, $p<0.001$), PA reciente ($\rho=0.366$, $p<0.001$) y negativamente con NA general ($\rho=-0.341$, $p<0.001$) y NA reciente ($\rho=-0.351$, $p<0.001$), los valores altos de reparación se relacionan con valores altos en PA y bajos en NA

Teniendo en cuenta la titulación (Enfermería y Fisioterapia), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las

puntuaciones medias, los estudiantes de Enfermería obtienen valores inferiores que los que cursan los estudios de Fisioterapia en las siguientes dimensiones: Reparación emocional ($p=0.046$), enfermería ($M=26.32$) y fisioterapia ($M=27.56$), PA general ($p=0.001$), enfermería ($M=35.91$) y fisioterapia ($M=38.54$) y PA reciente ($p=0.011$), enfermería ($M=35.01$) y fisioterapia ($M=36.55$).

Teniendo en cuenta el campus (León y Ponferrada), también se han obtenido diferencias estadísticamente significativas ($p=0.002$) para la variable PA reciente: los alumnos de Ponferrada ($M=36.16$), muestran un mayor afecto positivo que los de León ($M=34.59$). Teniendo en cuenta el sexo (hombres y mujeres), se han hallado diferencias estadísticamente significativas para cuatro de las siete dimensiones estudiadas, excepto en el caso de la reparación emocional, las mujeres muestran valores más altos de atención y afecto negativo que los hombres: Atención emocional ($p=0.035$), hombres ($M=25.6552$) y mujeres ($M=27$), reparación emocional ($p=0.033$), hombres ($M=27.63$) y mujeres ($M=26.48$), NA reciente ($p<0.000$), hombres ($M=21.55$) y mujeres ($M=25.67$) y NA general ($p<0.000$), Hombres ($M=21.42$) y mujeres ($M=24.20$).

4. DISCUSIÓN

Por separado ambos constructos, IE (Bermúdez y cols. 2003) y afecto (Chico y cols., 2008), se han relacionado con el bienestar psicológico o ausencia del mismo. En conjunto, Extremera y cols., 2009 comprobaron como las personas con alta atención mostraban mayor afectividad negativa y positiva inmediata, además en su estudio, las dimensiones claridad y la reparación se asocian con mayor afectividad positiva. Otros estudios (Contreras y cols., 2010) relacionaron los niveles adecuados de afectividad positiva con niveles intermedios de IE, y encontraron que la reparación emocional es significativamente mayor que la atención y claridad, se apoya la idea que los individuos capaces de manejar sus emociones presentan menores emociones negativas y facilitan las positivas (Bermúdez, 2003). También Ramos y cols., 2007, se refieren al afecto negativo y la IE como variables predictoras del cansancio emocional, manifiestan el factor protector de la salud psicológica en estudiantes. Esta asociación de variables se confirma en los análisis de correlación de nuestra muestra puesto que la adecuada comprensión de los estados emocionales (claridad) y la regulación de los mismos (reparación) se relacionan con alto afecto negativo y bajo afecto positivo. Aunque algunos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo, (Contreras y cols., 2010) otros parecen indicar que las emociones positivas, como calma, entusiasmo o cólera son expresadas más frecuentemente por los hombres que por las mujeres, y éstas expresan más las emociones negativas, como ansiedad y tristeza (Simon y cols., 2004, Robles y cols., 2003). También se obtienen evidencias de que las mujeres presentan mayores puntuaciones de atención emocional que los hombres (Fernández-Berrocal y cols., 2001).

Nuestros resultados indican que las universitarias focalizan y atienden más a sus sentimientos y emociones y muestran un mayor afecto negativo que los universitarios y que éstos reparan mejor sus estados emocionales que las mujeres. Además las diferencias halladas para las titulaciones indican que los futuros fisioterapeutas, se perciben con mayor capacidad para reparar sus estados de ánimo negativo y prolongar los positivos, que los estudiantes de enfermería. Por último, respecto al campus donde cursan sus estudios, se muestra como los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia de Ponferrada tiene mayor afecto positivo que los que estudian en el campus de León.

Se evidencia la importancia que la IE y el afecto tienen sobre el bienestar del estudiante, los alumnos con habilidades emocionales muestran mayor capacidad de manejar sus estados de ánimo, favoreciendo situaciones mentales positivas y regulando el malestar negativo. Por tanto, promover actitudes más positivas en la formación de futuros enfermeros y fisioterapeutas puede ser una alternativa de desarrollo en su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bermúdez MP, Álvarez T y Sánchez A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universytas Psicológica*, Bogotá 2, 27-32
- Chico E y Ferrando PJ. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3)

408-412

- Contreras F, Barbosa D y Espinosa JC. (2010). Personalidad, inteligencia emocional y afectividad en estudiantes universitarios de áreas empresariales Implicaciones para la formación de líderes. *Revista diversitas perspectivas en psicología* 6,1
- Extremera N y Fernández-Berrocal P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 45-51
- Extremera N, Fernández-Berrocal P, Ruiz-Aranda D, Cabello R y Salguero, JM. (2009). Estados de ánimo previo y recuperación afectiva ante una situación de estrés de examen académico: el papel de la regulación emocional. *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín
- Fernández-Berrocal P, Ramos N y Extremera N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95
- Mayer JD y Salovey P. (1997). What is emotional intelligence? En P Salovey y D Sluyter (Eds) *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp 3-31). New York: Basic Books
- Ramos F, Morán C, Pérez M y Manga D. (2007). Relaciones entre la inteligencia emocional, la personalidad y el cansancio emocional en estudiantes universitarios. *Interpsiquis*
- Robles R y Páez F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) *Salud mental*, 26 (1), 69-75
- Salanova M, Martínez I, Bresó E, Llorens S y Grau R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del Desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21, 170-180
- Simon RW y Nath LE. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1176
- Watson D, Clark LA y Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANNAS scales. *Journal Personality Social Psychology*, 54:1063-1070

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Maria Albuquerque Freire, Maria José Lumini Landeiro

TÍTULO/TITLE:

El uso de tecnologías de la información en la educación en enfermeira: revisión sistemática de la literatura

Introducción

Los avances tecnológicos han llegado a influir en los procesos de trabajo en materia de salud, incluso en el ámbito de la enfermería, e inducir cambios en el manejo, cuidado y educación. En particular en el contexto de la educación, estos resultados las innovaciones en la creación de entornos virtuales de aprendizaje (EVA) gracias al uso de equipos multidisciplinares.

En el siglo XXI, aunque el e-learning es ampliamente reconocido en varios países como un método de aprendizaje importante y legítimo, ser utilizado por profesionales de la salud y ser de uso común en la educación enfermeira, la investigación realizada en este campo está aún en su fase inicial y hay una serie de preguntas sin respuesta, especialmente en lo que sobre las experiencias de adecuación, accesibilidad, eficacia y el aprendizaje. Es importante identificar si la educación a distancia se ha utilizado en la formación de enfermeira y preguntar: Qué procesos de desarrollo y de evaluación se utilizan en la creación de cursos on-line en enfermería?

Objetivo

Identificar y describir el desarrollo y evaluación de cursos on-line en la enfermeira.

Método

Llevamos a cabo un trabajo de revisión sistemática. Para la creación de límites a la búsqueda se utilizou lenguaje booleana en la intersección de los descriptores MeSH: nursing AND e-learning ((pedagogic* AND model*) OR (educat* AND model*) OR (learning AND model*) OR (instruction* AND model*) OR (instruction* AND design) OR (pedagogic* AND design)) en el resumen, título o palabras clave en bases de datos científicas Web of Science, CINAHL y Medline. Se utilizaron criterios de ámbito y de idioma, com exclusión de registros en otros idiomas que no Inglés, portugués, francés y español. No se utilizaron criterios de temporalidade.

Resultados

Se identificaron 71 referencias, revisadas por los investigadores en pares, 25 fueran excluidos por el título y el resumen, cinco por criterio lingüístico, 17 por critério de âmbito y 6 por replicación de trabajos. Fueron analizados 18 artículos.

Los estudios se refieren a la formación regular (de grado y postgrado) o de enfermería continua, tienen un horizonte de tiempo que se extiende desde 2004 hasta 2010, se desarrollaron sobre todo en Taiwán (6) y en el Reino Unido (5). Los demás artículos son de Estados Unidos(2), Australia, Canadá, Irlanda, Malasia y Suecia, un artículo, respectivamente. La mayoría son estudios transversales(6) y de cohorte(6). Los artículos restantes son revisiones sistemáticas(2), estudios de casos(2), un cuasi-experimental y un experimental.

Se identificaron como principales obstáculos para el desarrollo de cursos con el uso de EVA: resistencia al cambio, costos, planes o paquetes mal diseñados, tecnología inadecuada, falta de habilidades, necesidad de un componente de la enseñanza cara a cara y ansiedad relacionada con el uso de computadores.

El análisis de los artículos revelan que no hay diferencia significativa en relación con la satisfacción del usuario en lo que respecta a la enseñanza de la enseñanza tradicional en entornos virtuales de aprendizaje. Sin embargo, existen diferencias significativas en algunos aspectos, especialmente en la integración de conocimientos teóricos en la práctica clínica, en habilidades, en el trabajo en equipo y la interacción y hay ventajas en el uso de estas tecnologías en cursos blended, con los principales mediadores y

facilitadores los profesores del curso respectivo.

Discusión

Estos cursos son adecuadas no sólo para las enfermeras, sino también para los estudiantes de enfermería, independientemente de su etapa de aprendizaje donde se encuentran. En consecuencia, estas metodologías deben aplicarse en diferentes contextos organizacionales, las instituciones de salud y escuelas. Para lograrlo debe haber condiciones que faciliten el aprendizaje incluyendo la mediación de los recursos de aprendizaje sistemáticamente organizados.

La identificación de las posibles barreras son una exigencia principal a tener en cuenta cuando se trata de desarrollar estos cursos. La literatura indica las principales soluciones, o las condiciones de facilitar para hacer frente a las dificultades encontradas en el uso de AVA: la promoción de la normalización, la adaptación de las estrategias, integración del e-learning en planes de estudio, enseñanza mixta (blended) con los momentos de enseñanza en el aula y el aprendizaje a distancia (mezcla), la facilidad de acceso a la tecnología y la flexibilidad de horarios, la capacidad para adquirir las habilidades de los usuarios de las TIC antes de la formación, la capacitación de los usuarios, apoyo, la disposición de las organizaciones a pagar por los cursos y dar tiempo a los empleados a participar en este tipo de formación.

En la actualidad, la actual invasión de la tecnología en diferentes contextos es una realidad cotidiana. Por paradójico que pueda parecer, la literatura indica que los principales factores que inhibe la propagación de la educación a distancia es el conservadurismo y el alojamiento en relación con los métodos tradicionales de aprendizaje, la resistencia al cambio y la incapacidad en el uso de las tecnologías.

Implicaciones para la práctica clínica

El uso de estas metodologías pueden promover la adhesión de las enfermeras a la formación regular o continua, contribuyendo a la optimización de sus habilidades clínicas y la calidad de las prácticas de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carbonaro M.; King S.; Taylor E.; Satzinger F.; Snart, F. & Drummond, J. Integration of e-learning technologies in an interprofessional health science course. *Medical Teacher* 2008, 30, p. 25–33.
- Carroll, C.; Booth, A.; Papaioannou, D.; Sutton, A.; Wong, R. UK Health-Care Professionals' Experience of On-Line Learning Techniques: A Systematic Review of Qualitative Data. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2009, 29(4), p. 235–241.
- Carruth, A.; Broussard, P.; Waldmeier, V.; Gauthier, D. & Mixon, G. Graduate Nursing Online Orientation Course: Transitioning for Success. *Journal of Nursing Education* 2010, 49(12), p. 687-690.
- Chang, W.; Sheen, S.; Chang, P. & Lee, P. Developing an e-learning education programme for staff nurses: Processes and outcomes. *Nurse Education Today* 2008, 28, p. 822–828.
- Chen, S.; Stocker, J.; Wanga, R.; Chung, Y.; Chen, M. Evaluation of self-regulatory online learning in a blended course for post-registration nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today* 2009, 29, p. 704–709.
- Cheng, T.; Chang, S. A new hybrid model for exploring the adoption of online nursing courses. *Nurse Education Today* 2008, 28, p. 293–300.
- Childs, S.; Blenkinsopp, E.; Hall, A.; Walton, G. Effective e-learning for health professionals and students—barriers and their solutions. A systematic review of the literature - findings from the HeXL project. *Health Information and Libraries Journal* 2005, 22(Suppl. 2), p. 20–32.
- Feng, R.; Chang, P. Demands and Expectation for the e-Learning Model in Clinical Nursing Education. *Consumer-Centered*

Computer-Supported Care for Healthy People. H.-A. Park et al. (Eds.). IOS Press 2006, p. 810.

Jeffries, P. Development and Testing of a Hyperlearning Model for Design of an Online Critical Care Course. *Journal of Nursing Education* 2005, 44(8), p. 366-372.

Kelly, M.; Lyng, C.; McGrath M. & Gerald C. A multi-method study to determine the effectiveness of, and student attitudes to online instructional videos for teaching clinical nursing skills. *Nurse Education Today* 2009, 29, p. 292–300.

Tait, M.; Tait, D.; Thornton, F. & Edwards, M. Development and evaluation of a critical care e-learning scenario. *Nurse Education Today* 2008, 28, p. 970–980.

Yu, S.; Chen, I.; Yang, K.; Wang T.; Yen L. A feasibility study on the adoption of e-learning for public health nurse continuing education in Taiwan. *Nurse Education Today* 2007, 27, p. 755–761.

AUTORES/AUTHORS:

LUIS FELIPE ESCALERA FRANCO, JOSE MANUEL MEDINA CARMONA, ISABEL MARTIN ESCRIBANO, JOAQUIM DE LA BLANCA

TÍTULO/TITLE:

Cuidados de Enfermería en el Traslado Interhospitalario. Diez meses de registro enfermero.

INTRODUCCIÓN

El nuevo registro enfermero, creado por el personal de enfermería del Equipo de Traslados Interhospitalarios del Hospital Infanta Margarita en Cabra, Córdoba, lleva instaurado en nuestro centro desde Agosto del 2010. Ha supuesto una nueva metodología en la atención y cuidados proporcionados durante el traslado interhospitalario. La principal novedad es la inclusión de un plan de cuidados de enfermería definido en los tres momentos del proceso del traslado interhospitalario como antes, durante y en el post-traslado. El diseño de este registro fue llevado a cabo en tres etapas bien diferenciadas, primero una minuciosa revisión bibliográfica, en ella, la mayoría de los documentos científicos encontrados trataban del proceso enfermero a nivel de las urgencias y emergencias extrahospitalarias (1,2,3) o de los servicios de urgencias hospitalarias o unidades de críticos (4,5), no habiendo encontrado bibliografía específica sobre planes de cuidados de enfermería en los traslados secundarios interhospitalarios, de ahí la novedad y el inicio de nuestra investigación, dentro de esta etapa fueron consultados diferentes planes de cuidados tanto hospitalarios(6,7) como extrahospitalarios(8) para determinar las etiquetas diagnósticas que definían los problemas independientes de mayor frecuencia de aparición enunciados según la taxonomía NANDA, así como las intervenciones realizadas de forma habitual siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Tras toda esta revisión se llevó a cabo un estudio piloto mediante una fase de pilotaje en la cual evaluó la incidencia de los diagnósticos e intervenciones propuestas. Por último, se analizaron cada uno de los registros de la fase de pilotaje, se incluyeron las mejoras pertinentes que los miembros del equipo de traslados estimaron oportunas para proporcionar mayor calidad a los cuidados prestados y se llevó a cabo el diseño definitivo de nuestro registro de enfermería. Complementa dicho registro la inclusión del protocolo de seguridad del paciente para el traslado interhospitalario, diferenciado en dos fases del traslado, la visita pretraslado y la transferencia post-traslado. Ambas se realizan, si es posible, al paciente junto con su familia, en la primera, el/la DUE del equipo de traslados, da toda la información y posibles incidencias del traslado a ambas partes, resolviendo a su vez sus dudas, inquietudes y preocupaciones que puedan expresar. La transferencia post-traslado consiste en la presentación del paciente y familia al personal de enfermería que nos recibe en el centro al que es trasladado el paciente, favoreciendo la toma de contacto de ambos con el nuevo centro, invitando al profesional que nos recibe a explicar a la familia todos los trámites documentales que deben realizar, si fuera necesario.

Con este registro, hemos conseguido continuar los cuidados de enfermería iniciados en el Hospital Infanta Margarita, hasta la llegada al nuevo centro, ya que al cuidado del paciente y la familia siempre ha estado presente un profesional de enfermería. Con esto el traslado se convierte en una fase más del proceso asistencial al paciente. Por otra parte, el carácter autocopiativo de nuestro registro permite que una copia de los cuidados prestados quede en la historia del paciente, convirtiéndose la hoja original en el soporte material para la creación de una base de datos informática que permita, dentro del equipo de traslados, la realización de futuros estudios epidemiológicos, así como para evaluación del trabajo realizado durante cada traslado. Hemos conseguido que este documento de registro se convierta en una herramienta de trabajo fundamental para profesionales de enfermería que en algún momento, deben realizar un traslado interhospitalario, no siendo este su quehacer habitual dentro del hospital, ya que en el registro están especificados todos los aspectos a tener en cuenta a la hora de realizar un traslado de un paciente, ya sea crítico en UVI Móvil o estable en ambulancia convencional. Todo esto unido a las continuas revisiones sobre su cumplimentación y a la inclusión de nuevos parámetros y escalas hacen que el registro esté continuamente actualizado permitiendo esto una mejora en la calidad de los cuidados proporcionados al paciente y a la familia a la hora de un traslado interhospitalario.

En nuestro estudio analizamos todos los registros efectuados durante los primeros diez meses de funcionamiento, para determinar en qué aspectos debemos hacer más hincapié para mejorar su cumplimentación y cuáles son las variables más destacadas en este corto periodo de puesta en marcha.

OBJETIVOS

General

- Analizar la cumplimentación del registro enfermero de traslados interhospitalarios, en sus primeros 10 meses de utilización.

Específicos

- Identificar los posibles errores en la cumplimentación del registro enfermero de traslados interhospitalarios
- Elaborar guías de correcta cumplimentación, en caso de encontrar múltiples errores en la cumplimentación.
- Determinar los diagnósticos e intervenciones más prevalentes así como proponer en caso necesarios, posibles aspectos de mejora sobre el plan de cuidados de enfermería establecido en el registro de traslados.

METODOLOGIA

Nuestro estudio se llevó a cabo en el Equipo de Traslados Interhospitalario del Hospital comarcal, Infanta Margarita de la localidad de Cabra, al sureste de Córdoba, España. Realizamos un estudio descriptivo de 263 registros de enfermería de traslados, recogidos entre el 1 de Agosto de 2010 y el 31 de Mayo de 2011, siendo estos el total de los traslados realizados. En cada uno de ellos las variables estudiadas fueron Sexo (Mujer u Hombre); Edad; Tipo de Transporte (Uvi-móvil o ambulancia convencional); Especialidad a la que se deriva el paciente (Cardiología, neurocirugía, cirugía vascular, pediatría); Diagnósticos de enfermería (00035 Riesgo de lesión, 00114 Síndrome de estrés del traslado, 00155 Náuseas y 00132 Dolor Agudo); Intervenciones Enfermeras ((6680) Monitorización de signos vitales, (2300) Administración de medicamentos, (5820) Disminución de ansiedad, (2440) Cuidados de catéteres venosos) y la realización de Visita pre-traslado y Transferencia post-traslado. Estas variables fueron importadas a una base de datos Excel y posteriormente analizadas, primero individualmente, destacando la media en variables cuantitativas y la moda en los diferentes ítems de las variables cualitativas, agrupándolas todas posteriormente para determinar nuestro paciente tipo.

RESULTADOS

Realizado el análisis de todos los registros de enfermería de traslados, podemos responder los objetivos previamente establecidos. En líneas generales podemos concluir que la edad media de nuestros pacientes es de 54,5 años. El 50% de ellos han sido trasladados en ambulancia de tipo convencional y el otro 50% en UVI-móvil. El 63% son hombres frente a un 37% mujeres. La principal ubicación de destino ha sido el H.U. Reina Sofía de Córdoba. Las especialidades médicas de destino más frecuentes han sido Medicina Intensiva y Cardiología. Los diagnósticos de enfermería identificados más prevalentes son el riesgo de lesión (61,22%), el síndrome de estrés del traslado (23,57%), Dolor agudo (11,79%) y Náuseas (9,89%). En cuanto a las intervenciones NIC ejecutadas, la más usual ha sido el "Cuidados de catéter IV" (66,54%), "Monitorización" (52,47%), "Administración de medicamentos" (34,22%) y "Disminución de la ansiedad" (27,76%).

Hemos detectado frecuentes errores de cumplimentación en dichos registros de enfermería, sobre la falta de datos básicos identificativos, por ejemplo, la edad del paciente ha sido el dato que más veces ha sido obviado, 37% de los registros, seguido de la no cumplimentación de ningún diagnóstico enfermero y la falta de la especialidad a la que va dirigida el paciente, 31% y un 27% respectivamente. Otra falta de datos esenciales, se aprecia en aspectos como la no cumplimentación de ninguna intervención enfermera en un 20% y en el 7% de los registros no se había realizado ni la visita pre-traslado ni la transferencia post-traslado.

DISCUSION

Los resultados obtenidos nos dan la respuesta al objetivo general planteado, mediante el cual, tras el análisis de todos los registros,

concluimos que la cumplimentación de dichos registros ha estado por debajo de lo deseado por los miembros del equipo de enfermería, generando una falta de datos importantes en cada uno de las hojas analizadas. Estos errores y faltas han sido motivados en gran parte por la inestabilidad laboral que han padecido los miembros del equipo de traslados sobre todo en la primera fase de la puesta en marcha del nuevo registro. Tras este análisis hemos decidido planificar e incluir unas sesiones formativas al personal de nueva incorporación, centrados principalmente en la correcta cumplimentación de los registros de enfermería, haciendo especial hincapié en los errores que hemos detectado tras el análisis.

En su creación, fue marcado como objetivo principal de nuestro registro incluir un plan de cuidados de enfermería para el paciente durante el traslado interhospitalario. En este momento, con los resultados obtenidos, podemos identificar que se está desarrollando una adecuada planificación de los cuidados por parte del personal de enfermería, ya que se están llevando a cabo las diferentes actividades enfermeras incluidas en cada uno de los diagnósticos propuestos. Por ello encontramos como principal responsabilidad del personal de enfermería velar por la seguridad durante el traslado ya que es personal altamente cualificado que acompaña al paciente, así, la realización de actividades como la identificación de riesgos para el paciente, la fijación adecuada del material electromecánico y el uso correcto de los dispositivos de seguridad, están incluidas en principal diagnóstico detectado, como es el Riesgo de lesión.

Por otro lado, el alto porcentaje visitas pre-traslado y transferencias post-traslado realizadas, indican en el paciente y familia, una mejora de la ansiedad y angustia previa al traslado, no siendo este el diagnóstico más prevalente en nuestro estudio. Todo este conjunto de actividades tratan de disminuir tanto antes como a la llegada la ansiedad y miedo a algo, muchas veces desconocido. La previa estabilización del paciente en el Hospital hace que la prevalencia del resto de diagnósticos sea mucho menor, aunque son situaciones que debemos tener presentes siempre a la hora del traslado, la existencia o no de medicación previa con analgésicos o antieméticos y el posible desarrollo de estas dos sintomatologías a lo largo del traslado, recordando al facultativo que indica el traslado, la prescripción de los fármacos convenientes en la hoja de prescripción médica para el traslado. En el caso de ser necesaria la administración de alguno de ellos, corresponde al profesional de enfermería comprobar la eficacia del tratamiento propuesto así como la realización de posibles medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Las sesiones formativas que normalmente se llevamos a cabo al personal de nueva incorporación, sirven para explicar el amplio abanico de funciones y protocolos que desarrollamos dentro del hospital. Este análisis ha servido para incluir unas normas básicas de cumplimentación del nuevo registro, basadas en los fallos detectados en nuestro estudio. La lectura detenida de cada una de las partes y la adecuada comprensión de los elementos y actividades que lo componen, son puntos esenciales para la correcta cumplimentación del registro y así asegurar la continuidad de unos cuidados de calidad al paciente y familia que se traslada a otro centro sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Palma García J, Rodríguez Salvador MM, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero. Proceso enfermero y atención prehospitalaria urgente. *Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados* Vol 5,nº 2, 2005.
2. Valenzuela Rodríguez AJ, Cámara Anguita,S. Registro del Proceso enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. *Salud y Cuidados [Enlínea].Nº7(2004).*
3. Rodríguez Salvador MM et al. Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias. *Tempus Vitalis* 2003; 3(1): 4-10.
4. Morales JM., Terol J., Torres L., Molero M. et al. Validación de un instrumento enfermero para la evaluación de la continuidad de los cuidados a pacientes crítico. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(3):160-5
5. Molina Luque A, Valenzuela Rodríguez AJ. Continuidad de cuidados de enfermería a través de un protocolo asistencial de

- transferencia. Revista española de investigaciones quirúrgicas (Spanish Journal of Surgical Research). Vol XIV, n º:2 (69-75) 2011.
6. Planes de cuidados de enfermería hospitalaria del hospital Infanta Margarita de Cabra, Córdoba. Revisados en Enero de 2010.
 7. Planes de cuidados de enfermería del Hospital de Alto Guadalquivir de Andújar. Revisados en Noviembre de 2009.
 8. Registros de enfermería de EPES y DCCU de pacientes ingresados en nuestro hospital. Octubre-Diciembre 2009.
 9. Registros anteriores de enfermería de traslados del hospital Infanta Margarita de cabra. Revisados en Diciembre de 2009.
 10. Luis Rodrigo, T. "NANDA: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones" Ed. Elsevier, Madrid 2008.
 11. Mc Closkey JC, Bulechek GM. "Clasificación de resultados de enfermería (NOC)" 3ª Ed. Elsevier, Madrid, 2005 (Versión española).

Mesa de comunicaciones 11: Inmigración y grupos vulnerables**Concurrent session 11: Immigration and vulnerable groups****AUTORES/AUTHORS:**

José Luis López López, Miguel Alfonso Marcado Ramírez, Teresa Margarita Torres López, Noe Alcaraz Lara, Pascuala Berenice Rivera Ramírez

TÍTULO/TITLE:

Enfrentamiento de vida de la mujer cuyo marido migró a los Estados Unidos: repercusiones en la salud reproductiva.

Al hablar de migración hacia Estados Unidos de América (EUA), por lo general ubicamos a los actores participantes del movimiento demográfico migratorio, es decir, a los migrantes masculinos propiamente dicho. Sin embargo, en torno a ellos se encuentran otras personas que se involucran en el proceso migratorio que son también afectadas por este: las esposas, los hijos los padres, etc. En ellos el movimiento migratorio influye de maneras aún no conocida en forma amplia, como sería en su desarrollo personal, económico, psicosocial, además de su salud. Lo que determinan su inserción en la sociedad, así como acceso y uso de diversos programas sociales, entre ellos los de salud.

1. Objetivos

1. Indagar sobre la interacción entre el migrante y la esposa no migrante en la toma de decisiones en torno al proceso reproductivo.
2. Conocer las interacciones sociales que configuran el proceso reproductivo, tanto familiares como de la comunidad donde radica.
3. Analizar el acceso de las mujeres a servicios de atención a la salud reproductiva.

2. Métodos.

Tipo de estudio: estudio cualitativo con abordaje fenomenológico

Escenario: La investigación se realizó en una comunidad rural del estado de Jalisco, México por existir altos índices de migración a los EUA, y en donde es común que sólo migre el varón, mientras que la esposa se encarga de cuidar a la familia y sus pertenencias.

Los informantes: Las características de inclusión fueron: ser mujer, casada o con pareja migrante, aceptar la entrevista. Se realizaron 11 entrevistas a profundidad.

Procedimiento: Las entrevistas fueron guiadas mediante el planteamiento de preguntas descriptivas, para esto se elaboró previamente una guía de entrevista la cual abordaba los temas de: planificación familiar, embarazo, enfermedades entre otros.

Asegurando con esto, que los temas de interés fueran explorados en su totalidad. Las participantes permitieron ser audios grabadas.

Aproximación a los informantes: El acceso a los informantes se logró a través del personal de enfermería del Centro de salud comunitario, ya que viven en la propia comunidad y son aceptadas debido a la labor de atención de primer nivel que realizan en las áreas de prevención y promoción en salud.

En la realización de las entrevistas colaboraron 10 personas, 5 mujeres y 5 hombres. Todos ellos profesores y alumnos de pregrado, participantes en el programa de migración y salud de la Universidad de Guadalajara, los que fueron capacitados para tal fin. Los entrevistadores formaron parejas, una mujer y un hombre, y fueron acompañados por el personal de salud, esto con el fin de dar más confianza a las informantes.

Las entrevistas se realizaron en forma no estructurada, y en ocasiones se hizo necesario realizar la entrevista semi-estructura a fin de cubrir los propósitos.

Características del contexto: la comunidad donde se realizó el trabajo tiene rasgos culturales tradicionales. Entre otros, respeto a los roles que debe de tener la pareja y cuestiones de género en donde la mujer debe de someterse a su esposo y debe fidelidad y arraigo doméstico.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de los informantes. Al concluir el trabajo de campo, se etiquetaron las grabaciones y los diarios, con la fecha y clave de los informantes, se guardaron en un sobre por cada informante.

Las entrevistas se transcribieron en un procesador de texto (Word), en un formato de tres columnas. En la primera columna se transcribieron las notas de campo, en la segunda columna se transcribió la entrevista y la tercera columna se reservó para hacer la codificación de la narrativa.

Ya identificadas las narrativas a trabajar, se inicio la codificación. Los códigos se fueron colocando en cédulas de análisis.

Para el análisis se parte de la comprensión de los aspectos subjetivos de los fenómenos sociales que se presentan en forma de

relaciones y representaciones sociales de valores, creencias, opiniones, actitudes y prácticas.

Al contrario del cuantitativo no pretende ver la extensión de los fenómenos y sí como los seres humanos producen, viven, actúan e interpreten sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

3.Resultados

Las participantes en el estudio tienen una edad entre los 20 y 35 años de edad, su escolaridad promedio 7 años de estudios básicos, y el promedio de migración de los esposos hacia EUA es de 5 años.

A. Interacción con la pareja

La religiosidad en el México rural favorece creencias y tabúes sobre sexualidad y reproductividad derivadas de la religiosidad católica, por tanto, las nociones de coyugalidad conllevan roles sexuales definidos por medio de formas de poder asimétricas, que son sostenida por ideologías de género.

Por otra parte, la migración se ha convertido en un atributo de masculinidad, por eso es frecuente que cuando el varón establece una familia, la experiencia migratoria le da un sentido de ritual en su rol masculino. Por lo tanto, el haber trabajado en Estados Unidos constituye parte del capital simbólico que interviene en la producción local de identidades masculinas. Incluso la migración masculina otorga prestigio y, significa un medio de distinción social que da la pauta para marcar diferencias de estatus entre hombres de la misma comunidad.

El control de los familiares del hombre migrante favorece un clima de opresión para la esposa, quien se ve sujeta a un adoctrinamiento sobre sexualidad reproductiva. Lo anterior, se refleja en el manejo de las remesas, ya que generalmente son manejadas por los familiares del cónyuge apoyando la dependencia y sumisión sobre aspectos reproductivos y otras en diferentes áreas.

El abandono conyugal es parte de la vida de la mujer con esposo migrante. Las temporadas que pasan los migrantes en Estados Unidos no sólo favorecen el contacto sexual ocasional, si no que también facilitan la posibilidad contagio de enfermedades de transmisión sexual, lo que genera en las parejas en México el temor a la relación sexual.

- "...claro si los hombres son un muy coscolinos cuando uno los deja sólo..."

- "...pues si el riesgo está y si da miedo pues que nos vayan a traer regalitos que no queremos..."

La mujer cuenta con el apoyo de las personas que rodean (padres, hermanos, comunidad), por parte de la comunidad recibe apoyo emocional ya que, como lo refirió una mujer, la gran mayoría de ellas se encuentran en la misma situación. Además del apoyo emocional por parte de la familia reciben apoyo económico.

• Planificación familiar

- "...un tiempo tomé la pastilla y pos como él se iba, mejor usábamos condón..."

- "...cuando él venia de allá, siempre usábamos preservativo, porque también tenía Yo miedo de quedar embarazada..."

- "...Como en el último embarazo aborté, mi esposo me dijo que me operara y pues ya..."

• Apoyo durante el embarazo

- "Pero me sentía más mal cuando se fue la otra vez, porque estaba esperando la niña."

- "En todos mis embarazos, él no estaba... pero me apoyaba".

- "...en los primeros (embarazos) si estuve sola, pero ya con los últimos, ya se quedaba aquí con migo".

• Riesgo de contagio

- " Pos muy poco platico con el de (mi) enfermedad de transmisión, no se le puede decir nada porque luego, luego se le sube el coraje."

- "...Ya me pasó la enfermedad, me sentía enferma pero no sabía porqué, fui a hacerme el del cáncer...(refiriéndose a Cáncer

cérvico-uterino) y me dijo el doctor que yo andaba ya muy enferma”.

- Apoyo económico

- “Mandaba nada más...para fincar y se lo daba a mi suegro para el material, como él nos estaba ayudando a fincar.”

- “A veces me ayudaban unos hermanos que estaban allá, y ellos pues no tienen obligación. Pero miraban a uno con la necesidad y me ayudaban o aquí sus tíos a veces para curarlos.”

- Apoyo psicológico

- “No pues de mi familia me veían bien... cada ratito vienen y me preguntan si se me ofrece algo...”

- “... cuando se me enfermaban o algo no sabía ni qué hacer; nomás lo bueno que aquí estaban mis papás, estaba cuidada por ellos.”

- “...pos me siento mal...de estar sola, si digo pos no sola aquí tenía mucha compañía de mis papás...”

- “ Lo bueno que aquí estaban mis papás, estaba cuidada por ellos.”

- Apoyo comunitario

- “... Yo digo que normal, ya que nunca me han dicho nada malo de mi o de mi esposo, es más mis vecinas a veces me ayudan...”

- “No es que pos a veces trata uno de platicarle a una persona y luego ya esa persona va y le dice a otra persona y como que a mí eso no...”

B. Acceso a los servicios de salud

En México la atención en salud se da a través de tres modelos: la asistencia social, la seguridad social y la práctica privada. La primera constituida por los Centro de Salud Comunitarios de atención primaria a la salud, Hospitales Generales de atención a población abierta, a los cuales acuden la población que no cuenta con seguridad social y/o con recursos para asistir a una institución privada. La segunda, seguridad social constituida por instituciones como Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores en general, Instituto de Salud y Seguridad Social para trabajadores del estado (burócratas). Y por último las instituciones privadas.

- Atención en Centro de Salud

- Y hace poquito como dos meses me enferme de infección vaginal y me dieron tratamiento en el Centro de Salud y me alivié...

- “...casi siempre me hago el papanicolau, me lo hago en el Centro de salud.

- “...si es una gripa bajita va uno aquí al Centro de Salud, ya si es más fuerte se va uno a Yahualica al Hospital.

- Otro tipo de atención

- “Lo que pasa que me salió una bolita y me dijo la doctora... y saber que tengo miedo que vaya a ser otra cosa...”

- “no pues del primero me atendí con un doctor privado y con el otro por la complicación tuve que atenderme en el Hospital Regional el que está en Yahualica”

4. Discusión.

La atención por parte del personal de salud que se encarga de los procesos reproductivos, no solo deberá de considerar aspectos que tengan que ver con el proceso clínico-biológico. Sino dar también atención integral, al retomar aspectos tan importantes para las mujeres como son la sexualidad, el embarazo, el empoderamiento de la decisión de la paridad, la atención del parto y en su caso la creación y la procreación de hijos. Por lo que se hace necesario retomar los elementos contextuales que circunscriben la vida de estas mujeres. En este caso encontramos una categoría social de la migración, que se convierte en elemento fundamental en la comprensión y manejo de los procesos reproductivos y de la vida de las mujeres cuyo marido migró a los EUA.

Observamos el uso predominante de servicios brindados a través de la asistencia social (Secretaría de Salud). Ya que la práctica laboral del esposo es llevada a cabo en otro país, tanto éste como su familia, no tiene acceso a los servicio de seguridad social para los trabajadores en México, y la cobertura de los servicio de atención medica no se extiende a la familia en México, y con frecuencia ni a los propios migrantes por tener un estatus ilegal dentro de EUA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Caballero, M. (2008). Mujeres, Migración y Salud Sexual y Reproductiva. Ponencia Seminario "Las políticas públicas ante los retos de la migración internacional en México." Instituto Nacional de Salud Pública.
- CONAPO. (2000). Cuadernos de Salud reproductiva: Republica Mexicana México. CONAPO.
- CONAPO. (2005). Migración Mexicana hacia Estado Unidos. CONAPO. En: [http://www. Conapo.gob.mx/mig int/03.htm](http://www.Conapo.gob.mx/mig_int/03.htm).
- Herández, G. (2005). La migración ilegal a Estados Unidos de Norteamérica: una visión desde la experiencia de la mujer del migrante. Universidad de Guadalajara.
- Manjarrez, J. La migración internacional y los cambios en las relaciones de género y generacionales en una comunidad campesina del Municipio de Huaquechula, Puebla. En: <http://www.alasru.org/cdaldasru2006/04%20GT%20Jossefina%20Manjarrez%20ROSAS.pdf>
- Ojeda de la Peña, N. (1994). Algunos parámetros para examinar las relaciones de género y sexualidad en el campo de la reproducción. 6
- Ojeda de la Peña, N. (1995). Uso de los servicios en Salud reproductiva y perfil socio demográfico de las mujeres, el caso IMSS Tijuana. Colegio de la Frontera Norte 7 (13).
- Ojeda de la Peña, N. (2001). Su utilización de los servicios de salud reproductiva entre mujeres sin seguridad social medica en la frontera norte, estudio de caso. Colegio de la Frontera Norte, 13(25).
- OMS. (1998). Salud Reproductiva Progress, (45). En: www.who.int/hrp/Progres/45/index/html.
- Ramos, I. (2007). Procesos simbólicos y percepción cognitiva de control. En: http://www.ugr.es/~pwlac/G16_12Ignacio_Ramos_Schlegel.html
- Sandoval De Ecurrida, J. (2003). Análisis sobre la situación general de la migración. Sistema Integral de Información y Documentación. Cámara de Diputados. LIX Legislatura. Servicios de Investigación y Análisis. División de Política Social.
- UNAM. (2008). La Salud Reproductiva en México "análisis de la encuesta Nacional de Salud reproductiva 2003". Secretaria de Salud, Centro Regional de investigación Multidisciplinarias, UNAM.
- Jiménez, G. (2008). "Reflexiones acerca de la paternidad" La manzana, 3 (4).

AUTORES/AUTHORS:

Maria Eugenia Acosta Mosquera, Maria Jesus Albar Marin, Anna Bocchino, Rocio Morano Baez

TÍTULO/TITLE:

Pilotaje de un programa de entrenamiento en competencia cultural dirigido a enfermeras de Urgencias Hospitalarias

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Pilotar un programa de entrenamiento en competencia cultural dirigido a crear conciencia crítica, capacidad de respuesta y toma de acción en las enfermeras del área de urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUV) de Sevilla con la finalidad de mejorar la atención a la población inmigrante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) Reconocer la influencia de la propia cultura y de las relaciones de poder en la prestación de los cuidados de salud a la población inmigrante. 2) Favorecer el acercamiento hacia otras culturas. 3) Potenciar la comunicación y la reflexión compartida sobre la multiculturalidad. 4) Capacitar y dotar a los alumnos de los recursos necesarios para la puesta en práctica de acciones para favorecer la integración de la población inmigrante en el HUV.

MÉTODOS:

Diseño: Investigación Acción Participativa (IAP), mediante técnicas cualitativas.

Participantes: Enfermeras y otros profesionales del área de urgencias del HUV, que se inscribieron voluntariamente como alumnos del programa de entrenamiento. Si bien en principio el taller iba dirigido a las enfermeras, se estableció una convocatoria abierta a todos los profesionales del área de urgencias que quisieran participar, con la intención de favorecer la creación de lazos colaborativos entre los profesionales, y el desarrollo de estrategias de actuación más efectivas.

Procedimiento: El programa de entrenamiento en competencia cultural se ha realizado mediante 4 sesiones presenciales de 4 horas de duración que perseguían fundamentalmente desarrollar conciencia crítica en el alumnado sobre la práctica clínica con población inmigrante; y mediante sesiones de seguimiento, establecidas como refuerzo de la conciencia crítica, y para diseñar e implementar acciones dirigidas a mejorar la atención sanitaria. El número de sesiones de seguimiento no estaba determinado a priori, y tenían una duración aproximada de 2 horas cada una. Las sesiones eran tuteladas por dos moderadores que cumplían una triple misión: a) como mediadores del cambio se limitaban a inducir la participación de todos los participantes en el análisis de los problemas y, a registrar sus características; b) como facilitadores promovían la participación y proporcionaban asesoramiento sobre cómo gestionar los recursos necesarios, dejando siempre la responsabilidad del proceso de cambio al propio grupo; y c) como instigadores motivaban al grupo para la acción, transmitiendo el mensaje de que el cambio era necesario y posible (1).

Las sesiones se desarrollaron siguiendo el método del aprendizaje dialógico (2-5), que se caracteriza por utilizar una técnica de enfoque cualitativo-participativo que permite potenciar habilidades, actitudes y conocimientos sobre un determinado tema mediante el diálogo. Cada sesión presencial comenzaba con la propuesta de un tema para la reflexión que se presentaba a través de casos clínicos, role play, o vídeos. Los temas que se trataron fueron: la atención sociosanitaria en entornos multiculturales, la comunicación intercultural, y el conocimiento y la práctica multicultural; que se analizaban siguiendo una secuencia lógica de tres bloques de preguntas para el diálogo, basadas en las recomendaciones de Flecha (3) y Freire (4): 1) En el primer bloque de preguntas, los moderadores motivaban al alumnado para que desarrollara conciencia crítica sobre cómo los cuidados de salud a población inmigrante están determinados por el propio bagaje cultural, por relaciones asimétricas de poder en la atención sanitaria y, por la presencia de prejuicios y estereotipos en los profesionales. 2) Para apoyar las reflexiones realizadas durante el debate, a continuación se aportaban documentos bibliográficos sobre la existencia de desigualdades en salud, buenas prácticas desarrolladas en otros hospitales e instituciones sanitarias en defensa de los derechos de los usuarios inmigrantes, legislación en materia de inmigración, informes sobre datos objetivos de utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante, y recomendaciones de organismos científicos para desarrollar cuidados de salud culturalmente competentes. Estos materiales se

analizaban aplicando un segundo bloque de preguntas, que estimulaban al grupo a extrapolar los contenidos discutidos en los documentos a las reflexiones vertidas previamente durante el debate. 3) Finalmente, en un tercer bloque de preguntas se motivaba al alumno para plantear pequeñas acciones a nivel personal, interpersonal y colectivo para corregir las deficiencias identificadas en estas sesiones.

Esta dinámica se repetía durante tres de las sesiones presenciales, de manera que en la última, el grupo exponía sus propuestas de acción a los compañeros y a los moderadores. Éstos últimos recogían todas las propuestas y las analizaban en función de su viabilidad. Posteriormente, en la primera sesión de seguimiento se hacía balance de todas las propuestas, y el grupo, mediante la técnica de grupo nominal y tutelado por los moderadores, priorizaba las acciones susceptibles de ser implementadas. Cada acción era desarrollada por al menos dos alumnos y tutorizada por un moderador. En las sesiones siguientes, se evaluaba la viabilidad del plan de acción y se pasaba a la implementación, revisando los aspectos que precisaban mejoras. Todas las sesiones de seguimiento servían, además, para reforzar la conciencia crítica.

Recogida y análisis de los datos: Se grabaron en audio todas las sesiones presenciales y de seguimiento, previo consentimiento verbal de los participantes. Se realizó un análisis de contenido de las narrativas de los participantes, y para garantizar la fiabilidad de la información, ésta se sometió a un proceso de triangulación por parte de analizadores externos y personal experto.

RESULTADOS:

Participaron 9 enfermeras y 3 profesionales administrativos, en un rango de 25-55 años. Los resultados obtenidos se han agrupado siguiendo la secuencia del programa de entrenamiento para observar la evolución del alumnado antes, durante y después de acudir a las sesiones presenciales y de seguimiento.

La situación inicial: Al comienzo del programa de entrenamiento, destacaba la presencia de prejuicios y estereotipos que llevaban a algunos miembros del grupo a adoptar una actitud etnocéntrica y discriminatoria, y en consecuencia a ignorar en la población inmigrante sus derechos como ciudadanos.

-“No nos gustan los problemas, y algunos inmigrantes crean problemas en distintos sitios”.

-“Los pacientes inmigrantes no pueden venir exigiendo.”

La única limitación identificada era la barrera idiomática y cómo acceder a los recursos de traducción.

-“Hay algunas veces que no sabemos interpretar lo que dicen, y no podemos hablar tampoco... no tenemos conocimientos.”

-“La mayoría de mis compañeros no saben que existan esos recursos.”

En este momento, el grupo no consideraba necesario adaptar sus prácticas a las necesidades de salud de este colectivo, y reconocía que ni la propia organización era consciente de esta necesidad.

-“Son enfermos, no estamos tratando su condición social sino su enfermedad, por eso no veo que haya que adaptar nada.”

-“Creo que la organización ni siquiera tiene conocimiento de los temas que hablamos aquí.”

El entrenamiento: A lo largo de las sesiones el grupo comenzó a identificar sus actitudes negativas respecto a la población inmigrante, y a abandonar los discursos de discriminación.

-“Lo que te hace discriminar y crear estereotipos es la pobreza. Si los inmigrantes son ricos no hay problemas. La pobreza hoy se utiliza para marcar una distancia.”

-“He comprendido que mi actitud de enfado ante las exigencias de los inmigrantes es porque no les reconocía el derecho a protestar.”

El grupo comenzaba a percatarse de que además de superar las barreras del idioma, había que adquirir otras habilidades para atender adecuadamente a la población inmigrante, como formarse en competencia cultural.

-“No creo que sea solo un problema debido al idioma sino por todo lo que conlleva una cultura, porque “ellos” son idioma y son cultura.”

-“Tenemos muchos problemas de comunicación por los prejuicios que tenemos... debemos empatizar más con las personas no solo con los inmigrantes sino con los mismos autóctonos... los prejuicios nos llevan a generalizar, y al final hay personas respetuosas.”

Debemos reconocer todos los problemas que tenemos.”

También, empezaron a comprender la importancia de informar a la dirección del hospital, y de establecer contactos con los servicios de Atención Primaria.

–“Por lo menos que el hospital sepa que esta situación nos preocupa, y que se puede tratar.”

–“Es importante ponernos en contacto con Atención Primaria y trabajar conjuntamente. Primaria es la base.”

El seguimiento: Esta fase continuó con el refuerzo de la conciencia crítica adquirida, y supuso el impulso para tomar las decisiones oportunas sobre acciones concretas. En este momento el grupo expresaba una actitud más tolerante, y su deseo por aumentar su conocimiento cultural.

–“Muchas veces el problema es la actitud negativa que tenemos de antemano. Tenemos que plantearnos cambiar nuestras actitudes.”

–“Es importante conocer un poquito más de las culturas que atendemos.”

Consideraban importante implicarse en un grupo de trabajo que motivara al resto de los profesionales, y que participase en el diseño de nuevos programas de formación en competencia cultural.

–“Hay que informar y sensibilizar a los compañeros, localizar los recursos de traducción, y saber un poco más del contexto de nuestro hospital para poder aplicarlos.”

–“Tenemos que hacer extensiva esta iniciativa y formar un grupo específico en el hospital que trabaje con los trabajadores sociales y con la enfermera de enlace.”

Además, se planteaban la necesidad de tomar contacto con las asociaciones de inmigrantes y otras instituciones sanitarias.

–“Es muy importante la información y concienciar al grupo migratorio de los recursos que hay, porque si no es caótico... Todos estos problemas que tenemos se deben también a la falta de información de los inmigrantes, y allí tenemos que hacer un papel bastante grande.”

–“Es importante hablar con otros hospitales que estén más sensibilizados y hacer programas de formación específica.”

Las acciones: Fruto del trabajo realizado se propusieron las siguientes acciones: a) colocar carteles informativos sobre los recursos de traducción disponibles, b) informatizar los pictogramas y de hojas de valoración de enfermería traducidos a diferentes idiomas, c) informar a la dirección del HUVM, d) establecer líneas de actuación con los servicios de Atención Primaria, e) realizar actividades de sensibilización y formación con los profesionales de urgencias, f) contactar con otras entidades para solicitar recursos de traducción y con asociaciones de inmigrantes.

DISCUSION E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

El pilotaje del entrenamiento en competencia cultural ha puesto de manifiesto la superación de los modelos tradicionales de entrenamiento, centrados fundamentalmente en la adquisición de conocimientos, al implicar a los profesionales en acciones dirigidas a evitar las desigualdades como consecuencia de la diversidad cultural de los usuarios (6,7). El análisis de las narrativas de las enfermeras pone de manifiesto una profunda transformación en éstas a lo largo de las sesiones; pasando de estar marcadas por prejuicios, estereotipos, etnocentrismo y frustración, a tener conciencia sobre la necesidad de eliminar las desigualdades en los cuidados que recibe la población inmigrante y la importancia de llevar a cabo acciones de mejora. Desarrollar un modelo de entrenamiento participativo puede contribuir en la práctica clínica a mejorar la percepción de los profesionales sobre la atención a la diversidad cultural, y a aumentar la calidad asistencial prestada a la población inmigrante (8-11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Balcázar, F. E., Garate-Serafini, T. J., & Keys, C. B. (2004). The need for action when conducting intervention research: The multiple roles of community psychologists. *American Journal of Community Psychology*, 33, 243–252.
2. Aubert, A., Duque, E., Fisas, M., Valls, R. (2004). *Dialogar y transformar: Pedagogía crítica del Siglo XXI*. Barcelona: Editorial GRAO.

3. Flecha, R. (1997). *Compartiendo palabras*. Barcelona: Paidós.
4. Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
5. Sevig, T., & Etkorn, J. (2001). Transformative Training: A Year-Long Multicultural Counseling Seminar for Graduate Students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 29, 57-72.
6. Beach, M.C., Price E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe N.R., & Cooper, L.A. (2005). Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4), 356-373.
7. Bhawuk, D.P.S., & Brislin, R.W. (2000). Cross-cultural training: A review. *Applied Psychology: An International Review*, 49, 162-191.
8. Douglas M.K., Pierce, J.U., Rosenkoetter, M., Clark Callister, L., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Miller, J., Milstead, J., Nardi D.A., and Pacquiao D. (2009). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: A Request for Comments. *Journal of Transcultural Nursing*, 20, 257-269.
9. Evans, S., Prilleltensky, O., McKenzie, A., Prilleltensky, I., Nogueras, D., Huggins, C., & Mescia, N. (2011). Promoting strengths, prevention, empowerment, and community change through organizational development: Lessons for research, theory, and practice. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 39(1), 50-64.
10. Sonn, C.C., & Fisher, A.T. (2005). Immigration and adaptation: Confronting the challenges of cultural diversity. In Nelson, G., & Prilleltensky, I. *Critical Community psychology: In pursuit of wellness and liberation* (pp. 348-363). London: Palgrave Macmillan.
11. Weaver, H.N. (2008). Striving for cultural competence: Moving beyond potential and transforming the helping professions. En Dana, R.H., & Allen J. (Editors), *Cultural Competence Training in a Global Society* (135-145), New York: Springer.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCION ESPECIALIZADA PARA LOS GRUPOS VULNERABLES: LOS SIN TECHO

INTRODUCCIÓN

La última crisis producida por la denominada “burbuja económica” debido a los créditos subprime, se ha producido un incremento de la exclusión social. Para amplios sectores de la población, el trabajo precario seguirá siendo la norma habitual, generándole grandes dificultades vitales, sin embargo, hay un grupo de personas que su debilidad económica, no les permitirá tener un lugar estable para vivir quedándose en “la calle”. (1)

Aunque no existe una definición universal sobre el concepto “sin techo”, el Centro de Colaboraciones Solidarias define que es “[...] la carencia afectiva, la soledad, el abatimiento, el no tener apoyos para hacer frente a los obstáculos enormes con los que se enfrentan”. (Blesa, S. 2004. p.1) (2) Esta óptica tendría más que ver con una forma holística de entender al ser humano tal como lo entiende la Disciplina Enfermera (3).

OBJETIVO

Conocer los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes en los pacientes sin techo en el medio hospitalario.

METODO

Metodología Cualitativa. Estudio Interpretativo- Transversal.

Muestra

14 enfermeras de tres unidades de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Elección por muestreo teórico.

Criterios de inclusión

Haber tenido contacto profesional con pacientes sin techo en los últimos 3 meses.

La validez y la confianza del estudio se aumentaron siguiendo los criterios de Guba y Lincoln. (4)

Instrumentos de recogida de datos

Encuesta de datos sociodemográficos. Entrevistas en profundidad semiestructuradas mediante registro de grabación.

Procedimiento

Documentación y compilación de datos mediante búsquedas de la documentación sobre modelos enfermeros y marginación social. Las entrevistas se realizaron de forma individual y primaria. En las entrevistas la retroalimentación permaneció constante. Cuando la información estaba saturada se consideró que el tamaño muestral era suficiente.

Análisis de datos

Se analizó el tono utilizado y la semántica. Las palabras clave del análisis fueron: Cuidados Enfermeros, Teoría del Déficit de Autocuidado, Relación Terapéutica, Desarraigo Social, Suciedad, Desorden, Apoyo, Colaboración, Autoestima, Aseo, Comida, Normativización.

Las entrevistas se codificaron y cruzaron con los datos sociodemográficos. Los elementos que correspondían a cualquier atisbo de diagnóstico enfermero se consideraron. Las categorías se listaron. Se realizó un análisis cualitativo de contenido que consistió en un proceso inductivo. En los resultados se fueron encadenando aquellas opiniones más relevantes sobre el objetivo.

RESULTADOS

En los resultados se observaron las siguientes codificaciones:

· La producción de la categorización yo-nosotros-ellos (Blumer, 1982. Morin, 1996). (5, 6)

Se observa que las enfermeras denominan a los sin techo “diferentes” u “otros”, comenzando a desencadenarse la categorización yo-nosotros-ellos: “[...] A veces nosotros no somos iguales con ellos, [...] (E1009). Las enfermeras perciben que existe la

categorización por parte de los pacientes sin techo y los drogodependientes, especifican que no todos los estamentos son tratados igual: “[...] a ti a veces te trataban bien porque les ayudabas, o ellos veían que no tenían solución y te trataban mal; [...]” (E1003). En cuanto a la aparición de la estigmatización se observa que se categorizan grupos como: jóvenes venopunción dependientes, inmigrantes y sin techo básicamente Goffman, 2001) (7), y no exclusivamente en pacientes sin techo: “[...] hay un poco de recelo [...]” (E1009). Se observa el recelo en primer lugar, seguido del rechazo: “[...] Los enfermos drogadictos era gente joven, gente sin principios [...]” (E1006). En otros aspectos observamos con respecto al fenómeno de la Inmigración: “[...] Hay diferencia con los Inmigrantes por que es miedo a lo que no conoces [...]” (E1009). En relación a las costumbres y hábitos de los pacientes referidos: “[...] tienen muchísimas más dificultades y cuando llegan a una habitación compartida se crea el conflicto, por que ellos están habituados a vivir en una chabola, o están habituados a vivir en la calle dónde las cosas pueden dejarlas en cualquier sitio, la higiene no forma un aspecto importante en su vida diaria [...]”. (E1005). Aparición de prejuicios: “[...] “no recuerdo a gente que conmigo haya sido agresiva y sin embargo nosotros, quizás, sí nos ponemos una barrera primero, bueno vamos a ver, y éste... ¿Por qué está sin casa? [...]” (E1009). “[...] que cuando vienen pacientes indigentes, que están habituados a hacer su vida como quieren y donde quieren y entonces al atenerse unas normas y unas pautas de conducta pues eso resulta muy difícil [...]”. (E1006). “[...]se les da la opción que la asistenta social de aquí del hospital les busque un albergue, y ninguno quiere, por que en el albergue tienen que cumplir unas normas, tienen que cumplir unos horarios, y eso ellos no lo quieren, les gusta estar a su aire, les gusta y están acostumbrados, pues que ahora quiero dormir, que ahora quiero beber, que ahora quiero pasear, y no tienen que estar a la una comida, a las siete cena, y cenan pues eso, lo estipulado, y ellos en la calle se organizan [...]”, (E1008), ningún profesional se plantea la angustia de los sin techo por vivir en la calle.

- Relación interpersonal que establecen las enfermeras con pacientes sin techo.

La relación que se establece en principio con el paciente sin techo suele ser distante y dificultosa: “Es un tipo de relación difícil por que incluso ellos mismos la hacen difícil, es gente que esta acostumbrada a vivir en la calle, entonces quizás no encuentre habitualmente relación con la gente para que aquí la relación sea distinta” (E1007). “[...] cuando estamos toda la tarde sin parar, que no te da tiempo casi ni a respirar, y hay muchas veces que hay gente- enfermeras- que tiene menos paciencia y saltan, y a la mínima dan una mala contestación.” (E1010). “[...]ellos son muy manipuladores y no puedes dejar que ellos te toreen [...]” (E1007). “[...] sí que utilizas a veces la autoridad, y muchas veces para conseguir objetivos. [...]”(E1004). Se observa que cuando el paciente sin techo se va socializando con las normas del Hospital van desapareciendo ciertas estigmatizaciones: “[...]poco a poco fue pasando el tiempo, estuvo mucho tiempo ingresada, y al final terminas con el trato a cogerle igual de cariño que a otras personas que no tienen problemas sociales” (E1009). Las enfermeras verbalizan que en este tramo los pacientes cambian no solo de hábitos sino la interrelación, “[...] depende pues de la cantidad de tiempo que estén ingresados pues poco a poco van demostrándonos o enseñándonos mas su carácter, y nosotros el nuestro”. (E1009): “[...] Cuando el paciente sabe que le vas a dar una solución, por ejemplo quién esta dependiendo de una drogadicción sabe que le vas a derivar a un centro, donde le van a seguir dando lo que evite que tenga que atracar para conseguir la droga, o que él tenga que buscarse la vida por la mañana, eso a él le da mucha tranquilidad y el comportamiento varía muchísimo” (E1006), parece ser que la interrelación es fructífera a mayor tiempo de ingreso.

- Requisitos universales evaluados y los diagnósticos enfermeros más prevalentes (8,9,10)

Por último, todas las enfermeras participantes realizan planes de cuidados enfermeros basándose en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, estimulan por medio del apoyo educativo los cuidados básicos y el aspecto personal: “[...] lo primero además de hablar, el intentar buscarle una higiene adecuada y correcta [...]” (E1001). “[...] no tienen hábito de tener un cuarto de baño cerca, ni de comer en un plato en muchas ocasiones [...]”. (E1005). La siguiente necesidad o requisito mas valorado es el de Aporte de Alimentos: “[...] el encontrarse aquí con personas que les ayudan un poco en cuanto que puedan comer, que puedan tomar agua, que por las noches se les pueda dar un vaso de leche [...]” (E1001).

En las entrevistas comentan sobre la autoestima y la promoción de la normalidad: “[...] tienen mucha desconfianza, rechazan a la gente por que a lo mejor, les resulta mas fácil rechazar ellos que sentirse rechazados [...]”, “[...]la verdad es que, cuando están dentro

de la unidad un cierto tiempo, intenta socializarse[...], “[...]En el hospital conseguimos que abandone su aspecto desaliñado“[...]“[...]sí intentan entrar dentro de lo que entendemos por normalidad dentro de la sociedad“[...]”(E1005) “[...] Comenzamos por lo más básico, que es la higiene, la nutrición, la eliminación, muchas veces nos encontramos con personas que igual han estado meses sin dormir en una cama limpia, sin tomar una comida caliente, sin darse un baño, entonces comenzamos por lo fundamental y lo prioritario, lo más básico, que es la higiene, entonces cuando ese paciente acepta su higiene, empieza a sentir bienestar y aumenta su autoestima estimulándole los cambios de conducta“[...]” “[...] se intenta que primero se respeten a sí mismos, para poder respetar a los demás, y una vez que se empiezan a respetar a sí mismos, comienza el autocuidado” (E1004).

DISCUSION

Podemos concluir que:

Se categorizan a los pacientes sin techo, los drogodependientes y los inmigrantes ya que sus conductas están desviadas de los valores sociales existentes, podemos afirmar que inicialmente se refleja un sesgo en los Cuidados enfermeros. Las enfermeras esperan de los pacientes el cumplimiento de las normas hospitalarias desde el comienzo del ingreso, independientemente de la endoculturización de éste.

Se utiliza como modelo la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, potenciando la consecución de logros por medio de la asunción de responsabilidades.

Se observa la incentivación de objetivos basados en los requisitos universales del mantenimiento del aporte suficiente de agua y alimentos; la provisión de cuidados asociado a procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y descanso, mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, y el de la promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano y el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo de ser normal.

Las etiquetas diagnósticas más prevalentes son: Déficit del volumen de líquidos, alteración de la nutrición por defecto, estreñimiento, alteración del patrón del sueño, aislamiento social, baja autoestima, ansiedad.

Las enfermeras actúan como agencia de enfermería y sustituyen, al inicio, al paciente en la organización de los cuidados, realizando a su vez Apoyo Educativo.

Se demuestra la necesidad de la realización de un protocolo de coordinación entre las enfermeras de Atención Primaria y de Atención Especializada para la realización de un seguimiento integral del paciente y consiguiendo el afianzamiento de las consecuciones hospitalarias.

En las entrevistas observamos que, en nuestra sociedad, se evalúan negativamente fenómenos latentes como son la aparición de problemas sociales, estigmatizando a los individuos que forman parte del fenómeno, sin evaluar la causa, inferido seguramente por los medios de control social (11). Habría que reflexionar sobre la importancia de la valoración respetuosa de todas las subculturas existentes.

Opinamos que la realización de cursos de adaptación al Paradigma de la Transformación (12) por parte de los profesionales facilitaría la participación de los pacientes en la planificación de sus propios cuidados, facilitando la posibilidad de adherencia a su autocuidado.

Por último las políticas efectivas por parte de los poderes públicos para la reducción de la pobreza, deben basarse en el reconocimiento de esas bolsas de pobreza, y adecuar medidas futuras para paliar las descompensaciones sociales existentes aumentadas por este periodo de crisis. (Comisión de las Comunidades Europeas, 1995. Wacquant, L. 2007. Jaraíz, 2009). (13, 14,15)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. FUHEM. "La exclusión social y el estado de bienestar en España". Madrid: Universidad de Comillas, 2000.
2. S. Blesa, C. Personas sin hogar, personas como tú. Centro de Colaboraciones Solidarias. España. Abril, 2.004.
3. Raile, M y Marriner, A.,. "Modelos y teorías de Enfermería". Barcelona: Elsevier España SL, 2011
4. GubaEG , LincolnYS. Effective Evaluation. London: Jossey-Bass Publishers, 1981.
5. Blumer, H. "El interaccionismo simbólico: perspectiva y método". Barcelona: Hora, S.A, 1982
6. Morin, M.: "Representaciones sociales y prevención del SIDA" en El desafío social del SIDA. Basabe, N. Páez, D. Usieto, R y Paicheler H. Fundamentos, Madrid. 1996.
7. Goffman, E. Estigma, la identidad deteriorada. 1ª ed. 8ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2001
8. Orem D. "Aplicaciones de su teoría: Teoría del Déficit de Autocuidado"[fecha de acceso 16 de julio de 2011] URL http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Orem
9. Cavanagh, Stephen J."Modelo de Orem: aplicación práctica". Barcelona: Masson Salvat. 1993.
10. García Martín Caro C y Sellan Soto C, documento inédito elaborado sobre "Modelo de autocuidado de Dorotea Orem". 2002
11. Deflem, M. 2007. "The Concept of Social Control: Theories and Applications." Fecha de acceso: 13 mayo 2011. URL: <http://deflem.blogspot.com/2007/08/concept-of-social-control-theories-and.html>
12. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson. 1996.
13. Comisión de las Comunidades Europeas. El desafío de la pobreza y la exclusión social". Informe final del programa "Pobreza 3" (1989-1994). Bruselas, 27.03.1995. COM(95) 94 final).
14. Wacquant, L. Los condenados de la ciudad: guetos, periferias y Estado. Buenos Aires: Siglo XXI. 2007.
15. Jaraíz, G. "Actuar ante la exclusión. Análisis, políticas y herramientas para la inclusión social". Madrid: Artegraf, S.A. 2009.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Inmaculada Gil Ruiz, M^a Elena Ortúñez Fernández, M^a Teresa Redecillas Peiró, M^a Jesús Cuadros Gómez

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE MUJERES INMIGRANTES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE LIN

INTRODUCCIÓN

La realidad aportada por los movimientos migratorios de los últimos años, hace que los profesionales sanitarios nos enfrentemos ante una nueva situación de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto a la salud.

Dentro de los ejes transversales de equidad en la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud nos encontramos con la diversidad de capacidades, la multiculturalidad y la perspectiva de género. La población inmigrante ha aumentado y además, presenta un elevado índice de fertilidad. Pueden tener obstáculos en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios que requieren actuaciones específicas. En este contexto, la humanización e introducción de aspectos interculturales tienen aún más sentido desde el punto de vista tanto social como económico. La proporción de partos de mujeres inmigrantes oscila aproximadamente entre el 20% y el 50% de todos los partos atendidos por hospitales públicos¹

Las barreras específicas de acceso al sistema sanitario de la población inmigrante están descritas como²:

- El rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitarios
- Barreras culturales y religiosas
- Barreras lingüísticas y de comunicación
- Barreras normativas y administrativas

La realidad multicultural nos lleva a considerar las cultural y circunstancias de las que provienen las mujeres embarazadas, así como las dificultades de comunicación existentes con el objetivo de ofrecerles una información apropiada. Con la información adecuada, las usuarias adquieren autonomía para decidir los tratamientos o las prácticas que consideran mejores para ellas. La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjunta mediante un proceso en el cual, usuaria y profesional comparte información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado. Se pretende abandonar el clásico modelo paternalista en la relación profesional- paciente y adoptar un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida¹

Uno de los objetivos generales que el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía recoge, "asegurar el acceso en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso"³

Dentro de los ejes transversales del II Plan, el enfoque de confluencia de género muestra el interés por los problemas de salud de las mujeres, gracias a la mejora del acceso a servicios como la educación materno-infantil, la planificación familiar, la atención a embarazo, parto y puerperio, la prevención de embarazos no deseados, o la atención a problemas derivados de malos tratos a la infancia o a la mujer, entre otros. Otro eje transversal se orienta a la reducción de las desigualdades en salud. Dentro de este marco, las medidas sociosanitarias a desarrollar por el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía tendrá en cuenta las necesidades propias de las mujeres inmigrantes, dada su especial vulnerabilidad³.

Incorporar la perspectiva y las necesidades de la población inmigrante en la atención del Programa de Salud Materno-Infantil es un

objetivo específico del área de intervención sociosanitaria del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía³.

El Programa de Salud Materno-Infantil puesto en marcha en Andalucía en 1984, incluye un conjunto amplio y diverso de actuaciones encaminadas a mejorar la salud de la población materno-infantil. Consta a su vez de otros programas: Planificación Familiar, de atención al embarazo, parto y puerperio y el programa de Atención a la salud infantil⁴. En el marco del programa de atención al embarazo, parto y puerperio destaca la Educación maternal que se ofrece a los futuros padres con objeto de mejorar la vivencia del embarazo, preparar el momento del parto con ejercicios respiratorios y posturales, fomentar la lactancia materna y facilitar los cuidados del recién nacido. El número de mujeres que acude anualmente a este servicio es de 52.000⁵.

La educación materna (ED) se encuentra dentro de las actividades de promoción, prevención y fomento de la salud materno- infantil desarrollados por los equipos básicos de atención primaria. Es definida como “el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva, y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional”⁵.

La importancia de esta actividad se pone de manifiesto en la mejora de los indicadores perinatales con una disminución de las cifras de morbilidad materno-infantil y de intervenciones obstétricas durante el parto⁷.

La captación precoz de la población inmigrante dentro del proceso del embarazo, parto y puerperio evitará complicaciones y mejorará la salud de estas mujeres, integrándolas de forma efectiva en nuestro sistema sanitario. El cuidado prenatal efectivo y la educación prenatal son pieza clave para conseguir este objetivo.

Este estudio pretende describir la situación actual que viven las mujeres embarazadas inmigrantes que dan a luz en el hospital San Agustín de Linares, en cuanto al acceso a la educación maternal.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de mujeres inmigrantes, que han dado a luz en el Hospital San Agustín de Linares, con carencias en materia de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva durante su embarazo (educación maternal) así como el país de origen de cada una de ellas.

METODOLOGÍA

- Búsqueda, selección y análisis de las fuentes bibliográficas.
- Estudio observacional retrospectivo descriptivo de prevalencia sobre mujeres inmigradas que han dado a luz en el Hospital San Agustín de Linares en el año 2009. Los análisis estadísticos se hicieron apoyados por el programa SPSS 18. Muestra seleccionada tras la revisión de historias clínicas de 71 mujeres que han dado a luz en el año 2009. Se seleccionaron y revisaron aquellas con nombres y apellidos extranjeros, rechazando las que no reflejaban el país de origen. La posibilidad de recoger un registro de las mujeres que dieron a luz en el centro, en el periodo a estudiar, seleccionadas por la variable “nacionalidad” fue descartada, pues el archivo de historias clínicas del Hospital San Agustín no contempla la recogida de esta variable de forma obligatoria.
- Se analizaron las variables lugar de procedencia y participación en el programa de educación maternal.

RESULTADOS:

El 36,6% de las mujeres inmigradas del estudio son de países del Magreb. Un 26,8% son de Europa del Este en y un 14,1% de Asia Occidental.

El 76% de las mujeres no recibieron educación maternal. Desglosando este resultado en función del país originario, encontramos que no recibieron educación maternal:

- Asia occidental: 80% (muestra de 10 mujeres, todas de nacionalidad paquistaní)

- Asia Oriental: 75% (muestra de 4 mujeres)
- Europa de Este: 68% (muestra de 19 mujeres)
- Europa Occidental 100% (muestra de 1 mujer)
- Magreb: 85% (muestra de 26 mujeres)
- Sudáfrica: 50% (muestra de 2 mujeres)
- Sudamérica: 55,5% (muestra de 9 mujeres)

CONCLUSIONES:

La educación maternal constituyen una actividad que favorece la promoción de la salud, las relaciones interculturales y la integración social de estas mujeres. Existen estudios⁸ que consideran la EM eficaz para la mejora de conocimientos y hábitos saludables, útil en el afrontamiento del embarazo, parto y cuidados del bebé, y beneficioso para un comportamiento satisfactorio de la mujer en el momento siempre difícil del parto^{9,10}. Sin embargo, la asistencia a estas sesiones es anecdótica en el caso de las mujeres inmigrantes que dan a luz en el hospital de Linares, aunque depende mucho de las estrategias de captación, información adecuada, presencia de mediadores interculturales, etc. En el estudio llegamos a la conclusión de que prácticamente en su totalidad la mujer inmigrada no participa en los programas de educación maternal. Este hecho tiene grandes repercusiones: menor acceso a los recursos sanitarios, falta de integración social y sanitaria en el país receptor, desinformación sobre los cuidados en el embarazo, parto y puerperio, desconocimiento sobre manejo del dolor (técnicas de relajación y respiración) y dificultades en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad materno- infantil.

Sería importante completar esta investigación con otro estudio posterior, basado en metodología cualitativa, para que sean las propias mujeres embarazadas inmigrantes las que expresen sus opiniones, necesidades, barreras y expectativas en el acceso a los recursos en materia de salud. Todo esto podría servir como base en la orientación de la planificación de las intervenciones para mejorar la calidad de los cuidados en la salud, evitando divergencias entre sus expectativas y las respuestas que se les ofertan. Para abordar estas deficiencias en el acceso al programa de educación maternal sería interesante la puesta en marcha de estrategias como: campañas informativas sobre la EM, el uso de mediadores interculturales desde el primer contacto con el sistema sanitario, uso de materiales de apoyo traducidos, mejora de la accesibilidad y flexibilidad (horarios, número y duración de las sesiones, abordaje personal de la gestante...), adecuar los contenidos de la sesiones a la realidad de las mujeres inmigrantes (derechos de las mujeres inmigrantes, ayudas sociales y económicas, asociaciones a las que se pueden dirigir, teléfonos de interés, ...), mejora de la competencia cultural de los profesionales, trabajo en equipo entre atención especializada, atención primaria, ONGs y asociaciones de atención al inmigrante y, abordaje específico de las necesidades de las gestantes foráneas (planificación del momento del parto: dónde dirigirse, teléfonos de interés, acompañante, medio de transporte, con quién dejar a sus otros hijos, apoyos después del parto...).

Es preciso, diseñar estrategias y programas de educación sanitaria y de promoción de la salud, que estén adaptados y sean sensibles a la diversidad de los contextos socioculturales y económicos. Esto implica tanto a las mujeres como a sus parejas y comunidades de referencia¹¹.

Determinar el país originario adquiere relevancia en cuanto a la importancia de adoptar las estrategias de captación en función de la cultura y procedencia de cada mujer embarazada, eliminando barreras tales como la idiomática, cultural y administrativa y permitiendo a los profesionales la adopción de medidas que mejoren la competencia cultural de los programas en la salud reproductiva.

Se hacen necesarias futuras investigaciones que traten la temática del acceso a los recursos sanitarios por parte de las mujeres

inmigrantes, para ellos es fundamental la mejora en los registros sanitarios, que deberían contemplar la variable nacionalidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estrategias de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad; 2008. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
2. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para profesionales de la salud. 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_in_migrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
3. II Plan Integral para la inmigración en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de gobernación; 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/www/adjuntos/publicaciones/1_1841_II_plan_inmigracion.pdf
4. García, MM. Evaluación de Programas de Salud Materno-Infantil Andalucía 1984-1994. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
5. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=2274>
6. Rufo A, Fernández JC. Guía para la educación maternal en atención primaria. Sevilla: Junta de Andalucía; 1995.
7. Pérez F, Criado F. Educación maternal. En: Gallo M, González J.A, eds. Curso de actualización en Obstetría y Ginecología. <<Dr. Fernando Jiménez Torres>>. Málaga; 1995.
8. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en Atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria. 1999; 24(2): 66-74.
9. Florido J, Cuenca C, Ramírez A. Repercusiones obstétricas de la educación maternal. Rev Esp Obstet Gine. 1981; 40:412.
10. Salvatierra V, Cuenca C. Estado actual de la psicoprofilaxis obstétrica. Med Clin (Barc) 1985; 84:566.
11. Gerein, N. y cols. (2003) "A framework for a new approach to antenatal care". International Journal of Gynecology and Obstetrics, 80(2): 175-182.

Mesa de comunicaciones 12: Cuidados a pacientes críticos**Concurrent session 12: Critical Care****AUTORES/AUTHORS:**

ANA ISABEL COBO-CUENCA, MANUEL DE LA MARTA FLORENCIO, MANUEL ESTEBAN FUERTES, MIGUEL VIRSEDA CHAMORRO, JUAN PEDRO SERRANO SELVA, NOELIA MARTÍN-ESPINOSA

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA DEL VARÓN CON LESIÓN MEDULAR CRÓNICA Y SU IMPLICACIÓN EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

Se define lesión medular (LM), al proceso patológico, producido por cualquier etiología, que afecta a la médula espinal; pudiendo alterar la función motora, sensitiva y/o autónoma por debajo del nivel de la lesión¹.

En España se estima entre 800 y 1000 casos nuevos al año. El mayor porcentaje se produce en la franja de edad de los 20 años a los 40 años, de ellos casi el 80% son varones y el 70% son de etiología traumática²

En general, las personas con LM tienen peor calidad de vida que las personas sin LM^{3, 4, 5, 6}. Los lesionados medulares refieren tener una menor CDV cuando hay infecciones urinarias⁴, disfunción vesical y/o intestinal, disfunción sexual, disfunción motora, dolor^{7, 6} y úlceras por presión.

El impacto de la lesión medular (LM) y sus secuelas son tan importantes que supone grandes esfuerzos de adaptación a la persona afectada; En la fase inicial de la lesión no se suele prestar atención a la sexualidad, es más tarde cuando se presenta esta necesidad.

Los objetivos del estudio son: 1) Valorar la calidad de vida (CDV) de los varones con LM que refieren tener disfunción sexual. 2) Identificar las estrategias de afrontamiento que más utilizan. 3) Conocer el estado de ánimo actual y el nivel de autoestima de los mismos.

Material y método:

Estudio realizado en el Hospital Nacional de Paraplégicos, con diseño descriptivo, observacional y transversal con una muestra formada por 45 varones con edades comprendidas entre los 21 y los 53 años que presentaban lesión medular traumática crónica y disfunción sexual.

Las variables de estudio son: Edad, nivel de lesión medular, tipo de lesión, CDV, estrategias de afrontamiento utilizadas, autoestima, ansiedad, depresión y tipo de disfunción sexual. Previo consentimiento informado, se procedió a la recogida de datos utilizándose las siguientes escalas autoinformadas:

- 1) Escala de satisfacción con la vida de Fugl-Mayer⁸, mide la calidad de vida.
- 2) Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria⁹ (HADS), mide la ansiedad y la depresión.
- 3) Escala COPE¹⁰ para las estrategias de afrontamiento.
- 4) Escala de Autoestima de Rosenberg¹¹.

El análisis estadístico de datos se ha realizado con SPSS¹⁷, mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Contraste de Kolmogorov-Smirnov para homogeneidad de los datos. T de student, ANOVA y correlación de Pearson.

Resultados:

El 17% de la muestra tiene depresión y el 42.2% sufre ansiedad. El 30% presenta una autoestima media-baja.

Tener depresión, ansiedad y la autoestima media-baja se relaciona significativamente con una peor Calidad de Vida.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron, "crecimiento personal", "aceptación", "reinterpretación positiva", "planificación y afrontamiento activo", que se relacionan significativamente con una mayor calidad de vida.

La muestra refiere una Calidad de Vida General buena, aunque los aspectos menos puntuados son la vida sexual y la vida económica-laboral.

Discusión:

La utilización de las estrategias de afrontamiento: "crecimiento personal", "aceptación", "reinterpretación positiva", "planificación y afrontamiento activo" mejora la Calidad de vida;

Aunque la muestra refiere tener buena Calidad de Vida, calificando como muy buena la vida social, en los aspectos en los que están menos satisfechos son en su Vida Sexual y su Vida Económica.

Conclusión/Implicaciones en la práctica:

La enfermería son los profesionales de la salud que más contacto directo y continuado tienen con estos pacientes, con lo que sería

adecuado proporcionarles programas de educación sexual y de habilidades de comunicación, para que puedan informar de forma adecuada y se sientan cómodos al hablar sobre temas sexuales.

Destacamos la importancia de enfocar los cuidados enfermeros aún más, en las estrategias de afrontamiento del individuo para facilitar unos resultados adaptativos, ayudando en definitiva a mejorar la CDV de la persona con LM.

Se aconseja además, implantar programas de educación sexual complementarios al tratamiento farmacológico, dirigidos tanto al lesionado medular como a su pareja, encaminados a ofrecer una visión sexual más amplia, una adecuada actitud hacia la propia sexualidad, con estrategias que potencien la autoestima, el autoconcepto y que mejoren las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Montoto A, Ferreiro ME, Rodríguez A Lesión Medular. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Médica Panamericana; 2006; pp 505-19.
2. Mazaira J, Labarta MC, Rufo J, Romero J, Alcaraz MA, Aponte A. Epidemiología de la lesión medular de 8 Comunidades Autónomas, 1974-1993. Médula Espinal. 1987; 3: 28-57.
3. Benony H, Daloz L, Bungener C, Chahraoui K, Frenay C, Auvin J. Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. Am J Phys Med Rehabil. 2002; 81(6):437-445.
4. Haran MJ, Lee B, King MT, Marial O, Stockler M. Health status rated with the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86(12): 2290-5.
5. Kennedy P, Rogers BA.. Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months post-discharge. Spinal Cord. 2000;38: 498-503
6. Lidal IB, Veenstra M, Hjeltnes N, Biering-Sorensen F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. Spinal Cord. 2008; 46(11): 710-5.
7. Noonan VK, Kopec JA, Zhang H, Dvorak MF.. Impact of associated conditions resulting from spinal cord injury on health status and quality of life in people with traumatic central cord syndrome. Arc Phys Med Rehabil. 2008; 89(6): 1074-82.
8. Fugl-Meyer AR, Eklund M, Fugl-Meyer KS. Vocational rehabilitation in Northern Sweden. Aspects of life satisfaction. Scand J Rehab Med 1998; 23: pp 83-7.
9. Zigmon AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Act Psych Scand 1983; 67: pp 361-370.
10. Carver Ch, Scheier MF, Weintraub JK. Assesig coping strategies: theoretically Based approach. J personl soc Psych 1983; 56(2), 267-283.

AUTORES/AUTHORS:

Tamara Raquel Velasco Sanz, Esperanza Rayon Valpuesta

TÍTULO/TITLE:

ORDEN DE NO REANIMAR: SU REALIDAD EN INTENSIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, opiniones y actitudes de los médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, sobre las órdenes de no reanimar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorar si se cumplen siempre las órdenes de no reanimación
2. Comprobar si existe buena comunicación de las órdenes de no reanimación entre los profesionales sanitarios, tanto escrita (historia clínica) como verbal.
3. Analizar los conocimientos de los profesionales sanitarios con respecto a las órdenes de no reanimación (definición, criterios de aplicación)

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: observacional, descriptivo y transversal

Criterios de inclusión: Todos los médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos del hospital Infanta Leonor, 12 de Octubre, Clínico San Carlos, Getafe, Móstoles, Fundación Jiménez Díaz, Puerta de Hierro, Gómez Ulla y Clínica Anderson.

Método de Muestreo: Todos los individuos han estado o están en contacto con pacientes terminales o en estado irreversible.

Método de Recogida de Datos: Encuesta Cualitativa tipo Likert, con respuesta múltiple, anónima, a sobre cerrado y autosuministrada (el encuestado lee las instrucciones y completa la encuesta sin intervención del encuestador).

Variables estudiadas: demográficas, de conocimiento, opinión y actitudes.

Descripción de la intervención: Se prepararon 649 sobres, con los formularios dentro, para repartir durante los meses de Octubre-Diciembre de 2010, entre todas las unidades de cuidados intensivos (una semana por hospital). Para la entrega de las encuestas, se dispusieron de urnas ubicadas en los lugares de mejor acceso, consensuadas con el personal. La devolución de los formularios completados, se realizó mediante la inserción de las encuestas, con los sobres cerrados, en dichas urnas, sin la participación del encuestador.

Los datos obtenidos, fueron volcados en planillas de cálculo Excel 07 de Microsoft, para ser pasadas a una base de datos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con porcentajes y correlación Chi-Cuadrado tomando como significativos valores $p < 0,05$ a través del programa estadístico SPSS 18.0

RESULTADOS

Se entregaron 649 encuestas en total, recogándose 331, al terminar el periodo de recepción (3 meses). El retorno fue de 51%.

El 73,41% de los encuestados fueron mujeres.

El grupo etario más numeroso fue el de 31 a 40 años, con el 36,4% de los encuestados

El 79,45% (263) de los encuestados eran enfermeros, frente a un 20,55% (68) de Médicos.

El 60,5% con > de 6 años de experiencia en UCI

El 21,8% (0-3años), 17%(3-5años), 22,1% (6-10años), 14,2% (11-15años), 24,2% >16años

El 77,3% Enfermero asistencial, 2,4% Enfermero no asistencial, 5,2% Médico residente, 15,2% Médico Staff.

El 46,7% Contrato fijo, el 20,9% Interino y el 32,4% restante eventual.

El 71% no conoce los criterios para tomar la orden de no reanimar (ONR) en caso de paciente incompetente.

El 49,5% no conoce el término o tiene dudas sobre las implicaciones de la ONR.

El 24,2% de los encuestados, han realizado alguna vez, maniobras de RCP en pacientes con ONR.

El 45,9% señala que la ONR no figuraba en la HªClínica, ni era conocida por todo el personal sanitario a su cargo.

El 37% considera la insuficiencia cardiaca terminal, como criterio de pronóstico clínico de severidad, para indicar una ONR.

Con respecto al sexo, el 28% de las mujeres han realizado maniobras de RCP en pacientes con ONR, respecto al 13,6% de los hombres, con un índice de correlación $p=0,017$

Según la profesión, el colectivo médico (67,6%) conoce mejor el término que el colectivo enfermero (46%) con un índice de correlación $p=0,009$

La mayoría del colectivo médico (32,4%) considera como criterios para indicar una ONR, la insuficiencia cardiaca terminal y la incapacidad de la edad extrema, mientras que la mayoría del colectivo enfermero (39,2%) sólo considera la insuficiencia cardiaca terminal, con un índice de correlación de $p=0,020$

Las maniobras de reanimación realizadas en pacientes con ONR, no estaba registrado en la historia clínica y no era conocido por parte de todo los profesionales sanitarios en un 72,5% con un índice de correlación $p<0,001$

DISCUSIÓN

Con respecto al conocimiento del concepto de la ONR, existen muchas dudas sobre todas las implicaciones que engloba el término, especialmente entre los profesionales de enfermería.

Algunos de los encuestados, señala como erróneo someterse a intervenciones quirúrgicas o ingresar en unidades de cuidados especiales, cuando el paciente tiene la orden de no reanimar.

Comparando dichos resultados con estudios previos, son varios los autores que enfatizan la importancia en este punto, ya que consideran que la orden no impide que los pacientes se puedan seguir beneficiando de tratamientos destinados a hacer confortable su vida, a nivel tanto físico, psíquico como espiritual. (1,2)

No obstante, a la hora de ingresar en unidades de cuidados intensivos, uno de los criterios que se valora, es la reversibilidad del proceso. Por ello, algunos profesionales consideran, que si un enfermo tiene firmada la ONR, es porque tiene una situación de terminalidad, y el ingreso en dichas unidades, no lo consideran oportunos.(3)

Sin embargo, en mi experiencia, enfermos oncológicos con orden firmada de no reanimar, que sufren un episodio de insuficiencia respiratoria aguda por un broncoespasmo severo, tras un ciclo de quimioterapia, son muy subsidiarios del ingreso en dichas unidades para su estabilización (intubación orotraqueal). Al igual que un cuadro de apendicitis aguda, en enfermos EPOC terminales, que requieren de forma inmediata someterse a una intervención quirúrgica. Sin vulnerar, en ambos casos, las ONR.

En este punto, cabe diferenciar que la ONR puede venir dada:

- Por el paciente, a través del documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, cuando no pueda expresarlo.
- Por el representante legal, quién tomará la decisión basándose en los deseos del paciente.
- Por el médico, previamente consensuado con el equipo multidisciplinar, y el propio paciente y/o en su defecto la familia o representante legal.

Por tanto, será siempre primero el paciente, quien deba tomar la orden (derecho inalienable de ejercer su AUTONOMÍA), quien en función de sus sentimientos, valores, creencias y siendo previamente informado de las implicaciones que conlleva su aplicación, decidirá sobre su cuerpo. (4)

No obstante, la práctica demuestra lo contrario: normalmente la decisión es tomada por el médico, a veces consensuada con la familia o representante legal, basándose en los principios de beneficencia y no maleficencia. (5)

Dicha realidad, viene determinada por la corriente paternalista que aún predomina con respecto a la salud y la medicina donde

sigue primando la orden médica.

Esta situación sobretodo se da en intensivos, donde normalmente quien decide es el médico responsable de forma individual. (6)

Otro estudio realizado en UCI francesas, señalaban que en un 54% la decisión se tomó conjuntamente con el personal de enfermería, en un 44% con la participación de la familia y en un 0,5% con el paciente. (7)

Como queda patente en los resultados de este estudio, si no se conoce bien cuál es el orden de elección, se pueden vulnerar los deseos del paciente, llegando incluso a situaciones de uso de terapias agresivas, antes de indicar la ONR. (8)

Normalmente, dicha orden se toma basada en la valoración de la calidad de vida esperada y la futilidad del tratamiento relacionado con puntuaciones altas en escalas de valoración de la gravedad (6,7)

Con respecto a los criterios de pronóstico clínico de severidad, parece que no existen un consenso claro. Así en este estudio la patología mayoritaria para indicar una ONR es la insuficiencia cardiaca terminal. Pero existe una gran variabilidad. Algunos autores señalan además de la insuficiencia cardiaca terminal, el accidente cerebrovascular y la incapacidad extrema y fragilidad de la edad avanzada como condiciones médicas compatibles con ONR. (9)

Otros autores señalan, que siempre que se pueda, el pronóstico clínico de severidad es conveniente reforzarlo con el aval cuantitativo de sistemas de medición de gravedad habituales (APACHE, SAPS II...) (10)

Existen también otra serie de situaciones, en las que no se deben realizar maniobras de reanimación, por ejemplo, si la parada es consecuencia de la evolución de una situación terminal, la existencia de órdenes de no reanimación o existencia de un documento, en el que se refleja el deseo expresado de manera inequívoca, de no querer ser reanimado. (8,11,12)

Derivado de ello cabe analizar los resultados encontrados en el estudio, donde en un porcentaje considerable de casos se aplicaron maniobras de RCP en pacientes con ONR, con todas las implicaciones éticas, económicas y sociales, que conllevan tras aplicar la técnica.

En la mayoría de los casos, cabe destacar que dicha actuación puede estar directamente relacionada, con una comunicación inadecuada entre los profesionales sanitarios implicados, y la inexistencia de la orden en la Hª Clínica del paciente.

Existen otros estudios que señalaban que la inadecuada comunicación entre los profesionales, limitaba la aplicación de buenos cuidados al final de la vida, resaltando su importancia para mejorar la toma de decisiones. (13)

Otros estudios muestran, que la ONR fue registrada en un 90,3% en el evolutivo médico, pero que sólo un 65,5% en las hojas de enfermería, con las implicaciones tan importantes que pueden derivarse de no tener un registro adecuado. (6)

Sin embargo, sería interesante analizar, el motivo por el que, a pesar de no estar indicadas, se aplicaron dichas maniobras, dado que era conocido por el personal y figuraba en la Hª Clínica.

Como limitaciones del estudio, se puede considerar que sólo se ha realizado en una Comunidad Autónoma, lo que impide generalizar los resultados a todos los profesionales (médicos y enfermeras) del país. No obstante, muestra una realidad muy importante en Madrid y que posiblemente podría ser extrapolable a otras Autonomías.

CONCLUSIONES

1. Existe un porcentaje significativo de los encuestados, que refiere haber realizado maniobras de reanimación cardiopulmonar en pacientes cuyas últimas voluntades eran de no reanimar, con la consiguiente repercusión personal, familiar, económica y social que supone. Más de la mitad de los mismos, refiere que dicha orden no figuraba en la Historia Clínica, ni era conocida por todo el personal sanitario.
2. Mala comunicación con respecto a las órdenes de no reanimar, siendo necesario la inclusión obligatoria en las historias clínicas de los enfermos, al igual que ponerlas al conocimiento del personal sanitario que atienda a ese paciente.
3. Conocimientos escasos sobre el término, los criterios de aplicación y la toma de decisiones, lo que requiere formación de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Monzón Martín JC. Cuidados Intensivos y Bioética. I Reunión sobre aspectos éticos en Medicina Intensiva. Madrid. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica;1997
2. Alvarado NM. Ética en Medicina. No Reanimación. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. <http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/lencuentro/mmoduloiv.htm>
3. Van Delden JJ, Löfmark R, Deliees L, Bosshard G, Norup M, Lecioni R et al. EURELD Consortium. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med.*2006;34:1686-90
4. Hernando Martínez HF, Hernández Rivas A, Gamó González HF, López García MD, Vélez Vélez E, Borrás López A, Gómez Macías J. Las órdenes de no reanimar: perspectiva bioética y social. *Metas de Enf.*2006;9(2):71-77
5. Hernández Rodríguez JE, Medina Castellano CD, Díaz Hernández M. Principios bioéticos y su aplicación en la reanimación cardiopulmonar. *Metas de Enf.*2004;7(1):59-64
6. Martínez- Sellés M, Gallego L, Ruiz J, Fernández Avilés F. Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología. ¿Qué podemos mejorar? *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63(2):233-237
7. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French LATAREA group withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet.* 2001; 357:9-14
8. Carrión Torre M, Zubizarreta Iriarte E, Sarasa Monreal MM, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. El efecto de la orden de no reanimación cardiopulmonar en el plan de atención al paciente crítico. *Enf Intensiv.*2008; 19:14-22
9. Hegab AS, Patil AS. An audit. Of the appropriateness of "Do Not Resuscitable" orders on medical wards-personal views. *Darlington Postgraduate Journal* 2000;19(2)
10. Hernando Martínez HF, Hernández Rivas A, Gamó González HF, López García MD, Vélez Vélez E, Borrás López A, Gómez Macías J. Análisis ético-legal y social sobre las órdenes de no reanimar. *Metas de Enf* 2006;9(1):66-72
11. Hamil RJ. Resuscitation: when is enough, enough? *Respi Care* 1995;40(5):515-524
12. British Medical Association. Ethics Department. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation. A Join Statement from British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing.2002;11-14
13. Del Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P et col. Cuidados al paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos. *Enf Intensiv* 2007;18(1):3-14

AUTORES/AUTHORS:

Tomás Sebastián Viana, Fernando Núñez Crespo, Gema Martín Merino, José Miguel González Ruiz, María Rosa García Martín, Eva Velayos Rodríguez, Isabel Lema Lorenzo, Carmen Gloria Nogueira Quintas

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la implantación de recordatorios para disminuir eventos adversos en pacientes con accesos venosos periféricos

Antecedentes y objetivos

Las historias clínicas electrónicas son bases de datos relacionales que recopilan información y que en muchos casos no van más allá de un mero repositorio de información que tiene mayor accesibilidad que la historia de papel y que permiten compartir esta información de una forma más sencilla que con el uso de las historias tradicionales. En general las historias clínicas electrónicas no han dado el salto para que esa información se reutilice y de soporte a la toma de decisiones clínicas.

En cuanto al soporte a la toma de decisiones, en la literatura aparecen referencias al papel que juegan los recordatorios y alertas que pueden tener los profesionales en el momento en el que tienen que tomar una decisión, en este aspecto es de destacar la revisión publicada por la Cochrane(1) sobre los efectos de los recordatorios en pantalla de computadoras en lugares de atención sobre los procesos y los resultados de la atención.

Esta revisión encontró 28 estudios que evaluaron los efectos de diferentes recordatorios en la pantalla de las computadoras. Los estudios probaron recordatorios para prescribir fármacos específicos, para advertir acerca de interacciones medicamentosas, para proporcionar vacunaciones o para indicar pruebas. La revisión encontró beneficios pequeños a moderados.

En cuanto a la presencia de recordatorios relacionados con cuidados son pocos los estudios realizados y menos aun los que miden la efectividad de estos en los cuidados de accesos vasculares.

En la práctica diaria de la atención especializada, los dispositivos intravenosos están muy presentes para la administración de líquidos, medicaciones, nutrientes y componentes sanguíneos(2). El empleo de estos dispositivos no está exento de efectos adversos, tal como se recoge en la bibliografía(3-10). Los dispositivos intravasculares son en la actualidad la causa más frecuente de infecciones del torrente sanguíneo vinculadas directamente con los cuidados dispensados (10,2).

La presencia de EA (Eventos Adversos) vinculados a dispositivos intravasculares conduce a un aumento de la estancia hospitalaria(11), un mayor coste de los cuidados y a empeorar el estado de salud del usuario, siendo los EA más frecuentes: la flebitis (infecciosa o no), extravasaciones y obstrucción (12). En general, en todos los estudios los cuidados son registrados en la historia clínica en formato papel o informatizada y después son analizados de forma observacional, sin la existencia de señales de alerta que indique el riesgo que tiene un usuario de sufrir un efecto adverso. Por ello, se hace necesario no sólo conocer los cuidados de estos dispositivos sino dar un paso más y establecer sistemas de ayuda a la toma de decisiones en la historia clínica que permitan establecer cuándo una persona tiene riesgo de sufrir un efecto adverso relacionado con estos dispositivos.

Por ellos se ha planteado un estudio con el objetivo de medir el impacto clínico de la implantación de un sistema de alertas/recordatorios a partir de los registros clínicos de una historia electrónica, que avise de los pacientes que tienen riesgo de presentar un evento adverso relacionado con los catéteres venosos periféricos.

Métodos:

Este estudio se ha desarrollado en el ámbito del proyecto FIS PI070873, que se ha realizado en el Hospital de Fuenlabrada. Dentro del estudio, se revisaron los registros que se utilizaban para seguimiento de los catéteres intravenosos en las unidades de hospitalización medicoquirúrgicas del Hospital de Fuenlabrada. A partir de estos registros, se ha desarrollado una consulta automatizada en Structured Query Lenguaje (SQL) que busca la información en los registros clínicos y elabora un listado con todos los pacientes ingresados en la unidad que incluye la fecha de ingreso, la fecha de colocación de la vía venosa periférica y el tipo de vía en formato de página web que se actualiza en cada turno en los ordenadores de la unidad y que se implanta en Enero de 2010.

Una vez implantado, se ha realizado un estudio cuasiexperimental, midiendo y comparando las incidencia acumulada de flebitis, extravasaciones y obstrucciones en acceso venosos periféricos de los pacientes medicoquirúrgicos dados de alta en las unidades de estudio en el periodo de enero a diciembre de 2009 y de enero a diciembre de 2010 (periodo homogéneos pre y post implantación de los listados de alertas).

La comparabilidad de los grupos se ha evaluado comparando las variables sociodemográficas sexo y edad; además se ha comparado también la estancia media y la complejidad de los pacientes con los pesos medios o case mix de los pacientes ingresados en las unidades de estudio y la evaluación del nivel de dependencia medio según la parrilla de niveles de dependencia de SIGNO II(13). Para la comparación de los grupos y evaluar la asociación de variables se ha utilizado el test de la t de student para variables cuantitativas y el test de Chi cuadrado para variables cualitativas.

Para evaluar el efecto de los recordatorios en los eventos adversos, se ha estimado la asociación entre variables cualitativas con el test de Chi cuadrado y se ha calculado el RR (riesgo relativo) junto a su IC (intervalo de confianza al 95%) según el método de Katz. En los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I menor a 0,05

Resultados:

En el año 2009 fueron dados de alta en las unidades de estudio 9263 pacientes y en el año 2010, 9220 pacientes Las características de los pacientes ingresados de los dos años son homogéneas, no hay diferencias demográficas, ni las hay desde la perspectiva de los cuidados que requieren, excepto en los niveles de dependencia que son mayores en 2010.

La edad media de los pacientes fue de 60,1 en 2009 y de 60,41 en 2010 ($p=0,2852$) En cuanto a la distribución por sexo en 2009 hubo 4957 hombres (53,5%) y 4306 mujeres (46,5%), mientras que en 2010 fueron 4895 hombres (53,1%) y 4325 mujeres (46,9%) ($p=0,575$)

La estancia media ha sido la misma los dos años: 6,84 días con una $p=0,6567$

El peso medio o case mix de las unidades de estudio fue de 1,876 en el año 2009 y de 1,898 en 2010 con una $p=0,473$. Se observa que es ligeramente superior en 2010 aunque sin llegar a ser significativo

En cuanto a los porcentajes de pacientes por cada nivel de dependencia tenemos en el año 2009: 25,59% nivel 1, 55,25% nivel 2, 14,03 % nivel 3, 5,13 % nivel 4 mientras que en el año 2010 la distribución ha sido: 10,01% nivel 1, 57,52% nivel 2, 20,51% nivel 3, 11,96% nivel 4 con una $p<0,001$. En este caso se observa claramente que los pacientes en el año 2010 han requerido mayor intensidad de cuidados dado que los porcentajes de pacientes de nivel 3 y 4 son mayores y por tanto tienen mayor riesgo de sufrir eventos adversos relacionados con cuidados

Los resultados encontrados en los eventos adversos del estudio han sido:

* Pacientes con accesos venosos que desarrollan flebitis: en 2009 fueron 1007 pacientes (10,87%); en 2010 fueron 829 pacientes (8,99%). Presentando un $RR=0,827$, un IC (0,758-0,903) y una $p<0,001$

*Pacientes con accesos venosos que presentan extravasaciones: en 2009 fueron 1036 pacientes (11,18%) y en 2010 fueron 829 pacientes (8,99%). Presentando un $RR 0,804$, un IC (0,737-0,877) y una $p<0,001$

*Pacientes con accesos venosos que presentan obstrucciones: en 2009 fueron 320 pacientes (3,45%), en 2010 fueron 304 pacientes (3,30%). Presentando un $RR 0,954$, un IC (0,818-1,113) y una $p=0,554$

Discusión:

A partir de los resultados parece que si ha existido impacto clínico con una reducción en la incidencia acumulada de los eventos adversos observados. Así vemos reducciones significativas del riesgo relativo en los eventos adversos directamente relacionados con la observación y la vigilancia de los pacientes por parte de los profesionales de enfermería, encontrado una disminución de un 18% en la flebitis y de un 20% en las extravasaciones, sin embargo esta reducción no se presenta en las obstrucciones que tienen menos relación con la vigilancia directa de la vía venosa periférica que es sobre lo que incide el listado de recordatorios.

Destacar en el estudio las disminuciones en la flebitis y en las extravasaciones cuando lo lógico es que deberían haberse incrementado al tener mayores requerimientos de cuidados los pacientes en el año 2010, hay que tener en cuenta que la parrilla de

niveles de dependencia incluye y evalúa variables como la presencia de catéteres y de tratamientos parenterales, así mismo en 2010 hay mayor número de pacientes quirúrgicos y un ligero incremento en la edad media y del peso medio o case mix de los pacientes, que también parece apuntar a que en 2010 los cuidados que requerían los pacientes eran mayores.

El estudio parece apuntar que un listado con recordatorios de los pacientes que tienen acceso vascular y la fecha en que se colocó, que se actualiza por turno, ha servido para disminuir el número de flebitis y extravasaciones, no así el número de obstrucciones. En la línea de los estudios que se han realizado sobre los recordatorios en pantalla (1) parece que estos pueden tener aplicabilidad y utilidad en más situaciones clínicas que las que se han ido estudiando, tal y como parece que ocurre en el caso de los cuidados de los accesos vasculares

Como implicación para la práctica, el estudio parece apuntar a que estructurar la información relevante para el seguimiento de los pacientes y dotar de herramientas que faciliten a los profesionales conocer a los pacientes que más riesgo tienen de sufrir un EA, o en su caso a los pacientes o situación que hay que vigilar, puede suponer que un número relevante de estos pacientes no sufran EA relacionado con cuidados, al menos en lo que respecta a los EA relacionados con los cuidados con accesos venosos periféricos

Financiación

El estudio es parte del proyecto con nº de expediente PI070873 "Incidentes y eventos adversos relacionados con cuidados. Validación de un instrumento de medida y eficacia de la implantación de guías en la historia de salud electrónica", subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria de ayudas del programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud del Ministerio de Sanidad y Consumo para la realización de proyectos en el marco del plan nacional de I+D+I 2004-2007, durante el año 2007. Resolución de 15 de Octubre de 2007

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Shojania K, Jennings A, Mayhew A, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J. Efectos de los recordatorios en pantalla de computadoras en lugares de atención sobre los procesos y los resultados de la atención. Biblioteca Cochrane Plus 2009(3).
- (2) Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing and Midwifery. Magement of Peripheral Intravascular Devices. Best Practice 1998;2(1):1-6.
- (3) Carballo M, Llinas M, Feijoo M. Phlebitis in peripheral catheters (I). Incidence and risk factors. Rev Enferm 2004 Sep;27(9):25-32.
- (4) Carballo M, Llinas M, Feijoo M. Phlebitis in peripheral catheters (II). A study. Rev Enferm 2004 Sep;27(9):34-38.
- (5) Cazalla Foncueva AM, Sanchez Lopez C, Calero Perea A, Marquez Luque R. Intravenous catheters. Use and complications at an infective disease unit. Rev Enferm 2003 May;26(5):51-54.
- (6) Chumillas Fernández A, Sánchez González N, Sánchez Córcoles M. Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de catéter periférico. Revista Enfermería de Albacete 2002;15:35-40.
- (7) de Dios Garcia-Diaz J, Santolaya Perrin R, Paz Martinez Ortega M, Moreno-Vazquez M. Flebitis relacionada con la administración intravenosa de antibióticos macrólidos: estudio comparativo de eritromicina y claritromicina. Med Clin (Barc) 2001 Feb 3;116(4):133-135.
- (8) Regueiro Pose MA, Souto Rodriguez B, Iglesias Marono M, Outon Fernandez I, Cambeiro Nunez J, Pertega Diaz S, et al. Peripheral venous catheters: incidence of phlebitis and its determining factors. Rev Enferm 2005 Oct;28(10):21-28.
- (9) Ruiz Trillo C. Tratamientos aplicados a las flebitis postperfusión. Rev Enferm 2006;29(2):135-140.
- (10) de Dios Garcia-Diaz J, Santolaya Perrin R, Paz Martinez Ortega M, Moreno-Vazquez M. Phlebitis due to intravenous administration of macrolide antibiotics. A comparative study of erythromycin versus clarithromycin. Med Clin (Barc) 2001 Feb 3;116(4):133-135.
- (11) Rodríguez S. Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria. Enfermería Científica 1992(118):20-21.

(12) Taboada Cotón J, Montes Martínez A, Taracido Trunk M. Complicaciones de la terapia intravenosa: flebitis. Análisis de los factores de riesgo. *Enfermería Científica* 1999(206-207º):80-85.

(13) Cortés M. Club de Enfermería Signo II. Madrid: Dirección General del INSALUD; 1995.

AUTORES/AUTHORS:

Barbara Hurtado-Pardos, Marti Pons-Odena, Irma Casas-García, Dolors Miguel Ruiz, Juan Roldán-Merino, Juan Diego Ramos-Pichardo, Carlos Nebot-Bergua

TÍTULO/TITLE:

La ventilación mecánica no invasiva es efectiva y segura en pacientes críticos pediátricos

3.1. Objetivo General:

Analizar el uso establecido de la VNI en los pacientes pediátricos y valorar el grado de efectividad y mortalidad asociada de esta técnica en una unidad de cuidados intensivos pediátricos

3.2. Objetivos específicos:

3.1.Describir la población que han utilizado la VNI como parte de su tratamiento en UCIP.

3.2.Describir la evolución en las variables fisiológicas, en relación al uso de la VNI, analizando los cambios del cociente S/F como marcador de fracaso de la VNI.

3.3.Describir las complicaciones asociadas al uso del la VNI

4.- PACIENTES Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio: estudio descriptivo transversal.

4.2 Lugar de estudio: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Sant Joan de Déu, (HSJD) de Barcelona.

4.3 Periodo de estudio: octubre 09- marzo 2010

4.4 Población de estudio: Todos los pacientes pediátricos que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y a los que se les aplicó la técnica de la ventilación no invasiva.

4.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en la UCIP del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona a los que se aplicó VNI desde el 1 de octubre de 2009 hasta el 31 de marzo de 2010.

- Pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con insuficiencia respiratoria con criterios clínicos de VNI. Pacientes con IRA con fallo predominante hipoxémico o hipercápnico y la IRA postextubacion.

- Se incluyen pacientes con orden médica de no intubar con indicación de VNI paliativa

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con contraindicación a la VNI (necesidad de protección de la vía aérea, coma, hemorragia digestiva alta, insuficiencia respiratoria grave, obstrucción fija de la vía aérea, secreciones abundantes y espesas, vómitos, shock, malformaciones y traumatismos/quemados craneofaciales, neumotórax no drenado, cirugía esofágica o gástrica reciente).

- Ausencia de material o experiencia para realizar la VNI

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, ingresaron en la UCIP un total de 590 pacientes.

Fueron evaluados 102 pacientes, de los cuales a 96 se les aplicó VNI.

Seis pacientes fueron excluidos del estudio ya que presentaron criterios de no utilización de la VNI o contraindicación para ello. (1 presentó traumatismo craneoencefálico, 2 pacientes presentaron abundantes y espesas secreciones y 2 pacientes presentaron IR grave.)

La edad media de los pacientes ha sido de 26,9 ±49,6 meses (rango 0,2 a 241,6) con una mediana de 6,6 meses

En el 68,8% de los pacientes que presentaron insuficiencia respiratoria hipoxémica precisó la VNI inicial como primera opción. El respirador más empleado fue el BiPap® Vision® en el 41,7% de los casos, con modalidades de S/T (45,8%) y CPAP (22,9%)

Los pacientes sometidos a VNI estuvieron una media de 68,39 horas (±63,4), tan sólo en un caso un paciente se sometió a 456

horas ya que era un paciente con una patología neuromuscular crónica de base, que ingresó con un diagnóstico de atelectasia. En cuanto a las interfases, la tubo nasofaríngeo (39%) fue la más utilizada, seguida de la interfase buconasal (32%). De los 96 pacientes, se utilizó sedación en un 66% siendo el fármaco de elección el propofol a dosis bajas, por vía endovenosa. Las presiones medias administradas fueron: IPAP $13,6 \pm 2,5$ cm. H₂O (límites 6- 20); EPAP $6,35 \pm 1,1$ cm. H₂O (límites 4 -10). En relación con la eficacia de la VNI, tras 2h de su aplicación se observó una disminución de la frecuencia cardíaca, y de la frecuencia respiratoria y una mejoría de la oxigenación. La aplicación de la VNI comportó una mejoría clínica, con reducción a las 24 horas de la FC ($115,5 \pm 28,2$ vs $141 \pm 25,8$ latidos por minuto, $p < 0,0001$) y de la FR ($32,2 \pm 10,2$ vs $43,2 \pm 12,8$ respiraciones por minuto, $p < 0,0001$). (Figuras 3 y 4 respectivamente). Los pacientes estudiados mostraron una mejoría oximétrica lo que permitió una reducción a las 24 horas en la FiO₂ ($32,2 \pm 12,7$ vs $46 \pm 12,5$, $p < 0,0001$) Ello comportó un incremento de la SpO₂ ($97 \pm 4,2$ vs $96,3 \pm 4,2$) y un incremento de la S/F ($302,8 \pm 85,4$ vs $209,3 \pm 56,5$, $p < 0,0001$). De los 96 pacientes estudiados, 91 no presentaron complicaciones (91%), Los 5 restantes, 1 presentó broncoaspiración, 1 desincronía y 1 eritema. (Figura 8).

Se ha estudiado la relación entre nº de horas de VNI y complicaciones, y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. También se ha analizado la relación entre la interfase utilizada y la presencia de complicaciones y tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Respecto al fracaso de la VNI, tan sólo fracasó en un 30,2% del total de pacientes, siendo la progresión de la enfermedad el motivo del mismo (13%). El tipo de fracaso fue tardío, pasadas las 12h de inicio de la VNI (17,7%).

Las siguientes variables presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fracaso y de éxito: edad, cociente S/F, FiO₂, FC, FR, a las 2, 8, 12, 24 horas IPAP a las 24 H, y tiempo de VNI.

Estos pacientes no respondieron de forma adecuada a la VNI, requiriendo intubación y ventilación mecánica convencional.

No hubo ningún caso de mortalidad por la aplicación de la técnica.

DISCUSIÓN

Los datos del trabajo muestran una eficacia de la VNI de un 70%. En nuestra experiencia la VNI es efectiva y segura en los pacientes pediátricos, aunque los resultados son limitados por el pequeño número de la muestra.

La aplicación de la VNI en pediatría presenta más dificultades que en el adulto, debido a la falta de cooperación de los pacientes más pequeños como por la necesidad de disponer de material adecuado para cada edad.

Para mejorar la adaptación al niño se ha utilizado propofol a dosis bajas, como se refleja en estudios similares (4,17).

Para la aplicación de la VNI pueden utilizarse respiradores convencionales, en la modalidad de presión- control o de presión de soporte con tiempo inspiratorio limitado. En el estudio un porcentaje de pacientes se les aplicó VNI con respirador convencional el Servo I. Aunque con importantes limitaciones, ya que puede ser mal tolerado por el paciente, las inevitables fugas de la VNI interfieren con aspectos clave del funcionamiento del respirador, disminuyendo la sincronía entre paciente y respirador, incrementando así el riesgo de fracaso y por lo tanto de intubación endotraqueal (14).

También se pueden utilizar respiradores específicos de VNI, siendo dispositivos menos sofisticados y costosos que los respiradores de ventilación mecánica convencional, estos ciclan utilizando un flujo decelerante y alternando niveles de presión prefijados, permitiendo realizar una ventilación eficaz y sincronizada, a pesar del porcentaje elevado de fugas, también disponen de un asa inspiratoria única, la salida de gases espiratorios tiene lugar a través de una fuga constante situada en el extremo de la tubuladura más próximo al paciente, también incorporan un mezclador interno de O₂ que facilita la ventilación de pacientes hipoxémicos con FiO₂ elevadas.

La elección de una buena interfase, apropiada para el paciente y una fijación efectiva no llega a controlar las posibles fugas de forma total, generando incomodidad y complicaciones cutáneas por presión en los pacientes pediátricos (16)

La VNI en la edad pediátrica no está exenta de inconvenientes, siendo los más frecuentes, un mayor requerimiento de atención y

trabajo sobre el paciente para ajustar la mascarilla, minimizar las fugas y conseguir una buena adaptación del respirador, la carencia de modelos de mascarilla, lo que conduce a una menor tasa de éxito y a una pérdida de confianza en la técnica, y la variabilidad de variables como la edad, patologías, etc.... (17, 18)

En el estudio se ve reflejado que no ha habido complicaciones locales ya que hay un protocolo inicial de aplicación de la VNI en relación con la interfase (ver protocolo anexo...).

La mayor parte de las interfases fueron adaptadas a la cara del paciente pediátrico mediante fijadores elásticos de tal forma que se eviten las fugas aéreas sin producir una compresión excesiva, tal y como reflejan otros autores(19, 20). Se han utilizado apósitos hidrocoloides, y se han realizado descansos breves de 1 minuto cada hora, para aliviar la presión especialmente sobre la zona del puente nasal, durante esta pausa se masajearon y se hidrataron las zonas más sensibles (19)

La interfase más utilizada en los lactantes ante la dificultad de disponer de la mascarilla adecuada fue el tubo nasofaríngeo o prótesis nasofaríngea ,que es un tubo endotraqueal cortado e insertado a través de la narina. Es la más utilizada en neonatos o lactantes, permitiendo la alimentación por sonda nasogástrica, sin interrumpir la ventilación, aunque tiene desventajas ya que es peor tolerada, tiene una menor eficacia ya que hay fugas por boca y narina contralateral, las fugas por boca son minimizadas con la colocación de chupetes tanto en los pacientes del estudio como otros autores reflejan (7, 18).

La interfase buconasal fue la de segunda más utilizada, ya que es la más adecuada en situaciones agudas (4), pero es más claustrofóbica y existe mayor dificultad para aspirar secreciones. Estas son las principales interfases utilizadas en nuestra unidad en niños mayores de 1 año.

Para valorar la eficacia de la VNI se deben evaluar parámetros objetivos, como los obtenidos en este estudio, antes y después del inicio de la VNI.

Para valorar la dificultad respiratoria se han elegido variables como la FC y FR y la evolución de la oxigenación utilizados en estudios similares (6, 8,21).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Cheifetz IM. Invasive and noninvasive pediatric mechanical ventilation. *Respir Care*. 2003 Apr;48(4):442-53.
- 2.Mayordomo-Colunga J, Medina A, Rey C, Díaz JJ, Concha A, Los Arcos M, Menéndez S. Predictive factors of non invasive ventilation failure in critically ill children: a prospective epidemiological study. *Intensive Care Med*. 2009 Mar;35(3):527-36.
- 3.Nouridine K, Combes P, Carton MJ, Beuret P, Cannamela A, Ducreux JC. Does noninvasive ventilation reduce the ICU nosocomial infection risk? A prospective clinical survey. *Intensive Care Med*. 1999 Jun;25(6):567-73.
- 4.Medina Villanueva A, Prieto Espuñes S, Los Arcos Solas M, Rey Galán C, Concha Torre A, Menéndez Cuervo S, Crespo Hernández M. Aplicación de ventilación no invasiva en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Jan;62(1):13-9.
- 5.González M, García-Maribona J, Medina JA. Ventilación mecánica no invasiva en pediatría. Puesta al día en urgencias y emergencias y catastrofes. 2007; 7(2):2.
- 6.Padman R, Lawless S, Von Nessen S. Use of BiPAP by nasal mask in the treatment of respiratory insufficiency in pediatric patients: preliminary investigation. *Pediatr Pulmonol*. 1994 Feb;17(2):119-23.
- 7.Medina A, Pons M, Martínón F. Ventilación no invasiva en pediatría. 2ª ed. Madrid: Ergón Creación; 2009.
- 8.Fortenberry JD, Del Toro J, Jefferson LS, Evey L, Haase D. Management of pediatric acute hypoxemic respiratory insufficiency with bilevel positive pressure (BiPAP) nasal mask ventilation. *Chest*. 1995 Oct;108(4):1059-64.
- 9.Cambonie G, Milési C, Jaber S, Amsallem F, Barbotte E, Picaud JC, Matecki S. Nasal continuous positive airway pressure decreases respiratory muscles overload in young infants with severe acute viral bronchiolitis. *Intensive Care Med*. 2008 Oct;34(10):1865-72

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Adamuz Tomás, Elena Castillo de la Rosa, Emilio Jiménez Martínez, Inés Alonso Poncelas, Purificación Martos Martínez, Yolanda Sebastián Liarte, Laura Parra Leuna, Alejandra Vicente Montilla, Jordi Carratalà Fernandez

TÍTULO/TITLE:

Carga de trabajo de enfermería en una unidad de enfermedades infecciosas durante el período pandémico de gripe A.

Introducción. En abril de 2009 se declaró un brote de gripe por el nuevo virus A(H1N1)v y el 11 de junio del mismo año la Organización Mundial de la Salud declaró el nivel 6 de pandemia (1). La población afectada fue mayoritariamente joven (menor de 30 años) (2). En los casos que requerían hospitalización fue necesario aplicar medidas estrictas de aislamiento. Actualmente no se dispone de estudios que evalúen las cargas de trabajo de enfermería durante el período pandémico. Medir las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería en el contexto hospitalario permite adecuar los recursos humanos disponibles a las necesidades de la unidad, para garantizar una vigilancia eficaz y la seguridad del paciente (3). Existen diversos estudios que evalúan las cargas de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos (4,5), por el contrario pocos estudios miden las cargas de trabajo en unidades de hospitalización.

Objetivo. Los objetivos del presente estudio fueron:

- a) Comparar las tasas de hospitalización por neumonía durante el período pandémico (agosto 2009 – enero 2010) con el mismo período del año anterior (agosto 2008 – enero 2009).
- b) Observar las diferencias clínicas, evolutivas y de tratamiento entre los pacientes ingresados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) bacteriana y NAC por gripe A, durante el período pandémico, que podrían modificar la carga de trabajo de los profesionales de enfermería.

Métodos. Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes adultos hospitalizados por NAC en el servicio de enfermedades infecciosas del Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona. Los datos se recogieron mediante un protocolo de seguimiento diario y se analizaron con el programa informático SPSS versión 17.0. Las principales variables que se obtuvieron fueron: edad, sexo, comorbilidades, índice de gravedad de la neumonía (IGN), días de antibiótico, complicaciones hospitalarias, días de fiebre, tiempo hasta alcanzar la estabilidad clínica y días de ingreso hospitalario.

Resultados. Durante el período pandémico ingresaron 135 pacientes con NAC, mientras que durante el año anterior ingresaron 108 pacientes. De forma significativa, se observó un mayor número de ingresos durante el mes de noviembre del periodo pandémico (45 vs 15 pacientes). Para determinar las diferencias clínicas y evolutivas entre los pacientes ingresados con NAC se incluyeron los 135 pacientes del periodo pandémico. Un total de 97 (71,9%) pacientes ingresaron con NAC bacteriana y 38 (28,1%) con NAC por gripe A. Los pacientes que ingresaron con NAC bacteriana con mayor frecuencia tenían más de 65 años (58,8% vs 15,8%; $p<.001$), eran hombres (76,3% vs 47,4%) y presentaban más comorbilidades (69,1% vs 39,5%; $p=0,002$) que los otros. Además los pacientes con NAC bacteriana más frecuentemente ingresaron con un IGN de alto riesgo (IV-V) (53,6% vs 18,4%; $p<.001$). Por otro lado, los pacientes con NAC por gripe A presentaron más días de clínica previo al ingreso (5,5 vs 4; $p=0,015$) e ingresaron más en la unidad de cuidados intensivos (13,2% vs 4,1%). Respecto a los días de antibiótico endovenoso, días de fiebre, días hasta alcanzar la estabilidad clínica y días de ingreso no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Igualmente, las complicaciones durante el ingreso hospitalario fueron similares entre ambos grupos.

Discusión. El aumento del número de ingresos de NAC por gripe A, el aislamiento respiratorio-cutáneo de estos pacientes junto a los

cuidados relacionados con el compromiso respiratorio propio de la patología, aumenta las cargas de trabajo de enfermería durante el período pandémico de gripe A. Las características clínicas, evolutivas y de tratamiento de los pacientes ingresados por NAC por gripe A no parecen influir en estas cargas de trabajo. Futuras investigaciones sobre cuidados de enfermería deben evaluar las cargas de trabajo de este colectivo para adecuar los recursos humanos en períodos pandémicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bloqué MC, Rello J. Puntos clave para la orientación y manejo terapéutico de los casos graves de gripe A (H1N1)v en urgencias. *Emergencias*. 2009;21(5):370-5.
2. Viasus D, Paño-Pardo JR, Pachón J, et al; Novel Influenza A (H1N1) Study Group of the Spanish Network for Research in Infectious Diseases (REIPI). Factors associated with severe disease in hospitalized adults with pandemic (H1N1) 2009 in Spain. 1. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17(5):738-46.
3. Aiken LH. La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2011;1. Online [Última visita: 15 de septiembre de 2011] <<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.aspSessionID=2165715&DocumentID=GCS16-4>>.
4. Gonçalves LA, Padilha KG, Cardoso Sousa RM. Nursing activities score (NAS): a proposal for practical application in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(6):355-61.
5. Kiekkas P, Brokalaki H, Manolis E, et al. Patient severity as an indicator of nursing workload in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2007;12(1):34-41.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Abejón Martín, Patricia Fernán Pérez, M^aTeresa Guerra Pérez, Jose Carlos Cerdeira Varela, Carmen Romero Villarejo, M^aArantzazu Menchaca Anduaga, Ana Belén Ávila Manquillo, Ángel Huerta Arroyo, Diana Treinta Boz

TÍTULO/TITLE:

LA INFORMATIZACIÓN DE LOS LISTADOS DE VERIFICACIÓN, UN AVANCE HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El SUMMA 112 es el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid perteneciente a la Red Sanitaria Única de Atención Pública, siendo su área de influencia la totalidad de la Comunidad de Madrid. Tiene como Misión la Coordinación y Atención Sanitaria Extrahospitalaria de las Urgencias, emergencias y Catástrofes Sanitarias en la Comunidad de Madrid.

Para llevar a cabo dicha misión cuenta con dispositivos móviles y con Centros de Urgencias Extrahospitalarios (SUAP y CUE); cuya gestión, en el 2005, asumió el SUMMA 112, incorporándolos a su Sistema de Gestión de Calidad, normalizando la dotación de recursos materiales (carros de paradas normalizados, neveras normalizadas con sistema de medición de temperatura estándar, y dotación normalizada de bombonas de Oxígeno) implantándose un procedimiento para su revisión y control diario que garantizase que estuviesen listo para su uso cuando existiera la situación que lo requiriera.

Para ello se elaboraron y difundieron las instrucciones técnicas que describen paso a paso como tiene que hacerse las revisiones y los registros en los tres equipamientos, además de adjuntarse circuitos tipo póster, muy visuales y sencillos, para clarificar el procedimiento a seguir, tanto en revisión de carro de paradas, como registro de la temperatura estándar de las neveras de medicación o revisión de del nivel de presión oxígeno de las bombonas.

Según la Memoria del 2010, se realizaron un total de 353.029 intervenciones en los 38 centros de urgencias y emergencias que dispone el SUMMA en la Comunidad de Madrid, de las cuáles 187.070 fueron atendidas en primera instancia por el personal de enfermería, es decir, más del 53% de las asistencias con patología muy dispar.

Debido a la fuerte carga asistencial siempre se intenta asegurar la correcta operatividad del dispositivo para poder prestar unos cuidados de calidad, revisando el correcto estado y mantenimiento de los diferentes recursos materiales, de los cuáles están dotados de cada uno de los centros de urgencias y emergencias.

En la bibliografía ya encontramos que se considera que los errores en las tareas rutinarias, (como es en nuestro caso la revisión diaria al inicio del turno de trabajo del carro de paradas, dotación de gases medicinales, o correcta conservación de la medicación tras medida de temperatura, entre otra) son los más fácilmente evitables si se diseñan redundancias y chequeos o verificaciones que les acompañen, como los cheklist o Listados de Verificación, la necesidad de doble lectura y otros procedimientos de seguridad estandarizados y bien establecidos en otras industrias de riesgo, como es el caso de la aviación.

En un evento realizado en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C en Junio 2008, ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió el apoyo de casi 250 organizaciones de salud de más de 40 países cuando fue presentada "Una nueva lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas".

La nueva Lista de Verificación para la Seguridad, según la OMS, enunciaba que si se seguían los pasos de la lista de verificación, era posible evitar cerca de 3,5 millones de defunciones y discapacidades graves cada año.

Atendiendo a este dato, y siguiendo con la Política de Calidad del Servicio de SUMMA 112, se comienza a implantar esta estrategia para mejorar por consiguiente la seguridad del paciente. De este modo se inicia el desarrollo de los Listados de Verificación, dentro de los procedimientos e instrucciones técnicas creadas, para el desempeño de las revisiones sistemáticas del carro de paradas, registro de temperaturas de las neveras dónde se conservan los medicamentos a administrar, y dotación de gases medicinales tipo

Oxígeno; y mejorar el cumplimiento de revisión y posterior registro de estos equipamientos

Además de realizarse una revisión in situ en cada uno de los centros de urgencias y emergencias, dichos listados de verificación, al inicio en formato papel y en la actualidad en formato electrónico, son enviados al Centro Coordinador del SUMMA 112, para ser almacenados (como era el caso, en formato papel) y para pasar una segunda revisión y registrar posibles Listados de Verificación incompletos, o detectar incidencias y poder paliarlas a la mayor brevedad posible.

OBJETIVOS

Con este estudio se pretende demostrar cómo la informatización de los listados de verificación (LV) en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalario, como es el nuestro, influye en el grado de cumplimentación de los mismos y la seguridad del paciente, teniendo en cuenta la dispersión geográfica del servicio y la gran movilidad del personal.

MÉTODOS

El ámbito en el que se desarrolla el estudio es en un servicio de urgencias y emergencias (en los 38 centros de urgencias y emergencias con los que cuenta), tomando de población diana al 100% de la plantilla de personal de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Celadores, los cuáles tienen como función desempeñar las diferentes revisiones sistemáticas.

En el caso del personal de Enfermería revisarán los carros de parada normalizados, además de la temperatura estándar de las neveras de medicación; Será también función de la Auxiliar de Enfermería la revisión del carro de paradas; mientras que el Celador deberá revisar el nivel de presión de Oxígeno de la dotación normalizada de balas, cumplimentando los Listados de Verificación creados para tal fin.

Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo de tipo observacional con carácter retrospectivo, analizando el período comprendido entre los años 2008-2010; Para ello se establece la variable independiente de la informatización de los registros de listados de verificación, frente a la dependiente de la verificación del cumplimiento de los listados de verificación.

El procedimiento llevado a cabo para la obtención de datos, ha consistido en revisar cada una de las hojas enviadas por los distintos centros, almacenadas en los archivos del servicio, para obtener los datos de 2008 -2009; Mientras que los datos de 2010 (desde abril) se obtuvieron de la base de datos de la aplicación creada para tal fin, enmarcada en la intranet del servicio.

RESULTADOS

De la comparativa de datos obtenidos, los que caben destacar son los siguientes:

- El grado de cumplimiento de la revisión y registro del Carro de Paradas en formato papel, resultó ser un 77%, ascendiendo en un 19 % tras la informatización.
- El grado de cumplimiento de la revisión y registro de la Temperatura de las neveras en formato papel, resultó ser de un 28%, mejorando en un 63% tras la informatización.
- El grado de cumplimiento de la revisión y Revisión de Oxígeno en formato papel, resultó ser de un 64%, mejorando en un 17% tras la informatización.

DISCUSIÓN

En abril de 2008 se normaliza la recogida de datos de los LV en formato papel, de revisión de Carro de Paradas, Temperatura de las Neveras y Dotación de Oxígeno y a partir de abril de 2010 se informatizaron dichos LV a través de la creación de una aplicación específica dentro de la Intranet del Servicio, aumentando el grado de cumplimentación de dichos listados en más del 30% confirmándose la hipótesis establecida al inicio del estudio.

Coincidiendo con la informatización se implantó la Instrucción Técnica relativa a los LV, contenida en el Manual de Calidad del servicio; haciéndose de obligado cumplimiento en un determinado horario, asegurando la correcta operatividad de los recursos, ya que en el caso de existir algún tipo de incidencia, se detecta en tiempo real y pueden establecerse medidas para subsanarla, y asegurar una correcta asistencia, brindando cuidados de calidad.

Este dato hace que se puedan identificar responsabilidades, ya que dichos registros se hacen accediendo con un nombre de usuario

y contraseña personal, dados desde el Servicio de Informática, debido a que una de la mayores ventajas del registro informático es la legibilidad de la letra, además de asegurar una completa revisión, gracias a la detallada descripción y enumeración de los parámetros a valorar, añadiendo la trazabilidad requerida para dicho procedimiento; Pudiéndose tomar medidas sancionadoras a todo el personal que no cumpliera con la realización de las revisiones.

Un dato obtenido a destacar, es el caso del registro de las Temperaturas de las neveras de conservación de la medicación, ya que es una de las revisiones que más ha mejorado (en un 63%) , debido a la simplificación del procedimiento mediante el acto de introducir unos valores numéricos, y desechar las gráficas mensuales en formato papel que se venían utilizando hasta la informatización.

La estandarización de estos procedimientos, es fundamental, en un servicio en el que las rotaciones de personal y la incorporación de nuevos miembros se producen casi a diario, facilitando que tanto miembros de las diferentes dotaciones puedan trabajar correctamente tanto en un dispositivo como en otro, al haberse establecido una sistemática común de trabajo y producido una normalización de las dotación de recursos de cada centro, contribuyendo a la mejora de la seguridad del paciente.

Atendiendo al circuito de revisión diseñado se puede hacer un estudio más pormenorizado de las incidencias ocasionadas (falta o rotura de material, caducidad de medicación o material sanitario, medicación en mal estado...), analizar las posibles causas de lo sucedido y poder tomar medidas correctoras.

El objetivo de nuestro estudio era sumarnos a lo ya postulado por la OMS en Junio de 2008 a reducir con la aplicación de los Listados de Verificación las defunciones y discapacidades graves cada año, dando unos cuidados más seguros y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Reason, J.: "El error humano". Madrid: Editorial Modus Laborandi, S.L., 2009 (1ª edición)

-J Bryan Sexton, Eric J Thomas, Robert L Helmreich; "Error, stress, and teamwork in medicine and aviation:cross sectional surveys". BMJ VOLUME 320, 18 MARCH 2000

-Camargo, R. "Atención segura salvan vidas" qué debemos saber y hacer sobre la seguridad del paciente" Revista MEDICINA - Vol. 31 No. 2 (85) - Junio 2009; pg 99.

Página web:www.sensar.org/wp-content/uploads/2011/06/Posters-Seguridad-paciente-SEDAR-2011.pdf

-

SESIÓN PLENARIA: Nuevas tendencias en la prestación de cuidados**PLENARY SESSION: Innovate Nursing Care Models****AUTORES/AUTHORS:**

Alba DiCenso, Director of the Ontario Training Centre for Health Services and Policy Research. Canada.

TÍTULO/TITLE:

Advanced Practice Nurses - Why is it so challenging to integrate them into health care systems?

Advanced practice nurses (APNs) in Canada include nurse practitioners (NPs) and clinical nurse specialists (CNSs). Although they have been part of the healthcare landscape for over 40 years, APN roles are not fully utilized. CNSs, through the promotion of evidence-based practice and system change, improve quality of care, and NPs, through their expanded scope of practice, increase access to care. The Office of Nursing Policy in Health Canada commissioned a decision support synthesis (DSS) about APNs. A DSS addresses a policy relevant question through a deliberative process that engages decision makers, distills published and grey literature, collects data from key stakeholders, and analyzes and integrates the data to develop policy and management recommendations. The DSS revealed many international randomized controlled trials with consistent results demonstrating APN safety and effectiveness. Analysis of nearly 500 papers and 81 stakeholder interviews identified facilitators and challenges to full role utilization which were consistent with an Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) report. A multidisciplinary roundtable reviewed the DSS findings and formulated recommendations for policy, regulation and education. Policy makers at the provincial and national level and the researchers are now collaborating to disseminate the DSS findings and to implement the recommendations. This DSS is an example of how policy makers and researchers can come together to examine and address a workforce issue.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

AUTORES/AUTHORS:

Olga Navarro, Enfermera. Directora proyectos AulaSalud.

TÍTULO/TITLE:

E-health en la prestación de cuidados

La e-salud es un campo emergente que se encuentra a caballo entre la informática y la salud pública, y hace referencia a la información y servicios de salud proporcionados o mejorados a través de Internet y demás tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término "e-salud" define, no sólo un desarrollo técnico, sino también un estado de ánimo, una forma de pensar, una actitud y un compromiso de pensamiento global en red para mejorar la salud local, regional y mundial usando las tecnologías de la información y la comunicación.

Hasta no hace muchos años, los cuidados enfermeros se basaban principalmente en técnicas, cuidados, procedimientos e intervenciones que solían realizarse a pie de cama. Con el tiempo, las enfermeras extendieron sus cuidados más allá de los muros del hospital llegando a la comunidad, pasando de tener un papel curativo/paliativo a un papel mucho más educativo y preventivo. Con la llegada de la era de Internet se abre un nuevo abanico de posibilidades para hacer llegar los cuidados enfermeros aún mucho más lejos. ¿Pero son las enfermeras conscientes de este cambio? ¿Están preparadas para asumir este nuevo reto?

Sabemos que Internet es una de las primeras fuentes que consultan los pacientes en materia de salud, pero según diversos estudios, esta información no suele ser compartida ni contrastada con su médico o profesional sanitario. ¿Es esto seguro para el paciente? ¿Forma parte de nuestro rol como profesionales sanitarios ayudar al paciente a encontrar y distinguir la información adecuada? ¿Dónde resuelven sus dudas? ¿Quién las resuelve?

Actualmente existen multitud de webs y foros para pacientes donde éstos interactúan, comparten y plantean dudas. Los pacientes se suelen encontrar más cómodos compartiendo información privada sobre su salud en la web con sus iguales (Berger et al, 2005). Se llegan a establecer relaciones de empatía e incluso de amistad (Bonniface et al, 2007). Algunos foros, tales como www.tudiabetes.org, o la versión española www.estudiabetes.org, cuentan con miles de miembros activos.

En estos espacios de comunicación no suele ser muy frecuente encontrar a profesionales. De hecho, tendemos a pensar que la información en dichas comunidades suele ser de baja calidad, sin confiar en el papel de la inteligencia colectiva como generadora de contenidos. Sin embargo, existen datos que demuestran lo contrario. En un estudio sobre la fiabilidad del contenido generado en comunidades de pacientes se encontró que sólo el 0.22% de los mensajes eran erróneos, y de ellos el 70% fue corregido por otros miembros en una media de menos de 5 horas. (Esquivel et al, 2006).

Los pacientes suelen buscar en la red información sobre su enfermedad ya que la respuesta suele ser mucho más rápida y mucho más cercana, pero, como hemos dicho anteriormente, sobre todo buscan apoyo emocional. ¿Sabemos qué preocupa a nuestros pacientes? ¿Les ofrecemos la posibilidad de contactar con nosotros mediante otras vías distintas a la consulta presencial o al contacto telefónico?

Existen diversas experiencias de monitorización y seguimiento de pacientes mediante herramientas tales como el correo electrónico o la videoconferencia. Este tipo de alternativas supondrían un complemento a las relaciones existentes entre usuarios y profesionales, podrían ahorrar costes y desplazamientos, y favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Es interesante tener en cuenta que la comunicación entre enfermera y paciente basada únicamente en chats de texto o correo electrónico dificulta la expresión de emociones y la empatía (Eminovic N, et al. 2006), de hecho, según Jovicic A, et al. (2009), se ha observado un mayor beneficio para el paciente en las intervenciones mediante videoconferencia con respecto a otras herramientas asíncronas como las mencionadas anteriormente (correo electrónico o chat escrito).

Pero por supuesto es importante tener en cuenta que los profesionales de las ciencias de la salud, médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas, y demás profesionales de la salud que proporcionan atención médica, asesoría o consejo en línea deberán cumplir con los mismos códigos éticos que gobiernan sus profesiones en las consultas en persona.

Como enfermeras debemos considerar la posibilidad de prescribir enlaces con información fiable, aprender qué preocupa a nuestros pacientes consultando en foros, resolver dudas prácticas a través de los mismos, generar espacios de discusión y consulta, crear repositorios de recursos, aprender y formar a otros profesionales. Nuestra obligación es adaptarnos a los nuevos canales de comunicación con el paciente, sean del tipo que sean, y al igual que se realizan intervenciones en colegios, mercados o colectivos vecinales, no olvidar que cada vez más el ciudadano se agrupa alrededor de una red o comunidad virtual para hablar de su salud y de su proceso de enfermedad.

Según Huber J. et al (2010) el estudio de los mensajes de los foros es un medio sencillo y potente de saber que preocupa al paciente, y además puede mejorar y complementar los mensajes que lanza el profesional ya que así puede conocer de antemano las dudas más frecuentes.

Existen multitud de herramientas que la enfermera puede utilizar para difundir la cultura saludable y llegar a la población. Además de los ya citados anteriormente, foros, webs, correo electrónico o videoconferencias, podemos utilizar recursos de gran potencia como los videos educativos, los blogs, las páginas o grupos en redes sociales

La promoción de la salud a través de internet puede ser más efectiva porque permite personalizar el mensaje, se dirige directamente al paciente, en tiempo real, hasta su domicilio.

Pero la eSalud no sólo es útil para el intercambio de información y la comunicación entre profesional y paciente. Es un excelente recurso para la creación de comunidades profesionales enfocadas a la formación y al aprendizaje.

Las comunidades de práctica fomentan la gestión del conocimiento colectivo, potencian la creación de nuevas herramientas, resuelven problemas de forma más ágil y en general constituyen una fuente de buenas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001;3(2):e20 <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>

Dedding C, Van Doorn Roesja, Winkler L, Reis R. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. Social Science and Medicine. 2010, 72, 49-53.

Esquivel A, Meric-Bernstam F, Bernstam EV. Accuracy and self correction of information received from an internet breast cancer list: content analysis. BMJ. 2006 Apr 22; 332(7547):939-42. Epub 2006 Mar 2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16513686

Traver V, Fernández-Luque L. El ePaciente y las redes sociales. Fundación Vodafone España. Libro electrónico consultado el 11/09/11 en <http://www.salud20.es/>

Huber, J., Ihrig, A., Peters, T., Huber, C. G., Kessler, A., Hadaschik, B., Pahernik, S. and Hohenfellner, M. (2011), Decision-making in localized prostate cancer: lessons learned from an online support group. *BJU International*, 107: 1570–1575. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09859.x

Eminovic N, Wyatt JC, Tarpey AM, Murray G, Ingrams GJ. First evaluation of the NHS Direct Online Clinical Enquiry Service: A Nurse-led Web Chat Triage Service for the Public. *J Med Internet Res* 2004; 6(2):e17 <http://www.jmir.org/2004/2/e17/>

Jovicic A, Chignell M, Wu R, Straus S. Is Web-only self-care education sufficient for heart failure patients? *AMIA Annu Symp Proc*. 2009; 2009: 296–300. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815415/>

Navarro Martínez O. Comunidades de práctica 2.0 en el entorno de profesionales de la salud. *Enferm Clin*. 2011. doi:10.1016/j.enfcli.2011.07.005

Mesa de comunicaciones 13: Docencia**Concurrent session 13: Nursing Education****AUTORES/AUTHORS:**

Lale Akturk, Canan Acar, Hatice Ayhan, Sevinc Tastan, Emine Iyigun

TÍTULO/TITLE:

Evaluating the Usage of Nursing Diagnosis of the Intern Nurses in Intensive Care Patients

Objectives The objective of this study is to evaluate the usage of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) diagnosis by intern nurses in patient care during intensive care internship.

Methods This research is a descriptive study in cross-sectional type. Forty six care plans constitutes the sample of the research prepared for 19 patients by 33 intern nurses doing their internship during 2008-2010 education-training period in Anesthesia and Reanimation Intensive Care Clinic of a military education and research hospital. Permission is taken from the intern nurses in order to analyse the care plans. The data of the research is collected by analyzing data collection forms and care plans of the intern nurses. Data collection forms are analyzed for determining the characteristics of the patients; care plans are analyzed for nursing diagnosis. NANDA diagnosis determined by intern nurses is taken into consideration within the framework of Gordon's functional health patterns model. The obtained data is evaluated in Statistical Package for the Social Sciences 15.0 package program. Numbers and percentage distribution average are used in data analyzing.

Results Fifteen of the patients taken into consideration in care plans (78,95 %) are male and 4 of the patients are female (21,05%), the average age of the patients is 37. Patient's reasons of intensive care therapy are respiratory failure (36,85%) and multiple trauma (21,05 %). Nearly all of the patients (94,73%) are unconscious and totally dependent to the nurse. Totally 315 NANDA diagnosis is taken into consideration in 46 care plan prepared by intern nurses. Nursing diagnosis are taken into consideration by the intern nurses mostly in safety-protection, activity-relaxation, nutrition-metabolism and cognitive/perceptive pattern fields. The diagnosis mostly determined by the intern nurses are as the following; ineffective airway clearance (75%), infection risk (70%), Skin Integrity Impaired (56%), Self-Care Deficit: Bathing/Hygiene (45,83%) and Verbal Communication Impaired (35%). The least dealt nursing diagnosis subjects are; Knowledge Deficient (2%), Family Processes Interrupted (8%), Ineffective Coping (2%), Falls Risk (4%) and Aspiration Risk (16%). However it is determined that intern nurses use medical diagnosis such as infection (14%), hypo/hyperglycemia (2%), contracture (4%) as nursing diagnosis in nursing care plans.

Discussion It is determined in this study that intern nurses take intensive care patients into consideration totally although it is not in desired level; however they ignore some nursing problems. As this study to that in other studies, the most common using nursing diagnoses is similar such as ineffective airway clearance, infection risk, skin integrity impaired, self-care deficit: bathing/hygiene (1,2,3,4). As in the literature, it is detected in the study that intern nurses usually deal patient's aspect of the physiological in nursing care plans. Unlike the literature, in this study is identified that intern nurses deal with frequently nursing diagnoses in that cognitive / perceptual pattern. However, this rate still is not a desirable level. Seems to be of a size to be developed. Falls is an important as the most common secondary injury.causes (40%) in hospitals (5,6). In this study, despite the majority of patients are high-risk in terms the falls risk, falls risk is not adequately dealt with a potential problem of nursing by intern nurses. According to this it is necessary for the student nurses to give place to sample case in theoretical lessons and develop the practice skills in terms of nursing process on real cases in clinical environment.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lucena A.F., Barros A. L. B.L. (2006) Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 17(3), 139-146.
2. Güner P., Terakye G. (2000) Hemsirelik Yüksekokullari Son Sinif Öğrencilerinin Hemsirelik Tanilarini Belirleyebilme Düzeyleri, C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1), 9-15.
3. Babadag K, Kaya N, Esen F. (2004). Öğrencilerin NANDA hemsirelik tanilarini belirleme durumlarinin saptanmasi. Hemsirelik Forumu, 7: 3, 37-41.
4. Gök Özer F, Kuzu N. Öğrencilerin bakım planlarında hemsirelik süreci ve NANDA tanilarini kullanma durumları. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 22 (1) , 2006.

5. Ang NKE, Mordiffi SZ, Wong HB, Devi K and Evans, D. (2007). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (4), 427-435.
6. Hitcho EB, Krauss M, Brige S, Dunagan W, Fisher I, Johnson S, Nast P. (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 732-739.

AUTORES/AUTHORS:

Marcela Carrillo Pineda, José Luis Medina Moya

TÍTULO/TITLE:

Estrategias de aprendizaje utilizadas por el estudiantado de enfermería en los espacios informales

OBJETIVOS

Identificar las estrategias de aprendizaje que utiliza el estudiantado de enfermería en los espacios informales durante su formación inicial y analizar qué contribución hacen a su formación profesional.

Comprender los significados que el estudiantado de enfermería da a las acciones e interacciones que tienen lugar en los espacios informales dentro del establecimiento educativo.

METODO: Esta investigación se centró en las estrategias utilizadas por el estudiantado en los espacios informales en una escuela de Enfermería de Barcelona–España. Se realizó un estudio Cualitativo de corte Etnográfico por el carácter holístico, naturalista y ecológico del espacio educativo informal. Del paradigma de la complejidad propuesto por Morin (1) se tomó el concepto de estrategia, el cual se refiere no sólo a las acciones programadas sino a aquellas que se presentan como respuesta a los sucesos inesperados o inciertos. Por espacios informales se entendieron aquéllos lugares fuera del aula de clase y de la interacción directa y programada con el profesorado. Para la obtención de los datos, se realizaron 80 horas de observación no participante – aunque en interacción permanente con el estudiantado–, procurando generar siempre un ambiente de imparcialidad y de empatía (2). Estas observaciones fueron realizadas con sus correspondientes entrevistas informales y notas de campo. Por otra parte, también se hicieron 18 entrevistas formales semi-estructuradas y abiertas (3), las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Previo a éstas, los participantes firmaron un consentimiento informado escrito. El acceso al campo se hizo a través de la directora de la escuela. La identificación de los participantes estuvo apoyada en la selección simple basada en criterios, la cual, exige que el investigador determine por adelantado un conjunto de atributos que deban poseer las unidades sociales con las que se hará el estudio (4). Para este caso, estos criterios fueron: ser estudiante de enfermería de la escuela objeto del estudio y tener disponibilidad para participar voluntariamente. Por su parte, la elección de los informantes clave, además de tenerse en cuenta el papel que en el momento del trabajo de campo jugaban en la institución educativa (3), también se tuvieron en cuenta aquellos informantes que fueron sensibles al objeto de estudio, que quisieron hacerlo de forma voluntaria y que estuvieron dispuestos a colaborar; y también aquellos que se consideraron casos críticos, bien porque estuvieron envueltos en situaciones de conflicto o porque efectuaron interacciones especiales (5). El proceso analítico fue orientado por el método de las comparaciones constantes (6), el cual se utilizó como un conjunto de guías y procedimientos para desarrollar conceptualizaciones de los datos de manera inductiva (7). Se tuvieron en cuenta las recomendaciones sobre el muestreo y la saturación teórica. El muestreo se hizo en base a los temas y conceptos que fueron emergiendo desde los datos y la saturación teórica señaló el punto en el que no se percibió nada nuevo en la información que ofrecían los participantes (8). Con la codificación abierta emergieron 3000 unidades de significado, agrupadas en 52 categorías. Con la codificación axial se relacionaron las categorías con las sub-categorías y se elaboraron los mapas conceptuales cuyo resultado fue la agrupación en 11 meta-categorías y en 3 campos. El resultado de este momento fue una descripción densa que evidenció un segundo nivel descriptivo y fue el punto de encuentro entre los datos y los investigadores, ya que, aunque esta descripción ha surgido de los datos, está organizada desde el punto de vista de los investigadores, es decir desde la perspectiva étic (9). Con la codificación selectiva, además de identificarse la categoría central, se completaron las descripciones, se refinaron las categorías y las meta-categorías; y por último, se validaron con el estudiantado (7,8). Aunque el nuevo conocimiento se construyó de acuerdo a los marcos teórico-conceptuales de los investigadores, ha emergido desde la perspectiva de los participantes y está fundamentado en los datos.

RESULTADOS En el espacio informal de la escuela de enfermería objeto de este estudio, se consolida una comunidad de práctica

estudiantil, que ha propiciado relaciones de participación organizadas en torno a conseguir el logro de culminar sus estudios. Según Wenger (10), las comunidades de práctica están en todas partes y sostienen la capacidad de las personas para moverse, desarrollarse y sobrevivir en determinados ámbitos. De esta manera el estudiantado de enfermería que participó en esta investigación, ha organizado su propia práctica, a través de interacciones, rutinas, artefactos, símbolos, historias y relatos para desarrollar un sentido de sí con el que poder vivir, divertirse un poco y cumplir con las exigencias planteadas por la escuela de enfermería. Colaborando con los demás u oponiéndose a ellos, en armonía o en conflicto, ha orquestado colectivamente su vida estudiantil y ha producido colectivamente lo que ser estudiante es en la práctica. La principal estrategia, a partir de la cual pone todo el esfuerzo para afiliarse es “Hacer lo que el profesor quiere”. La puesta en marcha de esta estrategia inicia con el proceso de conocer las preferencias del profesorado para mostrar “que todos van a clase” y “que pensamos como ellos” y para ocultar, entre otras cosas, que “pensamos que algunas clases no sirven para nada”. Esta estrategia incluye la indagación de trabajos de compañeros que han sido bien evaluados para “tener más pautas de lo que el profesor quiere”. Con esta estrategia el estudiantado “representa un papel” en el que cumple con las expectativas de lo que cree que el profesorado espera. Esto, según las ideas de Goffman (11) significa que cuando el estudiantado está informado, esto es, conoce el profesorado, sabe cómo actuar a fin de obtener de él una respuesta determinada. Representando este papel es como el estudiantado certifica su capacidad de desempeñarse como tal, es decir, aprende el oficio de ser estudiante.

DISCUSIÓN En el trasfondo de la representación de ese papel, se visualiza una racionalidad técnica (9,12) y un modelo educativo tradicional (13) destacado por: la enseñanza como transmisión de contenidos, la evaluación como el producto final y las relaciones asimétricas entre profesores y estudiantes. Por tanto, podría concluirse que las estrategias, las vivencias y la formación del estudiantado de enfermería no están acordes con la intencionalidad que tienen los currícula enfermeros de formar profesionales autónomos, críticos y reflexivos (14,15). Este estudio cobra relevancia para la formación en enfermería, sobre todo en la actual adaptación de España al Espacio Europeo de Educación Superior, pues a partir de éste, los espacios informales deberían ser integrados a los procesos educativos formales y reconocidos como lugares donde se pueden implementar las nuevas estrategias en la Educación Superior, para trascender el modelo centrado en la instrucción tradicional de contenidos especializados. Esto, implícitamente conlleva a que los procesos de enseñanza aprendizaje no estén mediados, únicamente, por el profesorado como fuente de conocimiento, sino centrados en las habilidades y competencias del estudiante para su aprendizaje independiente (16).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morin, E. *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa; 1990
2. Hammersley, M. Atkinson, P. *Etnografía: métodos de investigación*. Segunda Edición. Barcelona: Paidós Básica. 2001.
3. Taylor S.J. Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. La búsqueda de significados. España: Paidós; 1992.
4. Goetz, J.P. y Lecompte, M.D. *Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa*. Madrid: Morata; 1988.
5. Ruiz Olabuénaga, J.I. Ispizua, M.A. *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.
6. Glaser, B y Strauss, A. *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson; 1968
7. De la Cuesta, C. *Tomarse el Amor en Serio: Contexto del embarazo en la adolescencia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
8. Strauss, A. Corbin, J. *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
9. Medina, J.L. *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicaciones y ediciones

Universidad de Barcelona. 2005.

10. Wenger, E. Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad. Barcelona: Paidós; 2001

11. Goffman, E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2009.

12. Medina, J.L. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.

13. Aguilera Morales, A. La escuela: Un lugar sencillamente complejo. Pedagogía y Saberes, Universidad Pedagógica Nacional. 2005; (20): 87-94.

14. Benner, P. Tanner CA. Chesla, CA. Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and ethics. New York: Springer Publishing Company; 1996.

15. Dreyfus, HL. Dreyfus, SE. The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. Capítulo 2 (pp 29-47). En: Benner, P. Tanner CA. Chesla, CA. (Ed). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and ethics. New York: Springer Publishing Company; 1996.

16. Michavila, F. La Universidad, corazón de Europa. Madrid: Editorial tecnos; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Josefa Palop Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Práctica clínica y aprendizaje de la autonomía. Un estudio aplicado a los estudiantes de una Escuela de Enfermería

Introducción

Convencidos de que el ejercicio de la autonomía profesional es un factor clave en la administración de cuidados excelentes, el propósito de esta investigación es: comprobar la eficacia de la metodología reflexiva en las prácticas clínicas de los estudiantes de una escuela de enfermería con el objetivo de incrementar su autonomía personal y profesional.

Material y Método

Para lograr verificar las hipótesis planteadas, se han realizado dos estudios:

- a) Uno longitudinal que corresponde al estudio principal de la tesis, con diseño quasi- experimental de análisis de medidas repetidas, también denominado mixto con dos grupos, experimental y control, con pre-test y post-test. El grupo experimental durante uno de los dos períodos de sus prácticas clínicas recibió una intervención didáctica específica, utilizando una metodología reflexiva. Esta metodología permitió profundizar en el significado, sentido e implicación de la autonomía en el ejercicio de la profesión enfermera, basada en tres ejes fundamentales: concienciación, reflexión y autoevaluación. Dicho estudio, midió la percepción que los estudiantes tenían sobre el nivel de autonomía alcanzado durante sus prácticas clínicas; las mediciones se realizaron en cuatro tiempos t1-t2-t3 y t4 durante las prácticas clínicas del curso académico 2008-09.
- b) Otro estudio adicional con diseño transversal, que se realizó a cuatro grupos diferentes para comprobar mediante la comparación de las diferencias, la percepción del grado de autonomía en función del grupo al que pertenecen. Se realizó coincidiendo con el cuarto momento de la investigación principal y sirve de contraste y ajuste al estudio inicial.

Los datos en uno y otro estudio, se obtuvieron mediante un cuestionario de elaboración propia. Durante la fase de construcción del instrumento, se evaluaron las propiedades psicométricas, comenzando con un pilotaje encaminado a la obtención de evidencias de validez, tanto de constructo, como de contenido y fiabilidad (α de Cronbach=0,939). Se recogieron datos de identificación, socio-demográficos y escala de autonomía global subdividida en once dimensiones. Solicitando los permisos pertinentes y asegurando la confidencialidad de los datos.

Para el tratamiento de los datos en ambos estudios, se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. Para la evaluación de los resultados, realizamos análisis descriptivos, análisis de intervención pre-post y comparación de los cuatro momentos entre grupos. Así se utilizaron técnicas paramétricas (de medidas repetidas ANOVA), y no paramétricas (Kruskal-Wallis). También se exploró el Efecto de la interacción de algunas variables (v.q.: intervención y grupo control/experimental sobre la Percepción de la autonomía, distribuida en las once dimensiones y concepto global. El nivel de confianza establecido fue $\alpha=0,05$. El tamaño del efecto fue calculado con estadístico η^2 al cuadrado parcial.

Resultados

Estudio longitudinal, la muestra estaba constituida en su mayoría por estudiantes del sexo femenino 84,8%. La edad media fue de 23,30 años. En los resultados de los contrastes se observa el efecto de la interacción de las variables intervención y grupo en cada una de las variables dependientes. Obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en la variable de autonomía Características Personales por efecto de la interacción entre la intervención*grupo (control/experimental1/experimental2) ($F = 2,928$; $p = 0,013$), con una η^2 cuadrado parcial = 18,4%. Los resultados referentes a la percepción de la autonomía global y la mayoría de sub-escalas, han mejorado, aunque el efecto de las variables independientes no es estadísticamente significativo.

Respecto al estudio transversal, la muestra estaba constituida en su mayor parte por elementos del sexo femenino, siendo la distribución por grupos: grupo de 2º experimental (79,3%), grupo de 2º control (89,7%), estudiantes 2º UCV (80,3%), estudiantes de

3º (87,9%) y para las enfermeras (87,5%). La edad media de los participantes fue de 24,10 (grupo experimental), 21,61 (grupo control), 25,28 (UCV), 24,70 (3º) y 45,03 (enfermeras).

A priori, se puede observar en los datos descriptivos que los Estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe, tanto en el grupo control como en el experimental, obtienen las medias más altas en la mayor parte de variables. En el ANOVA se han encontrado diferencias significativas por efecto de la variable grupo a un nivel de confianza $\alpha = 0,05$, en las variables Relación de Ayuda, Cuidado Individualizado, Aplicación de Conocimientos Enfermeros y Dominio de las competencias. El análisis de Kruskal-Wallis corrobora estos resultados. En el resto de variables las diferencias observadas no resultan estadísticamente significativas.

Con respecto a la autonomía global se repite el fenómeno descrito anteriormente siendo los estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe, los que tienen más alta puntuación en autonomía global, frente a los estudiantes de la Universidad Católica de Valencia y los profesionales que tienen puntuaciones más bajas. Por tanto sí que hay un efecto de la variable grupo de formación en el grado total de autonomía.

Conclusiones

La intervención didáctica tiene un impacto significativo en los niveles de autonomía con que los estudiantes del grupo experimental finalizan su período práctico, en concreto en la dimensión de características personales, que correspondería con la definición de autonomía personal. La relevancia de este proyecto radica en que permite cuantificar el grado de autonomía alcanzado por los estudiantes durante sus prácticas clínicas y demuestra que la autonomía personal, se puede incrementar mediante una intervención didáctica basada en una metodología reflexiva y de autoevaluación.

Existen diferencias significativas en algunas de las sub-dimensiones, con respecto a la percepción del grado de autonomía en función del proceso formativo recibido.

En ambos estudios el contexto no tiene efecto sobre la percepción de la autonomía global y sus diferentes sub-dimensiones.

Palabras clave: Autonomía personal, autonomía profesional, estudiantes, enfermería, prácticas clínicas, intervención didáctica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Boughn, S. (1992). Nursing students rank high in autonomy at the exit level. *Journal of Nursing Education*, 31 (2), 58-64.
- Breaugh, J. A. (1985). The measurement of work autonomy. *Human Relations*, (38), 551-70.
- Budge, C., Carryer, J., y Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 260-68.
- Darbyshire, C., y Fleming, V. E. M. (2008). Governmentality student autonomy and nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 172-79.
- Ertesvåg, S. K., y Vaaland, G. S. (2007). Educational psychology: An international journal of experimental educational psychology. *Educational Psychology*, 27 (6), 713-36.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, (38), 349-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11245871>
- Karagozüglo, S. (2009). Nursing students' level of autonomy: A study from Turkey. *Nurse Education Today*, 29 (2), 176-87.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, (28), 58-71.
- MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 9 (2), 194-201.
- Mantzoukas, S., y Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (1), 28-37.
- Soares, A. P., Guisande, M. A., y Almeida, L. S. (2007). Autonomía y ajuste académico: un estudio con estudiantes portugueses de primer año. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (7), 753-65.
- Steward, J., Stansfield, K., y Tapp, D. (2004). Clinical nurses' understanding of autonomy: Accomplishing patient goals through

interdependent practice. *Journal of Nursing Administration*, (34), 433-50.

Tapp, D., Stansfield, K., y Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica enfermera. *Revista Aquichan*, 1 (5), 114-27.

Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/65/134>

Wade, G. H. (2004). A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy. *Journal of Nursing Education*, 43 (3), 116-124.

Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 87-94.

Mesa de comunicaciones 14: Cuidados materno-infantiles**Concurrent session 14: Mother and Infant Care****AUTORES/AUTHORS:**

Cristina G^a Vivar, Inmaculada Serrano Monzó, Olga Lopez-Dicastillo, María Jesús Pumar-Méndez, Sandra Tricas-Sauras, Cristina Gordo Luis

TÍTULO/TITLE:

SALUD INFANTIL Y NECESIDADES PERCIBIDAS: LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE CENTROS DE SALUD

OBJETIVOS

El proyecto SINERGIA (www.proyectosinergia.es) comenzó en 2009 con el propósito de investigar acerca de las necesidades y los factores que influyen en la salud (física y mental) de los niños y niñas y las prácticas, opiniones, valores y/o creencias de las personas cercanas a ellos (padres, cuidadores, profesores, profesionales de la salud). Con esta información se pretende desarrollar, implementar y evaluar intervenciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población infantil (0-5 años), trabajando en varios ámbitos (familiar, educativo y sanitario) y teniendo en cuenta tanto las necesidades de los niños y sus familias como los recursos y el contexto. La primera fase del proyecto ha recibido financiación del Fondo de Investigación Socio-sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III, de la Fundación Universitaria de Navarra (PIUNA) de la Universidad de Navarra y del proyecto "Tú eliges, tú decides" de la Banca Cívica de Caja Navarra.

Esta comunicación se centra en los datos recogidos de los profesionales de la salud, tanto enfermeras como pediatras.

Este estudio tiene dos objetivos:

1. conocer la opinión de pediatras y enfermeras de pediatría que trabajan en centros de salud acerca de la atención que prestan a los niños menores de 5 años y sus familias
2. conocer sus percepciones acerca de las necesidades de salud de los niños y familias y los recursos con los que cuentan para cubrir estas necesidades.

METODOS

Se llevó a cabo un estudio exploratorio cualitativo para conocer las necesidades de salud y los factores percibidos como relevantes para la salud infantil por los profesionales de la salud. Uno de los retos iniciales fue el acceso a los participantes, tras recibir la aprobación del comité ético pertinente y los permisos de los organismos de Atención Primaria.

Recogida de datos

Tras la aprobación ética y el consentimiento informado de los participantes, se llevaron a cabo 4 grupos focales (GF) (Krueger & Casey, 2000) en los que participaron 17 profesionales (9 enfermeras y 8 pediatras) de 4 centros de salud de Pamplona. Dichos centros fueron elegidos, utilizando un muestreo intencional, para recoger la visión de los profesionales que atendían a usuarios de diversa procedencia cultural y socio-económica. A los grupos asistieron entre 3 y 6 pediatras y enfermeras.

Antes del desarrollo de cada GF y con el objetivo de la organización de los grupos de discusión así como el posterior análisis de los datos, los participantes rellenaron una hoja de información con datos sociodemográficos (Sexo y edad, número de hijos, edades de los hijos) y datos profesionales (profesión ejercida, años de experiencia atendiendo a la población pediátrica, trabajo a tiempo completo o parcial) y preferencias y disponibilidad para llevar a cabo el GF.

Se utilizó una guía de preguntas abiertas, elaborada tras una revisión bibliográfica y revisada por expertos, para cubrir todos los aspectos relevantes sobre la atención y las necesidades de salud infantiles. Cada sesión fue grabada y transcrita verbatim en su totalidad.

En cada GF se contó con la presencia de un moderador y un observador. Cabe señalar que todos los miembros del equipo son enfermeras y esto puede facilitar el tratamiento y análisis que se hace de los datos al partir los investigadores de una misma perspectiva y un pensamiento enfermero.

Para garantizar la calidad de los datos, y teniendo en cuenta que en el equipo de trabajo participan investigadores procedentes de diferentes tradiciones cualitativas y cuantitativas y áreas sustantivas dentro de la enfermería (comunitaria, maternal, infantil, gestión, psico-social, entre otros), se tuvo especial consideración para asegurarse de que existía un “estilo investigador” común en el desarrollo y el análisis de los GF así como la interpretación de los datos. Primero, la recogida de datos fue realizada por cuatro investigadores que se desplazaron en parejas a los centros de salud. Se realizaron las transcripciones por expertos y luego éstas fueron revisadas por los investigadores para comprobar y modificar cualquier error identificado.

El análisis de los datos fue por pares utilizando el análisis de contenido y siguiendo los pasos identificados por Burnard (1991). Durante el proceso de análisis, se utilizó el programa informático NVivo 8 para la organización y recuperación de los datos.

RESULTADOS

Debido a la diversidad de profesionales de la salud en algunos GF se evidenció no solamente posiciones encontradas entre los médicos y enfermeras, sino que se hicieron patentes determinados prejuicios, alianzas y lagunas a la hora de atender al niño y a las familias. Sin embargo, una vez realizado el análisis de los datos, se identificaron 4 categorías emergentes de los datos, que a continuación se presentan:

- 1.Salud física: talla, peso y alimentación
- 2.Educación y problemas de conducta
- 3.Programa de salud del niño sano
- 4.Dificultad en el abordaje de la salud psicosocial.

Salud física: talla, peso y alimentación

Esta categoría identifica las principales actuaciones dirigidas a la familia y el seguimiento de la salud en la infancia. En el seguimiento del niño sano, tanto los pediatras como las enfermeras se centran en la salud física de los niños. Los profesionales reflejan que los padres también perciben que la atención al niño se centra en el seguimiento de los valores antropométricos, como recoge la siguiente cita:

pasamos un cuestionario y los papás decían cosas que a mí me cambiaron también la manera de trabajar porque decían – pues ya está bien, o sea, nos ha gustao pero ya está bien de hablar tanto de percentiles de niños y de pesos y de talla...

Los profesionales también destacaron que una de las áreas que más trabajan es la promoción de hábitos de vida saludables: Yo pienso que sobre todo de inicio, enseñarles un poco, orientarles como tienen que ir ayudándoles a como sería una alimentación más o menos adecuada, que eso hacemos... pues bastante tiempo de dedicación ¿no? y luego conforme son más mayores pues eso, hincapié sobre todo en el hábito de ejercicio relacionado con ocio y tiempo libre..

Educación y problemas de conducta

En esta categoría los profesionales señalan la falta de habilidades de los padres en la educación y crianza de sus hijos. A la vez identifican problemas de comportamiento en los niños que lo atribuyen a diferentes factores como una excesiva tolerancia, una falta de dedicación de tiempo, a una sobreprotección y exceso de permisividad de los padres.

Según algunos participantes, el exceso de permisividad puede ser por comodidad de los padres:

Pues eh... por ejemplo en cuanto al... a cosas que por edad, deben de eliminarse como eso, pañales, biberones, chupetes...pues que por comodidad se mantienen en el tiempo. Lo mismo que los hábitos de sueño que el niño se despierta por la noche y te lo pasas a tu cama y no...y no se crea un hábito correcto de sueño, o sea... todo ese tipo de cosas... O sea, yo creo que hay una

conducta muy permisiva por comodidad.

Otros profesionales lo achacan al sentimiento de culpa de los padres:

bueno, hoy en día la verdad es que los padres también, bueno, son igual, en algunos casos, padres igual un poco ya más mayores con menos niños y yo no lo se, también esa especie de sobreprotección... el hecho de a lo mejor faltar de casa y las horas que están pues se sientan un poco mal si no... ¿eh? y entonces bueno pues, ese tipo de conductas así de alargar un poco el...

En este sentido los profesionales indican la necesidad de enseñar a los padres a poner límites a sus hijos.

Programa de salud del niño sano

En esta categoría los profesionales identifican este programa como un recurso importante para el seguimiento en el primer año de vida. Sin embargo, destacan la falta de flexibilidad del mismo para abarcar aspectos de salud psicosocial en la infancia.

Dificultad en el abordaje de la salud psicosocial

Por último, esta categoría refleja la percepción de una falta de formación de los profesionales para identificar e intervenir en problemas en el área psicosocial. Además, existe el sentimiento de que las familias encubren los problemas psicosociales, como recoge la siguiente cita:

Problemas de conducta que muchas veces pues de entrada efectivamente no te dicen que seguramente el desencadenante es una relación familiar conflictiva o con problemas...¿eh? pero que bueno, pues eh... si ya vienen, por ese mismo motivo... o... puedes preguntar y ... en fin ¿eh? Y a veces aparece pues en... entre el origen de los problemas.

A esto se añade la falta de formación para el abordaje psicosocial del niño y la escasez de tiempo del que disponen para cada familia.

Por otro lado, los padres no identifican a los profesionales de atención primaria como referentes para ayudar y guiar en temas de hábitos y comportamientos. Así lo refleja la siguiente cita:

Que muchas veces... eh... digamos buscan otras... cuando a lo mejor pues lo podríamos abordar en consulta. Me refiero al cambio de hábitos, a como se comporta el niño y cuáles... En fin, es decir, tú les das unas pautas pero siguen queriendo a lo mejor consultar con el psicólogo ¿eh? cuando en realidad le va a dar las mismas pautas porque ese niño psicológicamente está bien. Lo que no está haciendo a lo mejor es como están manejando la situación.

A pesar de estas limitaciones, los profesionales transmiten la necesidad de promocionar hábitos saludables a nivel emocional.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidencian que existe una necesidad de abordar aspectos de educación de los padres y de comportamiento de los niños. Sin embargo la atención actual está centrada en aspectos relacionados con la salud física. Asimismo, se ve la necesidad de evaluar el programa del niño sano para desarrollar un plan de cuidados adaptado a las necesidades en la infancia, en el que se consideren intervenciones a medida para el desarrollo integral, social y emocional de los niños menores de 5 años.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Burnard, P.(1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A.(2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Goreti Silva Ramos Mendes

TÍTULO/TITLE:

De la percepción de los enfermeros a las dificultades reales de las madres presentes en pediatría con su hijo

Introducción

La hospitalización de un hijo configura siempre una experiencia difícil, un evento generador de sufrimiento y ansiedad¹. Cuando un niño es hospitalizado, hospitalizamos también a su familia, porque al no ser una entidad independiente el niño no está solo. Por su condición humana e también por sus características propias él es un ser vulnerable que camina a par e paso con su familia, a la cual cabe la responsabilidad primera de promover su pleno desenvolvimiento. Esto tiene subyacente el principio de que cuando se piensa en los cuidados al niño, la familia surge siempre como una referencia. Su encuadramiento es asumido en el contexto actual, como un factor que viabiliza el cuidado humanizado.

La filosofía de los cuidados que sustenta los cuidados pediátricos es la filosofía de los cuidados centrados en la familia². La inclusión de la familia en los cuidados es esencial para la promoción del bienestar y del vínculo afectivo de sus hijos^{2; 3}, siendo ampliamente reconocida como la mejor práctica en enfermería pediátrica⁴; 2. Mas «llevar a las madres al hospital» no es una tarea simple. Ellas quieren estar presentes para el apoyo emocional a sus hijos, ellas quieren participar en los cuidados, mas ellas están en uno ambiente que no es familiar y von a experimentar dificultades^{5, 6}. Las madres necesitan ter conocimientos y obtener informaciones sobre la forma cómo debe enfrentar lo inesperado de la situación clínica del hijo, de los procedimientos técnicos y de otros cuidados, los cuales deberán también prestar en casa a la continuidad de la hospitalización. En este sentido, es un compromiso y una obligación de la enfermería incluir las familias en el cuidado de la salud⁷, tanto más cuando se trata de un niño. La familia es un sistema de salud para sus miembros, así, ella debe ser objeto de cuidados también⁸.

Objetivo

Identificar la discrepancia acerca de las dificultades experimentadas por las madres presentes en el hospital las 24 horas con el niño y las percibidas por las enfermeras.

Método

Es un estudio cualitativo con un enfoque de la Grounded Theory y fundamentado teóricamente en el interaccionismo simbólico, lo cual pone en relieve la importancia de los significados subjetivos que las personas imprimen a sus acciones. En la perspectiva interaccionista, el significado que las personas imprimen a las situaciones experimentadas surge de la interacción y la interpretación que tienen sobre las mismas⁹.

Nos centramos en lo que se ha expresado por las madres y las enfermeras a través de entrevistas semi estructuradas. La pregunta que orientó el estudio es - será que las dificultades de las madres presentes en el hospital, 24 horas con el niño, son las mismas que las enfermeras perciben?

Como informantes había 12 enfermeras de la unidad pediátrica de un hospital del norte del país y 18 madres que acompañan al niño en el hospital las 24 horas. La selección de las participantes se fue realizando al mismo tiempo que la recopilación y el análisis de los datos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital donde se llevó a cabo el estudio. A todos los participantes les fueron explicados los objetivos del estudio y fue solicitada su autorización para la realización de la entrevista grabada. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos y se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Los testimonios de los participantes fueron grabados por el autor del estudio, para su posterior transcripción y análisis.

La análisis de contenido de las entrevistas fue realizada mediante el software NVivo8. Sometimos los datos a los dos primeros niveles de codificación. En primer lugar una codificación abierta, que ha dado lugar a varios conceptos o unidades de registro. Después, a través de la codificación axial, se agruparon estos conceptos en categorías y sub categorías.

Resultados

En la análisis del plano de fondo de las entrevistas y en la diversidad de los hallazgos, se encuentra la evidencia que la experiencia de la permanencia de las madres en el hospital las 24 horas con su hijo, es una experiencia muí estresante e angustiante. Son varias las dificultades que ellas tienen de enfrentar.

Del análisis de los datos de las enfermeras, se obtuvieron tres categorías:

1ª. Alteración de lo cotidiano familiar, con dos sub categorías: Interrupción de la vida familiar debido a la retirada de casa y a la permanencia en tiempo integral 24 horas en lo hospital; escasez de recursos familiares para colaborar en casa, especialmente cuando hay otros hijos pequeños.

2ª. Falta de disponibilidad para lo acompañamiento del hijo en tiempo integral 24 horas en el hospital.

3ª. Confrontar-se con la prestación de cuidados, con dos sub categorías: los designados cuidados familiares que habitualmente ya prestaba en casa, más ahora sometido a la observación de los profesionales de salud; los nuevos cuidados que tienen de prestar en asociación con la enfermera.

Del análisis de los datos de las madres, se obtuvieron las categorías:

1ª. Limitaciones personales para enfrentar lo inesperado de la hospitalización, con tres sub categorías: la imprevisibilidad de la situación que es causadora de grande ansiedad; la enfermedad del niño y el dolor asociada provoca grande sufrimiento; la falta de información amplían los sentimientos de la incerteza.

2ª. Enfrentarse con un "nuevo rol", una atención más instrumental, con dos sub categorías: el ambiente nuevo y desconocido con aparejos complejos y la vigilancia que tienen de hacer de lo niño; la prestación de los cuidados que tienen de hacer frente a los profesionales de la salud.

La experiencia de "salir de casa" a pesar de ser mencionada por las madres como una experiencia compleja que se origina por cambios imprevistos en la dinámica familiar, la misma parece surgir como una dificultad menor. La experiencia es asociada a un evento transitorio que parece suplantado por el reconocimiento de la importancia de estar con el hijo enfermo en el hospital y por el apoyo familiar que dicen tener.

Discussion

En este estudio sorprende alguna discrepancia que existe en las dificultades referidas en el discurso de las enfermeras y en el discurso de las madres. Se ha observado que hay dificultades experimentadas por las madres y no percibidas por las enfermeras, como la ansiedad causada pela situación de enfermedad del hijo, la imprevisibilidad de la situación y la falta de información. Frente a la hospitalización de un hijo, la familia pasa a vivir una situación de extrañeza y la escasez de información es uno de los aspectos que más preocupa los padres¹⁰. Ella se ve obligada a modificar as sus rutinas, enfrenta una readaptación familiar, tiene de desenvolver novas competencias, novas necesidades von a surgir más las dificultades se instalan. El abandono de la familia y de la casa bien como la interrupción de lo cotidiano, percibidas pelas enfermeras como siendo grandes dificultades experimentadas por las madres, son vividas por estas mismas como siendo dificultades menores, ya que la situación de enfermedad del niño asume mayor relevo.

Al no ser las verdaderas dificultades experimentadas por las madres las percibidas por las enfermeras el apoyo a las mismas puede verse comprometido. Cuando las madres obtén el conocimiento de lo que se espera de ellas en relación con el cuidado al hijo, cuando tienen una comprensión de la situación del mismo, es más fácil manejar su ansiedad y desarrollar un mayor sentido de control de la situación^{6;11;4}. Las necesidades de los padres que acompañan el hijo en la hospitalización son entre otras, comprender la situación clínica y los tratamientos del mismo y sentir que sao padres con capacidad¹³. Las madres necesitan

encontrar un equilibrio entre el cambio y la estabilidad que se desea para el bien estar de los niños, sino también para las mismas. La información puede proporcionar algún control sobre la situación y reducir los sentimientos de incerteza que son habitualmente experimentados en la fase de adaptación a la nueva situación.

Mirar la familia como el elemento fundamental en la relación de atención es una actitud que abarca saber profesional pero un saber sobre la familia también¹². . Es importante que vayamos a conocer a las madres que cuidan y explorar cuáles son sus posibilidades, sus expectativas, sus límites de acción y qué fuerzas pueden movilizarse para resolver los problemas que enfrentan^{13,14}. Obtener este conocimiento de los padres dará mayor capacidad a los enfermeros de negociar, comunicar eficazmente y aceptar sus opciones alcanzando lo ideal de los cuidados centrados en la familia¹⁵. Os pais querem estar envolvidos nos cuidados aos seus filhos, mas querem também decidir sobre a extensão desse envolvimento.

El estudio pretende ser una contribución para las enfermeras que se preocupan con la salud de los niños y de la familia. El reconocimiento por parte de las enfermeras de la existencia de esta discrepancia, puede contribuir especialmente para ampliar la reflexión acerca de la interacción a desarrollar con las madres que “viven” en el hospital con su hijo.

Como implicaciones para la práctica, consideramos imprescindible que la manera como las madres se adaptan a la presencia en el hospital 24 horas con el niño, se convierta en un foco de atención de la enfermera, insistiendo en el seguimiento y evaluación continua de las dificultades vividas. Estrategias de involucramiento de las madres, vinculadas a la negociación de los cuidados, contribuirían a la identificación de las dificultades reales de las madres y garantizarían la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Melo WA, Marcon SS, Uchimura TT. (2010). A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. Rev Enferm UERJ. 18, p: 565-71.
2. Young J, McCann D, Watson K M, Pitcher A, Bundy R, Greathead D. (2006). Negotiation of care for a hospitalised child: nursing perspectives, Neonatal. Paediatric and Child Health Nursing. 9, p:7-14.
3. Milanesi K, Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. (2006). O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. Rev Bras Enferm. 59, p: 769-74.
4. Shields, L.; Hunter J.; Hall J. (2004). Parent's and staff's perceptions of parental needs during a child admission to hospital: an English perspective. Journal of Child Health Care, 8(1), p: 9-33.
5. Dairbyshire, P. (1993). Parent, nurses and paediatric nursing: a critical review. Journal of Advanced Nursing, 18, p: 1670-1680.
6. Coyne, I. T. (1995). Parental participation in care: a critical review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 21(4), p: 716-722.
7. (Wright, L. e Leahey, M. (2009) – Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4.ª ed. S. Paulo. Editora roca Lda.
8. Gomes, G.C., Erdmann AL, Busanello J. (2010). Reflectindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Rev enfermagem UERJ. 18, p: 143-7.
9. Lopes, C. H. Jorge, M.S. B. (2005). Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. Rev Esc Enferm USP.;39:103—8.
10. Reis, G. (2007). Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança. Dissertação Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto Ciências Abel Salazar. Porto.
11. Neill, S. J. (1996). Parent participation 2: Findings and their implications for practice. British Journal of Nursing, 5, p: 110-117.
12. Ferrnandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. Saúde Infantil, 2, p: 117-128.
13. Roden, J. (2005). The involvement of parents and nurses in the care of the acutely children in a non-specialist paediatric setting.

Journal of Child Health Care, 9(3), p: 222-240.

14. Ygge, B. M. & Arnetz, J. E. (2004). A Study of Parental Involvement in Paediatric Hospital Care: implications for clinical practice. Journal of Pediatric Nursing. 19 (3), p: 217-223.

15. Staman, M; Miotto, RCT (2003). Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. Ciência Cuidado Saúde. Maringá. 2, p: 161-8.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

Maria del Mar Sánchez Sánchez, Isabel Martínez Yegles, María Pilar Fraile Gamo, Eva Isabel Sánchez Muñoz, Raquel Sánchez Izquierdo, Susana Arias Rivera

TÍTULO/TITLE:

FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LA ESCALA COMA DE GLASGOW Y VALORACIÓN PUPILAR EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO.

La escala de coma de Glasgow (GCS), publicada por Teasdale y col1 en 1974, proporciona un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico, generalizándose su uso en la valoración del paciente neurológico para triaje y como predictor de pronóstico.

A pesar de su extendido uso, se han encontrado importantes limitaciones en la literatura publicada, con implicación en la validez de los datos y su utilidad en investigación.

Gill y col2 estudiaron la fiabilidad interobservador de tres escalas de valoración neurológica y los valores mas bajos, es decir, la menor fiabilidad, se observó en la GCS.

Prasad y col3 valoraron la escala, demostrando una buena sensibilidad y fiabilidad en observadores entrenados, pero cuestionaba su validez como instrumento predictivo y evaluador, lo que hasta entonces no había sido estudiado de forma apropiada.

Holdgate y col4 encontraron diferencias entre 1 y 2 puntos en la GCS cuando la medición era realizada por varios observadores (médicos, enfermeras, técnicos...) y aunque en general, la fiabilidad interobservador era alta, recomendaban que las decisiones clínicas en base a la puntuación en la escala no podían estar basadas en una única observación.

Así mismo Rowley y col5 demostraron variabilidad entre 1 y 5 puntos al realizarse las valoraciones por observadores no cualificados o no entrenados.

En cuanto a la valoración pupilar, tanto el tamaño como la reactividad, son criterios válidos en la valoración del enfermo neurológico, aportando información fundamental cuando se produce un nuevo evento neurológico o empeoramiento de una patología intracraneal previa.

Dentro de las limitaciones de la valoración pupilar, Wilson y col6 señalaron discrepancias tanto en la reactividad como en el tamaño pupilar, en función del número de observadores.

OBJETIVO

Determinar la concordancia entre enfermeras de una unidad de Cuidados Intensivos polivalente en la medición de GCS y de la valoración pupilar en pacientes críticos neurológicos.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 18 camas. Se han incluido a pacientes neurológicos y/o neuroquirúrgicos ingresados entre Septiembre de 2010 y Marzo de 2011.

Se registraron variables demográficas, índice de gravedad mediante Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II, puntuación GCS y valoración pupilar.

El equipo investigador está compuesto por 6 enfermeras de la unidad. La valoración fue realizada por un mínimo de 3 enfermeras, una de ellas se encargó de llevar a cabo la estimulación del paciente, mediante un algoritmo basado en la escala de Glasgow y cada una de las enfermeras valoró de manera independiente la respuesta a este estímulo realizado.

Se consensuó un algoritmo para realizar la valoración neurológica y unificar criterios en la aplicación pero no se acordó el modo de valoración, entre el equipo investigador.

La valoración neurológica se inició con la respuesta ocular, si tenía los ojos abiertos se le daba la máxima puntuación, en caso contrario se llamaba al paciente por su nombre tres veces y se le pedía que abriera los ojos. Si la respuesta era negativa se procedía a efectuar el estímulo doloroso mediante presión en lecho ungueal o presión esternal. En el 2º paso se valoró la respuesta verbal, se le preguntaba su nombre, edad y mes y año actual. El 3º paso valoró la respuesta motora pidiéndole al paciente que sacara la lengua, cerrara y abriera las manos y los ojos y en el supuesto de que no obedeciese, se le realizaba el estímulo doloroso, siempre y cuando en el primer paso no se hubiera hecho. Por último se procedió a la valoración pupilar de ambos ojos por cada una de las

enfermeras, utilizando la misma luz blanca a 5cm de distancia.

A todos los datos recogidos se les ha aplicado el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%) para ver el grado de concordancia entre las distintas enfermeras con respecto al GCS y el índice Kappa para la reactividad pupilar.

RESULTADOS

La muestra está formada por 53 pacientes, con edad [media (DE):60 años (15)], 34% mujeres. GCS [media (DE):9(4)]. SAPS II [media (DE):30 (18)] lo que implicaba una gravedad moderada-grave.

El CCI (IC 95%) obtenido para respuesta ocular: 0.941 (0.908 – 0.963); respuesta verbal: 0.986 (0.978– 0.992); respuesta motora: 0.974 (0.959 – 0.984); GCS total: 0.990 (0.984 – 0.994). Para tamaño pupilar: 0.909 (0.869 – 0.942). En cuanto a la reactividad pupilar se obtuvo un índice Kappa de 0.890.

DISCUSIÓN

Basándonos en estos resultados podemos decir que en nuestro equipo investigador hemos observado alta concordancia en la valoración de la escala de coma de Glasgow y en la valoración pupilar.

La GCS es apropiada para la valoración de pacientes críticos neurológicos en la UCI, sin que la concordancia dependa del entrenamiento previo de las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81-4.
2. Gill MR. et al. Interrater Reliability of Glasgow Coma Scale Scores in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2004;43:215-23.
3. Prasad K. The Glasgow Coma Scale: a critical appraisal of its clinimetric properties. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(7):755 -63.
4. Holdgate A, Ching N, Angoneses L. Variability in agreement between physicians and nurses when measuring the Glasgow Coma Scale in the emergency department limits its clinical usefulness. *Emerg Med Australas*. 2006;18(4):379-84.
5. Rowley G, Fielding K. Reliability and accuracy of the Glasgow Coma Scale with experienced and inexperienced users. *Lancet*. 1991;337(8740):535-8.

AUTORES/AUTHORS:M^º ANGELES CIDONCHA MORENO**TÍTULO/TITLE:**

CONOCIMIENTOS BASICOS Y USO DE LA INVESTIGACIÓN Y VARIABLES ASOCIADAS

INTRODUCCION

Investigar implica el intento de ampliar el conocimiento.

La investigación ha de ser una herramienta para todo profesional tanto para desarrollar una mejor atención en la práctica clínica como para desarrollar la profesión.

OBJETIVO

- Conocer si existen variables asociadas al mayor o menor conocimiento del personal de enfermería de aspectos básicos relacionados con la metodología de investigación y al uso de la investigación.

METODOS

- Estudio descriptivo transversal
- Población a estudio: enfermeras que acuden a realizar un curso de iniciación de comunicación científica en el primer cuatrimestre del año 2011 (N = 38)
- Instrumento: Cuestionario autoadministrado creado ad hoc.
- Variables a estudio: año de obtención de la titulación, situación laboral, situación personal de cuidado a otras personas, frecuencia de utilización de las bases de datos, frecuencia de lectura de artículos, participación en congresos
- Análisis estadístico: Programa SPSS v 18.0

RESULTADOS

El 62, 2% obtuvo el título antes de 1994. El 86, 8% son mujeres y el 71,1% son fijos en Osakidetza.

El 65,8% tienen un turno fijo de mañana y el 21,1% rotatorio.

El 65,8% de las encuestadas manifiesta tener hijos a su cuidado y el 21,1% refiere tener mayores a su cuidado.

El 42,1% refiere que nunca usa las bases de datos científicas y el 18,4% refiere hacerlo 1-2 veces al año.

El 5,3% nunca lee artículos de investigación y el 36,8% refiere hacerlo entre 1-2 veces al año.

El 57,9% refiere que nunca o rara vez usa los resultados de investigación para tomar decisiones.

El 63,2% ha participado alguna vez con alguna comunicación en un congreso.

El 78,9% tiene hasta 6 aciertos sobre 10 preguntas en relación con conocimientos básicos de investigación.

No se encuentra significación estadística al correlacionar el número de aciertos con el año de obtención del título, situación laboral, turno que realiza y situación personal de cuidado a otros. Tampoco se encuentra significación entre el número de aciertos y la frecuencia de utilización de las bases de datos, lectura de artículos o el uso de los resultados de investigación.

DISCUSION

La muestra es pequeña y no representativa de todos los trabajadores de Osakidetza. Investigaciones futuras pueden profundizar en ésta línea, conociendo qué variables están relacionadas con el conocimiento y uso de la investigación lo que permitirá elaborar estrategias que mejoren y aumenten la investigación y el uso de la misma.

Se observa, que el personal encuestado utiliza con poca frecuencia las bases de datos científicas, leen pocos artículos de

investigación y usan con poca frecuencia los resultados de investigaciones para tomar decisiones en la práctica. Los conocimientos básicos sobre metodología de investigación han de ser potenciados ya que un grado de conocimiento adecuado es necesario para la lectura y comprensión de la investigación, para incorporarla a la práctica y para poder realizar trabajos de investigación y exponerlos de forma adecuada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Díaz Grávalos, G.J; Palmeiro Fernández, G; Portuburu Izaguirre, M; Vázquez Fernández, L.A; Rúas Vázquez, A.; Casado Górriz, I. Factores que influyen en la producción científica en atención primaria Cad Aten Primaria 2007 ene 13(3):169-172
- 2.- Díaz Benavente, M; Martín Leal, C; Jiménez Aguado, J.M; Maya Rincón, B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel Enferm Clínica 2004 sep-oct 14(5):263-268

AUTORES/AUTHORS:

Rafael Bustos López, María Dolores Carrizosa Villegas

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCION LABORAL DE ENFERMERIA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACION MEDICO – QUIRURGICA.

INTRODUCCION:

Se define Satisfacción laboral como el placer que se obtiene del esfuerzo por alcanzar una meta. Se ve conformada por una serie de dimensiones o factores (Satisfacción por el trabajo en si mismo, Tensión relacionada con el trabajo, Competencia profesional, Presión del trabajo, Promoción profesional, etc...)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- PRIMARIO: Definir el nivel de Satisfacción Media Global (SMG) de la población estudiada. (n= 141, con más de 6 meses de contrato)
- SECUNDARIO: Identificar y cuantificar los factores que influyen en dicho nivel de Satisfacción.

METODOLOGÍA:

- Tipo de estudio: Estudio descriptivo, observacional y transversal.
- Instrumento utilizado: - Cuestionario autocumplimentado de Font-Roja adaptado por J. Aranaz, suplementado con dos nuevos factores (Supervisión y entorno físico, con alfa Crombach= 0.784) Items agrupados en factores que miden la misma dimensión laboral. (escala tipo Lickett)
 - Variables sociodemográficas. (Porcentajes)
- Métodos de análisis: La distribución NO sigue una Normal.
 - Descriptivo: Mediana e intervalos intercuartílicos en cuestionario de Font-Roja.
 - Inferencial: Pruebas no paramétricas: Correlación de Spearman, Tau-b y Tau-c de Kendall.
 - Regresión: Test de Kruskal –Wallis.

RESULTADOS:**ANALISIS DESCRIPTIVO:**

- * Nivel de Satisfacción media laboral.: 3,53 [2,81 – 4,06]
- * Valoración de los factores que explican la Satisfacción laboral:
 - Peor valorados: - Promoción profesional . (2,29 [1,69 – 2,94])
 - Presión del trabajo. (2,53 [2,14 – 2,98])
 - Influencia del entorno. (2,53 [1,88- -3,27])
 - Tensión relacionada con el trabajo. (2,60 [1,91 – 3,20])
 - Mejor valorado: - Competencia profesional. (4,06 [3,62 –4,47])
 - Relación interprofesional con los jefes. (3,85 [3,11 – 4,57])

- Satisfacción por el trabajo en si mismo. (3,78 [3,26 – 4,20])

ANALISIS INFERENCIAL:

- La Satisfacción Media Global tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,05$) con todos los factores excepto con la "relación interprofesional con los compañeros".
- Los factores que más influyen en el nivel de Satisfacción media global, son:
 1. Presión del trabajo. (Rho= 0.666)
 2. Monotonía laboral. (Rho=0.653)
 3. Satisfacción por el trabajo. (Rho= 0.639)
 4. Medio ambiente físico. (Rho= 0.544)
 5. Supervisión. (0.507)

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

- Disminuir la Tensión relacionada con el trabajo (causante de stress, síndrome de Burnout, etc) aumentando el personal y disminuyendo la relación paciente/enfermera.
- Mejorar la Promoción profesional :
 1. Mediante un mejor acceso a la formación profesional sin que repercuta negativamente en su jornada de trabajo.
 2. Mediante un mejor reconocimiento profesional. (Sistema de incentivos y jerarquización del personal)
- Mejorar la Influencia del entorno físico laboral actuando sobre las condiciones de seguridad y equipamiento del personal.
- La Supervisión, debería de mejorar los siguientes aspectos:
 1. Actuar sobre el sistema de incentivos morales, reconocer el trabajo bien hecho.
 2. Disminuir la Monotonía laboral mediante la aplicación de nuevos protocolos y planes de cuidados.
- Disminuir la Monotonía laboral resolviendo el conflicto Iniciativa enfermera / Obediencia a médicos y Supervisores, aumentando el grado de responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Flores González M, Rodríguez Ramírez A . El mercado de los recursos humanos como un aspecto social. Rotación del personal (I y II). [[http:// www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldoc/rrhh/mdochosoc.htm](http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldoc/rrhh/mdochosoc.htm)]. Consultado: 2008-Agosto.
- 2.- Pérez Álvarez T, Díaz Carreiras C. Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Metas de enfermería 2007-2008 Diciembre-Enero; 10(10): 6-10.
- 3.- Nuñez González E, Estevez Guerra G.J, Hernandez Marrero P, Marrero Medina C.D. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. Gac Sanit.2007; 21(2): 136-141.
- 4.- SARELLA PARRA, L. H. y PARAVIC K, TATIANA. SATISFACCION LABORAL EN ENFERMERAS/OS QUE TRABAJAN EN EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA DE URGENCIA (SAMU). Cienc. enferm. [online]. dic. 2002, vol.8, no.2 [citado 01 Noviembre 2008], p.37-48. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.

- 5.- Valencia M^a:C. Propuesta para medir la relación supervisión-satisfacción laboral en enfermería. Rev Enferm IMSS 2001; 9 (2):81-84.
- 6.- Cuevas Munoz P. Clima laboral, factores internos y externos de estrés y apoyo social. [Tesis doctoral]. Universidad de Cádiz. Pag: 62-134. Consultado:2008 Junio.
- 7.- Balderas Pedrero M^a L. Reingeniería en enfermería. Ln: Administración de los servicios de enfermería. 4^a de. McGrawHill 2004. p. 254-259.
- 8.- Dee Ann Gillies. Recogida de datos. Organización. Ln: Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona. Manson-Salvat 1994. p. 38-40, 170-175.
- 9.- Ayuso Murillo D. Grande Sellera R. Habilidades directivas. Ln: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. 1^a . Díaz de Santos 2006. p. 108-113.
- 10.- López Alonso Sergio R.. Hospital Magnético, Hospital Excelente. Index Enferm. [periódico en la Internet]. 2004 Jun [citado 2008 Nov 01] ; 13(44-45): 07-08. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100001&Ing=es&nrm=iso.
- 11.- Torres Barrera S, Chávez González C, Lizárraga Zambrano E, Guerra Herrera M^a A. Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(3): 147-153.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina García Ibarra, Javier Iniesta Sánchez, Ramón López Alegría, M^a José Gallego González, Eva M^a Díaz Ruiz, M^a Ángeles Guevara García, M^a Milagros de Castro Díaz, Yolanda Lizarte Maza, Ana Belén García Urrea

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la calidad de cuidados de enfermería en una Unidad de Medicina Interna.

Introducción:

En el HGU Reina Sofía. La unidad de medicina interna participa en la apuesta por la calidad de los cuidados enfermeros, mediante la monitorización cuatrimestral de los indicadores de cuidados de enfermería, para conocer su evolución, e implementar las medidas de mejora necesaria para incrementar su grado de cumplimiento para lo que se reciben los resultados tras cada evaluación con el objetivo de reforzar aquellos indicadores que fuera necesario, para conseguir un aumento de su nivel de cumplimiento. Por ello, nos planteamos conocer la evolución de los indicadores de cuidados de enfermería en los cuatro últimos cortes trimestrales.

Metodología:

Estudio de calidad sobre la evolución de los indicadores de cuidados evaluados en una unidad de medicina interna, a través de cuatro cortes realizados en marzo, mayo y octubre de 2010 y marzo de 2011. Los indicadores están definidos por el Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería, que fija las normas y elabora una guía para la evaluación de los criterios e indicadores. La muestra es de 30 casos por indicador o el universo para aquellos con baja incidencia. Los datos se obtienen mediante evaluación externa, cumplimentando las parrillas de recogida de datos elaboradas para cada indicador, obteniendo los datos de las historias clínicas o mediante observación directa, según la naturaleza del indicador evaluado. Las variables se presentan mediante porcentajes y media de cumplimiento de todos los cortes.

Resultados:

Analizados 9 indicadores. Cuidados del catéter venoso periférico el nivel de cumplimiento medio del año 2010 ha sido del 83% y del 90% en marzo de 2011. Cumplimentación Escala de Norton 100%; 70%, 100% y 100% para cada corte respectivamente y del 100% y la Escala de Downton. Valoración de enfermería 72% en 2010 y 40% en marzo 2011. Emisión de diagnósticos de enfermería 83% en 2010 y 100% en marzo 2011. En la aplicación de cuidados preventivos de UPP se ha pasado de un 95% en 2010 a un 100% de cumplimiento, y en cuidados al paciente con sondaje vesical el nivel medio de cumplimiento ha sido de un 44%. Para el resto de indicadores la puntuación media obtenida está por encima del 60%.

Discusión:

La monitorización de indicadores de calidad permite identificar precozmente problemas en el nivel de cumplimiento de los mismos y establecer las acciones de mejora pertinentes para lograr el estándar de calidad marcado.

Se observa una tendencia al alza en el cumplimiento de los indicadores, ya que se encuentran totalmente incorporados a la práctica habitual de las enfermeras. Por otro lado vemos como en el indicador de cuidados al paciente con sondaje vesical no se consiguen unos buenos estándares de cumplimiento, motivado por la falta de fijación al muslo, debido al no encontrar esta recomendación con el apoyo de los urólogos, por lo que no se cumple este criterio en dicha unidad y por disminuye el cumplimiento global del indicador en el centro.

Implicación para la práctica:

La difusión de resultados facilita la implicación de las enfermeras de la unidad evaluada permitiendo una mejor implementación de las medidas de mejora, y favorece la consecución de objetivos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Múnera Gaviria, Hugo Alberto. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa Invest Educ Enferm -Col- 2011. 29(1):76-86
- Alvarado-Gallegos, Elsa; Urbina-Aguilar, B. Adriana; Pecina Leyva, Rosa María. Evaluación Participativa de los Indicadores de Calidad de Enfermería Desarrollo Científ Enferm -Méx- 2011 19(6):212-218
- Arizona Amador, María Betzabé; Betancourt, Rosa Ícela Esparza; Magaña Rosas, Anabel; Ponce y Ponce de León, Gisela. Evaluación de Indicadores de Calidad en la Atención de Enfermería Desarrollo Científ Enferm -Méx- 2010. 18(7):279-283
- Cucolo, Danielle Fabiana; Perroca, Márcia Galan. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem [Identificando indicadores de desempeño relativos al tiempo de asistencia del equipo de enfermería] Rev Esc Enferm USP -Bra- 2010. 44(2):497-503
- Leal Llopis, Jesús; Calvo Bohajar, Mercedes; Paredes Sidrach de Cardona, Antonio; Alonso Frías, M^a Aranzazu; Martínez Corbalán, José Tomás; Pérez García, M^a Carmen. Prevención de úlceras por presión y seguridad del paciente Rev Paraninfo Digital 2008
- Leal Llopis, Jesús; Calvo Bohajar, Mercedes; Paredes Sidrach de Cardona, Antonio; De la Hera Fontcuberta, Concepción; Clemares García, M^a Angeles; Crespo Carrión, M^a José. Implantación del protocolo de prevención de caídas para la mejora de la seguridad de los pacientes. Rev Paraninfo Digital 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Ángel Sánchez Prieto, Javier Iniesta Sánchez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, M^a José Terón Martínez, Gloria Muñoz Pérez, José Talave López, Ana Berenguer Pajares, Ana Eulalia Espín Crespo, M^a Luisa Sánchez-Cañizares Martínez-Gil

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del impacto de una acción formativa en la emisión de informes de continuidad de cuidados.

Introducción:

En 2006 se inician actividades de formación en metodología y taxonomías, para implantación de planes de cuidados e informe de continuidad de cuidados (ICC), desarrollándose actividades formativas grupales en aplicación del proceso enfermero e introducción al uso de las distintas taxonomías, ante la baja emisión de ICC, la Dirección de Enfermería decide crear la figura del enfermero dinamizador para el fomentar la emisión de los ICC.

El informe de continuidad de cuidados (ICC) tras el alta hospitalaria es fundamental como herramienta de comunicación interniveles, al tiempo que incrementa la calidad de la atención al usuario y favorece la disminución de complicaciones y reingresos. Para incrementar su emisión se planificó una intervención formativa a los profesionales de enfermería, marcándonos como objetivo conocer la evolución de ICC emitidos en nuestro centro tras la intervención formativa.

Metodología:

Estudio cuasiexperimental sobre el impacto en la evolución de los ICC emitidos en un hospital general universitario. Se realiza una medición de la emisión de ICC de enero a mayo de 2010, previa a una intervención formativa individual a las enfermeras de las unidades de hospitalización, sobre metodología enfermera y elaboración del ICC llevada a cabo de junio a diciembre de 2010, evaluando la emisión de ICC de enero a mayo 2011. Las variables estudiadas son: profesionales formados, unidades de hospitalización, ICC emitidos. Los datos se obtienen a través del entorno documental electrónico de historia clínica de todos los pacientes ingresados en el periodo de estudio, realizándose un corte antes de la intervención para el periodo comprendido entre enero y junio de 2010 y otro tras la intervención formativa entre enero y abril de 2011, la formación de profesionales se explota de los registros del enfermero de metodología enfermera. Los datos se expresan en porcentajes y frecuencias. Prueba z para comparación de proporciones.

Resultados:

Realización del ICC en el 100% unidades frente al 22% al inicio de la intervención. Incremento ICC del 1.40% al 9.87%, $p < 0.001$. Se ha pasado de ningún ICC emitidos por unidades médicas a 5.72% y 3.03% por quirúrgicas frente al 12.49% tras intervención con $p < 0.001$ en ambos bloques. La unidad de hospitalización a domicilio emite ICC al 98% de sus pacientes. Se realizaron un total de 297 sesiones individualizadas, formándose 128 enfermeras. Durante los 9 meses de intervención del enfermero se solicitaron 106 asistencias por las enfermeras de las unidades de hospitalización.

Discusión:

El Informe de continuidad de cuidados (ICC) se constituye en la herramienta de comunicación de enfermería interniveles, para facilitar la comprensión por parte de los profesionales implicados. Debe atenderse no sólo a un formato normalizado, si no aún lenguaje estandarizado como el que constituyen las taxonomías enfermeras.

Una intervención formativa individualizada incrementa la emisión de los ICC.

La intervención del enfermero dinamizador contribuye a la emisión de ICC, mediante acciones formativas y de soporte al resto de profesionales.

Debemos ser conscientes de las limitaciones de este estudio, su carácter local, así como la utilización de registros creados ad hoc. Aunque consideramos útiles los resultados conseguidos, ya que nos ayudan a plantear nuevas intervenciones y líneas de investigación.

Implicación para la práctica:

Los informes de continuidad al alta favorecen la comunicación interniveles, permitiendo a los profesionales la implementación de los planes de cuidados del paciente, proporcionando una atención de cuidados de calidad, al dar información sobre el proceso de hospitalización, problemas de salud resueltos, y aquellos que precisan la intervención de la enfermera de referencia en atención comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Marión Jonson, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Edición. Elsevier. Madrid 2007

Ugalde Apalategui, M. Rigol Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Masson. Barcelona. 1995.

Marjory G, Patrón percepción-manejo de la salud. Manual de diagnósticos enfermeros. 10 ed. Madrid ; Elsevier s.a., 2006. p. 71-74.

McCloskey DJ, Bulechek MG. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid; Elsevier España, s.a 2006.

Morhead S, Johnson M, Maas M . Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España, s.a; 2006.

Morilla Bernal, AF; Morilla Bernal, MM. Implantación e Implementación de la metodología enfermera en atención primaria. Rev Paraninfo Digital. 2007 Año 1(2).

Martínez Riera, JR; Sanjuan Quiles, A. Análisis bibliográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. Enferm Comunitaria (Gran); 2009 ene-jun, 5(1).

Rosales Muñoz, I; Villanueva Camacho, J; Rodríguez Gálvez, R; López Moreno, MA; Hijona Elosegui, RM; Linde Sánchez, A. El Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería (ICCAE) en un servicio de urgencias. Rev Paraninfo Digital; 2010, IV(8).

AUTORES/AUTHORS:

Cipriana Viñuelas Salguero, Maria Trinidad Patiño Herraiz, Rodríguez García Esperanza, Toro Flores Rafael

TÍTULO/TITLE:

Errores de prescripción electrónica versus errores prescripción manual en un área de hospitalización de medicina interna

1. Objetivos:

Cuantificar y comparar las devoluciones y reclamaciones de medicación producidas con un sistema de prescripción manual frente a un sistema de prescripción electrónica en el área de hospitalización de medicina interna con dispensación unitaria de medicamentos.

2. Método:

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en tres unidades de hospitalización que integran el área de medicina interna de un hospital general. El estudio compara las devoluciones y reclamaciones de medicamentos generadas un año antes y un año después de la implantación del sistema de prescripción electrónica.

3. Resultados

Durante los periodos estudiados con la prescripción manual se produjeron 103.377 devoluciones y 9.304 reclamaciones sobre un total de 669.115 dispensaciones de medicación. Con la prescripción electrónica se produjeron 61042 devoluciones y 5536 reclamaciones sobre un total de 607.829 dispensaciones realizadas.

La utilización de prescripción electrónica ha reducido el total de dispensaciones en un 9,2 % ($p < 0,03$), las devoluciones en 41% ($p < 0,0001$) y las reclamaciones en un 40.5% ($p < 0,0001$). Las reclamaciones estudiadas son debidas principalmente a errores de prescripción, transcripción y dispensación de medicamentos.

4. Discusión

La implantación del sistema de prescripción electrónica reduce alrededor de un 40% las devoluciones y reclamaciones de medicamentos entre las unidades de hospitalización del área de medicina interna y la farmacia central. Esta disminución demuestra que la prescripción electrónica es una herramienta eficiente que contribuye a mejorar la calidad en la dispensación de fármacos desde el servicio de farmacia y la seguridad de los tratamientos farmacológicos que la enfermera administra a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Delgado Sánchez O. et al. Estudio comparativo de errores con prescripción electrónica versus prescripción manual. Farm Hosp 2005; 29: 228-235

García-Ramos S E, Baldominos G. Impacto de la prescripción electrónica asistida en la reducción de los errores de transcripción a la hoja de administración. Farm Hosp. 2010. doi:10.1016/j.farma.2010.06.002

Vélez-Díaz-Pallarés M. et al. Análisis de errores de la prescripción manual comparados con la prescripción electrónica asistida en

pacientes traumatológicos. Farm Hosp. 2010. doi:10.1016/j.farma.2010.05.004

Villamañan E et al. Prescripción electrónica asistida como nueva tecnología para la seguridad del paciente hospitalizado. Med Clin (Barc). 2011. doi:10.1016/j.medcli.2010.02.012

AUTORES/AUTHORS:

M^a Pilar Enciso Angulo, Roberto Moreno Mateo, Real Rodeles del Pozo, M^a Pilar Torrubia Atienza, Ana Force Blasco

TÍTULO/TITLE:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ENCONTRADOS DURANTE 2010 EN LOS ENFERMOS ATENDIDOS EN UN ESAD.

OBJETIVOS: Describir los DE (Diagnósticos de Enfermería) de los enfermos inmovilizados y terminales atendidos por el ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria) del Sector II de Zaragoza durante el año 2010 y seleccionar los DE más frecuentes detectados en la práctica clínica relacionados con los pacientes paliativos.

Analizar su relación con distintos marcadores de riesgo y variables clínicas.

Determinar la utilidad de trabajar con los DE en la atención de los pacientes inmovilizados y terminales y su correlación con la complejidad de los enfermos atendidos por los ESAD.

MÉTODOS: Estudio descriptivo de los enfermos inmovilizados y terminales atendidos durante el 2010 por el ESAD del Sector II de Zaragoza. Se analizan los DE recogidos en ellos y su relación con variables como edad, sexo, procedencia, motivo de cese de asistencia, días de permanencia en programa, diagnósticos CIE-9, índice funcional de Barthel, índice de Pfeiffer, lugar del fallecimiento y supervivencia.

RESULTADOS: Se incluyeron en el programa 436 pacientes, con 3663 diagnósticos NANDA (media=8,4; rango = 25; DT de 4'64). DE más frecuentes: deterioro de la movilidad física (294), intolerancia a la actividad (240), y déficit de autocuidado baño/higiene (218). 28 pacientes no recibieron ningún DE (15 de ellos, procedencia de demanda familiar).

Sexo: 226 varones (media= 8,67 DE) y 210 mujeres (media=8,1 DE).

Edad: 122 mayores de 85 años (media= 8,99), 228 de 65-85 (media=8,11), y 86 menores de 65 (media =8,33).

Derivación: 242 desde el EAP, (media =9 DE), 115 del Hospital (7, 88 DE de media) y 67 de la familia (7'12 DE de media).

Alta del programa: 251 por fallecimiento (media=8,67 DE); 78 ingresos en Hospital de Agudos (media =7,75 DE) y 53 ingresos en Hospital de convalecencia (media = 8,73 DE).

Fallecimientos: 236 (93'6 %) en domicilio y 15 (6'4 %) en hospital de convalecencia.

Diagnóstico CIE-9: enfermos no oncológicos (83) presentaba media de DE = 9, mayor que los oncológicos (349, con media = 8,31 DE). El CIE más frecuente fue neoplasia de pulmón/pleura (70 casos, con media = 8,4 DE), en oncológicos; demencia, en no oncológicos (28, media DE = 8,04)

Se encontró significación estadística $p < 0,05$ en mayor nº de DE si la derivación era realizada desde el EAP, en cuanto al ingreso en Hospital de convalecencia y con la presencia de deterioro cognitivo y la incapacidad funcional. Existe significación estadística $p < 0,001$ en la correlación negativa en cuanto al nº de DE y la supervivencia de los enfermos oncológicos (C. Pearson = 0,24 para $gl > 200$), así como con la permanencia en programa en enfermos no oncológicos. (C. Pearson = 0,39 para $gl > 60$)

Se encontró tendencia a mayor nº de DE, no significativa, en los pacientes > 85 años y en los oncológicos.

DISCUSIÓN:

El ESAD de Zaragoza II atiende a la población adscrita al Sector II de la provincia de Zaragoza, el más grande de los 8 sectores en que se organiza la atención sanitaria de Aragón y comprende 21 zonas básicas de Salud, de las cuales 17 son urbanas y 4 rurales. La determinación de los DE es fácil (puede ser realizada por cualquier profesional entrenado), rápida, barata, y permite sistematizar la evaluación del paciente, priorizando los problemas encontrados, para dar respuestas adecuadas, como los ingresos de media-larga estancia. Existe relación directa entre el número de diagnósticos de enfermería, la pobre capacidad funcional y el deterioro cognitivo, y relación inversa con el tiempo de supervivencia. La derivación desde el EAP se realiza de manera más pertinente que desde otros recursos. Es conveniente entrenar a todo el equipo en aplicar los criterios NANDA. También es importante potenciar los sistemas de registro para obtener el máximo aprovechamiento del trabajo, y realizar más estudios de

investigación, tanto descriptivos como de experimentación, que permitan optimizar su utilidad.

Los resultados obtenidos, en relación con los DE detectados como más frecuentes, y con el análisis realizado sobre ellos, se corresponden con los escasos estudios existentes en España.

Seleccionar los DE más frecuentes encontrados en los pacientes atendidos permite la creación de protocolos específicos para incluirlos en el registro de historia clínica informatizada con el programa OMI-AP implantado en los EAP del Sector Zaragoza II y así poder facilitar el registro y mejorar el seguimiento de estos pacientes, que en muchas ocasiones es compartido.

El estudio demuestra que existe correlación entre los DE con algunas de las variables comparadas y pueden ser tan útiles y fiables como los diagnósticos tradicionales, si se utilizan para evaluar el seguimiento, toma de decisiones en derivaciones, descripción de la complejidad, etc

A pesar de la dificultad de trabajar con los DE y del esfuerzo que ello conlleva, los miembros del equipo, sin distinción de categorías, trabajan con los DE de forma sistemática y realizan un buen entrenamiento con otros profesionales que realizan atención directa de forma rotatoria (médicos residentes, psicólogos residentes, enfermeras y médicos en reciclaje, etc), y por tanto facilitan la difusión y el conocimiento de los DE.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nanda diagnósticos enfermeros 2009-2011 definiciones y clasificación Nanda International editorial. Elsevier Año 2010
2. Juall Carpenito L. Manual de diagnósticos de enfermería. Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000.
3. Diagnósticos de enfermería prevalentes en cuidados paliativos oncológicos. Valles Martínez P, et al Medicina Paliativa Vol. 16: N.º 3; 148-151, 2009
4. Nuñez Pórtela B, et al. Diagnósticos enfermeros realizados por un ESAD en pacientes oncológicos en fase terminal. Med Paliativa (Madrid) 2005; 12: 164-8.
5. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. 2006
6. López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Paramericana, 1998
7. Cuesta A, Benavent Garcés M, Guirao i Goris J. Diagnósticos de enfermería (adaptación al contexto español). Madrid. Díaz de Santos; 1994
8. Tohux Pena SM, Aguiar García J, Otero Manso M, Seijo García MJ, Garea Lourido MN, Rodríguez Sánchez MN. Diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos. Med Paliativa (Madrid) 2008; 15: 241-2.
9. Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros: definiciones de clasificación. Harcourt, 2001-2002.

AUTORES/AUTHORS:

Jose Antonio Zafra Agea, Montserrat Carrascos Gomez, Angeles Flores Imbernon, Marisa Jimenez Ordoñez

TÍTULO/TITLE:

GESTIÓN DEMANDA AGUDA DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO

Determinar demanda espontánea, resolución de enfermería y valoración por otros profesionales.

Analizar la participación enfermera en la gestión demanda espontánea de la población en los centros de atención primaria. Baix Llobregat Nord.

Evaluar resolución enfermera en los casos atendidos de demanda espontánea en atención primaria Baix Llobregat Nord.

MÉTODO

Estudio descriptivo y observacional de pacientes visitados por motivo demanda espontánea por enfermería en Servicios de Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Baix Llobregat Nord con un total de 6 EAP, durante el 1 de enero de 2010 y el 30 de abril de 2011.

El estudio comprende un total de 230.361 pacientes potenciales dentro de nuestra población, y se han visitado un total de 17.706 pacientes en dicho período.

Los sujetos de estudio son 100 % de personas apuntadas en la agenda de enfermería como demanda espontánea.

Criterio de exclusión paciente que no quiere ser visitado por enfermería en su motivo de consulta.

El circuito de actuación de enfermería definido en algoritmos de demanda aguda contiene: Presentación profesional que realiza la atención. Motivo consulta. Recogida de información y identificación problema de salud. Evaluación y clasificación de la atención. Plan de actuación.

Los datos son recogidos de la historia clínica informatizada donde hay un aplicativo para la demanda espontánea de enfermería.

Variables recogidas: Motivo demanda en adultos y en pediatría. Resolución por enfermería y otros profesionales en adultos y pediatría. Valoración por enfermería resuelta por ella misma o por otros profesionales.

Motivos consulta espontánea

Adultos: Gripe, Herida, Mareo, Contusión, Quemaduras, Epistaxis, Odinofagia, Odontalgia, Cervicalgia, Ojo rojo, Picada a piel, Diarrea / Vómito, Crisis de ansiedad, Torcedura de tobillo, Molestias urinarias, Dolor mecánico lumbar, Molestias en el oído, Fiebre sin focalidad, Anticoncepción de emergencia, Lesión dérmica en zonas de pliegue, Elevación de la tensión arterial y Síntomas respiratorios de vías altas.

Pediatría: Tos, Herida, Vómitos, Dolor mamas en lactancia, Diarrea aguda, Alteración de la piel en la zona del pañal, Fiebre aguda, Picada insecto, Quemaduras, Cólico del lactante, Mucosidad, Sospecha varicela, Cuerpo extraño en el oído, Cuerpo extraño en la nariz, Epistaxis, Lloro intenso, Piojos, Regurgitación y Estreñimiento.

Análisis datos Office Excel 2007.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han registrado en la agenda de enfermería un total de 17.706 demandas espontáneas. El 82,87% fueron pacientes adultos y el 17,13% pediátricos. Los motivos de demanda en adultos son Gripe 0,68%, Herida 21,75%, Mareo 2,76%, Contusión 1,89%, Quemaduras 3,22%, Epistaxis 0,43%, Odinofagia 9,81%, Odontalgia 1,23%, Cervicalgia 0,84%, Ojo rojo 2,27%, Picada a piel 0,80%, Diarrea / Vómito 8,32%, Crisis de ansiedad 1,39%, Torcedura de tobillo 1,54%, Molestias urinarias 8,02%, Dolor mecánico lumbar 4,87%, Molestias en el oído 3,43%, Fiebre sin focalidad 0,55%, Anticoncepción de emergencia

7,18%, Lesión dérmica en zonas de pliegue 0,89%, Elevación de la tensión arterial 7,18% y con un 17,22% Síntomas respiratorios de vías altas. Los motivos de demanda en pediatría son Tos en niños 14,08%, Herida en niños 30,83%, Vómitos en niños 3,36%, Dolor mamas en lactancia 0,23%, Diarrea aguda en niños 4,22%, Alteración de la piel en la zona del pañal 8,21%, Fiebre aguda en niños 18,53%, Picada insecto niños 0,66%, Quemaduras en pediatría 2,08%, Cólico del lactante 5,34%, Mucosidad en niños 9,73%, Sospecha varicela 0,43%, Cuerpo extraño en el oído 0,40%, Cuerpo extraño en la nariz 0,10%, Epistaxis 0,30%, Lloro intenso 0,27%, Piojos 0,07%, Regurgitación 0,20% y con un 0,8% Estreñimiento en niños.

La resolución del profesional de enfermería en adultos ha estado de 61,95% y en pediatría de 11,05%, un total de 12.928 pacientes. En pediatría 20,93% que no ha resuelto enfermería se ha de derivado al pediatra y en adultos 6,07% se ha derivado al médico de familia, un total de 4.778 pacientes por tener un criterio de exclusión marcado por el protocolo de gestión de la demanda espontánea. Un 73% lo ha valorado enfermería y lo ha resuelto siguiendo el protocolo de demanda espontánea. Un 27% ha sido valorado por enfermería y resuelto por el médico de familia o pediatra.

DISCUSIÓN

La enfermera siguiendo el protocolo de gestión de la demanda espontánea con una formación específica, da una elevada resolución a problemas de salud del ciudadano en cuestiones de salud, realizando educación sanitaria en la prevención y el autocuidado. La atención de la enfermera en la demanda aguda nos da la oportunidad de: Dar a conocer los servicios de enfermería. Mejorar la accesibilidad y educar al usuario en el buen uso del sistema sanitario. Fomentar el autocuidado. Demostrar que la enfermera es resolutiva, está formada y puede hacerlo. Aumentar la cobertura de actividades preventivas. Detectar personas enfermas susceptibles de beneficiarse a participar en otros programas de salud y potenciar la visibilidad de la enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martínez Riera JR, Pérez Pont I, Martínez Cánovas P. Importancia de la Enfermera de referencia en la actividad de Enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Científica*. 2003; 258-259.
2. Martínez Riera, José Ramón. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Publicado na *Rev Adm Sanit*. 2003;1:425-40. - vol.1 núm 3.
3. Postura de la sociedad científica española de licenciados en enfermería ante el espacio europeo de educación superior, a favor de grado de 240 créditos para los estudios de enfermería. Junta directiva de la sociedad científica española de licenciados en enfermería- scele. noviembre, 2005.
4. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de atención primaria de la comunidad de Madrid 2006-2009.
5. Gestió de la demanda espontània, febrer 2009, www.gencat.cat/ics, Generalitat de catalunya.
6. García Real J, Ruiz Hontangas A. Consulta de enfermería a demanda: experiencia en un centro de salud. En: I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo (La Rioja);1998
7. Girbés M, Jurado JJ, Rodríguez J, Esteban F, Aréjula JL, Fontova T, et al. Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). *Rev Adm Sanit*. 2005; 3 (1):49-65.

8. Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria* 2005; 1(1).
9. Martínez Inda MJ. Implantación de la consulta enfermera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. En: III Congreso Estatal Asociación Enfermería Comunitaria. Arnedillo (La Rioja); 2000.
10. Iglesias Gutiérrez JL, Álvarez Tello MM, Jiménez Expósito MJ, Mira Rubio, M, Suffo Aboza JA. Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Sevilla: Distrito Sanitario de Atención Primaria Este-Sur. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
11. Consulta de enfermería a demanda documento básico. Dirección General de Asistencia Sanitaria ,marzo 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Maria Albuquerque Freire

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la gestión de los recursos humanos en la satisfacción profesional de las enfermeras

Introducción

La dimensión satisfacción laboral es un término que diversos autores la relacionan con motivación y desempeño laboral. El ser humano orienta la conducta hacia objetivos y metas, bien sea organizacionales o personales, en respuesta a estímulos internos y externos que recibe, es de esta manera que la satisfacción profesional en este estudio se relaciona con factores que ocasionan, canalizan y sostienen la conducta humana y por lo tanto se relaciona con el desempeño laboral. Uno de los factores condicionantes básicos de la productividad es el grado de bienestar o satisfacción que los profesionales tienen con su trabajo. Hoy día se considera que el grado de calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen en un sistema de salud está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales siendo a la vez, la satisfacción laboral, uno de los principales objetivos de estudio dentro de las organizaciones sanitaria con la finalidad de evaluar la calidad global de la organización.

Objetivo

Conocer la implicación que las políticas de gestión de recursos humanos tienen en la satisfacción profesional de las enfermeras.

Método

Un estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cuantitativa, realizado en un Departamento de Cirugía de un Hospital General de la ciudad de Porto, Portugal, usando una muestra de conveniencia. Participaron en el estudio 63 (90%) enfermeras con la categoría de enfermera y de enfermera graduada, de un total de 70 enfermeras con esta categoría profesional.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó el Cuestionario "Índice de Satisfacción en el Trabajo" (IWS). Este instrumento fue desarrollado en los Estados Unidos y evalúa la satisfacción profesional de las enfermeras relativa a seis componentes: "Autonomía", "Status profesional", "Interacción", "Requisitos del trabajo", "Remuneración" y "Normas de la organización". El IWS incluye una escala, constituida por 44 ítems, que mide la satisfacción profesional percibida por las enfermeras relativa a las seis dimensiones, y un grupo de comparaciones pareadas que mide la importancia que las enfermeras atribuyen aquéllos seis componentes de la satisfacción profesional. El nivel real de satisfacción profesional es una medida de peso que relaciona la satisfacción profesional notada y la importancia que se adjunta a los componentes de la satisfacción profesional. Los datos fueron analizados utilizando el análisis estadística con el recurso al programa SPSS® 18.0.

Resultados

Los componentes más dependientes de la política de recursos humanos obtuvieron más bajas puntuaciones de satisfacción profesional. Las enfermeras se sienten más satisfechas, en orden descendente, con el componente "Autonomía", "Status profesional", "Interacción", "Requisitos del trabajo", "Remuneración" y "Normas de la organización".

Discusión

Los datos obtenidos, aunque usted no generalizable, ya que sólo es un Departamento de Cirugía en estudio, requieren una reflexión y compromiso de los directivos de la enfermería. Relacionado con el componente "Interacción", que ocupa el tercer lugar, es el apoyo social importante en cualquier organización, porque cuando el individuo siente apoyo y cohesión grupal, el trabajo que requiere mayor esfuerzo lo percibe menos pesado. Por lo tanto, las estrategias deben ser implementadas para promover la cohesión del grupo.

Otros dos componentes con que las enfermeras se sentían menos satisfechas, la "Requisitos del trabajo" y "Remuneración", también se refieren a la necesidad de optimizar las políticas de gestión de los recursos humanos con el objetivo de aumentar la satisfacción de las enfermeras en el trabajo. Es responsabilidad del gerente de recursos humanos establecer las políticas salariales, la estructuración del trabajo, el desarrollo de políticas y provisión de recursos humanos en la institución, que no siempre cumplen las expectativas de los profesionales.

El último lugar ocupado por el componente "normas de organización", hacen pensar en una gestión de recursos humanos de tipo restrictivo o prescriptivo que puede tener implicaciones negativas en la satisfacción profesional con las consecuencias eventuales en la conducta de las enfermeras, incluyendo en la seguridad del paciente, productividad, calidad de atención, retención y rotación de personal, en el compromiso con la organización y con la profesión.

Aunque la interacción y el reconocimiento es el presente en pequeña escala, el estatus y autonomía se considera alta y son aspectos que contribuyen a aumentar la propia auto confianza y autoestima.

Implicaciones para la práctica clínica

El gerente de enfermería debe conocer la satisfacción de las enfermeras y debe implementar políticas de gestión que generen actitudes de trabajo positivas del personal de enfermería, con las implicaciones en el rendimiento individual y colectivo y en el desempeño de la organización. Es decir que un alto nivel de satisfacción de las enfermeras redundará en una prestación de servicio de alta calidad al individuo, familia y comunidad. La satisfacción laboral y el compromiso son elementos indispensable en el desempeño.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arriaga Piñeiro E, De la Torre Fernández-Trujillo J, Alberdi Castell RM, Artigas Lelong B, Moreno Peralta J, García Mena JM. La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: Un análisis de la experiencia Andaluza. *Enfermería Global*, 2003 Nov. 3 Disponible en <<http://www.um.es/eglobal/3/03d00.html>>
2. Brooks B. A., Anderson M. A. Defining quality of nursing work life. *Database: Academic Search Premier. Nursing Economic*, 2005 November/December, Vol. 23 Issue 6, p.319-326. An: 19217389 ISSN 0746-1739.
3. Estryng-Behar M, Van der Heijden BI, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res* 2010; 59(3):166-177.
4. Hayes B, Bonnet A. Job satisfaction, stress and burnout associated with haemodialysis nursing: a review of literature. *J Ren Care* 2010; 36(4):174-179.
5. Jennings BM. Work stress and burnout among nurses: role of the work environment and working condition. In Hugges RG editor. *Patient Safety and quality. An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality (US). 2008 Apr chapter 26.
6. Kalisch, Beatrice J.; LEE, Kee. Kyung - Nurse Staffing Levels and Teamwork: A Cross-Sectional Study of Patient Care Units in Acute Care Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 4 Jan 2011. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2010.01375.x
7. Lino, Margarete Marques - Satisfação profissional entre enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva. Adaptação transcultural do Índice of Work Satisfaction. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. 1999. Dissertação de Mestrado
8. Patrick A, Laschinger H.K.S. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 2006 January; 14(1):13-22
9. Pólit D, Hungler B. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Cuarta Edición. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1994.
10. Schmidt D. R. C. & Dantas R. A. S.-. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a óptica da satisfação. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Rio de Janeiro, 14(1). Janeiro/Fevereiro, 2006, p.54-60. www.eerp.usp.br/rlae.

11. Stamps, P. L. Nurses and Work Satisfaction: an index for measurement. 2^a ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Amparo Pérez Campos, Inmaculada Sánchez García, Isabel M^a López Medina, Pedro L Pancorbo Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Valoración del entorno laboral por enfermeras españolas e iberoamericanas de grupos de Internet

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias, como contexto en el que los profesionales de enfermería desarrollan su actividad, juegan un importante papel en la implementación de resultados de investigación en la práctica clínica (Cummings et al. 2007; Cummings et al. 2010). En este sentido se han propuesto la hipótesis de que la valoración que hacen las enfermeras de su entorno laboral, puede facilitar o dificultar la puesta en práctica del modelo de Práctica clínica basada en evidencias (De Pedro et al. 2011), y por tanto resulta importante medir este aspecto.

OBJETIVO.

El objetivo del estudio fue determinar la valoración de su entorno laboral que hacen enfermeras españolas e iberoamericanas que participan en grupos profesionales de debate en Internet.

MÉTODOS

Ámbito. Grupos y foros de debate en Internet vinculadas a la práctica de enfermería en lengua española.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta on-line. Realizada durante el mes de abril de 2011.

Participantes. La población estudiada fue de profesionales de enfermería que participan en grupos o foros de debate profesionales en Internet. Los grupos seleccionados fueron: Enfermería de cuidados críticos, pediátricos y neonatales; Lista GNEAUPP-úlceras y heridas; Foro SEEIUC; y ForAndalus. Se ofreció la posibilidad de completar el cuestionario on-line a todos los y las profesionales que participan en alguno de estos grupos.

Variables: sociodemográficas, centro de trabajo y valoración del entorno laboral mediante la versión española de la escala Practice Environment Scale del Nursing Work Index (PES-NWI) (De Pedro et al. 2009; Lake, 2002). La escala PES-NWI tiene 31 ítems en 5 dimensiones: participación; calidad de cuidados; liderazgo y apoyo; plantilla y relaciones médicos-enfermeras.

Análisis: Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes; media y desviación estándar. Bivariante con pruebas paramétricas para comparar grupos. Nivel de significación: $p < 0,05$.

RESULTADOS.

Respondieron 408 personas, obteniendo 314 cuestionarios válidos. Según país de residencia: España, 71% (223 personas) y países iberoamericanos 28,3% (89); género: 74,2% eran mujeres. Edad media de 43,3 ($\pm 9,9$) años y tiempo de experiencia profesional de 19,8 ($\pm 10,2$) años. Función profesional: asistencial 81,2% y gestora 18,8%. Centro de trabajo: hospital un 62,1%; atención primaria un 29,7% ; residencias de mayores un 5,7% y otros entornos un 2,3%. Nivel académico más alto: diplomatura 50,3%; licenciatura 18,2%; master 27,1% y doctorado 1,9%.

La valoración del entorno laboral según la escala PES-NWI fue: participación en el centro: 21,18 puntos, que supone un 58,8% del

máximo (IC95%: 20-43 – 21,93),; calidad de cuidados: 25,83 (64,6%) (IC95%: 24,97-26,69); liderazgo y apoyo: 12,6 (63%) (IC95%: 12,05-13,14); plantilla: 8,75 (54,7%) (IC95%: 8,34-9,15); y relaciones médicos-enfermeras: 7,81 (65,1%) (IC95%: 7,52-8,10). La puntuación total en la escla fue 76,16 puntos (IC95%: 73,87-78,45), un 61,4% de la máxima.

No se encontraron diferencias en la valoración del entorno laboral según género ($p=0,97$); nivel académico ($p=0,76$); años de experiencia ($p=0,26$), ni tipo de centro sanitario ($p=0,67$). Los factores que influyen en la valoración del entorno laboral son: a) la función, las enfermeras con función gestora puntúan mas alto en todas las sub-escalas y en el total (asistenciales=73,3 / gestoras= 88,9; $p<0,001$); y b) el país de residencia, que influye en participación en asuntos del centro (españolas= 20,58 / iberoamericanas= 22,71; $p=0,036$) y plantilla adecuada (españolas= 9,06 / iberoamericanas= 7,76; $p=0,02$), pero no en la puntuación total del entorno.

DISCUSIÓN.

Esta muestra de enfermeras españolas e iberoamericanas dan una valoración media-alta de su entorno de trabajo, siendo la participación en asuntos del centro y la adecuación de la plantilla los aspectos peor valorados. Hay una diferente valoración del entorno laboral entre las enfermeras con responsabilidad de gestión y las que hacen asistencia; ya que las enfermeras gestoras valoran mejor su entorno, corroborando los hallazgos previos de otros investigadores. Hay una peor valoración de la adecuación de la plantilla entre las enfermeras de países iberoamericanos, aunque la muestra no es representativa para ser concluyente. No se encuentra peor valoración del entorno laboral entre enfermeras más veteranas y con mayor experiencia, a diferencia de lo recogido en la literatura (De Pedro et al 2011); por tanto este punto requiere mayor indagación.

Financiación: La investigación se ha realizado con recursos del Grupo de investigación CTS 464 Enfermería de la Universidad de Jaén, perteneciente al Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Junta de Andalucía.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L., Hayduk, L. Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nurs Research*. 2007. 56: S24-S39.
- Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* 47 (3): 363-385.
- De Pedro-Gómez, J., Morales Asencio, J.M., Sesé Abad, A., Bennasar Venny, M., Artigues vives, G., Pericás Beltran, J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enferm.* 2009. 12(7): 65-73.
- De Pedro-Gomez, J.; Morales-Asensio, J.M., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Artigues vives, G., Perelló Campaner, C. (2011) Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Isla Baleares. *Gac. Sanit.* 2011. 25: 191-197.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health.* 25(3): 176-188.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Henriqueta Figueiredo, Palmira C. M. Oliveira, Carla M^a Castro, Ana Alexandra F. S. Teixeira, Sílvia Silva, Ana Isabel Vilar, Bruno M. G. P. Feiteira, Daniel R. M. Silva

TÍTULO/TITLE:

Los conceptos metaparadigmáticos en enfermería de familia: de las representaciones a los desafíos

Objetivos: Identificar los elementos de las representaciones de los enfermeros, los conceptos metaparadigmáticos en enfermería de familia: familia, salud familiar, ambiente familiar y cuidados de enfermería de familia.

Método: Estudio cualitativo, con enfoque metodológico de estudio de caso. Población: 38 enfermeros de Atención Primaria en Norte de Portugal, que integran un Proyecto en enfermería de salud familiar. Esta población es mayoritariamente del sexo femenino (81,6%), con una media de edad de 38 años. Se utilizó el cuestionario y se propuso a los participantes que definisen los conceptos: familia, salud familiar, ambiente familiar y cuidados de enfermería de familia.

Los datos fueron sometidos al análisis de contenido estructural, co-existiendo procedimientos deductivos apoyados en la matriz de análisis (Figueiredo, 2009), con procedimientos inductivos que surgiesen de las clasificación analógica y progresiva de nuevos elementos encontrados. Se calculo la frecuencia absoluta de las unidades de enumeración (UE) a partir de las unidades de registro.

Resultados: Las representaciones sobre Familia, se evidencian cogniciones asociadas a las dimensiones matriciales: estructura del sistema familiar y propiedades sistémicas. La primera integra las categorías: componentes, contexto y vínculo, con 26 UE. En la segunda, con 7 categorías a priori, surge apenas una UE en lo que respecta a las finalidades del sistema. Las representaciones de Salud Familiar se estructuran en torno a tres dimensiones: "Caracterización" que integra el bienestar.; "Niveles" que corresponde a los dominios físico, psicológico, social, cultural y espiritual, destacando-se la ausencia de cogniciones en este último. La dimensión "Foco" que incluye las categorías: miembros de la familia; familia; unidad familiar y individuos, con mayor representatividad (8 UE) en la primera categoría. El ambiente familiar está representado en la categoría microsistema (8), asociado a la "(...) forma como los miembros de la familia conviven, comparten y se relacionan."E5.

En la definición conceptual de cuidados de enfermería de familia, las unidades de registro se agregan a las categorías pré-definidas: Niveles de intervención (8); caracterización de la intervención (5); objetivos (11) e instrumentos teórico-metodológicos (2).

Discusión: La identificación de las representaciones de los enfermeros sobre los conceptos metaparadigmáticos en la enfermería de familia permitieron la delineación de inferencias en la organización de su sistema de pensamiento. Las representaciones sobre familia no valorizan los aspectos de funcionamiento y los padrones de ligación entre los elementos en interacción. La salud familiar se estructura en una perspectiva dicotómica, antagónica al paradigma sistémico. El concepto de ambiente se centra en los factores intra-sistémicos, sin traducción ecosistémica, siendo que los cuidados son asociados predominantemente a los procesos de salud y enfermedad. Las representaciones sociales funciona como marco de referencia que orientan la producción de los sujetos sociales, permitiendo implicaciones para la práctica asociada al desarrollo de procesos de formación experienciativas de co-construcción de saberes colectivos conducentes a concepciones sistémicas en los cuidados con las familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar . Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Campos Pavan Baptista, Silmar Maria Silva, Miriam Aparecida barbosa Merighi, Arlete Silva

TÍTULO/TITLE:

Trastornos cumulativos acumulados y discapacidad: la experiencia de las enfermeras

1. Introduccion

Los Trastornos cumulativos acumulados (RSI) son trastornos que afectan a músculos, nervios y ligamentos de las extremidades superiores, cuello y extremidades inferiores rara, caracterizada por movimientos repetitivos y excesivos (Manual de RSI, 2004). El trabajo diario de la enfermería se caracteriza por la aplicación de las actividades de asistencia que requieren la manipulación de pesos, el uso de posiciones incómodas, la rotación de turnos y horas extraordinarias (Martins, 2011, Leite, Merighi, Silva, 2007). La discapacidad hace que sea difícil volver al trabajo cuando se impide la ejecución de las actividades anteriormente realizadas por el trabajador que pasa a producir sentimientos de conflicto y angustia, que afectan a su salud y su identidad profesional (Souza, Faiman, 2007).

2. Objetivo

Entender cómo se enfermeras experimentan los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral

3. Método

Se trata de un estudio cualitativo, un enfoque fenomenológico. Para realizar el estudio, una pregunta de investigación se elaboró y se entrevistó con seis enfermeras mujeres que sufren de RSI. El estudio fue aprobado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Cuatro categorías fueron compuestas de entrevistas, que fueron analizadas de acuerdo a la filosofía de Martin Heidegger.

4. Resultados y Discusión

El análisis de datos de acuerdo a la referencia a Heidegger permitió la elaboración de categorías: estar en el mundo experimenta el RSI, las relaciones tras el fracaso del trabajador, la angustia y la trascendencia por la incapacidad de los sufrimientos de los trabajadores de RSI. Los informes muestran que la experiencia de los RSI y la imposibilidad de aportar nuevas experiencias en el trabajo mediante la imposición de la necesidad de restablecer las relaciones con el mundo y con la gente. El dolor, el uso de medicamentos y la inversión en el tratamiento a formar parte de la ruta tomada por ellos. La interrupción asignada por la enfermedad debilita sus logros y las relaciones sociales (Cabral, Sampaio, Figueiredo, Mancini, 2010). Así que cuando ven el fracaso, la aceptación de sus limitaciones en el trabajo y la vida personal y comenzar un proceso de redescubrimiento de sí mismos como las mujeres que trabajan para la sociedad. El análisis mostró que el proceso fisiopatológico originó cambios en su vida, caracterizados por las manifestaciones dolorosas y especialmente por limitaciones físicas, lo que generó una multiplicidad de sentimientos. La angustia está presente dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, momento en el cual, la trabajadora percibe la fragilidad de su existencia y se reconoce como responsable de su cuidado, alcanzando la autenticidad y trascendiendo la enfermedad.

En este sentido, la ansiedad hace que los seres humanos a repensar una y otra vez y trascender a ti mismo, asegurar su libertad (Heidegger, 2004).

4. Conclusiones

Las categorías que aparecen, nos invitan a repensar la existencia humana, la revisión de los significados atribuidos a la enfermedad

y la discapacidad. Los informes muestran que el ser una enfermedad incapacitante, la RSI afecta a distintas dimensiones de la vida de las enfermeras.

5. Implicaciones a la práctica

Este estudio proporciona los subsidios para la gestión hospitalar y de los profesionales médicos de lo trabajo, con miras a la identificación de los trastornos musculoesqueléticos y un mejor apoyo a los trabajadores que queden invalidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ministério da saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde Brasília (DF): MS; 2004.

Heidegger M. Ser e tempo. Trad. de Marcia Sá Cavalcante Schuback. 13a. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

CABRAL, Lúcia H. A.; SAMPAIO, Rosana F.; FIGUEIREDO, Iêda M. and MANCINI, Marisa C.. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. Rev. bras. fisioter. 2010, vol.14, n.2, pp. 149-157. Epub May 14, 2010.

Lautert de Souza, M E ; FAIMAN, C. J. S. . Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. Saúde, Ética & Justiça, v. 1/2, p. 22-32, 2007.

Martins, AC. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011

Leite PC, Merighi MAB, Silva A. The experience of a woman working in nursing suffering from De Quervain's disease. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2):253-8.

AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Torrijos Rodríguez, Dolores Herrero Avia, María Luz Fernández Fernández

TÍTULO/TITLE:**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA HIGIENE DE MANOS**

Objetivo: Identificar si los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en las Unidades de Cuidados Intensivos realizan la higiene de manos.

Métodos: Para la realización de este trabajo se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional, de oportunidades de higiene de manos durante los meses de noviembre, diciembre del 2010 y enero del 2011, en los distintos turnos de mañana, tarde y noche en las Unidades de Cuidados Intensivos Generales y Pediátricas por parte del personal de enfermería de la propia unidad. Se establecieron periodos de observación de 20 minutos, elegidos al azar y se utilizó el cuestionario oficial del Servicio Cántabro de Salud, el cual está dividido por estamentos y donde se especifican todas las oportunidades de higiene de manos que existen y las realmente realizadas, sin analizar si la técnica de de higiene es la correcta o no.

El personal de la UCI observado desconocía este estudio para así evitar que cambiaran su actitud habitual

Resultados: El número de observaciones fue de 40 durante un tiempo de 20 minutos cada una, existiendo un total de 559 oportunidades de lavado y 127 lavados realizados, que corresponden a un 22.78% . Así, y teniendo en cuenta que se han tomado el 100% de todas las oportunidades de lavado y todos los lavados reales, los resultados por estamentos han sido los siguientes:

Las enfermeras tuvieron 217 oportunidades de lavado y 60 (27.64%) lavados reales.

Los médicos tuvieron 77 oportunidades de lavado y 14 (18.18%) lavados reales.

Las auxiliares tuvieron 136 oportunidades de lavado y 21 (15.44%) lavados reales.

Celadores, Limpiadoras y Técnicos de Rx tuvieron 129 oportunidades de lavado y 34 (26.35%) lavados reales.

Discusión: Los resultados obtenidos señalan que la adhesión a la higiene de manos del personal de la UCI no llega al 23%, cifra bastante baja si la comparamos con la media nacional y que coincide con toda la bibliografía consultada, que la sitúa alrededor de un 40%.

La observación directa nos ha permitido apreciar que el personal sanitario, médicos, auxiliares de Enfermería y enfermeras/os, aún a pesar de los numerosos esfuerzos formativos, y las distintas campañas que se están llevando a cabo en los diferentes Centros Sanitarios, no se realiza la higiene de manos con la frecuencia que sería deseable para prevenir infecciones. Así, se aprecia que se utilizan los guantes como sustitutivo de la técnica de lavado de manos, y no se retiran de uno a otro paciente, aún cuando se haya estado en contacto con sus sábanas, la cama o el resto del mobiliario. Por otra parte, hay que destacar, que después de quitarse los guantes, es muy bajo el porcentaje de profesionales que se lavan las manos. Asimismo, es llamativo este aspecto con respecto a la actitud de los celadores que en la mayoría de los casos no se cambian los guantes cuando realizan la movilización de los pacientes, una cuestión preocupante si tenemos en cuenta que establecen un contacto directo con ellos. Esta misma situación se aprecia por parte del personal de limpieza, con la salvedad de que no establecen la misma relación con los enfermos.

Es importante reflexionar sobre estos resultados, pero sobre todo identificar las causas por las que los profesionales no realizan el lavado de manos, ya que, como exponíamos con anterioridad, los esfuerzos empleados hasta la actualidad no se han mostrado del todo eficaces.

Como conclusión, exponer que debería profundizarse en los motivos reales por los cuales esta técnica, imprescindible y tan básica dentro del ámbito sanitario no se lleva a cabo. Analizar en profundidad los factores que inciden en su cumplimentación será la única forma de resolver este problema que supone un alto riesgo para el paciente además de las consecuencias económicas, e incluso éticas.

En definitiva, como profesionales enfermeros tenemos la responsabilidad de velar por la salud de las personas bajo nuestro cuidado, lo que supone cumplir con efectividad los protocolos básicos de actuación como es el caso del lavado de manos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- 1- Lavado de las manos: la higiene de las manos salva vidas. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/HigieneManos>.
- 2- Dierssen-Sotos T., Robles-García M., Valbuena-Moya S. Lavado de manos: experiencias de dos comunidades autónomas. *EspMed Clin*. 2008; 131(3):60-3
- 3- Hernández-Orozco HG., Castañeda-Narváez JL., González-Saldaña N. Higiene de manos antes de la atención al paciente. *Acta Pediatr Mex* 2010;31(6):290-292. Disponible en:
http://www.entornomedico.org/actapediatrica/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=97
- 4- O.M.S. Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria. Resúmen. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
- 5- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios, 2005. Disponible en: <http://saei.org/hemero/consensos/higiene-de-manos.pdf>
- 6- Grupo de trabajo EPINE. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales. 2005. Madrid; Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2005. Disponible en: http://www.mpsp.org/mpsp/EPINE06/EPINE_Espana_2005.pdf
- 7- Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. Despliegue de la estrategia de higiene de manos en Cantabria, 2009. Disponible en: http://servicios.scsalud.es/extranet/Docs/eventos/documentacion/felisa_lois_camara.pdf.
- 8- Anaya AFV, Ortiz-López S., Hernández-Zárate V., García-Hernández A., Jiménez-Bravo ML., Garay Ulises A. Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 141-6.
- 9- Dierssen-Sotos T., Robles-García M., Rebollo-Rodrigo H., Antolín-Juárez FM., De la Cal López M., Navarro-Córdoba M. y Llorca J. Impacto de una campaña de mejora de la higiene de manos sobre el consumo de soluciones hidroalcohólicas en un hospital de tercer nivel, 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112010000400016>
- 10- Sánchez CHNP, Reyes UG, García EL, et al. Evaluación de la higiene de manos, su impacto después de un programa de mejoría continua en el hospital regional del ISSSTE en Oaxaca. *Rev Enf Inf Ped* 2010;92:116-25.
- 11- Cortes J, Stein F, Treviño R. Infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos de pediatría. *Acta Pediatr mex* 1997;18:263-70.

AUTORES/AUTHORS:

Olga Lopez-Dicastillo, Silvia Corchón Arreche, María Arantzamendi Solabarrieta

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de una intervención para desarrollar competencias relacionadas con la investigación en alumnos de Enfermería

Objetivo: El objetivo de esta comunicación es presentar la evaluación de una intervención diseñada para la adquisición de competencias relacionadas con la investigación en estudiantes de Enfermería.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental en el que participaron 137 estudiantes (61 en el grupo intervención y 76 en el grupo control). La intervención tuvo como objetivo iniciar a los estudiantes en el consumo de la investigación científica. Para ello, se trabajó el acceso a la evidencia científica y la lectura crítica de la misma. Se empleó un cuestionario previamente utilizado con profesionales de enfermería(1) que contenía preguntas cerradas y escalas para medir el impacto de la intervención en la adquisición de competencias investigadoras por los estudiantes. Al grupo intervención se le realizó además, una prueba objetiva de conocimiento. Las mediciones se hicieron antes (T0) y después (T1) de la intervención. Los resultados del alpha test de Cronbach mostraron una buena consistencia interna, mayor del 0.6, para todos los aspectos medidos(2). Se utilizó el programa SPSS v15.0 para el análisis descriptivo de los datos y el cálculo de la T de student.

Resultados: El índice de respuesta fue de 75,1%. La edad media de los participantes fue de 19,36 años (DE 1,45). Cuatro estudiantes habían realizado estudios universitarios previos. A pesar de que solo dos estudiantes afirmaron haber recibido formación previa relacionada con la investigación, un escaso 24% de los alumnos reconocía no tener conocimientos, un 65% consideraba que su conocimiento era bajo y un 11% que era medio. Los estudiantes en el grupo intervención mejoraron muy significativamente el conocimiento ($p=0,000$), el uso de recursos ($p=0,000$), y la opinión acerca de la investigación ($p=0,000$). El resultado de la prueba de conocimiento sirvió para objetivar que la adquisición de conocimientos no fue solo percibida, sino real ($p=0,000$). Aunque las actitudes mejoraron, no lo hicieron significativamente ($p=0,066$). El grupo control declaró haber aumentado también sus conocimientos relacionados con la investigación de forma significativa ($p=0,006$). El resto de aspectos no cambiaron significativamente en este grupo, aunque se observó un empeoramiento en las opiniones y la actitud. Con respecto al uso de la investigación, no se produjeron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos (intervención $p=0,204$; control $p=0,549$), aunque en el grupo intervención la mejora fue mayor.

Discusión: Los resultados de este estudio muestran como la intervención ha sido efectiva para mejorar significativamente el conocimiento, las opiniones y el uso de recursos relacionados con el acceso y consumo de la investigación. Sin embargo, no consiguió un aumento del uso de la investigación tan necesario para acercar investigación y práctica. En futuras intervenciones sería recomendable plantear actividades que faciliten esta integración. Por otro lado, los estudiantes del grupo control declararon haber aumentado su conocimiento en investigación de forma significativa. La limitación del estudio consiste en no haber objetivado si el aumento de conocimiento percibido por el grupo control fue real, tal y como se hizo con el grupo intervención. Esto dificulta saber si este aumento de conocimiento fue real o solo percibido. A lo largo de la carrera se trabajan algunos aspectos relacionados con la investigación de forma transversal y puede que el aumento de conocimientos sea por este motivo. El riesgo al que nos enfrentamos si su percepción fuese falsa, y teniendo en cuenta el empeoramiento observado en sus opiniones y actitudes, es que no se produzca una búsqueda activa de formación adicional en materia de investigación por parte de estos estudiantes, y se ponga en peligro el desarrollo científico de la enfermería. Será necesario indagar estos aspectos en estudios futuros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Corchon S, Watson R, Arantzamendi M, Saracibar M. Design and validation of an instrument to measure nursing research culture: the Nursing Research Questionnaire (NRQ). *Journal of Clinical Nursing*. 2010 Jan;19(1-2):217-26.
2. Hinkin TR. A Brief Tutorial on the Development of Measures for Use in Survey Questionnaires. *Organizational Research Methods*. 1998;1(1):104-21.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Cecilia Tapia Casellas, Pamela Rodriguez Latorre, Jose Romo Villa, Cintia Escandell Garcia, Jessica Merchán Naranjo, Marta Rapado Castro, Mara Parellada Redondo

TÍTULO/TITLE:

Deterioro funcional en adolescentes con un primer episodio psicótico

Introducción

Numerosos estudios han documentado los altos índices de deterioro funcional presentes en pacientes con psicosis. Los adolescentes que sufren un primer episodio psicótico ven alteradas áreas específicas de funcionamiento debido a los cambios producidos por la enfermedad y a la medicación administrada.

Objetivo

Evaluar el grado de dificultad que experimentan los adolescentes tras sufrir un primer episodio psicótico en las áreas de:
- autonomía, actividad laboral, funcionamiento cognitivo, cuestiones financieras, relaciones interpersonales y tiempo libre.
Analizar la evolución de las limitaciones en el funcionamiento de los pacientes a lo largo de un año de seguimiento.

Comparar el funcionamiento basal entre adolescentes con un primer episodio psicótico y homólogos sanos.

Método

La muestra la componen 25 pacientes adolescentes (media: 17,8 años. SD=3.5. varones: 68%) con un primer episodio psicótico y 20 adolescentes sanos (media: 20.6 años. SD= 6.5. varones: 45%) que participan en un estudio de investigación más amplio en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid durante Junio del 2009 y Marzo del 2011.

A lo largo de las visitas de seguimiento (basal, 2 meses, 6 meses y 1 año) se administró la escala FAST (Functioning Assessment Short Test), que evalúa los principales problemas de funcionamiento que experimentan los pacientes psiquiátricos. Se compone de 24 ítems que valoran la deficiencia o discapacidad en seis áreas específicas de funcionamiento: autonomía, actividad laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y tiempo libre. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 3 en cada ítem, siendo globalmente 0 la mínima y 72 la máxima. A mayor puntuación, mayor grado de dificultad.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete PASW Statistics 18. Analizamos las variables demográficas y comparamos los resultados de la visita basal en los dos grupos con la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Las comparaciones longitudinales se realizaron con la prueba Wilcoxon.

Resultado

En la visita basal existen diferencias significativas ($P < 0.05$ en todas las áreas) entre los dos grupos, encontrando mayores dificultades los pacientes (media global: 28.9 puntos, deterioro moderado).

A lo largo del año, el grado de dificultad global que los pacientes encuentran va disminuyendo:

- A los 2 meses la media de puntuaciones globales es 26.26 ($P = 0.349$). A los 6 meses la media de puntuaciones globales es 19.45 ($P = 0.034$) y al año es 22.53 ($P = 0.003$) puntos.

Las áreas que mejoran de manera significativa son autonomía ($P = 0.023$ a los 6 meses, $P = 0.015$ al año), rendimiento cognitivo ($P = 0.023$ a los 6 meses, $P = 0.005$ al año) y finanzas ($P = 0.012$ a los 6 meses, $P = 0.008$ al año).

Discusión

Los pacientes con un primer episodio psicótico presentan dificultades moderadas de funcionamiento psicosocial a lo largo del primer año de evolución de la enfermedad. La mayor mejoría se produce a los 6 meses del inicio de los síntomas. Las áreas más perjudicadas son funcionamiento laboral, relaciones interpersonales y ocio.

Se evidencia la importancia de intervenir sobre estas áreas para minimizar el deterioro funcional de los adolescentes y mejorar su pronóstico futuro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- McGorry P.D, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-156.
- Mohamed S, Rosenheck R, Swartz M, Stroup S, Lieberman J.A, Keefe R. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008; 165:978–987.
- Buckley P.F, Correll C.U, Miller A.L. First-Episode psychosis: A window of opportunity for best practices. *CNS Spectr.* 2007;12(9 Suppl 15):1-16.
- González-Ortega I, Rosa A, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, Vieta E, González-Pinto A. Validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Nov;198(11):836-40.

Child and Adolescent Psychiatry Department. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Madrid, Spain

AUTORES/AUTHORS:

Idaira M^a Arencibia Rodríguez, Aurora Baraza Saz, Elena Martín Gutierrez, Laura Díaz Melián, Ana M^a Loureiro Pérez, Trinidad Revilla Villegas, M^a Dolores Fiuza Pérez, Rafael García Montesdeoca, Beatriz Yañez Quintana

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE PSICOEDUCACIÓN GRUPAL EN PACIENTES CARDÍOPATAS

La alta incidencia, morbi-mortalidad y coste socio-sanitario de las enfermedades cardíacas, las convierten en prioritarias para todos los gobiernos(1-2). Las estrategias van dirigidas a la prevención o al control de los factores de riesgo, con escasa relevancia a la salud mental de los pacientes que ya han superado el episodio agudo(3). Consideramos de suma importancia, llevar a cabo intervenciones como la Psicoeducación Grupal (PG) para que el paciente entienda y sea capaz de afrontar la enfermedad, reforzando sus fortalezas, recursos y habilidades(4). Objetivo: Disminuir la prevalencia de ansiedad y depresión de los pacientes que han sufrido un IAM y mejorar su calidad de vida (CV), mediante una intervención de PG.

Método. Estudio de intervención, con análisis de prevalencia de ansiedad, depresión y percepción de la CV, antes y después.

Población: pacientes que han sufrido un IAM, entre los 6 y 24 meses previos. Inclusión: mayor de edad y sin deterioro cognitivo.

Muestra: 24 pacientes. Herramientas: Datos sociodemográficos. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)(5), Inventario de Depresión de Beck (BDI)(6), y escala de 0 a 100, para medir la CV(7). La información se obtuvo antes y después de la intervención que consistió en 9 sesiones, de 75 minutos, semanales, a 3 grupos de 8 pacientes. Se informó sobre cuidados relacionados con el IAM, hábitos saludables, técnicas de relajación y control de la ansiedad. Se abordaron los problemas psicológicos que pueden aparecer tras un IAM y cómo afrontarlos. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS. Estadística descriptiva, nivel de significación $\alpha=0.05$. Resultados. Hombres (81,25%), edad media 58,5 años (SD=9,08), sobrepeso (72%) determinado por el IMC (M=27,12; SD=3,06). Estudios primarios (62,5%), superiores (34,4%) y sin estudios (3,1%). El 65,62% residía en la ciudad. Situación laboral: 61,54% jubilados y el 38,46% en activo. Todos los pacientes excepto 1 con apoyo familiar, y el 37,5% había sufrido más de 1 IAM. La ansiedad antes de la PG era muy baja en el 75% de los pacientes (Mpre=8,68), moderada en el 15,63% (Mpre=26) y un 9,37% alcanzaba niveles de ansiedad severos (Mpre=45,66). Se comprueba estadísticamente (U=68,50; $p=0,023$) que la ansiedad disminuye tras la IPG (Mpre=13,56; DT=13,67 - Mpost=5,19; DT=8,41), no hay casos severos de ansiedad y solo un paciente presenta ansiedad moderada. Las variables modificadas tras la intervención, fueron la capacidad de relajación, la sensación de inestabilidad, el temor o miedo, la sensación de bloqueo y la inseguridad e inquietud. Se observó una mejoría en la depresión (Mpre=8,88; DT=8,68 - Mpost=7,56; DT=8,80) que no resultó significativa en su conjunto (U=113,00; $p=0,59$), pero sí en el sentimiento de culpabilidad, decepción, cansancio o interés por el sexo. Del 23% de pacientes con depresión, pasamos al 6,25%. Los altibajos normales apenas se modificaron (pre=67,74%; post= 68,75%) y se incrementó el grupo con leve perturbación del ánimo (pre=9,68%; post=25%). La valoración global de CV percibida relacionada con la salud ascendió significativamente (U=64,00; $p=0,015$), todos los pacientes valoraron de forma positiva el estado de salud después de la PG (Mpre=64,69; DT=14,43 - Mpost=76,81; DT=12,77).

Discusión. Las características del grupo son similares a otros estudios con cardíopatas. Hombres adultos de mediana edad, nivel de estudios básicos y jubilados en gran parte. Adecuada red de apoyo socio-familiar y en algunos casos con antecedentes previos de recidivas(2,8). La ansiedad ha disminuido de forma significativa, ello demuestra la eficacia de la intervención. Los pacientes aprendieron a sentirse relajados, perdieron miedo y dejaron de estar asustados ante su enfermedad, aumentaron su seguridad y su confianza en ellos mismos. Estudios aislados con resultados similares destacan la importancia de la PG(9) y la menor prevalencia de indicadores de ansiedad y depresión(18). No encontramos diferencias significativas en la depresión, pero sí cambios importantes que justifican la mejoría observada. Culpabilidad, decepción, llanto y preocupación, son sentimientos susceptibles de ser modificados. Lima et al., utilizando escalas diferentes encontraron diferencias significativas en algún ítem, pero no en su valoración global(8). La

depresión después de un IAM incrementa el riesgo de reinfarto y hospitalización(10-11) con efectos adversos sobre el bienestar y la mortalidad(12-13). Demostrada la eficacia de la PG sería conveniente incluirla en guías de cuidados de enfermería. El objetivo de los programas de rehabilitación cardiaca es mejorar la CV de los pacientes(10). Nuestra intervención ha resultado útil en pacientes con IAM, afirmación reforzada por múltiples aportaciones(8-9,11). Uno de los mayores logros fue la respuesta de los pacientes. Su confianza, ilusión, colaboración e interés. Sus muestras de agradecimiento reflejaban la preocupación porque la intervención no quedara en un simple estudio, sino que pudiese “servir para todos los que vienen detrás de nosotros”.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.INE. Defunciones según la Causa de Muerte. 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006. [fecha de acceso 22 de febrero de 2008] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np490.pdf>
- 2.Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, et al. Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. Aten Primaria 2001; 28 Supl 2: 22. [fecha de acceso 21 de octubre de 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/cardiovascular.pdf>
- 3.Consejería de Sanidad y Consumo. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria; 2000.
- 4.Alonso A, Swiller HI. Group therapy in clinical practice. Washington: American Psychiatric Association, 1993.
- 5.Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol. 1.988; 56:893-7.
- 6.Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961;4:561-71.
- 7.Badía X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez FJ, editors. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier España ediciones, 2003:250-261.
- 8.Lima FET, Araujo TL, Serafim ECG, Custodio IL. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión. Rev Lat-Am Enferm [Internet]. mai-jun. 2010 [acceso en: 22 mar. 2011];18(3):[08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_06.pdf
- 9.Garcés de los Fayos EJ, Velandrino A, Conesa P, Ortega J, et al. Diseño y aplicación de un programa de intervención psicológica en pacientes con patología cardiovascular (angor estable y angor inestable). [Proyecto de Investigación]. Murcia: Edita; Fundación Séneca, Agencia Regional de Ciencia y Tecnología; 2003.
- 10.Frasure-Smith N, Lesperance F., Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. JAMA. 1993; 270: 1819-1825.
- 11.Frasure-Smith N, Lesperance F., Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. Circulation. 1995; 91: 999-1005.
- 12.Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult out patients: results from the Medical Outcomes Study. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 788-794.
- 13.Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. JAMA. 1989; 262: 914-919.

AUTORES/AUTHORS:

LEIRE URZAINQUI SENOSIAIN, CARLOS GARCÍA MARTÍ, AINOA MORO BLÁZQUEZ, CARMEN RAMOS ELVIRA

TÍTULO/TITLE:

“Y DESPUÉS DEL IAM ¿QUÉ?”. Un estudio fenomenológico

OBJETIVO GENERAL

Explorar la influencia de las percepciones y creencias de los pacientes de IAM en su adaptación al nuevo estilo de vida.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio fenomenológico. Población: pacientes que acudieron a consultas de Cardiología y de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal entre los meses de Marzo y Octubre de 2010

Criterios de inclusión: haber sufrido un IAM entre tres y seis meses antes del momento de la captación, ser mayor de 18 años, residir en la Comunidad de Madrid y conocimiento suficiente de la lengua castellana.

Se excluyeron a pacientes intervenidos de by-pass aortocoronario como tratamiento al IAM. Pacientes con recidiva de IAM, con problemas psiquiátricos o neurológicos graves.

La captación se realizó en las Consultas de Cardiología y en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca.

La construcción de los perfiles se llevó a cabo teniendo en cuenta tres variables: edad, sexo y participación o no en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. En función de esas variables se crearon 4 perfiles.

Se llevó a cabo un muestreo por intención hasta la saturación del discurso.

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos fueron la entrevista semi-estructurada y el grupo de discusión. Se realizaron 4 grupos de discusión, según los perfiles previamente determinados y 7 entrevistas individuales. Se utilizó la entrevista como técnica complementaria

Análisis multidisciplinar entre los miembros del equipo identificando categorías temáticas y triangulación de datos entre investigadores.

A todos/as las participantes se les ha informado verbalmente y han firmado un consentimiento informado. El proyecto ha sido aprobado previamente por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Ramón y Cajal.

RESULTADOS

El Infarto Agudo de Miocardio es una experiencia traumática y con numerosas consecuencias para los que lo sufren y para su entorno. Se transforman las expectativas, las prioridades, los planes de futuro y los recursos disponibles.

Las categorías identificadas fueron: Pasado, Presente y Futuro.

Presente: centrándonos en el cambio de estilo de vida, la facilidad para incorporar estos nuevos hábitos depende del grado de adhesión identitaria al antiguo estilo de vida.

La incorporación de ejercicio físico supone para la mayoría introducir un nuevo hábito en su vida diaria. En el caso de los hombres el ejercicio supone un desafío, una prueba para demostrar su fuerza y su masculinidad. Sin embargo, las mujeres lo identifican como barreras físicas que no pueden o no quieren superar independientemente de los beneficios que pudieran obtener.

La información que reciben de los profesionales sanitarios es escasa lo que provoca ansiedad, miedos e inseguridad sobre el manejo del nuevo estilo de vida. El abandono del alcohol modifica profundamente los hábitos de sociabilidad de los individuos. Abandonan grupos de amigos y formas de ocio lo que supone una pérdida y genera sentimientos depresivos. Es más acusado en aquellos que tenían una recompensa emocional en el alcohol, especialmente los hombres más tradicionales. Para contrarrestarlo, inmediatamente comienzan un proceso de negociación consigo mismo, que les lleva a permitirse pequeñas excepciones a la norma que varían de un grupo a otro, excepciones que consideran que no tienen consecuencias sobre su salud.

El cambio de dieta es vivido como una pérdida traumática ya que supone renunciar a los alimentos más valorados y más

relacionados con el placer, por aquellos que hasta ese momento eran poco considerados y vistos únicamente desde su vertiente alimentaria, pero no del disfrute. El cambio nunca es total, negociando el paciente consigo mismo para permitirse pequeñas alteraciones de la norma que funcionan a modo de recompensas, facilitando la propia consecución de la dieta. Hemos encontrado también una importante marca de sexo. Cuando el hombre sufre el infarto, su pareja le cocina y se adapta a su dieta, mientras que cuando es la mujer la que lo sufre, cocina alimentos distintos para ella y para el resto de la familia, sacrificándose y negándose a ser objeto del cuidado.

Para incorporar los cambios de estilo de vida los pacientes llevan a cabo una negociación en la que incluyen los aspectos más prioritarios del cambio, y las excepciones o subversiones a la norma que pueden permitirse. Esto hace que los individuos tengan un enfoque global del cambio de estilo de vida, y que cada uno diseñe un modelo propio para llevarlo a cabo. Por lo tanto no todos los cambios se realizan a la vez o con la misma intensidad.

Hay por tanto una evaluación de las capacidades de cada uno, de lo que pueden llegar a hacer sin afectar a su estabilidad emocional.

Los individuos deben asumir su condición de enfermos y comprender que deben establecer límites a su conducta. Todo ello es un proceso traumático que afecta a la autoestima, a su identidad y su futuro.

DISCUSIÓN

Hemos identificado mejoras y hemos comprendido cómo se sienten las personas que sufren un IAM, lo que permite una mejora global del servicio a través de una transformación de la visión que los profesionales tienen del enfermo y de la relación que establecen con él.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gil D, Gómez MJ, Roig C, et al. La percepción del Paciente con Cardiopatía Isquémica a los dos años del Primer Evento Coronario. *Enferm Cardiol* 2004; 6 (31): 30-35.
2. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005; 58: 393-402.
3. Lane D, Carrol D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *Br J Health Psychol* 2002; 7: 11-22.
4. Mendes de Leon CF, Krumholz HM, Vaccarino V, Williams CS, Glass TA, Berkman LF, et al. A population-based perspective of changes in health-related quality of life after myocardial infarction in older men and women. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 609-16.
5. Plevier CM, Mooy JM, de Meen PJMV, Stouthard MEA, Visser MC, Grobbee DE, et al. Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction. *Qual Life Res* 2001; 10:123- 32.
6. Boersma SN, Maes S. Psychological consequences of myocardial infarction: a self-regulation perspective on health-related quality of life and cardiac rehabilitation. *Neth Heart J*. 2006 October; 14(10): 335–338.
7. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patients beliefs and health related behaviour. *J Psychosom Res* 2005; 58: 403- 415.
8. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999 Aug;82(2):234-6.
9. Höglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Sci*; 2010; 24: 482–489.
10. Vaughan V, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart and lung*. 2009;38:253-261.

AUTORES/AUTHORS:

Delia González de la Cuesta, M Paz Mainer Sanmartin, M Jesús Barrado Narvi6n, Nieves L6pez Ibort, Isabel Cano Mateo

TÍTULO/TITLE:

APRENDIENDO EN DIABETES: VALORACI6N DE DOS HERRAMIENTAS FORMATIVAS.

OBJETIVOS:

1.- Evaluar si es m6s efectiva la intervenci6n sobre grupos de diab6ticos tipo II mayores de 50 a6os, a trav6s de programas tipo "Mapas de Conversaci6n" o con charla tipo "¡Por fin es Jueves!" en el Centro de Salud Torrero-La Paz de Zaragoza durante el periodo 2010-2011.

2.-Aumentar la autonomía y mejorar el autocuidado de la poblaci6n diab6tica tipo II en el manejo de su enfermedad en el C.S. Torrero-La Paz de Zaragoza.

3.-Verificar si aumentan los conocimientos y el control sobre la Diabetes tipo II en pacientes mayores de 50 a6os respecto a estos criterios:

Que s6lo necesiten acudir a las dos visitas programadas al a6o.

Que mantengan las cifras de hemoglobina glicosilada en 4-6 mg/ml

Que estos pacientes tengan una glucemia basal por debajo de 120mg/ml

MÉTODO

Estudio experimental con grupos de diab6ticos asignados de forma aleatoria a una intervenci6n, "Mapa de Conversaci6n", o a la segunda intervenci6n, "¡Por fin es Jueves!". Se organizaron 4 grupos por cada intervenci6n.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de estas dos intervenciones con el fin de estandarizar una de ellas en el proceso educativo diabetol6gico del Centro de Salud Torrero-La Paz de Zaragoza, cuya poblaci6n de diab6ticos es de unos 1400 pacientes.

El 12% aproximadamente son diab6ticos tipo II mayores de 50 a6os y cuya educaci6n es m6s compleja y con peores resultados en cuanto al control de su enfermedad que en poblaci6n m6s joven; esto puede evidenciarse en que acuden a la consulta de diab6ticos cada dos meses en lugar de dos veces al a6o como est6 protocolizado.

Se investig6 mediante estudio pretest-postest los conocimientos adquiridos tras las intervenciones y se evalu6 la satisfacci6n de los pacientes a trav6s de una encuesta de satisfacci6n reglada.

Se realiz6 an6lisis completa para estudiar la situaci6n basal y los avances realizados por los pacientes cada mes.

Los resultados que se detallan a continuaci6n corresponden al estudio piloto que se realiz6 durante el a6o 2010 con dos grupos, uno por cada actividad.

RESULTADOS

En el estudio piloto se estudiaron dos grupos de diab6ticos, el grupo de "Mapa de Conversaci6n" formado por 5 personas: 3 hombres (60%) y 2 mujeres (40%), con una media de edad de 65,2 a6os; y el de "Por fin es Jueves" formado por 6 personas: 2 hombres (33,3%) y 4 mujeres (66,6%), con una media de edad de 61 a6os.

El nivel de estudios es medio para dos de ellos y b6sico para el resto, y no habían recibido educaci6n previa en diabetes de forma reglada.

El inicio de la enfermedad es de 4,5 a6os de media, sin conseguir controlarla. 11 de ellos son insulino dependientes y 3 combinan antidiab6ticos orales con la administraci6n de insulina.

Se obtuvo una media de 2,3 en conocimiento para el primer grupo en el pretest, y de 7,12 en el postest. En el segundo grupo fue de

2 en el pretest y de 5,08 en el posttest, siendo estadísticamente significativa la diferencia de medias.

La satisfacción obtenida según la encuesta de satisfacción medida con escala Likert fue alta, especialmente en el apartado de conocimientos adquiridos. Fue especialmente valorada la actuación de las enfermeras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La educación en Diabéticos tipo II es más compleja de llevar a cabo por la edad y las condiciones de los pacientes, necesitando medidas más concretas y efectivas. El seguimiento de estos pacientes según los protocolos de Atención Primaria es de dos visitas en consulta al año; sin embargo estos pacientes necesitan muchas más, lo que supone un gran coste para la sanidad y demuestra que no son capaces de controlar su enfermedad ni de ser autónomos respecto a ella.

Con los "Mapas de Conversación" se obtiene un buen nivel de conocimientos prácticos y una implicación importante por parte de los pacientes respecto a las charlas divulgativas tipo "Por fin es Jueves", donde por los resultados obtenidos, el nivel de conocimiento alcanzado no es tan alto y a los pacientes les ha supuesto más esfuerzo.

No podemos decir que sea ésta la conclusión definitiva, ya que es sólo el resultado del estudio piloto. Durante el año 2011 se continuará este estudio para establecer las diferencias entre una intervención y la otra, lo que nos permitirá elegir la herramienta más eficaz.

Las enfermeras necesitan de esas herramientas para cuidar a estos pacientes y alcanzar el autocuidado según el modelo de Virginia Henderson

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Programa ¡Por fin es Jueves! [página en Internet] consultado Abril 2010, disponible en: www.lillydiabetes.es
- 2.- Mapas de conversación.Fundación Lilly. [página en Internet] consultado Abril 2010.Disponible en:<http://www.tomandoelcontrol.com.pe/cmscentral/tomandoelcontrol/mapas-de-conversacion/inicio/default.aspx>
- 3.-Guía de Atención, control y tratamiento para el diabético. Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (PRONADIA) [Internet] Publicado Diciembre 2004. Consultado Abril 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/pronadia.pdf>
- 4.-American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2011; 34:S11-S61.

AUTORES/AUTHORS:

Clemente Sousa, João Apóstolo, Maria Henriqueta Figueiredo

TÍTULO/TITLE:

Concepción y Operacionalización del Programa de Gestión de Documentación de Enfermería del Acceso Vascular

La literatura pone de relieve la contribución que las enfermeras pueden ofrecer en la identificación de problemas o complicaciones que pueden comprometer el acceso vascular (Young, Dykstra, Goodkin, Mapes, Wolfe y Held, 2002) (Konner, Nonnast-Daniel, y Ritz, 2003) (Nguyen, Griffith, y tratar, 2003) (Pile, 2004), así como la realización de las enseñanzas sobre el cuidado de acceso (Esteves, 1997) (Dinwiddie, 2003) (Nguyen, Griffith, y tratar, 2003). En este contexto, la enfermera, el cuidado de la cercanía que se desarrolla la persona con el acceso vascular, puede prevenir e identificar las complicaciones (obstrucción, trombosis, etc.) Que alteran el funcionamiento del acceso, contribuyendo así a la eficiencia de los servicios de nefrología. Sin embargo, se señaló la dificultad de gestionar y documentar la información que surge de las actividades de diagnóstico realizado por las enfermeras en el contexto de la atención dirigida al acceso vascular. Nuestro objetivo es describir el proceso de diseño y operación de la documentación del programa de gestión, bajo los cuidados de enfermería relacionados con la fístula arteriovenosa (FAV).

Método: Estudio exploratorio descriptivo. La muestra está constituida por 100 enfermeros de centros de diálisis (instituciones privadas y públicas) del distrito de Oporto, Portugal, siendo mayoritariamente del sexo femenino (70,5%). La media de edad fue de 36,55 años, mínimo 23 años, máximo 62 años. El instrumento de recogida de datos ha sido un cuestionario con preguntas abiertas. Los datos han sido sometidos a un análisis de contenido a partir de un marco teórico de base, apoyándose en la asunción de que las intervenciones de enfermería al acceso vascular, en la pre-diálisis y en la diálisis, debían ser efectuadas en un continuum a lo largo del proceso de la enfermedad renal crónica. Se construyó una parrilla de análisis a priori, enfocados hacia los cuidados de personas con FAV en la pre-diálisis y diálisis. La arquitectura del programa ha sido desarrollada en lenguaje VB.NET, a través de la tecnología Silverlight.

Resultados: Han sido definidas dos áreas de atención y cada una de ellas se subdivide en dimensiones, que a su vez se subdividen en ítems, interrelacionándose y complementándose entre sí, que en su conjunto permiten implementar terapias de enfermería. En el área "Capacitación para el Autocuidado" se establecieron 4 dimensiones y en el área "Vigilancia del Acceso", 6 dimensiones. Esta estructura sustenta la construcción del programa de gestión de documentación de enfermería del acceso vascular. La arquitectura del sistema se ha desarrollado en VB.NET lenguaje a través de la tecnología Silverlight. La aplicación se compila como si se tratara de una aplicación informática, la creación de una extensión de archivo ". Xap," que es interpretado por el servidor que se ejecuta como un segmento de código en formato Silverlight, llamado de una página web. Los datos son encriptados, con datos separados de los usuarios de los datos clínicos, y sólo una contraseña para acceder a la plataforma en la que sólo la entidad puede acceder a los fabricantes de software.

El programa tiene dos tipos de usuarios: administrador y usuario. El administrador es el responsable de la gestión del sistema, como es la gestión de usuarios y de unidades de diálisis. El usuario se subdivide en 2 tipos: usuario Hospital y usuario Clínica. En el hospital, el enfermero tiene acceso a diversos menús que le permiten registrar la información referente a la pre-diálisis, concretamente: agendar diversos tipos de consultas de enfermería; adicionar, registrar y visualizar datos de pacientes; registrar y visualizar evaluaciones del acceso vascular, incluyendo la vigilancia del acceso y comportamientos de autocuidado. En la clínica, el enfermero tiene acceso a la información documentada en la fase de pre-diálisis (Hospital) y simultáneamente, registra y visualiza las evaluaciones del acceso vascular en diálisis, así como enviar mensajes al hospital en el caso de existencia de complicaciones con el acceso vascular. El programa ha sido introducido en un Hospital del Norte de Portugal.

Discusión: Esta estructura describe y orienta los cuidados a desarrollar por los enfermeros en ese contexto, permitiendo la sistematización de las intervenciones autónomas de enfermería para que estas terapias sean efectuadas con un nivel elevado de calidad. Contribuye, además, al auxilio o proceso decisorio, a nivel del planeamiento, monitorización y evaluación de las consultas, así como apoyar la investigación y la producción del conocimiento científico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Dinwiddie, L. C. (2003). Investing in the Lifeline: The Value of a Vascular Access Coordinator. *Nephrology News & Issues*, pp. 49-53.
- Esteves, R. (1997). A Utilização do Acesso Vascular. In P. Ponce, *Acesso à Diálise: a perspectiva nefrológica* (pp. 29-38). Lisboa: Quadricor.
- Konner, K., Nonnast-Daniel, & Ritz, E. (14 de 2003). The arteriovenous fistula. *Journal American Society Nephrology*, pp. 1669-1680.
- Nguyen, V. D., Griffith, C., & Treat, L. (2003). A Multidisciplinary Team Approach to Increasing AV Fistula Creation: a community-based nephrology practice experience. *Nephrology News & Issues*, pp. 54-57.
- Pile, C. (May-June de 2004). Hemodialysis vascular Access: how do practice patterns affect outcomes? *Nephrology Nursing Journal*, 31(3), pp. 305-308.
- Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas*. Dissertação de Mestrado apresentada a Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Young, E., Dykstra, D., Goodkin, D., Mapes, D., Wolfe, R., & Held, P. (2002). Hemodialysis vascular access preferences and outcomes in the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Kidney International*, 61, pp. 2266-2271.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Burgos López, Estrella Lerena Plaza

TÍTULO/TITLE:**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL****1. Objetivos**

La OMS acepta que el estrés tiene un papel relevante en los niveles de tensión arterial y hay numerosos estudios que afirman que la respuesta desadaptativa a las diferentes situaciones de la vida diaria de una forma continuada, provoca alteraciones tanto psicológicas como físicas (1).

Por ello el objetivo que nos propusimos, fue analizar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés y el control de la tensión arterial, ya que la utilización de unas u otras está basada en un proceso de aprendizaje (2). Esto significa que podemos enseñar estrategias adaptativas mejorando niveles de tensión arterial y proporcionando a los pacientes una mejor calidad de vida.

2. Método

La muestra ha sido de 112 pacientes pertenecientes al centro de salud de Azuqueca de Henares (Guadalajara). Forman parte del estudio los pacientes hipertensos incluidos en el protocolo de hipertensión durante al menos 6 meses, con edades entre 40 y 80 años, excluyéndose aquellos que tuvieran algún tipo de deterioro cognitivo.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue el "Inventario de estrategias de afrontamiento", validado y adaptado al contexto español por Francisco Javier Cano García y colaboradores (3). Está integrado por 40 ítems agrupados en ocho estrategias que son: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, búsqueda de apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social. Cada ítem, se puntúa siguiendo una escala de Likert de 0-4 en función del grado de acuerdo (0=En absoluto, 4=Totalmente).

Tradicionalmente las estrategias de afrontamiento se han agrupado en dos categorías, centradas en la emoción y en el problema. Las primeras están dirigidas a controlar y reducir las emociones negativas asociadas al proceso de estrés. Las segundas, tienen como objetivo controlar las situaciones problemáticas mediante la puesta en marcha de alguna acción directa para solucionar el problema planteado y siempre se han relacionado con una mejor salud tanto física como emocional. (4 y 5)

Dependiendo de la situación estresante a la que nos enfrentemos pueden ser adaptativas tanto unas como otras. Por esta razón podemos clasificarlas como centradas en el problema adaptativas, resolución de problemas y reestructuración cognitiva o desadaptativas, evitación de problemas y pensamiento desiderativo. Las centradas en la emoción, adaptativas, apoyo social y expresión emocional y desadaptativas aislamiento social y autocrítica. (4 y 5)

La variable dependiente estudiada fue la tensión arterial que se considera como controlada, cuando en las tres últimas tomas es inferior a 140 mmHg para la sistólica y 90 mmHg para la diastólica. Como variables independientes se analizaron: edad, sexo, toma de medicación, realización de ejercicio, diabetes, dislipemia, tabaquismo y obesidad

3. Resultados.

Obtenemos significación estadística al agrupar los resultados en dos categorías, estrategia presente y no presente. Estableciéndose como estrategia no presente cuando puntúa entre 0-9 y presente de 10-20. Siendo los pacientes que utilizan la evitación de problemas los que tienen la tensión peor controlada, mientras que aquellos que utilizan la resolución de problemas son los que presentan una tensión arterial mejor controlada.

Sin embargo, analizando los datos según propone Francisco Javier Cano García y colaboradores no se obtiene significación estadística entre las estrategias de afrontamiento y el control de la tensión arterial.

4. Discusión

Las puntuaciones del cuestionario varían de 0-20 en cada estrategia, dada la gran cantidad de resultados posibles, nos hace pensar que el no aparecer significación pudiera ser debido a que la muestra es pequeña.

También nos planteamos que la ausencia de significación estadística pudiera ser debida a que el cuestionario utilizado fue validado con una población joven entre 17 y 55 años y con nivel de estudios medio y superior.

Las características de nuestra muestra difieren sustancialmente, ya que se incluyen pacientes de hasta 80 años y la mayoría de ellos están entre los 55 y 75 años. El nivel de estudios de la muestra es de estudios primarios en el 80%. El cuestionario incluye ítems que pueden ser de difícil comprensión para personas con más edad y con estudios de niveles más bajos.

Ante la variabilidad de resultados obtenidos al agrupar los resultados y al mantener las características del cuestionario original y las diferencias existentes entre ambas poblaciones, nos planteamos la elección de un nuevo cuestionario, con la finalidad de confirmar la existencia o no de relación entre las estrategias de afrontamiento y el control de la tensión arterial y evitar así un sesgo de información en relación con el procesamiento de datos por errores en la codificación.

Conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el control de la tensión arterial tiene gran relevancia sobre todo desde el punto de vista enfermero, abriéndose una nueva vía de investigación; analizar si la realización de talleres de educación para la salud en las que se enseñen estrategias de afrontamiento adaptativas permiten controlar uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física.[Consultada el 02/09/2010]. Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/WEFreport_spanish.pdf
2. Halsted M, Bennet S, Cunningham W. Measuring coping in adolescents: an application of the ways of coping checklist. *Journal of clinical child psychology*. 1.993; 22(3): 337-344
3. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. [internet]. 2.007; 35(1): 29-39. [Consultada el 13/10/2.010]. Disponible en:
[http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
4. Pelechano V. *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel; 2.000. p 429-442.
5. Fernández Abascal EG, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. [internet]. 2.003; 15(4): 615-630. [Consultada el 05/10/2.010]. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72715416.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Márquez Calzada, Carla María Cuberos Sánchez, Inés García Pérez-Regadera, Rosa Buján López, María José Leal Martín, Lucía Padilla López, María Isabel Martínez Martínez, Lourdes de la Pisa Latorre, María Ángeles Burgos Gorjón

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la morbilidad en el control metabólico de personas con diabetes tipo 2 inmovilizadas en domicilio.

La Diabetes Mellitus (DM) es un proceso crónico que conlleva un enorme impacto social y sanitario, no sólo por su elevada prevalencia e incidencia, sino por su cronicidad y sus eventuales complicaciones. Afecta a gran número de personas y es previsible un incremento significativo en los próximos años (1,2). En nuestro país, en el caso de los ancianos, nos encontramos con una alta prevalencia de DM, que se ha incrementado en los últimos años (3)

Durante el trascurso de esta enfermedad pueden originarse una serie de complicaciones, que son causa de una mortalidad elevada y prematura 4. Esto conlleva de forma asociada alteraciones en la capacidad de realizar tareas de autocuidado y movilidad. Dicha discapacidad es mayor en ancianos. Aunque los datos disponibles en España son escasos, la prevalencia estimada de discapacidad según estudios internacionales es del 66% en diabéticos ancianos. (5,6)

El índice de Charlson, define diversas condiciones clínicas que predicen la mortalidad al año (7). Consta de 19 comorbilidades predefinidas a las que se le asigna un valor. Diversos estudios con más de 30.000 pacientes han validado este índice (8,9)

Aunque el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas consume más de las tres cuartas partes del gasto sanitario de los Estados Unidos, la evidencia sugiere que estos pacientes reciben poco más de la mitad de los cuidados recomendados (10). Esto tiene implicaciones, especialmente para los pacientes con diabetes, ya que aproximadamente el 40% sufre 3 o más comorbilidades. Los estudios que evalúan el impacto de las comorbilidades en la calidad de la atención de enfermedades crónicas proporcionan resultados contradictorios. Mientras que algunos estudios sugieren que la presencia de múltiples comorbilidades puede mejorar la calidad en la atención de estos enfermos (11), otros estudios sugieren lo contrario (12,13). Un estudio reciente examinó el impacto del tipo de comorbilidad sobre 3 indicadores de la calidad de los cuidados: la glucemia, la presión arterial y el perfil lipídico. Este estudio concluye que los pacientes con comorbilidades tenían mejores niveles en estos 3 indicadores (14)

Objetivo: Conocer la influencia de la morbilidad en el control metabólico de personas con diabetes tipo 2 (DM2) inmovilizadas en domicilio.

Método

Estudio descriptivo transversal. Ámbito: 11 centros de salud periurbanos y rurales de un Distrito de Atención Primaria (Sevilla).

Sujetos: personas diagnosticadas de DM2 incluidas en el Proceso Asistencial de Diabetes. De dicha cohorte se seleccionaron aquellos sujetos de cualquier edad o género incluidos en "Atención a Inmovilizados" de Cartera de Servicios de la aplicación diraya.

Tamaño muestral: Universo muestral tras cruzar listados de DM 2 (n=3122) e inmovilizados (n=757). Muestreo consecutivo.

VARIABLES: edad, género, morbilidad e índice de Charlson (ICh), tratamiento hipoglucemiante, número total de fármacos, HbA1c, creatinina, perfil lipídico. Recogida de datos: entrevista presencial estructurada con sujeto y su cuidador, historia clínica electrónica y módulo on-line analíticas. Análisis estadístico: descriptivo, Uni y Bivariante.

Resultados

Se incluyeron 166 sujetos (75,9% mujeres); la edad media fue 80,81 años (IC 95% 79,73 - 81,89) superior en mujeres (p=0,02). La media en el índice de Charlson fue 2,71 (IC 95% 2,51- 2,91) superior en los hombres (p=0,04). Las morbilidades más frecuentes fueron hipertensión (58,4%), artrosis (28,9%), Fibrilación Auricular (16,9%), dislipemia (16,3%), cardiopatía isquémica (14,5%) y Retinopatía (10,8%). El 3% no consumía fármacos hipoglucemiantes, el 1,8% fármacos en monoterapia y el 95,2% en terapia

combinada, siendo el más utilizado la Metformina (51,8%). La media de fármacos totales consumidos fue de 8,67 (IC 95% 8,12-9,22); el 80,7% consumía más de 6 fármacos.

La media de HbA1c fue de 7,18%, de glucemia basal venosa 126,01 mg/dl, de creatinina 1,93 mg/dl, de Colesterol Total 180,21 mg/dl, de LDL 104,95 mg/dl, de HDL 47,30 mg/dl, de triglicéridos 159,65 mg/dl y de albuminuria 104,51g/mg. El 39,8% presentaban HbA1c superior a 7,5%.

El grado de control metabólico (punto de corte HbA1c en 7,5%) mostró asociación estadística con el género, y la presencia de Enfermedad de Parkinson, dislipemia, Insuficiencia venosa y EPOC.

Discusión

Nuestra población de estudio de personas con DM2 inmobilizadas presenta un índice de comorbilidad medio de 2,71 sin influir en el valor de la HbA1c. Sería recomendable realizar el seguimiento de los sujetos a medio plazo para valorar el impacto de la morbilidad, ajustado por la HbA1c, en la incidencia de descompensaciones hipo/hiperglucémicas, complicaciones crónicas asociadas a la diabetes, ingresos hospitalarios y mortalidad. Recientemente se ha modificado el objetivo de HbA1c en sujetos mayores de 70 años y con comorbilidad, incrementándolo a 7,5%; en base a nuestros resultados consideramos que esto debe ser individualizado según las características de los pacientes teniendo en cuenta el estado cognitivo y la presencia de inmovilización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. WHO. Prevalence of Diabetes Mellitus (Per Cent Population) In The Age Range 3064 Years In The Following Studied Populations African and Asian, American study populations, European study populations, Pacific study populations. Disponible en: [Hhttp://www.who.int/ncd/dia/databases1.htm](http://www.who.int/ncd/dia/databases1.htm)
2. Zimmet P. Challenges in diabetes epidemiology from west to the best. *Diabetes Care*. 1992;15:232-52.
3. Encuesta Nacional de Salud, 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [Hhttp://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf)
4. Wandell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scand J Prim Health Care*. 2005; 23 (2): 68-74.
5. Chou KL, Chi I. Functional disability related to diabetes mellitus in older Hong Kong Chinese adults. *Gerontol*; 2005; 51:334-9.
6. Maty SC, Fried LP, Volpato S, Williamson J, Brancati FL, Blaum CS. Patterns of disability related to diabetes mellitus in older women. *J Gerontol A Biol Sci*. 2004; 59:148-53.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: A development and validation. *J Chronic Dis*. 1987; 40:373-83.
8. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter L.M. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003; 56:221-9.
9. Southern DA, Quan H, Ghali W.A. Comparison of the Elixhauser and Charlson/Deyo methods of comorbidity measurement in administrative data. *Med Care*. 2004; 42:355-60.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Eng J Med*. 2003;348: 2635-45.
11. Petersen LA, Woodard LD, Henderson LM, Urech TH, Pietz K. Will hypertension performance measures used for pay-for-performance programs penalize those who care for medically complex patients? *Circulation*. 2009;119: 2978-85
12. Kerr EA, Zikmund-Fisher BJ, Klamerus ML, Subramanian U, Hogan MM, Hofer TP. The role of clinical uncertainty in treatment decisions for diabetic patients with uncontrolled blood pressure. *Ann Intern Med*. 2008;148:717-27.
13. Turner BJ, Hollenbeak CS, Weiner M, Have TT, Tang SSK. Effect of unrelated comorbid conditions on hypertension

management. Ann Intern Med. 2008;148:578–86

14. Woodard LD, Urech T, Landrum CR, Wang D, Petersen LA. Impact of comorbidity Type on measures of quality for diabetes care. Med Care. 2011; 49: 605-10

AUTORES/AUTHORS:

Julia de las Pozas Abril

TÍTULO/TITLE:**INCIDENCIA DE DELIRIO Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDÍACA**

Objetivo: Determinar la incidencia de delirio y relacionar los factores intraoperatorios y postoperatorios específicos de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca con la aparición de delirio.

Método: Estudio de cohortes realizado en la Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca (UCP) de un hospital de Madrid. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años. Criterios de exclusión: pacientes con afasia y/o no hablar castellano, demencia, enfermedades psiquiátricas o delirio previo a la cirugía. A todos ellos se les solicitó el consentimiento informado correspondiente. Para la detección del delirio postoperatorio se utilizó la escala Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) descrita por Bergeron et al(1) y utilizada en un estudio español sobre el delirio(2). La aplicación de la escala se inició a partir de las 12 horas del ingreso, se realizó cada 24 h y durante 5 días. Se definió como presencia de delirio cuando la escala fuera ≥ 4 puntos y se anotó el número de días que presentaban delirio. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el programa informático SPSS 17.0 considerando estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Como análisis multivariante, se realizó una regresión logística binaria.

Resultados: La población del estudio fue de 95 pacientes. De los pacientes estudiados, se encontraron 54 varones (56,8%) y 41 mujeres (43,2%) con una edad media de 67,8 años (DS 12,3). La estancia media en la unidad fue de 6,3 días (DS 4). Fueron intervenidos de forma programada 92 pacientes (96,8%) y 3 pacientes (3,2%) de forma urgente. En el estudio, a 43 pacientes (45,3%) se les practicó una sustitución valvular única, a 21 pacientes (22,1%) se les realizó cirugía coronaria y a 18 pacientes (18,9%) se les realizó una cirugía combinada valvular y coronaria. Al resto (13,7%) se les practicó otro tipo de cirugía cardíaca. El tiempo medio de circulación extracorpórea (CEC) a la que estuvieron sometidos los pacientes fue de 114,5 minutos (DS 42) y los grados centígrados de hipotermia inducida durante la cirugía fueron de 32 grados (DS 1,1). Dentro de los factores postoperatorios a estudios, a 84 pacientes (88,4%) se les extubó dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio y el tiempo de intubación fue de 11,7 horas (DS 5,6). Los pacientes a los que no se les pudo realizar una extubación temprana (11,6%) estuvieron sometidos a ventilación mecánica durante 2,9 días (1,93-3,45). Precisaron reintubación orotraqueal por problemas respiratorios 4 pacientes (4,2%). En 80 pacientes (84,2%) se usaron fármacos vasoactivos, entre los cuales se incluyen el uso de dobutamina (63,2%), noradrenalina (49,5%), adrenalina (9,5%) y levosimendan (7,4%). Para la sedación y analgesia de los pacientes se utilizó propofol en un 98,9%, con una dosis acumulada en 24 horas de 14,79 mg/kg (8,35-27,32) y fármacos opiáceos en un 100% de los pacientes, con una dosis acumulada de 0,27 mg/Kg (0,18-0,46). La incidencia de delirio postoperatorio en la UCP y dentro del período de estudio fue del 15,8 %. De los pacientes que desarrollaron delirio 6 eran hombres (11,1%) y 9 mujeres (22%), con una edad media de 73,4 años (DS 7,4) y la estancia media en la unidad fue de 6,3 días (DS 1,8). Tras el análisis de los factores intraoperatorios y postoperatorios se encontró una significación estadística entre la media de edad de los pacientes que desarrollaron delirio (73,4 años \pm 7,4) y los que no lo desarrollaron 66,8 años \pm 12,8, con $p=0,009$. La diferencia entre el tiempo de intubación orotraqueal entre los enfermos que desarrollaron delirio (16,3 h \pm 5,4) resultó significativa, con $p=0,04$. El uso de adrenalina en 5 pacientes que desarrollaron delirio (55,6%) frente a 4 pacientes que no lo desarrollaron (44,4%) resultó también significativa con una $p=0,004$. Las variables estadísticamente significativas fueron incorporadas a un análisis multivariante excepto el uso de adrenalina al estar presente en muy pocos casos. Se identificó como factor de riesgo independiente relacionado con la aparición de delirio el tiempo de intubación orotraqueal, con $p=0,038$.

Discusión: La determinación de la incidencia de delirio es el primer paso para hacer aflorar la importancia de esta complicación en los pacientes de cirugía cardíaca, esto puede ser el inicio de estudios posteriores que ayuden a disminuir los efectos deletéreos que

produce en los pacientes de cirugía cardíaca. Según nuestros resultados por cada hora de intubación y de conexión a ventilación mecánica aumenta 1,15 veces el riesgo de desarrollar delirio. Este hallazgo coincide con los hallados en otros estudios con enfermos de cirugía cardíaca(3,4). La identificación de este factor de riesgo supone una nueva contribución al conocimiento acerca de la etiología del delirio postoperatorio. Sin embargo, se hace necesario que en el futuro se realicen ensayos clínicos aleatorizados para demostrar que una modificación en este factor reduce la incidencia de delirio en los pacientes de cirugía cardíaca. Este estudio abre una vía de investigación para profundizar sobre el delirio postoperatorio en los pacientes de cirugía cardíaca, con el fin de mejorar los cuidados aplicados a los pacientes de cirugía cardíaca.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Bergeron M, Dubois M, Dumont M, Dial S, Skobrik Y. Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med.* 2007;27:859-864.
- (2) Ayllón N, Álvarez MJ, González MP. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm Intensiva* 2007;18(3):138-43.
- (3) Tan M C, Felde A, Kuskowski M, Ward H, Kelly R, Adabag A et al. Incidence and predictors of post-cardiotomy delirium. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(7):575-583.
- (4)Burkhart C, Dell-Kuster S, Gamberini M, Moeckli A, Grapow M, Filipovic M et al. Modifiable and nonmodifiable risk factors for postoperative delirium after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2010; 24(4):555-559.

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Pedro Ferreira, Clara Sampaio, Olga Santos, Regina Martins, Rosa Machado

TÍTULO/TITLE:

LAS NECESIDADES DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS INTERNADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PADRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del niño y su internamiento constituye para los padres un motivo de gran preocupación. La organización de la familia se altera, siendo necesario el acompañamiento y la inclusión en el proceso de cuidar a su hijo (Ramos, 2008). Cuidar del niño es también cuidar de los padres/familia, lo que implica un conocimiento que permite identificar sus necesidades, a través de un proceso de empatía promotor de una mejor adaptación de la enfermedad. Por consiguiente, es importante reconocer las necesidades de los padres en el sentido de definir estrategias de apoyo que reviertan en una mejoría efectiva de los cuidados pediátricos.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre las necesidades que los padres sienten y las necesidades de los padres interpretadas por los profesionales de la salud

Analizar la sensibilidad de los padres y de los profesionales y su relación con algunas variables socio-demográficas

Reflejar sobre las necesidades de los padres el internamiento de los hijos.

MÉTODOS

Estudio exploratorio-descriptivo, transversal en una muestra de 184 madres/padres de niños internados en servicios de pediatría y 112 profesionales de la salud de hospitales del Centro y Norte de Portugal, en el periodo de Marzo a Mayo de 2011. Se utilizó la versión portuguesa del "Cuestionario Sobre Las Necesidades de los Padres", creado por Kristjánsdóttir incluyendo 43 frases de necesidades agrupadas en seis categorías: necesidad de confiar; necesidad de sentir que confían en ti; necesidad de información; necesidad de soporte y orientación; necesidades relativas a recursos físicos y humanos; y necesidades relativas a niño enfermo y a los otros miembros de la familia.

En el tratamiento estadístico de los datos, realizado con la ayuda de IBM SPSS v19, fueron utilizadas la estadística descriptiva (frecuencias, medias y medianas) y la inferencia estadística.

RESULTADOS

A partir de las respuestas de los padres, caracterizamos la muestra en cuanto a la edad, sexo, residencia, número de hijos, escolaridad y profesión. En relación al hijo internado analizamos las variables: sexo, experiencia de internamiento anterior y duración del internamiento actual. En cuanto a los profesionales de la salud identificamos: edad, sexo, cualificación pediátrica, tiempo de experiencia profesional con niños y existencia de hijos.

Identificamos las necesidades que sienten los padres y en la perspectiva de los profesionales de la salud, en lo que se refiere a las seis categorías de necesidad anteriormente citadas. Para cada una de las necesidades identificamos la importancia atribuida, la satisfacción con las necesidades que se siente y la independencia frente los diferentes tipos de necesidades.

DISCUSIÓN

Es evidente que identificar las necesidades de los padres de los niños internados por parte de los profesionales de la salud, sensibiliza y los ayuda a desenvolver competencias y estrategias de intervención en el sentido de adaptación a los procesos de la enfermedad y de la promoción del papel parental. De la misma forma, comprender la perspectiva de los padres sobre aquello que esperan del internamiento facilita la interacción y compartir el saber de que todos se beneficiarán: niño, padres y profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

KRISTJÁNSDÓTTIR, G. - Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-year-olds. *Scandinavian Journal Caring Science*. 9 (1995), p. 95-103.

KRISTJÁNSDÓTTIR, G. - A study of the needs of parents of hospitalized 2-to 6 year old children. *Issues in Comprehensive Paediatric Nursing*. 14 (1991), p. 49-64.

MELO, E. - Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. PhD tese em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2011.

RAMOS, Sílvia da Encarnação de Barros - Cuidados paliativos em pediatria. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-9844. N.º78 (Maio 2008), p. 27-28.

AUTORES/AUTHORS:

Palmira C. M. Oliveira, Marisa C. Lourenço Ribeiro

TÍTULO/TITLE:

Competencias y Eficacia Personal: percepción de los estudiantes del último año de Enfermería

Objetivos: Identificar la intensidad de las creencias de auto-eficacia (AE) para el ejercicio de la enfermería, de los estudiantes del último año de la Licenciatura de Enfermería (LE) y analizar los motivos inherentes. Identificar los factores que influenciaron el desarrollo de competencias de esos estudiantes durante la LE y los motivos asociados.

Método: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, sustentado en la Teoría Social Cognitiva de Bandura, como referencial teórico-filosófico (Bandura, 1986,1997). Se desarrolló en una Escuela Superior de Enfermería del Norte de Portugal, siendo los participantes 199 estudiantes, obedeciendo a los criterios de inclusión: ser estudiantes del último año de la LE y mostrar interés en participar. La información fue recogida a través de un cuestionario de preguntas abiertas y analizadas a través del análisis del contenido, haciendo lecturas flotantes en planos horizontal y vertical teniendo por base los objetivos enunciados. Las categorías surgieron a posteriori. Determinamos la frecuencia absoluta de las unidades de enumeración (UE), a partir de las unidades de registro (Oliveira, 2010).

Resultados: Predominantemente (94,5%), los estudiantes tienen creencias de AE elevadas para el ejercicio de enfermería, sobretodo, debido a los conocimientos adquiridos durante la LE (UE=80). Las creencias menos elevadas (5,5%) son atribuidas esencialmente a factores intrínsecos a los estudiantes, realizándose la baja auto-confianza (UE=4). Relativamente a los factores que tuvieron más influencia positiva (UE= 275) en el desarrollo de las competencias se evidenció la formación práctica no (58,2%) como variable del contexto educativo. Los factores que tuvieron menos influencia positiva (UE= 252) se fragmentan en variables extrínsecas y variables intrínsecas a los estudiantes, destacándose la gestión curricular de la LE (46%) (Oliveira, 2010).

Discusión: Está demostrada la influencia del ambiente (Bronfenbrenner, 1996), de los factores personales y comportamentales que interaccionan entre si, en el eje de la agencia humana (Bandura, 1986,1997, 2008), donde la percepción de ser capaz de realizar un cierto trabajo influenciará los comportamientos futuros, así pues, el desempeño como enfermero. Se comprobó el papel crucial de la formación práctica en el desarrollo de las competências (Abreu, 2007), sabiendo que las experiencias de desempeño son las más importantes fuentes de AE (Bandura, 1986, 1997).

Se trata de un estudio original en el contexto portugués (Oliveira, 2010) que puede ser completado con la construcción de una escala de evaluación de la AE en las competencias para el ejercicio de la Enfermería. Se sugiere la realización de estudios longitudinales que acompañen el proceso de desarrollo de competencias desde la formación inicial hasta los primeros años de ejercicio profesional.

Posibilitó a los estudiantes una auto-apreciación, y para la Escuela contribuyó para la evaluación curricular, sirviendo de plataforma para la optimización de la enseñanza de la enfermería y de las creencias de AE de los estudiantes. Propulsó la oportunidad de redefinición de estrategias adoptadas por los profesores, potencializadoras de motivación y de la percepción de eficacia personal de los estudiantes, lo que se repercutirá en sus acciones profesionales como enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc..
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. NY: Freeman.

- Bandura, A. (2008). Toward an agentic theory of the self. In H. Marsh, R. G. Craven, & D. M. McInerney (Eds.), *Advances in Self Research*, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential (pp. 15-49). Charlotte, NC: Information Age Publishing. Consultado em [14 de Agosto de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bzuneck, J. (2001). As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. In: E. Boruchovitch & J. Bzuneck (Org.). *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea* (pp. 116-133). Petrópolis: Vozes. Consultado em [14 de Julho de 2008] em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bzuneck2.pdf>.
- Contreras, F. et al. (2005). Autoeficácia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 1 (2), pp. 183-194.
- Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08, pp. 37-48. Consultado em [22 de Março de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Farrand, P. et al. (2006). Implementing competency recommendations into pre-registration nursing curricula: Effects upon levels of confidence in clinical skills. *Nurse Education Today*, 26, pp. 97-103. Consultado em [10 de Março de 2009] em www.elsevier.com.
- Lauder W. et al. (2008). Measuring competence, self-reported competence and self-efficacy in pre-registration students. *Nursing Standard*, 22 (20), pp. 35-43.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, P. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.

Mesa de comunicaciones 15: Cuidados a pacientes crónicos**Concurrent session 15: Chronic Care****AUTORES/AUTHORS:**

Fernanda Bastos, Abel Paiva e Silva

TÍTULO/TITLE:

Individual and social resilience as a contribution to self-management

Resilience, from the latin *resilientia*, is a term from mechanic and physics, but often used figuratively as the capability of defense and recovery of a person in facing adverse factors or conditions (1). The Resilience Research Centre (2) suggested a more ecological and culturally sensitive definition: "In the context of exposure to significant adversity, resilience is both the capacity of individuals to navigate their way to the psychological, social, cultural, and physical resources that sustain their well-being, and their capacity individually and collectively to negotiate for these resources to be provided in culturally meaningful ways". The medical and social sciences have studied resilience while the opposite of vulnerability, particularly in children. Many factors are associated to resilience, and its absence has a major contribution to increased vulnerability. Factors like ability to solve problems, self-efficacy and a sense of duty, to itself and to others, are some of the common individual factors that allow a successful navigation and negotiation for well-being under stress, while the "Kauai Longitudinal Study" (3) indicates the combination of biological, social and psychological factors as predictive of adjustment problems. They considered as "high risk" the combination of two or more vulnerability factors: poverty, perinatal stress, family hardship, divorce, parental alcoholism or mental illness.

The transition points in life, in Meleis perspective (4), are moments of stress and therefore most vulnerable; is the case of health/disease transition, especially when referring to chronic illness. Transition is a cognitive, behavioral and interpersonal process, time flowing in a healthy or unhealthy way, demands a change by new requirements, new knowledge and new skills; refusal the challenge leads to a discrepancy between the needs and capabilities front the new requirements. The lack of knowledge, cultural believes and learning difficulty are some of the factors that contribute to self-management inefficacy.

The impact of chronic disease, all over the world, challenge countries and organizations to modify strategies of approach towards the prevention and cost limitation, of personal and social consequences. The World Health Organization (WHO) (5) expected an increase in chronic disease mortality by about 4%, in the European region, and 23% in mortality from diabetes. Is also estimated that preventive measures, consisting of healthy eating, regular exercise and elimination of tobacco products could have a positive impact on the population, reducing by about 80% of premature deaths from heart disease, stroke and type 2 diabetes.

Repeated episodes of hospitalization caused by decompensating of the disease and / or its consequences are a complex phenomenon and cannot be explained by a single factor. However, the numbers of readmissions in hospital, clearly show deficiencies in preventive and continuous care, with repercussions in social and economic costs of health care systems.

Assuming that the Nursing Core focus on human responses to the processes of life, health and disease, which features its own special view of the knowledge and practice, new challenges and opportunities for nurses are placed as we already known that many chronic patients have difficulty in incorporating therapeutic recommendations (6) and, above all, in its integration into day-to-day. The study made by Pereira (7) shows that the focus of the most sensitive areas of decision-making in nursing, turns around concepts such as self-care behaviors and adherence, underlining the importance of these focus in nursing practices development and in the quality of care.

Objectives

The purpose of this study was to build an explanatory model of self-management in chronic disease, and to infer elements of the professional action to promote development of an action of self-care more accountable.

In this article we aimed to identify patterns of individual and contextual vulnerability to an inefficient self-management.

Methods

This study follows a constructivist assumption, considering that the world scientific knowledge is produced and built by the people within historical, social and cultural relations (8). To achieve the objectives we used a qualitative approach, in a longitudinal

multicases study (9). Participants were selected between the 3006 clients that had more than one hospitalization, between January 2006 and September 2007 in one Hospital of Porto area. Twenty-two participants with chronic illness and selected by the number of hospital admissions, accepted study participation. These had five or more hospitalizations, caused by inefficient management and who are able to self-care and with no cognitive or communication commitment. Participants were followed for a year and six months, and data were obtained in this period by interviews, clinical documentation, participant observation and field notes, resulting from the interaction between investigator and participant. Data analysis was performed according to the method for generating a Grounded Theory (10), (11).

Results

Face participant's health/disease transition, in which it's necessary to manage a complex regime, two patterns of vulnerability emerge from the data: personal and social vulnerability.

The theme, social vulnerability, was associated to social support, economic and cultural status, family and social isolation. Poverty, was common to almost every of participants, this economic status were induced by observation of place of residence, clustering in low income neighbourhoods, low housing conditions, like no running water, without bathroom, or by reference to lack of money to keep the house and buy essential aliments or medicines. Economics factors emerge associated with low educational and cultural status. Health disease transition may cause changes in capability and performance to work, some participants were unable to work, and they needed to retired or became unemployed. So, household income decreases when the needs increase. Insufficient family income prejudice a healthy transition, in particular by increased difficulty in managing the treatment regimen like buy medicines, taking medications, diet (acquisition of adequate food), and accessibility to health care.

Social isolation was another variable that merge with no support in self-management, depression, sadness, hopeless and no optimism. So, single adult participants, widowed or divorced had more probability to be isolated and had less motivation to self-management.

However, not all poor participants reveal vulnerability; those who had family support show more resilience than the others. Family, and their support, were the variable most relevant to protect participants from ineffective self-management.

Individual resilience or vulnerability was related to self-management style, self-determination, optimism, hope, knowledge, locus of control and capability to manage the therapeutic regime.

Persons with a negligent or independent style had more risk to ineffective self-management than those who had a responsible and formally guided style; however those last ones are less empowered than the others.

Discussion and implications to the practice

Despite the individuality and individual context, be able to identify patterns of greater and lesser vulnerability allows nurses adjust nursing therapeutics in form, intent and intensity according to the expected vulnerability.

Nurses may have a good contribution in individual development of resilience, with anticipation of information, education and skills, and supporting persons to run to healthy transition, incorporating disease in the self as "being a person with a disease", good disease control and with a good self-management.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo Porto Editora. Dicionário da Língua Portuguesa. Infopédia Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. [Online] Porto editora. <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/resiliencia>.

2. Resilience Research Centre . What is Resilience? . Resilience Research Centre . [Online]
http://www.resilienceproject.org/index.html#What_is_Resilience.
3. Werner, E. Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1996, Vol. 5, pp. 47-51.
4. Meleis, A, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sc*. 23, 2000, Vol. 1, 12-28.
5. OMS . *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. s.l. : Ed. Português: Formatos, 2005.
6. Silva, Abel Paiva. "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 01-02, Janeiro-abril de 2007, Vol. 55, pp. 11-20.
7. Pereira, Filipe. *Informação e Qualidade. Do exercício Profissional dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau, 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5.
8. Henwood, K e Nicolson, P. *Qualitative reseach. The Psychologist*. 1995.
9. Yin, R. *Estudo de caso- Planejamento e métodos*. [trad.] Daniel Grassi. 3ª Edição. Porto Alegre : Bookman, 2005. ISBN 85-363-0462-6.
10. Strauss, a e Corbin, J. *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2ª Edition. California : SAGE Publications, 1998.
11. Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª. Porto Alegre : Artmed, 2008. 978-85-363-1043-5.

AUTORES/AUTHORS:

Walter De Caro, Monica Brancorsini, Anna Rita Marucci, Julita Sansoni

TÍTULO/TITLE:

Metabolic syndrome: Clinical studies on effectiveness of therapeutic nursing interventions

INTRODUCTION

Metabolic Syndrome (MS) is defined in the clinical setting, a combination of medical disorders, a situation of high cardiovascular risk (RCV), which includes a number of risk factors and symptoms that occur simultaneously (Alberti, 2008)

There are different defining criteria for metabolic syndrome set out by different sources and association – but the frequently used is a definition of WHO and of IDF - International Diabetes Federation.

Metabolic Syndrome affects one in five people in the United States and prevalence increases with age. Some studies have shown the prevalence in the USA to be an estimated 25% of the population and similar data was showed in most of European countries and in Italy especially in the South (Colle, 2008)

The lack of a comprehensive approach is certainly among the causes of poor incisive interventions in the prevention and treatment of patients with MS.

The purpose of this study is to be able to demonstrate that the nurse manager has with the specialized training is to improve advanced knowledge and skills that would enable it to manage the complexity of MS clinical nurse specialist and arrange-hospital clinics, ensuring that so the continuity of care.

Objective

The aim of this randomized controlled trial was to compare the efficacy of a personalized intervention educational managed by a nurse manager (experimental group) compared to general information on healthy diet provided by the medical practitioner (the control group), in about six months of treatment. It was achieved through the monitoring of the main anthropometric parameters used in clinical practice (CV and weight, BMI), laboratory parameters and the estimation of overall cardiovascular risk.

Nurse in this study has three principal roles: the purely technical linked to performance of some instrumental tests to define the risk profile of the patient, the health educator to focus on counseling to inform, address, and intervention on disease progression and a role of psychological support to both the patient and the family.

For a better risk stratification is useful to measure the ABI (ankle brachial index) and of IMT Intima-media thickness (Male et al, 2007).

Health education also means educating the patient to self-weight, blood pressure, blood glucose, preparing to face their illness with greater awareness and giving a degree of responsible autonomy (Cassel et. Al., 2007).

The nurse, then, plays a role of psychological support, as well as necessary to encourage and implement changes in lifestyle, even to address the psychological pain that commonly accompanies chronic metabolic diseases.

The nurse and the patient work together to find answers to the needs of support expressed by the patient, this will feel supported, accepted, understood and valued. The nursing profession is moving in so doing, to overcome the biomedical paradigm, while highlighting the most specific of nursing, that of the load and take care of the person from him, with him and with its primary networks.

METHODS

It was selected a sample of enrolling 60 patients of both sexes, aged between 30 and 70 years, with a clinical diagnosis of metabolic syndrome. The sample size calculation was performed with the T-test, considering: A weight-difference between the two groups after the 'intervention' > 7Kg with a standard deviation between groups = 10%, A probability-of 'type I error' = 0.05, a statistical power 1-beta = 0.90

This resulted in a sample of 19 subjects per group.

Patients were identified among those who presented consecutively on Day Service Metabolic Diseases, Department of Experimental Medicine of the "Policlinico Umberto I" Roma for one visit between February 2010 and May 2010. Of these, 10 patients were excluded because they did not fit the eligibility criteria, while 1 refused to participate. The study was then conducted on 42 patients.

Inclusion criteria permit including subjects of both sexes, aged between 30 and 70 years, which have signed the informed consent and with the metabolic syndrome, defined by the criteria of International Diabetes Federation (IDF) in 2006.

Were excluded from the study patients with diseases that could interfere with proper performance of the study and interpretation of results. Exclude were patients with Uncontrolled diabetes or other endocrine diseases, History of chronic liver disease, kidney and respiratory disorders, Unstable cardiovascular disease or recent cardiovascular events, Neoplastic diseases, Autoimmune or inflammatory disease and chronic, Eating disorders or depression. The subjects included was explained in detail the organization and purpose of the study. All patients signed informed consent. Following random assignment, they were divided into two groups, each of 21 subjects. This randomization was performed by a person not involved in the study through the use of sequences of random numbers generated by a SPSS 16 for PC. All subjects underwent both before the beginning of treatment to six months after randomization, a clinical examination, detection of the main measures anthropometric tests, laboratory tests and some instrumental tests such as measuring the ABI and IMT. Patients also were asked to complete a questionnaire on health-related quality of life (SF36) to assess the subjective perception of health status. Finally, based on the results of laboratory tests, it was estimated the overall cardiovascular risk, using risk charts of the Heart Project.

The experimental group was treated, adding to the traditional approach, with a path of counseling and therapeutical education managed by a nurse..

Each patient was provided specific information on metabolic syndrome and related cardiovascular risk, in order to make the patient aware of his current state of health. For each one was built a customized meal plan, making changes to the standard diet prescribed.

It was agreed with each patient a physical reconditioning program which provides for a gradual increase in physical activity, they were encouraged to practice regular physical activity (taking the stairs instead of taking the elevator, park further away from the usual place of work, etc.) by reducing the time spent on sedentary activities. Patients randomized to the experimental group were contacted by telephone to 15 days after randomization. Later they were seen every month. During the follow-up visits, each patient was measured and has been reinforced behavioral therapy.

Control group were given advice on healthy diet by following the guidelines for healthy eating Italian, (INRAN 2003) by the practitioner, accompanied by the prescription of a diet standart. These patients were reviewed by medical specialists to three and six months after randomization.

The study involved administering a questionnaire to patients on quality of life and run some blood tests and instrumental non-invasive investigations. In addition, the two groups, despite being followed by both clinical point of view by the medical practitioner, were treated with different interventions.

For these reasons the validity of the study was previously requested the opinion of the Ethics Committee of Policlinico Umberto I. This Committee has expressed a favorable opinion (Protocol No. 5842/2009).

RESULT

The study was conducted on 42 patients who were randomized into two groups of 21 subjects each, respectively for the experimental group and the control group. One patient in the control group was lost to follow-up for a change of residence.

The analysis of the T-Test confirmed that there are no statistically significant differences ($P < 0.05$), so there is good comparability between the two groups. Regarding the risk factors present in the population studied included central obesity, pre-requisite for the IDF definition of metabolic syndrome, were evaluated the presence of hypertension, type 2 diabetes, dyslipidaemia and cigarette smoking. An analysis of the prevalence of risk factors present in the two groups did not observe statistically significant differences. The percentage changes of the variables considered in the study six months after interventions shows that with the exception of HDL cholesterol, for all other variables, there was a statistically significant difference between the experimental and control groups.

After six months of intervention, patients in the experimental group showed a significant reduction in body weight (- 8.3), body mass index (-8.1), waist circumference (-5.9), HOMA (- 39.5), glucose (-12.3), total cholesterol (-8.8), tridiceridemia (-15.1), the systolic and diastolic (-9.5) and the risk index (- 28.8). Has not observed any significant change in patients in the control group and most of the changes were significantly lower than in the experimental group. Adherence in the experimental group was 73% and 10% of the control group.

The results of the QoL questionnaire is administered at baseline and after six months of intervention, are shown in the following tables. The measure of quality of life conducted in this study, using the SF36 questionnaire. As appears from the data, the experimental group has significantly better data in three of the constructs of the questionnaire: Physical Health, General Health and Vitality. The internal consistency Conbrach Alpha. result was 0.868 and 0.910.

CONCLUSIONS and IMPLICATION

The data obtained allow us to make some considerations.

The relevance of the educational context of nursing care is a real opportunity for developing the profession in health care system. The nurse must be able to read the socio-health of the country, monitor them over time and be able to produce knowledge through research, use this knowledge in clinical practice and thus be able to make organizational changes and influence on health policy in the country.

We believe that the results of this study could have important implications for the nursing profession.

In clinical practice, this study could be the starting point for the identification and design of better prevention strategies in patients with MS, the prospect of improving public health, but also for the 'actual allocation of the consultant role, in education, hospital and community

The anticipated positive effect is the creation of a system that allows cardiovascular prevention such as Early identification of individuals at high risk and enable periodic screening campaigns through the use of IMT and ABI index; provide the physician and the specialist information for improving the effectiveness and appropriateness of its intervention, ensure total care of the patient and appropriate responses to the new needs of the population of nursing, to promote self-healing processes in people, thus contributing to the processes of empowerment of the citizen.

It could be also a key element of the process of continuity of care. The problem of continuity of care is very complex and requires a revision of the hospital and territorial social assistance.

The community nursing may be the basis for a new model of care planning, based relational approach can overcome the simple production techniques and performance-oriented care towards a global response.

Given the increasing importance that will be assuming the role of nursing education in the coming years in order to ensure the continuity of quality care and a reduction in health expenditure in the current health care systems such as those increasingly characterized by the prevalence of chronic- degenerative diseases, we can assume that the resulting enhanced its educational function.

The results of this study show as would be desirable to conduct similar research on a larger sample population and thus confirm the obtained data.

We think that prevention reduce health care costs and is useful for an healthy life. And nurses have to lead the change of health system.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alberti KG, Zimmet P, Shaww J. Metabolic syndrome a new world-wide definition. Lancet 2005; 366: 1059-1062.

Allen K, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patiens with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. Am Heart J . 2002; 144: 678-676.

- Cassells HB, Haffener SM. The metabolic syndrome: risk factors and management. *J Cardisc Nurs.* 2006; 21: 306-313.
- Carica F, Corsonello A, Apolone G, Mannucci E, Luccheti M, Bonifiglio G, et al. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the Quovadis Study. *Int J Obes.* 2007.
- Colle B, Brusaferrero S. Prevenzione cardiovascolare. Riduzione del rischio cardio-vascolare: risultati e prospettive di un progetto. *Annali di Igiene.* 2008; 3: 43-48.
- Dalal H, Evans PH, Campbell JL. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BJM.* 2004; 328: 693-697.
- Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomized trial of nurse led clinics in primary care. *Heart.* 2008; 80: 447-452.
- Hiatt WR. Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. *N. England J Med.* 2001 ; 344: 1608-1621.
- Isomaa B, Almgren P, Tuomi P, Forsen B, Lahti K, Nissen M, Taskinen MR, Groop L. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24:683-689.
- Male S, Coull A, Murphy-Black T. Correlation of ankle-brachial index values with carotid disease, coronary disease, and cardiovascular risk factors in women. *J cardiovascular Nurs.* 2007; 22: 436-439.
- Tankova T, et al. Education and quality of life of diabetic patients, *Diab Nutr Metab.* 1999; 12: 208-214.
- Tonstad S, Alm CS, Sandvik E. Effect of nurse counseling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomized controlled trial. *EUR J Cardiosc Nurs.* 2007; 6: 160-164.
- Nicolucci A. L'uso dei questionari sulla qualità della vita. *Giornale Italiano Diabetol Metab.* 2006; 26: 154-159.
- Tse MM, Yuen DT. Effects of providing a nutrition education programme for teenagers: dietary and physical activity patterns. 2009; 11: 160-165.

AUTORES/AUTHORS:

Sukhpal Kaur, Lata Mandal, Priya Nair, Narinder Kaur, Pragya Pathak, Anil Bhansali

TÍTULO/TITLE:

Awareness among patients with T2DM regarding the disease at a tertiary care referral centre

Introduction

Diabetes is a worldwide epidemic. Because of urbanization and change in life style, its incidence is increasing. It is estimated that more than 180 million people worldwide have diabetes. This number is likely to be more than double by 2030. In developing countries the number of people with diabetes will increase by 150% in the next 25 years. At present, India is considered as the diabetic capital of the world. There are approximately 3.5 crore diabetics in India, and this figure is expected to increase approximately up to 8 crore by 2030. 1-3 However, currently recent data from China scores over India and estimated population of subjects with diabetes around 92.4 million.⁴

Diabetes being a chronic and costly disease is an important public health problem. It is associated with high morbidity and mortality rate. Proper management requires patients to be aware of the nature of the disease, its risk factors, its treatment and its complications. Patient education is a key component to diabetes management. It is regarded as an essential part in diabetes care as it enables people with diabetes for self-care.^{5,6} The American Association of Diabetes Educators have outlined seven self care behaviours as the Diabetes Self-Management Core Outcomes measurements which include being active; eating; medication taking; monitoring blood glucose; problem solving especially for low blood glucose levels, and sick days; reducing risks of diabetes complications; and living with diabetes.⁷

The current study attempts to assess the awareness of various aspects regarding diabetes in patients attending Endocrinology OPD of a tertiary care hospital.

Patients and methods

The study was conducted in the Diabetic of Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India. Using purposive sampling technique, a total of 200 diagnosed T2DM patients were included in the study. After obtaining informed consent, the pretested questionnaire consisting of 40 items was administered to the participants. Each item was scored for correct response. Score 1 was given to the correct response and 0 to 'incorrect' and 'do not know' response. Information was obtained regarding the demographic variables, presenting symptoms of diabetes, and awareness of the subjects regarding the disease. The knowledge score was categorized as 'poor', 'average', 'good', 'very good', and 'excellent' as per the scores obtained by the subjects in various parameters of the disease under study i.e. <50%, 51-60%, 61-75%, 76-90%, and >90% respectively. Pearson's correlation was applied to examine the association amongst the demographic variables and the knowledge score of the subjects.

Results**Demographic characteristics of the subjects**

Mean age of the subjects was 54.2 ±1.2 yrs with the range of 16-80 yrs. More than half (54.5%) were in the age group of 41-60 yrs, female (52.5%) and belonged to urban locality (50.5%). 70% were Hindu by religion. Majority were married (96.5%).

Symptoms at onset of diabetes

Mean age (yrs) of the subjects at the onset of diabetes was 54.2±1.2 with the range of 12-77 yrs. 43.5% reported polyuria as the presenting symptom of diabetes. It was followed by tiredness and excessive thirst by 39% and 37% of the respondents respectively. 27% were asymptomatic at the time of diagnosis. Delayed wound healing and pruritis vulvi were reported by 12% and 6.5% patients respectively. 45.5% had family history of diabetes.

Mean knowledge score

The maximum attainable score was 40. The mean knowledge score of the subjects was 26.0 ± 8.9 with the range of 3 to 39. More than half of the subjects had score in the category of 'good' and 'very good'. 10% could attain the excellent knowledge score i.e. more than 90%.

Knowledge score regarding diabetes as per the demographic variables

There was a significant correlation of knowledge score with gender, education, and family history of diabetes. ($r = -0.19, 0.29, \text{ and } -0.21, p < 0.05$ for all).

Knowledge of the subjects regarding risk factors and etiology of diabetes

More than half of the subjects were aware that an individual is prone to develop diabetes if there is a family history of diabetes (56.5%) and if the person is overweight (58.5%). Around 60% responded that diabetes develops because of either deficiency of insulin in the body (59%) or more consumption of sweets (61%).

Knowledge of the subjects regarding signs and symptoms and investigation of diabetes

Majority were aware of the signs and symptoms of diabetes. Frequent urination was correctly answered by 86.5% subjects. It was followed by tiredness (82.5%) and excessive thirst (81%). The range for fasting blood glucose levels in healthy subjects was known to 60% subjects; however 43% rightly responded regarding the post prandial blood glucose levels. Majority was aware regarding the routine investigations like checking the blood pressure (89.9%), eye check up (89.9%), urine testing (84%), and blood cholesterol level (82.5%) which should be regularly done by a diabetic patient.

Awareness of the subjects regarding insulin use

50% responded that insulin injection should be taken half an hour before meal and only 29% were aware that site of insulin injection should be rotated for better effect of the drug. 63% answered that insulin should be stored in fridge and only 37% were of the opinion that temperature of insulin should be checked before taking the insulin injection.

Awareness regarding signs and symptoms and management of hypoglycemia

Regarding signs and symptoms of hypoglycemia, 64% answered as dizziness, however loss of consciousness and slurred speech were reported by 58.5% and 47.5% respectively. About the management of hypoglycemia 71.5% subjects were of the opinion that one should take glucose or juice; however 60% reported that one should eat chocolate or biscuits.

Awareness of the subjects regarding food and role of exercise in diabetes

More than 80% were aware that all eatables containing starch e.g. rice, pasta, bread, potato etc, and sugar affect the blood glucose level. Only 34.5% responded that fresh fruit juices even without sugar should be consumed in limited quantity only. 80% subjects rightly responded that exercise help to reduce the blood glucose level.

Awareness of the subjects regarding foot care

80.5% believed that one should get the foot checked up at regular interval and should wear the soft shoes. 74.5% were aware that toe nails should be cut straight.

Discussion

Treatment of any disease in today's context needs to start with patient education as well as information of expected outcomes, side effects, and alternatives available etc. This become more pertinent to chronic incurable diseases like diabetes, hypertension, coronary artery disease, bronchial asthma and rheumatoid arthritis etc. a few to mention. Patients need to understand the nature of the disease, the treatment modalities being used and the future prospects of the illness.

General awareness of DM

Diabetes can be well managed and its complications can be prevented by increasing awareness of the disease amongst the patients.

Patients with diabetes mellitus often lack sufficient knowledge about their disease and thus frequently have poor self-management skills. In the current study around half of the subjects were in the good and very good category of knowledge score. The patients were asked more of the general questions. An attempt was made to assess the knowledge regarding the risk factors, etiological factors, signs and symptoms, the common investigations the diabetic patient should be undergoing, use of insulin, signs and symptoms and management of hypoglycemia, awareness regarding food, the role of exercises in the management of diabetes, and their knowledge regarding foot care. It was observed that for the items like symptomatology of diabetes, the common investigations the patients should be undergoing, the foods affecting the blood glucose level, the role of exercises and the foot care, more than 75% of the subjects were aware. Though for the other items like risk factors of diabetes, etiology of diabetes, the fasting blood sugar level, the time of taking insulin injection, the storage of insulin, signs and symptoms and management of hypoglycemia, half of the subjects were aware. This could be explained by the fact that in the current study more than half of the subjects were in the age group of 41-60 years, belonged to urban locality, were educated and 45.5% had the family history of diabetes. In a study carried out in Glasgow, it was reported that as the education level rises and as the duration of diabetes prolongs the knowledge of diabetes patients increased.⁸ Similar findings have been reported from India also.⁹ The results are inconsistent with another study where only 14% of the participants had a good knowledge of diabetes.¹⁰ Hashmni et al have also reported that the general awareness of the patients regarding diabetes mellitus in their study was poor.¹¹

It is also to emphasize that all the patients were under treatment from a tertiary care hospital by endocrinologists. Though there are no structured teaching programmes for these patients, but an attempt is made to educate the DM patients in the Endocrinology OPD. It has been reported that treatment by a diabetes specialist improves treatment outcomes compared to treatment by a generalist.¹²

Risk factors and etiology of DM

Diabetes is a chronic and incurable disease and the patient has to live with the disease for the rest of his life. In this situation, he needs to have a good knowledge regarding the role of various dietary items, obesity and weight management, and importance of activity and exercise in his life. No one can learn those things by default. Awareness from media and a nice role played by various other organizations regarding information and education of common man plays an important role as far as knowledge of people is concerned. In the current study more than one third of the subjects were not knowing that obesity is a risk factor for diabetes and the role of consumption of sweets in the control of diabetes. Awareness of these factors can go a long way in the primary prevention of diabetes and other non-communicable diseases.

Now the question is that how the levels of knowledge of diabetes can be improved in our patients. The sheer number of patients and the quantum of rush in this institute tell us about the challenge facing the authorities. The number of patients seen by each resident and consultant is astronomical. It is humanly not conceivable that any meaningful chore of education can be possible in these OPDs. Constraints of manpower are there. But the loss in the form of morbidity, mortality, and man-hours lost if kept under consideration, it may turn out to be finally cost effective to depute good number of dedicated paramedical staff members well trained in diabetes and patient education. In addition to managing huge number of patients, if some more component of better quality could be added to the patient care, it will go a long way in creating a healthy society for the nation. It will also help to check the monstrous spread of epidemic of diabetes and other related non communicable diseases.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ramachandran A, Snehalatha C, Baskar AD, Mary S, Kumar CK, Selvam S et al. Temporal changes in prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance associated with life style transition occurring in rural population in India. *Diabetologia* 2004;47:860–5.
2. King H, Aubert RE, Herman W. Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care*. 1998;21:1414–31.
3. Gupta V, Suri P. Diabetes in elderly patients. *JK Practitioner* 2002;91:258-9.
4. Yang W, Lu J, Weng J, Jia W, Ji L, Xiao J et al. Prevalence of diabetes among men and women in China. *N Engl J Med* 2010 Mar

25;362(12):1090-101.

5. Fritsche A, Stumvoll M, Goebbel S, Reinauer KM, Schmülling RM, Häring HU. Long term effects of a structured inpatient diabetes teaching and treatment programme in type 2 diabetic patients: influence of mode of follow-up. *Diabetes Res Clin Pract* 1999; 46(2):135–41.
6. Nicolucci A, Ciccarone E, Consoli A, Di Martino G, La Penna G, Latorre A et al. Relationship between patient practice-oriented knowledge and metabolic control in intensively treated type 1 diabetic patients: results of the validation of the Knowledge and Practices Diabetes Questionnaire. *Diabetes Nutr Metab* 2000; 13(5):276–83.
7. Mulcahy K, Maryniuk M, Peeples M, Peyrot M, Tomky D, Weaver T et al. Diabetes self- management education core outcomes measures. *The diabetes Educator* 2003; 29(5): 768-803.
8. Baradaran H, Knill-Jones R. Assessing the knowledge, attitudes and understanding of type 2 diabetes amongst ethnic groups in Glasgow, Scotland. *Practical Diabetes Int* 2004;21(4):143-8.
9. Shobana R, Premila L, Shyamala P, Mohan V, Ramachandran A, Viswanathan M. Assessment of background knowledge of diabetes mellitus in diabetic patients. *Jour Diab Assoc India* 1987; 29: 70 - 73.
10. Rafique G, Shaikh F. Identifying needs and barriers to diabetes education in patients with diabetes. *J Pak Med Assoc.* 2006 Aug;56(8):347-52.
11. Hashmi NR, Manzoor I, Daud S. Diabetes mellitus: Awareness among individuals attending out patient department of Ghurki Trust teaching hospital. *Professional Med J* 2008; 15(1): 96-100.
12. Zgibor JC, Songer TJ, Kelsey SF, Weissfeld J, Drash AL, Becker D et al. The association of diabetes specialist care with health care practices and glycemic control in patients with type 1 diabetes: a cross-sectional analysis from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes Care* 2000;23:472–6.

Mesa de comunicaciones 16: Práctica Clínica**Concurrent session 16: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Fernando Núñez Crespo, Gema Martín Merino, Tomás Sebastian Viana, • José Miguel González Ruiz, • María Rosa García Martín, Carmen Gloria Nogueira Quintas, Isabel Lema Lorenzo, Eva Velayos Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

La realidad de las flebitis: Concordancia de la incidencia observada con la registrada

En la práctica diaria de la atención especializada los dispositivos intravenosos están muy presentes para la administración de líquidos, medicaciones, nutrientes y componentes sanguíneos. El empleo de estos dispositivos no está exento de efectos adversos, tal como se recoge en la bibliografía. Los dispositivos intravasculares son en la actualidad la causa más frecuente de infecciones del torrente sanguíneo vinculadas directamente con los cuidados dispensados. Estos cuidados van desde el lavado de manos y la realización de una técnica de inserción aséptica en la colocación del dispositivo, hasta la elección del tamaño del dispositivo, su ubicación, la forma de administrar medicación o su retirada y/o sustitución

La presencia de efectos adversos vinculados a dispositivos intravasculares, conduce a un aumento de la estancia hospitalaria, un mayor coste de los cuidados y a empeorar el estado de salud del usuario. Siendo el efecto adverso más frecuente: la flebitis. También es el que ha sido objeto de estudio, existiendo datos que muestran que entre el 10% y 30% de los pacientes portadores de catéteres periféricos pueden presentar flebitis. Estos datos son menores conforme los estudios son más recientes y se adoptan prácticas basadas en la evidencia.

En el Estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS) se muestra el porcentaje de flebitis en respecto al total de Efectos adversos en relación con el tamaño del hospital, encontrándose rangos entre 10, 7% y 14 %. También se muestran los resultados detallados por especialidades médicas y quirúrgicas con rangos entre 13,6 %y 10,2% del total de eventos adversos encontrados en el estudio.

Sin embargo todos estos estudios se basan en datos de registros, que han sido rellenados por profesionales de enfermería. Estos registros permite una aproximación al problema, sin embargo para acercarnos a la realidad es necesario escuchar al paciente. En el estudio se ha pretendido conocer que es lo que realmente ocurre y se han obtenido datos de pacientes, mediante entrevista personal.

Los dos objetivos principales que se han planteado son:

- Conocer la incidencia real de flebitis en accesos vasculares periféricos.
- Analizar la concordancia de la incidencia de flebitis entre observación directa y registros de enfermería.

Método

En el marco del proyecto FIS PI07/0873 "Incidentes y eventos adversos relacionados con cuidados. Validación de un instrumento de medida y eficacia de la implantación de guías en la historia de salud electrónica". Se ha realizado un estudio observacional prospectivo en el que se han comparado:

- Los datos obtenidos del registro de enfermería de accesos vasculares periféricos en la Historia Clínica Informatizada (HCI). La historia clínica Informatizada utilizada ha sido Selene, herramienta que permite disponer de una historia clínica integral y multiprofesional.

- La información proporcionada por la visita de una investigadora.

La entrevista se realizaba todos los días laborables a los pacientes ingresados en las unidades de estudio. En ella se revisaba con

el paciente, si desde su anterior visita había tenido algún tipo de incidente, registrando en una base de datos elaborada a tal efecto para.

La observadora no accedía a la historia clínica y tenía instrucciones de no comentar las situaciones clínicas de los pacientes con el personal de la unidad. El seguimiento de pacientes se realizó durante 4 meses (2008 – 2009), en unidades de hospitalización médica y quirúrgica.

Los resultados se han analizado mediante estadística descriptiva e inferencial con un nivel de confianza del 95%. Se ha calculado la incidencia acumulada de flebitis y la asociación entre variables cualitativas con el test de X². Se ha realizado un estudio de concordancia índice Kappa y un estudio de validez, (análisis de sensibilidad y especificidad) de la observación directa y el registro de flebitis.

Resultados

En el periodo de estudio se realizó un seguimiento 1001 pacientes encontrando:

- En el estudio observacional: 108 pacientes con flebitis y una incidencia acumulada de 10,7%.
- En los registros de enfermería de la HCl: 140 pacientes tenían registrada flebitis y obtuvimos una incidencia acumulada de 13,8 %.

La concordancia entre las dos observaciones ha sido media, con un Kappa 0,294 con un intervalo de confianza del 95% de (0,211-0,377). La validez del registro específico de catéteres en la Historia Clínica informatizada, utilizado seguimiento de la flebitis frente al patrón oro (la observación directa) ha sido: Sensibilidad del 43,52 % con un IC (33,71 - 53,33), Especificidad del 89,71 % (87,68 - 91,75) Valor predictivo positivo del 33,57 % (25,39 - 41,75) Valor predictivo negativo del 93,00 % (91,25 - 94,75). Como patrón oro se ha utilizado la observación directa.

La precisión relativa de la muestra para la sensibilidad encontrada ha sido del 9,4% y para la especificidad del 1,992%.

Discusión.

Hemos podido comprobar una gran discrepancia en el número de casos encontrados entre los registros y la observación directa. Una de las posibles explicaciones se deba al sesgo del patrón oro al solo visitar a los pacientes los días laborables en turno de mañana. Esto excluye los fines de semana y ha podido influir sobre el resultado final. Sorprende que no llegue al 50% la coincidencia de los dos estudios y que sea mayor la incidencia en el registro que en el patrón oro. Todo ello hace que sea necesario revisar los criterios de lo que se considera flebitis y los problemas de registro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Arrazola Saniger M, Lerma García D, Ramírez Arrazola A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. *Enfermería Clínica* 2002(12(2)):80-85.
- Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Carballo Alvarez M, Feijoo M, Llinas M. Flebitis en catéteres periféricos. (II). Un estudio. *Revista Rol de Enfermería* 2004 ; 27(9) : 594-598
- Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 2004; 8(6).
- Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf

- Gómez Higuera J. Cómo detectar la flebitis o extravasación en los tratamientos intravenosos Enfermería Científica 2002 ; 242-243 : 60-62
- The Joanna Briggs Institute. Management of Peripheral Intravascular Devices. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. 1998;2 (1): 1-6
- The Joanna Briggs Institute. Management of Peripheral Intravascular Devices. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. 2008;12 (6): 1-6
- Regueiro Pose M.A, Souto Rodríguez, B, Iglesias Maroño M, Outón Fernández I, Cambeiro Núñez J, Pertegaz Díaz S, Pita Fernández S. Catéteres venosos periféricos: incidencia de flebitis y sus factores determinantes. Revista Rol de Enfermería 2005 ; 28(10) : 661-668

AUTORES/AUTHORS:

Salvador Silva Pérez, Ana María Cazalla Foncueva, Rafael Luque Márquez, Juan Carlos Gómez Gómez, Carmen Martín Rubio, Clara Sánchez López, Dolores Carmona Anguita, Isabel Sofía Briviesca Pérez

TÍTULO/TITLE:

Bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales: Estudio comparativo ocho años después.-

La incidencia de la bacteriemia relacionada con catéteres venosos centrales (BRCVC) es un parámetro de calidad asistencial en servicios que precisan con frecuencia canalización de acceso vasculares centrales (CVC) para administración prolongada de medicación intravenosa.

El Hospital Virgen del Rocío es un hospital universitario de tercer nivel con 1400 camas. El servicio de Enfermedades Infecciosas dispone de 25 camas (22 de hospitalización general y 3 de aislamiento respiratorio con flujo inverso). En su Cartera de Servicios incluye el diagnóstico y tratamiento de infecciones graves con la necesidad frecuente de tratamiento intravenoso prolongado. Alrededor del 40% de los ingresos son pacientes con infección por el VIH, con dificultades de accesos vasculares en un elevado número de casos.

Nuestra preocupación por la BRCVC nos llevó a realizar un estudio prospectivo en 2002 para conocer sus características y su incidencia. Ocho años después realizamos un estudio de intervención, en el que evaluamos el cambio en dichas variables tras la puesta en marcha de una serie de actividades y procedimientos.

1. Objetivos.-

- Evaluar el cambio en la incidencia y en las características de las BRCVC en la planta de hospitalización del servicio de enfermedades infecciosas.

- Comparar la eficacia de nuevas intervenciones y actividades implementadas en el segundo periodo para reducir la incidencia de BRCVC en nuestro servicio. Estas medidas fueron las siguientes:
 - Utilización preferente de clorhexidina al 2% para la desinfección cutánea.
 - Programa de formación y entrenamiento de los profesionales sanitarios en higiene de manos. Uso de dispensadores de solución hidroalcohólica en habitaciones.
 - Uso de apósitos transparentes y vigilancia estrecha del punto de inserción.
 - Curas c/48-72h.
 - Seguimiento activo de todos los hemocultivos (HC) realizados en pacientes con CVC.

2. Método.-

La canalización de CVC de inserción periférica (CVCIP) se realizó por el personal de enfermería y los CVC de inserción central (CVCIC) por el personal facultativo del servicio, en la cama del paciente, y siguiendo las medidas de asepsia recomendadas por la comisión de infecciones, con excepción de los CVC femorales y los Port-A-Cath.

Realizamos un estudio prospectivo de las BRCVC ocurridas en dos periodos: periodo 1 (P1) (Enero-Diciembre 2002) y periodo 2

(P2) (Enero-Diciembre 2010) realizado como parte de la evaluación de práctica clínica.

Para ello, en el momento de la inserción del CVC se abría un registro individualizado que finalizaba en el momento de su retirada, bien por fin de indicación, malfunción o sospecha de BRCVC. En este último caso, si se retiraba el CVC, se realizaba un HC de sangre periférica (HCSP) y se enviaban los últimos 5 cm del catéter para cultivo semicuantitativo. Si se decidía mantener el CVC se obtenían HCSP y HC a través del CVC (HCCVC), en peticiones individualizadas, para el cálculo de la diferencia en el tiempo de crecimiento.

Como criterios de BRCVC se utilizaron los siguientes:

- a) con retirada del CVC: aislamiento del mismo microorganismo (especie y antibiograma) en HC de sangre periférica y en cultivo semicuantitativo de la punta (más de 15 UFC);
- b) sin retirada del CVC: diferencia en el tiempo de crecimiento de los HC obtenidos a través del CVC y de los HC obtenidos de sangre periférica superior a 2 horas.

Se consideró colonización un cultivo semicuantitativo de la punta del CVC positivo con hemocultivos negativos (1-2).

Se analiza incidencia, etiología y tipo de CVC (CVC de inserción periférica (CVCIP) y CVC de inserción central (CVCIC)). La incidencia expresó el número de BRCVC por cada 1000 días de CVC. Para ello se contabilizó el número total de días en que los pacientes portaban un CVC. Si el paciente ingresó o se trasladó a otro servicio con el CVC, sólo se contabilizaron los días de permanencia en nuestra planta.

Para evitar que alguna BRC hubiese pasado inadvertida, realizamos un seguimiento de todos los hemocultivos realizados a pacientes portadores de CVC independientemente de su finalidad.

La reducción de la BRC fue considerada un objetivo de gestión del servicio y su consecución se vinculó a incentivos económicos.

3. Resultados.-

En el periodo 1 se siguieron 92 CVC (41,3% CVCIP; 58,7% CVCIC) correspondientes a 62 pacientes (13,75% de los ingresos). En el periodo 2, 163 CVC (50,3% CVCIP; 49,7% CVCIC: 63 subclavias; 13 portales; 5 femorales) en 138 pacientes (28,04% de los ingresos).

A lo largo del periodo 1 se diagnosticaron 4 BRCVC causadas por los siguientes microorganismos: 1 *S. epidermidis*, 1 *S. aureus*, 1 *P. aeruginosa*, 1 *E. cloacae*) durante un total de 1.152 días de CVC que supuso una incidencia de BRCVC de 3,47 BRC/1000 d.

En el periodo 2 se diagnosticaron 5 BRCVC, 4 de ellas originadas en nuestro servicio y causadas por los siguientes microorganismos: 1 *S. epidermidis*, 1 *E. faecalis*, 1 *E. faecium*, 1 *C. parapsilosis*, durante 2.513 días de CVC (15,4 días de promedio) con una incidencia de BRCVC de 1,59 BRC/1000 d. Esto representó un descenso del 54% en la incidencia de BRC en el segundo periodo respecto al primero.

La incidencia fue diferente dependiendo del tipo de CVC: CVCIP 0,81; subclavia 1,90; portales 5,61; femorales 0.

En el primer periodo se diagnosticaron 3 colonizaciones CVC causadas por *S. epidermidis* en 2 casos y 1 *S. haemolyticus* en uno, y en el segundo periodo 4 causadas por *S. epidermidis* 1 caso, *Enterobacter spp* 1 caso, *C. albicans* 1 caso y *A. baumani* 1 caso.

En el segundo periodo hubo 12 sospechas de BRCVC no confirmadas y una BRCVC por *E. coli* que se originó en un catéter canalizado en UCI y cuya presentación clínica se inició en ese servicio, confirmándose posteriormente en el servicio enfermedades infecciosas. Durante el periodo de estudio se realizaron 71 HC en pacientes portadores de CVC, por sospechas distintas a la BRCVC. De ellos el 19,7% fueron positivos. Los aislamientos estuvieron relacionados con la patología que motivó el ingreso de los pacientes.

4. Discusión.-

Los catéteres venosos son imprescindibles en la práctica médica actual. Sin embargo, constituyen una potencial fuente de infección y pueden ocasionar complicaciones locales y sistémicas. Una reciente revisión sitúa la tasa de incidencia de BRC entre 0.5 para catéter venoso periférico, 1.6 para CVC de larga duración, 1.7 para catéteres arteriales, 2.1 para CVCIP y 2.7 para CVCIC de corta duración (3).

Algunos estudios han encontrado que la mortalidad atribuible de la BRC oscila entre el 12-25% (4,5), sin embargo, otros no confirman este dato. En cambio, si está bien establecido que la BRC produce un aumento de morbilidad y de costes sanitarios (6).

La contaminación del CVC, por insuficiente asepsia durante el procedimiento y por su manipulación posterior, son dos de los mecanismos relacionados con BRC. Recientemente se han publicado recomendaciones de manejo y prevención de las BRC encaminadas a reducir su incidencia y a su diagnóstico precoz (7-8). El lavado de manos sigue siendo la medida más eficaz para la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Las soluciones de base alcohólica han demostrado su utilidad para este fin (9). Varios estudios la antisepsia cutánea con gluconato de clorhexidina a diversas concentraciones (0,5 y 2%) reduce las tasa de colonización y BRC cuando se compara con povidona yodada al 10% (10,11). Por ello, consideramos que la difusión de un programa de higiene de manos con colocación de dispensadores de solución hidroalcohólica en la habitación para facilitar su uso frecuente y la desinfección cutánea con clorhexidina podrían ser dos medidas de especial relevancia para la reducción de la incidencia de BRCVC.

No se ha demostrado diferencias en las tasas de BRC cuando se compara el uso de gasas y apósitos transparentes de poliuretano para cubrir el punto de inserción del CVC (12,13) sin embargo, éstos permiten la inspección continua de la inserción del catéter sin necesidad de manipulaciones innecesarias.

Nuestra preocupación por la BRC nos llevó a realizar un primer estudio que demostró una incidencia intermedia que podía mejorarse mediante la implantación de un conjunto de medidas sencillas con las que logramos reducir un 54 % de la incidencia de BRCVC, a pesar de un aumento en el tiempo de permanencia de los CVC, condicionada por una mayor adherencia a las medidas de asepsia y vigilancia.

Asistimos a un cambio en el espectro etiológico de la BRCVC en nuestro servicio. Como era de esperar, se reduce la presencia de la flora cutánea y aumenta la incidencia de otros patógenos nosocomiales. Si se mantiene esta tendencia nos obligaría a reconsiderar el tratamiento empírico y diseñar nuevas estrategias para el control de factores de riesgo relacionados con los mismos.

El seguimiento de todos los HC obtenidos en pacientes portadores de CVC es una estrategia no explorada, pero creemos que tiene

una gran utilidad, pues permite detectar BRC posibles que hayan podido pasar desapercibidas, lo que podría provocar un descenso erróneo de la incidencia de BRC. En nuestro trabajo revisamos todos los HC e intentamos correlacionar los HC positivos con la patología del paciente, descartando posibles complicaciones vasculares en los días siguientes a la extracción del HC.

Consideramos que la vinculación de objetivos asistenciales de calidad a incentivos económicos, representa un elemento fundamental de estímulo para la implantación y mantenimiento de los programas de control de la infección nosocomial. La realización del estudio y la reducción de la incidencia de BRCVC fue uno de los ítems que se utilizó para el cálculo de la productividad variable correspondiente a 2010, y se había incluido como objetivo individual de los miembros del servicio.

El análisis periódico de los resultados de nuestra práctica clínica nos permite identificar áreas de mejora como parte del Plan de Calidad de nuestra Unidad, dentro del Mapa de Riesgo, para la consecución de la excelencia en los cuidados médicos y enfermeros. Estas áreas de mejora propuestas son el uso exclusivo de clorhexidina en las curas de los CVC, curas fijas cada 48h y realización de HC del CVC en todos y cada uno de los episodios en los que exista sospecha de BRC.

El estudio del cambio de espectro etiológico nos permite, en algunos casos, prevenir o anticipar el posible tratamiento antibiótico logrando descender la incidencia y la gravedad de la BRC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maki DG, Weise CE, Sarafin HW. A semiquantitative culture method for identifying intravenous-catheter-related infection. *N Engl J Med.* 1977; 296:1305–9.
2. Bouza E, Alvarado N, Alcalá L, et al. A prospective, randomized, and comparative study of 3 different methods for the diagnosis of intravascular catheter colonization. *Clin Infect Dis.* 2005; 40:1096–100
3. Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. *Mayo Clin Proc* 2006 Sep;81(9):1159-71.
4. Arnow PM, Quimosing EM, Beach M. Consequences of intravascular catheter sepsis. *Clin Infect Dis* 1993 Jun;16(6):778-84.
5. Soufir L, Timsit JF, Mahe C, Carlet J. Attributable morbidity and mortality of catheter-related septicemia in critically ill patients: a matched, risk-adjusted, cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999 Jun;20(6):396-401.
6. Warren DK, Quadir WW, Hollenbeak CS, Elward AM. Attributable cost of catheter-associated bloodstream infections among intensive care patients in a nonteaching hospital. *Crit Care Med* 2006 Aug;34(8):2084-9.
7. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009 Jul 1;49(1):1-45.
8. Bouza E, Liñares J. Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a CIV. *Procedimientos en Microbiología Clínica.* Editores: Cercenado E, Cantón R. SEIMC 2004.
9. Mimoz O, Karim A, Mercat A, et al. Chlorhexidine compared with povidone-iodine as skin pre-preparation before blood culture: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999; 131:834–7
10. Chaiyakunapruk N, Veenstra DL et al. Chlorhexidine Compared with Povidone-Iodine Solution for Vascular Catheter-Site Care: A Meta-Analysis. *Ann Intern Med* 2002;136:792-801.
11. Vallés J, Fernández I, et al. Prospective Randomized Trial of 3 Antiseptic Solutions for Prevention of Catheter Colonization in an Intensive Care Unit for Adult Patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:847-53
12. Hoffman KK, Weber DJ, Samsa GP. Transparent polyurethane film as an intravenous catheter dressing: a meta-analysis of the infection risk. *JAMA* 1992; 267:2072-6

13. Gillies D, O'Riordan L, Carr D. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003827

Mesa de comunicaciones 17: Profesión/Gestión**Concurrent session 17: Nursing Profession/Management****AUTORES/AUTHORS:**

Léia Alves Kaneto, Jessica Yumi Matuoka, Camila Forni Antunes, Angela de Lima Silva Pujol, Maria Julia Paes da Silva, Monica Martins Trovo de Araujo

TÍTULO/TITLE:

THE LIMIT OF THE NURSE'S INVOLVEMENT WHILE CARING FOR THE INDIVIDUAL IN PAIN AND SUFFERING

OBJECTIVES: To identify how nurses establish their own limit of emotional involvement while caring for the individual in pain and suffering, and to understand factors influencing how these limits are determined.

METHODOLOGY: A qualitative, descriptive, transversal study carried out at the University Hospital of the University of São Paulo, Brazil. Twenty-six nurses working in the following units were interviewed: Intensive Care, Semi-Intensive Care, Medical and Dialysis, which were considered units where nurses spend the longest periods of time in contact with patients. Data were collected by means of semi-structured interviews and analyzed using Content Analysis, as described by Bardin.

RESULTS: Four categories emerged from the speeches: two of them point to the multiple dimensions of suffering – the patient's and the nurse's; the third of them deals with the health care professional's own suffering as a limiting factor for his/her involvement, and the fourth of them addresses the barriers for this involvement. Data made it possible to identify that most of nurses reach their limit when they realize that their involvement is harming both their professional caregiving and their personal life. Factors influencing how this limit is established relate to the patient's verbalization ability, the professional's identification with the lived situation, the nurse's time of work experience, the prognosis of disease and patient's age.

DISCUSSION: Results point to the need to create spaces for psychological support so that the professional can elaborate his/her feelings and reflect on his/her relationship with the patient. The present study may contribute to the reflection of professionals involved in caregiving and offer theoretical elements to incorporate practices that can contribute to a better quality involvement with the patient. Due to the lack of research projects in this area, we draw attention to the importance of conducting comparative studies on this theme at institutions dealing with different scenarios, this being a limitation of the present study.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Filizola CLA, Ferreira NMLA. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito? Rev Latino-Am Enferm. 1997; 5(spe):9-17.
2. Travelbee, J. Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Washington: Organizacion Panamericana de Salud; 1979.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª Ed revistada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2008.
4. Ferreira PJO. Cuidando profissionalmente do ser humano em vigência de dor: uma abordagem compreensiva. In: Leão ER, Chaves LD. Dor: 5º Sinal Vital – Reflexões e intervenções de enfermagem. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. p.18-30.
5. Cassorla RMS. Esteja ao meu lado [Prefácio]. In: Kóvacs, MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003. p. 13-9.
6. Pitta, AM. Hospital: dor e morte como ofício [Prefácio]. São Paulo: Hucitec. 1990. p. 17-22.
7. Kóvacs, MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP. 1 Edição; 2003. Os profissionais de saúde e educação e a morte; p. 23-70.
8. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. Rev Bras Enferm. 2007; 60(3):257-62.

AUTORES/AUTHORS:

Tina Vandecasteele, Karen Versluys, Evy Vandenberghe, Ruth Piers, Elsie Decoene, Myriam Deveugele, Mieke Grypdonck, Nele Van den Noortgate

TÍTULO/TITLE:

The lived experience of family members of older cancer patients during a treatment with chemotherapy and/or radiotherapy

Objectives

Studies on the impact of cancer on the relatives of older cancer patients are scarce. This knowledge is necessary in order to support both patients and relatives in dealing with the disease and the consequences of the oncological treatment. The present study aims to use a contextual approach to get a better understanding of the lived experience and needs of the relatives of older cancer patients.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with 19 relatives of older (70-86 years) patients with cancer (spouses and children). All the patients, recruited within a university hospital, underwent an ambulant oncological treatment. Interviews were transcribed and analysed according to the constant comparative method and other aspects of the Grounded Theory approach.

Findings

Analysis reveals how relatives seem to experience a 'summoning' to take care of the patient. By seeing the situation of the patient, there is a feeling of personal responsibility for being there and taking care. Hence several informal caregivers appear to derive meaning from taking care of the older patient. In most relatives, taking care of the older patient is a continuation of an already existing pattern of care. For instance because of existing comorbidities. Their care is characterised by its continuous, unceasing nature which is especially present in spouses. Because of the oncological treatment and its side effects, the informal care covers additional areas of cancer patients' needs, for instance the medication regimen, monitoring side effects, transporting the patient to the hospital, etc. An important stressor for relatives is experiencing powerlessness and being a passive observer to the suffering or the emotional problems of the patient. Caring relatives also find it difficult to outline their own needs and ask for help or attention of professionals. Their only criterion for qualitative professional care is the knowledge that the patient is taken well care of. Nevertheless, knowing that professional help is possible whenever they would need it, reassures them.

Discussion and implications for practice

Professional caregivers can be inspired by the committed informal care of the relatives. This care is often imbedded in existing patterns of care and professionals should be aware of the additional care needed because of the disease or the oncological treatment. Moreover as informal caregivers also find it difficult to outline their needs; proactive, approachable and individualized care from professionals is needed. Furthermore, it is important to determine what 'respite care' or the care that would provide a temporary relief for the relative, would mean.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Tina Vandecasteele (tina.vandecasteele@ugent.be) (a), Karen Versluys (a), Evy Vandenberghe (a), Ruth Piers (a), Elsie Decoene (b), Myriam Deveugele (c), Mieke Grypdonck (d), Nele Van Den Noortgate (a).

- a. Department of Geriatrics, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium
- b. Department of Medical Oncology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium
- b. Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, Ghent, Belgium
- c. Department of Social Health and Nursing Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, ETIL SELIN CIZMECIYAN, GAMZE KAYA, ZUHAL BASARAN, FATMANUR SAHIN, SEVIM DURSUN

TÍTULO/TITLE:

Pain Levels of Orthopedic Surgery Patients and Pain Perceptions of Their Relatives and Nurses

Introduction: Pain is a universal subjective experience that the human beings try to describe for centuries. International Association for the Study of Pain (IASP) defined the pain as "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage." (Eti-Aslan, 2002; Cocelli et al, 2008; Herr et al, 2006).

The severity of the pain stimuli isn't enough to explain the pain perception alone. Gender, age, culture and demographic characteristics, the way the individual describes his/her pain and other psychosocial factors may also affect pain perception (Kuguoglu, 2006).

The general vision of algologists is that the pain is a subjective phenomenon and McCaffery underlines that pain is "whatever the experiencing person says it is, and exists wherever he says it does". Subjectivity of pain affects its assessment. Therefore, the patient's own pain score is essential. However it should be remembered that there are patients who have difficulties on scoring pain his/her pain level like children or patients with mental disorders. In addition; unconscious patients and the ones who can't verbally communicate are also not able to score their pain levels. In situations like this, the nurse should score the patient's pain level and this brings the question that the nurse has prejudgments about pain or not (Kugulu, 2006; Eti-Aslan, 2002).

There are several studies which investigate the difference between patients and their nurses on pain scoring; and all of the studies reports that the pain score guesses of the nurses were significantly lower than the patients' own pain scores (Gunningberg and Idvall, 2007; Hovi and Lauri, 1999; Puntillo et al, 1997; Idvall et al, 2005; Davoudi et al, 2008; Puntillo et al, 2003; McKinley and Botti, 1991). In the study of Calvillo and Flakerud (1993) it was found that nurses are affected by the patients' level of education, cultural origin, language and religious belief while guessing the patients' pain levels and the pain scores given by the nurses found lower than the patients.

The results of these studies bring another research question which is how the relatives of the patients who share most of the time with the patient in hospital could score the patient's pain level. In this direction; besides nurses, the relatives were also included in this study and the pain perceptions of nurses and relatives are compared.

Method: The study was carried out descriptively, in orthopedic clinics of five state hospitals in Istanbul with written permission between October 10th and December 15th, 2010. The target population of the study included the patients who had orthopedic surgery in the selected clinics. The sample included 150 patients, 150 relatives, and 50 nurses who met the sample choosing criteria. The sample choosing criteria for the patients were having post-operative pain at the moment, for the relatives; being with the patient at the moment, and for both patients and the relatives, not being disabled to communicate and see the pain scale and voluntary participation to study. Criteria for nurses were being responsible for the patients' care and voluntary participation to study. The data was collected by three questionnaires which were prepared by the researchers for patients, relatives and nurses and include questions about their demographics characteristics, pain attitudes and Visual Analogue Scale (VAS). Relatives and nurses were not allowed to see the patient's pain score. Every nurse allowed participating to the study for three times. The data was evaluated by using descriptive statistics, Mann-Whitney U, Wilcoxon Signed Rank Test, Linear Regression and Spearman's Correlation Analysis.

Results: The patients who hospitalized before had significantly higher pain scores than the patients who have never hospitalized before ($p < 0.05$). The patients who show pain behaviors had significantly higher pain scores than the patients who don't show any pain behaviors ($p < 0.05$). The pain scores of the patients who were grimacing and/or crying were significantly higher ($p < 0.05$). The pain scores given by nurses were significantly lower than patients' pain scores ($p < 0.001$), there were no significant differences found between the scores of patients and their relatives ($p > 0.05$). The correlation of the pain scores between patients and their relatives

were 0.704 ($p < 0.001$); and the correlation of the pain scores between patients and their nurses were 0.407 ($p < 0.001$). In the regression analyze; the pain scores given by the relatives can explain 52% of patients' pain score; while the scores given by the nurses explain only 22.7% of the patients' pain scores. Accuracy of the nurses' pain scores was unrelated to nursing experience and educational level ($p > 0.05$).

Discussion: Past experiences about pain and hospitality may affect pain perception of the patients. In this study; the patients who hospitalized before had significantly higher pain scores than the patients who have never hospitalized before. In other words; the patients who hospitalized for the first time were experiencing his/her first clinical pain perception. Therefore, the patients who hospitalized before reported higher pain scores than these newly hospitalized patients.

It was found that; the patients who showed pain behaviors had significantly higher pain scores than the patients who didn't show any pain behaviors. The pain scores of the patients who were grimacing and/or crying were significantly higher. According to the definition of McCaffery (Eti-Aslan, 2002); pain is whatever the experiencing patient says it is, and exists wherever he/she says it does. In other words, the subjectivity of the pain can be seen on patients' behaviors significantly.

Similar with the literature findings (Gunningberg and Idvall, 2007; Hovi and Lauri, 1999; Puntillo et al, 1997; Idvall et al, 2005; Davoudi et al, 2008; Puntillo et al, 2003; McKinley and Botti, 1991; Calvillo and Flaskerud, 1993); the pain scores given by nurses were significantly lower than patients' pain scores, there were no significant differences found between the scores of patients and their relatives. There was a statistically significant and strong correlation ($r_s = 0.704$) between the scores of patients and their relatives. The correlation between the scores of the patients and their nurses were also significant but not as strong as ($r_s = 0.407$) the correlation with the relatives. In the regression analyze; the pain scores given by the relatives can explain 52% of patients' pain score; while the scores given by the nurses explain only 22.7% of the patients' pain scores. As Calvillo and Flaskerud (1993) mentioned; the scores given by the nurses may be affected by the patients' level of education, cultural origin, language and religious belief. Nevertheless the relatives are the ones who know the patients better than their nurses and the ones who are closer to them in a behavioral perspective.

To enable more effective pain management for pain patients; the nurses in the surgical clinics should be educated about pain physiology, pain management and physical and emotional reactions that a pain patient could have. Therefore, in addition to educations related to pain, empathic tendencies of the nurses should be determined and practical education programs should be done to improve their empathy skills, especially to improve their empathic attitudes to the pain patient. On the other hand; it should be noted that; the relatives are the ones who share most of the time with the patient in hospital room; therefore, it is very important to inform them about the possible pain behaviors than can be seen in post-operative period and prepare them to be a part of the patient's care.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Calvillo ER, Flaskerud JH (1993) Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. *J Adv Nurs*, Mar; 18(3):451-9.
2. Cocelli LP, Bacaksiz BD, Ovayolu N (2008) The Nurse Factor in Pain Therapy. *Gaziantep Medical Journal*, 14:53-58.
3. Davoudi N, Afsharzadeh P, Mohammadalizadeh S, Haghdoost AA (2008) A comparison of patients' and nurses' assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. *International Journal of Nursing Practice*, Oct;14(5):347-56.
4. Eti-Aslan F (2002) The Assessment Methods of Pain. *Journal of Cumhuriyet University School Of Nursing*, 6(1):9-16.
5. Gunningberg L, Idvall E (2007) The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, Oct;15(7):756-66.
6. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L (2006) Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations, *Pain Management Nursing*, 7(2):44-52.
7. Hovi SL, Lauri S (1999) Patients' and nurses' assessment of cancer pain. *European Journal of Cancer Care (Engl)*. Dec;8(4):213-9.

8. Idvall E, Berg K, Unosson M, Brudin L (2005) Differences between nurse and patient assessment of postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Oct;11(5):444-51.
9. Kuguoglu S (2006) *Agri Algisini Etkileyen Faktorler*. Agri, Dogasi ve Kontrolu. Editör: Fatma Eti Aslan, Avrupa Tip Kitapçilik. ISBN: 975-6257-17-2.
10. McKinley S, Botti M (1991) Nurses' assessment of pain in hospitalised patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Sep-Nov;9(1):8-14.
11. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R (2003) Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, Dec;4(4):171-5.
12. Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrle K, Stannard D, Gleeson S, Nye P (1997) Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*, Jul;25(7):1159-66.

AUTORES/AUTHORS:

Sumeyye ARSLAN, Nuray EGELIOGLU, Gulcan BAKAN, Serap ERKAN

TÍTULO/TITLE:

PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTH PROFESSIONALS

Objective: Health facilities to give quality health care. They must remove threatening factors about patient safety. It necessitates fulfill basic requirements, patient safety procedures required, accurate implementation and appropriate to carry out the procedure. The aim of this study is to determine the perception and attitude of health professionals about patient safety.

Method: A descriptive study was carried out between November 2010- February 2011 at a university hospital in Turkey. The research population comprised all health professionals [nurse (297), assistant doctor (185)] who worked in the university hospital (N= 482). Response rate was 54% (n=261), 46% did not accepted to joining the study. Data were collected with socio-demographics form, Hospital Survey on Patient Safety Culture (it contains 12 subscale dimension). The study was approved by The Ethical Committee of Pamukkale University and Hospital Management.

Results: The mean age of the health professionals is 30.08 ± 5.08 , 76.2% are female, 70.1% are nurse, 29.9% are doctors, 77.4% has baccalaureate degree, 37.5% are working at surgical departments, 36.4% are at internal medicine departments, and 26.1% are at intensive care unit-emergency room-operating room, 49.4% are working 40-49 hour/week. The working year is 7.37 ± 5.82 ; working year at now worked place is 3.44 ± 2.78 . 37.9% expressed 'acceptable', 29.9% expressed 'very good' about patient safety at they worked place. 72.4% expressed there is no any reporting, 20.7% expressed 1-2 reporting about patient safety for last one year. The subscale answer means are mentioned: The highest positive are team work at department (76.35%), perception of extensive patient safety (59.7%), organizational learning and consistent development (58.63%), feedback and communication about errors (57.13%). The lowest are staffing (22.02%), unpunishment attitude to error (23.06%), frequency of error reporting (28.59%) and cooperation of hospital management about patient safety (31.89%).

Discussion: Inadequate staff and error reporting are two of the most important factors weakened the patient safety environment. The barriers about error reporting are accusatory and punishment environment to people make errors. Intensive workload of doctors' and nurses' and absence of error reporting system at hospital are prevent the error reporting.

Implications for practice: Determination of patient safety culture level must be constantly at hospital.

Conclusions: Developing awareness about errors, frequency and result in community and health professionals. Education programs must be conducted. Error reporting in health professionals is very low. The supporting environment about reporting errors (privacy, electronic reporting system), the legal regulation about person report the error must be created. Adequate staff working, regulation about working hours, constantly about determination of patient safety culture level must be provided.

Keywords: Patient safety culture, health professionals, quality

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *The Journal Of American Medical Association*, October 2002, 23-30;288(16):1987-93, ABD.

Institute of Medicine: *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

Institute of Medicine: *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Pres, 2003.

Mesa de comunicaciones 18: Profesión/Gestión**Concurrent session 18: Nursing Profession/Management****AUTORES/AUTHORS:**

Conceição Rainho, Maria João Monteiro, Cristina Antunes, Isabel Barroso, Armando Pereira

TÍTULO/TITLE:

Propiedades psicométricas de la escala CES-D cribado de sintomatología depresiva en enfermeros portugueses

1. **Objetivos** - evaluar la coherencia interna de las respuestas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); analizar las dimensiones subyacentes de la escala mediante un análisis factorial y describir presencia de sintomatología depresiva en los enfermeros que participaron en el estudio.
2. **Métodos**- Es un estudio transversal, en una muestra fue constituida por enfermeros que trabajaban en organizaciones de salud en la Región al Norte de Portugal (cuatro provincias). Para la valoración de sintomatología depresiva se utilizó la versión de 20 ítems de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) desarrollada como parte de una investigación del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos por Radloff, (1977) citado por McDowell & Newell, (1996), diseñada para medir la sintomatología depresiva en poblaciones no institucionalizadas y validada para la población portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2003), es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar los trastornos depresivos.
La CES-D cuenta con 20 ítems organizados en cuatro subescalas: a) afecto negativo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.); b) afecto positivo (sentirse tan bueno como los demás, con esperanza, felicidad, disfrutó de la vida, etc.); c) síntomas somáticos y retardo motor (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.); y d) problemas interpersonales (sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc. (McDowell & Newell, 1996). Las preguntas de la CES-D son simples, directas y no presentan riesgo de confusión, por lo que se pueden responder de forma individual y autónoma.
Los participantes eligen en la escala, entre cuatro posibles respuestas en un formato Likert, donde "0" es "rara vez o ninguna de las veces (menos de 1 día)", y "4" es "o casi todo el tiempo (5-7 días)". La puntuación indica el número total de los síntomas y la frecuencia con que cada síntoma estuvo presente en la semana que ha precedido la aplicación, variando entre 0 y 3, el rango de la puntuación total es de "0" a "60"; scores más elevados indican más síntomas. Las preguntas 4, 8, 12, y 16 estaban redactados en forma positiva, y las puntuaciones se invierten. La coherencia interna de la CES-D fue determinada por el coeficiente alfa de Cronbach y para comprobar la validez de constructo el análisis de componentes principales con rotación Varimax. Para medir el grado de relación de dos variables cuantitativas utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson y en lo mismo tipo de variables se aplicó la prueba t de student para determinar las diferencias entre dos medias de la muestra. Se optó por un intervalo de confianza al 95%. Fueron asegurados los procedimientos para la participación voluntaria y después de rellenado el cuestionario se pidió para insertarlo en un sobre, en el sentido de respetar la confidencialidad.
3. **Resultados** - se presentan los resultados del comportamiento psicométrico de la Escala CES-D en una muestra de 1033 enfermeros, 860 mujeres (83,3%) y 173 varones (16,7%), con edades entre 20 y 63 años con una media de edad 37,8 y la desviación estándar de 9,3.
La coherencia interna de las respuestas de la CES-D fue $\text{Alpha} = 0,89$. Cuanto a las dimensiones subyacentes de la escala: afecto negativo ($\text{Alpha} 0,82$), actividad somática ($\text{Alpha} 0,79$), afecto positivo ($\text{Alpha} 0,66$), relaciones interpersonales ($\text{Alpha} 0,64$).
Por cada síntoma depresivo fue calculada su presencia en los últimos siete días, de los cuales los dos primeros síntomas fueron: "Falei menos do que é costume" – "Hablé menos de lo habitual" (66,7%); "Dormi mal" – "Mi sueño fue intranquilo" (66,5%). En la profesión de enfermería, el sexo femenino ocupa la mayor parte de las plazas de trabajo y se conoce que la sintomatología depresiva puede ser superior en las mujeres, se comparó las medias de sintomatología depresiva en función del sexo, se detectó un promedio significativamente más elevada en las enfermeras (media = 13,7), con relación a los enfermeros (media = 11,9); ($t = 2,5$; $gl = 1031$; $p < 0,05$).
A través del análisis factorial con extracción de componentes principales, se encontró una solución de cuatro factores, aunque la distribución de los ítems no replica la estructura factorial original de la escala, agrupó de forma adecuada los síntomas, de acuerdo con su contenido conceptual. Los factores encontrados explican 55,5% de la varianza. Los ítems se quedaron distribuidos por los cuatro factores, con saturaciones que variaron entre 0,46 y 0,81. Los factores fueron designados por afecto negativo; afecto positivo; relaciones interpersonales y actividad retardada/somatización. Se examinó la correlación entre las cuatro dimensiones de la escala. Las correlaciones más altas con los otros tres factores, se observaron en el factor afecto negativo: con la somatización ($r = 0,756$), con

las relaciones personales ($r=0,506$), con el afecto positivo ($r=-0,365$), todas con un nivel de significación de $p < 0,01$. La somatización se correlaciona moderadamente con el factor relaciones personales ($r=0,446$) y la correlación es baja con el afecto positivo ($r=-0,251$), pero es significativa ($p < 0,01$). En última instancia, la correlación del factor relaciones personales con el afecto positivo es muy bajo ($r=-0,119$, $p < 0,05$).

4. Discusión - La CES-D conserva las mismas propiedades psicométricas que el autor ha encontrado Radlof (1977), citado por McDowell e Newell (1996), bien así en otras adaptaciones (González-Forteza, et al. 2011; Vilalobos-Galvis, 2010; Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes, Cadena-Afanador & Hernández, 2007; Salgado de Snyder & Maldonado, 1994) y se mostró fiable y válida para medir sintomatología depresiva en la muestra estudiada. En este estudio la coherencia interna de la CES-D y sus dimensiones resultaron aceptables, el alpha Cronbach de la CES-D fue 0,89. En un estudio de una muestra de población general Radlof (1977), citado por McDowell e Newell (1996) encontró un Alpha =0,85.

En nuestro estudio los cuatro factores observados no son independientes y hay un cierto grado de asociación entre ellos. La mayoría de los ítems de la CES-D realiza de forma similar al autor de la escala Radloff, (1977) citado por McDowell e Newell (1996), mientras se observó alguna diferencia en la distribución de los ítems por los factores, con relación a la escala original, también otros estudios presentan diferencias en la distribución de ítems por los factores (McCabe, Vermeesch, Hall, Peragallo, & Mitrani, 2011). En el futuro llevaremos a cabo un estudio de análisis factorial confirmatoria, para estudiar más profundamente la validez interna de la escala. Conocer la presencia de sintomatología depresiva entre enfermeros es fundamental, pues los enfermeros están expuestos al contacto con la dolor y con la muerte, bien así con las ambigüedades de papel. Con el uso de la CES-D se hace el cribado, con la finalidad de adoptar las intervenciones integradas, en una estrategia multifactorial, para el desarrollo de la prevención, promoción de la salud mental de los enfermeros en el contexto laboral, lo que tenderá repercusiones en calidad de los cuidados de enfermería. Los objetivos planteados fueron cumplidos, en los resultados se confirmaron las propiedades psicométricas de la CES-D, con una coherencia interna alta y la validez de constructo, a través del análisis de componentes principales, mostró una solución de cuatro factores, similar al autor de la escala. También se comprobó que la sintomatología depresiva es significativamente superior en las mujeres y que se corresponde con lo informado en la literatura mundial (González-Forteza, et al. 2011; Castillo-Vilca, Prado-Mendoza & Vega-Dienstmaier, 2010; Vilalobos-Galvis, 2010; González & Landero, 2006). Por fin se determinó la presencia de cada síntoma depresivo en los últimos siete días, se ha verificado que los síntomas más frecuentemente encontrados fueron "Hablé menos de lo habitual" y "Mi sueño fue intranquilo".

Hay que recordar que en esta escala no debe ser considerada como prueba diagnóstica, sino como método de cribado rápido y una ayuda para la clasificación en personas susceptibles de desarrollar depresión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Cadena-Afanador, L. P. & Hernández, N. L. (2007). Psychometric properties of the CES-D Scale among Colombian Adults from the General Population. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (4), 664-674.
- Castillo-Vilca, M. J., Prado-Mendoza, C. J., Vega-Dienstmaier, J. M. (2010) Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Neuropsiquiatr* 73 (1), 9-14.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.). in M. N. Gonçalves, N. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra, Quarteto.
- González-Forteza, C., Torres, C. S., Jiménez-Tapia, A., Hernández-Fernández, I., González-González, A., Juárez-García, F., Medina-Mora, M. E. & Fernández-Varela, H. M. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34, 53-59
- González, M. T. & Landero R. (2006) Variables asociadas a la depresión: Un modelo de regresión logística. *Rev Electron Metodol*

Aplicada, 11, 16-30.

- McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- McCabe, B. E., Vermeesch, A. L., Hall, R. F., Peragallo, Nilda P. & Mitrani, V. B. (2011) Acculturation and the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Hispanic Women. *Research*, 60(4), 270-275.
- Rueda-Jaimes, G. E; Díaz-Martínez, L. A.; López-Camargo, M. T. & Campo-Arias, A. (2009) Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Rev.colomb.psiquiater*,38,.3, 513-521.
- Salgado de Snyder, V. N. & Maldonado M. (1994). Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Áreas Rurales. *Salud Pública Mex.*, 36, 200-209.
- Villalobos-Galvis & Fredy, H. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Publica [online]*. 27 (2), 110-116.

AUTORES/AUTHORS:M^º ANGELES CIDONCHA MORENO**TÍTULO/TITLE:**

Análisis de la situación de la investigación detectada por enfermeros de Osakidetza

INTRODUCCIÓN

Investigar implica ampliar conocimiento, pero esto no siempre es fácil de realizar en la práctica diaria. Diferentes estudios han identificado barreras que dificultan la incorporación de las investigaciones en la práctica clínica así como medidas facilitadoras de la investigación. Realizar un análisis de situación en el propio contexto ayudará a conocer los aspectos que limitan y potencian realizar investigación por el personal de enfermería para establecer estrategias que fomenten el desarrollo de la misma.

OBJETIVO

Conocer qué debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades detectan las enfermeras de Osakidetza en su práctica diaria para investigar,

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo. Para generar la información se han realizado 13 entrevistas semi-estructuradas.

Participantes: Muestra intencional de enfermeras del ámbito docente y asistencial, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada de Osakidetza.

Durante las entrevistas se recogen notas de campo y tras la transcripción se devuelven a los entrevistados para posteriores cambios y correcciones.

RESULTADOS

Se encontró que las principales debilidades que se aportan son: falta de cultura de investigación (reflexión, lectura), escaso número de profesionales de enfermería investigando (con proyectos en marcha), colectivo con intereses muy diferentes con falta de líneas de investigación, falta de tiempo para investigar, falta de formación en metodología de investigación.

Las principales amenazas son: falta de reconocimiento, prestigio, falta de tradición investigadora y poca inversión en investigación en enfermería.

Las fortalezas encontradas son: existencia de profesionales con conocimiento y experiencia, motivación, recursos existentes de apoyo.

Las oportunidades son: el proceso formativo actual (grado, doctorado, especialidades), promoción de la Enfermería en el nuevo modelo asistencial de la Consejería.

DISCUSION

Existe la necesidad de trabajar para fomentar y desarrollar la investigación en Enfermería en Osakidetza. La formación investigadora hay que potenciarla. El trabajo asistencial es difícil de compaginar con la tarea investigadora y hay necesidad de coordinación estableciendo redes, sin embargo hay aspectos (fortalezas y oportunidades) que se han de aprovechar.

Las implicaciones de este trabajo para la práctica diaria es que ayudará a diseñar un plan de intervención que favorecerá la mejora progresiva de la investigación en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, Gonzalez-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.* 2010; 20(3): 153-164
2. Oltra-Rodríguez E, Riestra R, Alonso F, García J, Martínez M, Migueles R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras de Asturias. *Enferm Clin.* 2007; 17(1): 3-9
3. Jones C et al. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en le Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enferm jun 2004;* 7(5): 28-33
4. Martinez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores para la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin.* 2003; 13(5): 303-308
5. Parahoo K. Barriers to, and facilitator of, research utilisation among nurses in Northern Ireland. *J Adv Nurs.* 2000; 31: 89-98
6. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses'perceived barriers and facilitators to research use. *AORNJ.*2004;79:621-634.
7. Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude an use of research by nurses. *Journal of Nursing Management.* 2008; 16: 334-343

AUTORES/AUTHORS:

Javier Iniesta Sánchez, Víctor Manuel Ros García, Concepción Corbalán Dólera, Elvira Solano Brotons, Ana M^a Muñoz Navarrete, Juan José Rodríguez Mondéjar, Ana Belén Muñoz Marín, M^a Victoria Martínez Puente, M^a José López González

TÍTULO/TITLE:

Análisis descriptivo de las comunicaciones científicas realizadas por enfermeras de un H.G.U. de nivel II.

Introducción:

La incorporación de las enfermeras a la investigación y difusión de resultados ha sufrido en los últimos años un fuerte impulso, tanto por el apoyo desde distintas organizaciones como por el desarrollo profesional y el acceso a estudios de master y doctorado, y la implantación del grado en enfermería en 2008. En el servicio murciano de salud se apuesta por el desarrollo de la investigación en los servicios de salud, por ello se incluye entre los objetivos del contrato de gestión la actividad investigadora de los centros. Para lo que nos planteamos:

Cuantificar el número de comunicaciones presentadas por los profesionales de enfermería.

Conocer los formatos de presentación más utilizados por las enfermeras en sus comunicaciones.

Establecer las áreas temáticas abordadas por las enfermeras.

Conocer la distribución por unidades de la producción de comunicaciones a congresos.

Metodología:

Análisis descriptivo de las comunicaciones presentadas a congresos realizadas por profesionales de enfermería durante los años 2008-2010, en un H.G.U. de nivel II.

Los datos se obtuvieron de la memoria anual de la unidad de calidad e investigación en las que se incluyen las comunicaciones que han sido notificadas a la unidad. Variables: comunicaciones, ámbito del congreso, unidad, área temática, formato de presentación.

Los resultados se expresan mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados:

En el periodo de estudio se han realizado 105 comunicaciones, correspondiendo 31, 35 y 39 a cada uno de los años de estudio (2008, 2009, y 2010). El 57% (60) se difundieron en congreso de ámbito nacional, un 19% (20) internacional, y el 24% (25) en regionales. La dirección de enfermería realizó un 27% (28), UCI un 16% (16), consultas el 9%, laboratorio el 6%(7) y un 42%(44) el resto de unidades del hospital. Las áreas temáticas abordadas fueron: calidad un 24% (25); metodología enfermera el 11%(12); gestión un 6% (7); y un 59%(61) relacionadas con las especialidades de cada unidad. Un 54%(56) se presentaron como comunicaciones orales, el 45%(47) a póster y un 1%(2) póster con defensa oral.

Discusión:

Se observa un incremento paulatino de las comunicaciones presentadas por las enfermeras de nuestro centro, estando la temática de las mismas relacionadas con la unidad en la que desarrollan su labor asistencial.

La dirección de enfermería ejerce un liderazgo en la apuesta por la investigación enfermera y la difusión de resultados.

La creación de un espacio específico para la difusión de las comunicaciones presentadas por cada unidad en la intranet, a la que tienen acceso los mandos intermedios y la Dirección favorece el intercambio del conocimiento en la organización facilitando el establecimiento de líneas de investigación y la colaboración entre los profesionales.

Las principales barreras al igual que apunta la bibliografía existente es la falta de apoyo económico para la difusión de los trabajos de investigación de las enfermeras, así como el apoyo y asesoramiento metodológico, especialmente en el tratamiento estadístico de los datos.

Podemos afirmar que la igual que en nuestro entorno son escasas las comunicaciones presentadas en congresos que posteriormente se publican.

Implicación para la práctica:

Conocer la difusión de la investigación de las enfermeras nos permite elaborar estrategias para su potenciación, al identificar las áreas de interés de los profesionales, así como aquellas unidades que precisan una intervención de apoyo para incorporar la investigación y difusión de resultados en la unidad.

La inclusión de la actividad investigadora como uno de los indicadores del pacto de gestión entre los mandos intermedios y la Dirección de Enfermería implica un compromiso hacia la génesis y difusión de las mismas entre los profesionales de enfermería de nuestra Área de Salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gutiérrez Romero, José Antonio; Martínez Guerrero, Juan Manuel; Garrido Bujalance, Higinio Pablo; Montiel López, Carlos. Actividad científica en cuidados marzo 2011 geriátricos y gerontológicos en el espacio científico iberoamericano entre los años 2002-2009 Garnata ; 2011, 21:5-12 .

García Rodríguez, Mónica; Gómez Ávila, María G; Aguilar Pérez, Irma; Pérez Martínez, Gisela P; Velázquez Díaz, Lorena; Soriano Sotomayor, Magdalena; Landeros Olvera, Erick. Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México Enferm Universitaria -Mex-; 2011, 8(1):7-16.

Cidoncha Moreno, M^a Ángeles. Situación de la investigación desde la óptica de las direcciones de enfermería. Rev Paraninfo Digital; 2011.

García Pozo, Ana María; Cano Arana, Alejandra; Harto Castaño, Adela; Luengo González, Raquel; Medina Torres, Margarita; Moro Tejedor, María Nieves. Estudio para conocer el perfil investigador de los profesionales de enfermería asistenciales de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Rev Paraninfo Digital; 2011.

Rodríguez Álvaro, Martín; Toledo Rosell, Cristina. Análisis de la producción científica de la revista de enfermería ENE en los años 2007-2009. Rev ENE Enferm; 2009 sep, 3(2):12-24.

Díaz Grávalos, Gabriel J; Palmeiro Fernández, Gerardo; Portuburu Izaguirre, Maite; Vázquez Fernández, Luis A; Rúas Vázquez, Anxo; Casado Górriz, Inmaculada. Factores que influyen en la producción científica en atención primaria. Cad Aten Primaria; 2007 ene, 13(3):169-172.

Waller PR, Ropka ME. Disseminating research: writing abstracts. J Assoc Nurses AIDS Care. 1993 Jan-Mar;4(1):58-63.

DeSilets LD. Reviewing conference abstracts. J Contin Educ Nurs. 2011 Jun;42(6):244-5.

Dourado EP, Sanna MC. Nursing participation in the National Conferences of Health. Rev Bras Enferm. 2009 Nov-Dec;62(6):876-82.

AUTORES/AUTHORS:

Angel Romero Collado, Erica Homs Romero

TÍTULO/TITLE:

¿Existe la prescripción enfermera en atención primaria?

Objetivos

Reconocer la existencia de una prescripción enfermera (PE) "oculta" e identificar qué productos sanitarios y medicamentos (PSM) prescriben las enfermeras en la Áreas Básicas de Salud (ABS) del Servicio de Atención Primaria Girona Norte (SAPGN).

Método

Se realizó un estudio transversal en las 10 ABS que componían el SAPGN que tiene asignada una población de 176.354 personas (1), durante el periodo comprendido entre febrero y abril de 2011. Se solicitó la participación voluntaria de todas las enfermeras que trabajaban en cualquiera del total de las 125 Unidades Básicas Asistenciales (UBA), 98 de las cuales son de atención a adultos y 27 a población pediátrica.

Se creó un cuestionario ad hoc para recoger datos sociodemográficos y años de experiencia profesional, una pregunta sobre si la legalización de la PE no influiría en su práctica habitual porque ya prescribía y, además, incluía 27 grupos de PSM, seleccionados de entre los que las enfermeras pueden prescribir en el National Health Service (2) y el listado de PSM prescritos por las enfermeras en España, publicado por el Consejo General de Enfermería (3). Las enfermeras debían indicar si los prescribían en su práctica habitual, entendiendo por prescripción la selección e indicación del PSM bajo su criterio, y con qué frecuencia: a diario, semanalmente, mensualmente, anualmente o nunca. El cuestionario era autoadministrado y anónimo. Se realizó una prueba piloto a una muestra de 7 enfermeras para asegurar la correcta comprensión y estimación del tiempo de realización del cuestionario. Se realizó la estadística descriptiva univariable para las variables cualitativas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación estándar) mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados

La participación fue del 69,6% (87 enfermeras). Un 85,1% fueron mujeres. La media de edad global de las enfermeras/os fue de 48 años (DE 9,95) con una media de 24 años (DE 10,91) de ejercicio profesional. Un 78,2% trabajaban en una UBA de atención a la población adulta, un 51,7% era personal fijo y un 27,6% interino. El 62% refería que la legalización de la PE no influirá en su práctica habitual ya que es una actividad que siempre ha realizado.

Los medicamentos más prescritos a diario fueron: vacunas (63%), antisépticos (60,7%), antitérmicos (44,8%) y analgésicos (42,9%). Los productos sanitarios más prescritos a diario fueron: material fungible para diabéticos (51,8%), apósitos para el tratamiento de heridas crónicas (44,2%), productos para la incontinencia (26,7%) y material para el cierre de heridas (15,7%).

Referían no prescribir nunca: los nitritos (80,8%), los corticoides por vía parenteral (80,4%), los antihistamínicos (75,3%) y los antibióticos por vía oral (73,2%).

Discusión

El nivel de participación en el estudio fue elevado.

La PE es una realidad incluso antes de la aprobación definitiva del catálogo "oficial" de PSM. Las vacunas fueron los medicamentos más prescritos, ya que era una actividad que realizaban casi a diario las enfermeras de atención primaria, cosa que no debe sorprendernos puesto que es frecuente que éstas participen en protocolos de vacunación (4) y/o en investigaciones para aumentar el grado de cobertura vacunal (5).

Las enfermeras también prescriben medicamentos como los AINES, medicamentos para los cuales no se requiere receta para conseguirlos en una farmacia, pero que todavía no pueden ser prescritos legalmente por una enfermera. Tampoco debe sorprendernos el elevado porcentaje de prescripción de productos y medicamentos para el cuidado de las heridas, pues éste es un campo en el que las enfermeras aportamos mucha evidencia (6-8). En nuestro estudio hemos encontrado un porcentaje de enfermeras que prescribían estos productos superior al obtenido por Cabrera-Jaime et al. (9), en el que lo hacía un 30,5%, pero esta diferencia puede ser debida a que la población que estudia es, mayoritariamente, de ámbito hospitalario. En el terreno de la incontinencia urinaria también encontramos un porcentaje superior de enfermeras que prescriben productos para la incontinencia al obtenido por Cabrera-Jaime et al. Además, en este campo ya existía un estudio que demostraba la eficiencia de la prescripción enfermera de absorbentes realizado por Rivas-Cerdeira et al. (10), en el que consiguieron un ahorro de unos 60.000 € anuales además de identificar correctamente los pacientes con incontinencia disminuyendo así su prevalencia.

Implicaciones para la práctica

La PE existe en atención primaria, aunque es necesario que se oferten actividades formativas en farmacología de calidad para que las enfermeras puedan continuar prestando sus servicios buscando la excelencia profesional. Es fundamental que las enfermeras sientan que la PE no es una competencia nueva impuesta, porque muchas enfermeras ya la realizan aunque, ahora, se les haya reconocido legalmente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Memòria 2010. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Girona [Monografía a Internet]. Girona: Institut Català de Salut, Gerència Territorial Girona [Citat el 16 de juliol de 2011]. Disponible a: http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2010/girona_2010/girona_2010.html
- 2) BMJ Group & RPS Publishing. Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners. 2009-2011. Basingstoke (UK): Pharmaceutical Press; 2009 [Citado el 10 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://bnf.org/bnf/extra/current/popup/NPF2009-2011.pdf>
- 3) Listado de medicamentos y productos sanitarios prescritos por las enfermeras en España. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2007.
- 4) Rivas P, Santos S, Raya R, Cano A, Reche-Céspedes J, Hernández- Fernández T. Vacunas en la población inmigrante adulta. *Enferm Clin.* 2006;16(5):278-282.
- 5) Ibáñez-Jiménez A, Pairet-Jofre G, Prat-González I, Sánchez-Doblado MJ, Tauler-Suñer M. Ensayo clínico aleatorizado acerca de la efectividad del recordatorio postal para aumentar la cobertura vacunal contra tétanos-difteria en población adulta joven. *Enferm Clin.* 2007;17(4):171-176.
- 6) Gago Fornells M, García González RF, López Casanova P, Verdú Soriano J, Blanca Castañeda E, Alba Chorat S. Evaluación de la tecnología sanitaria. Apósitos basados en la cura en ambiente húmedo para heridas crónicas. *GEROKOMOS.* 2008;19(4):200-206.
- 7) Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Segovia Gómez T. Apósitos impregnados en agente antimicrobiano. Estudio multicéntrico, en heridas agudas y crónicas, con Atrauman AG. *Rev ROL Enf.* 2010;33(11):726-735.

- 8) Arboledas Bellón J, Melero López A, Cobos Vargas A. En busca de la evidencia científica en úlceras por presión: cinco años, un objetivo, múltiples caminos. GEROKOMOS. 2005;16(1):47-53.
- 9) Cabrera-Jaime S, Estrada-Masllorens JM, Fernández-Ortega P. Conocimiento y satisfacción de la aprobación de la prescripción enfermera (Ley 28/2009) en enfermeras de formación de máster y especialidad de la Universidad de Barcelona. Enferm Clin. 2011;21(2):84-90.
- 10) Rivas Cerdeira RM, Cantarero Lafuente L, la Orden Macorra MJ, Reina Garfia MM, Burgos Gorjón MA, Páez Hernández A et al. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes. Metas de Enferm. 2007;10(8):28-31.

AUTORES/AUTHORS:

Júlia Martinho, José Carlos Carvalho, Cecília Macedo Alves, Maria do Céu Barbiéri-Figueiredo, Margareth Angelo, Luisa Andrade, Ilda Fernandes

TÍTULO/TITLE:

La gestión de conflictos y la actitud de las enfermeras hacia la familia

Introducción:

La presencia del conflicto es común en los hospitales, debido a la interacción humana que tiene lugar allí. La relación con los pacientes y sus familias, la exposición a situaciones de emergencia, los factores psicológicos, el fracaso, la falta de comunicación, las diferencias individuales, los valores y la personalidad son algunos de los factores conocidos promotores del conflicto en el hospital y relacionados con los enfermeros (Nayeri & Negarandeh, 2009).

Un conflicto implica siempre una interacción entre dos partes, con la manifestación de cierta hostilidad (Almeida, 1999; Kelly, 2006). A menudo, el conflicto es considerado peligroso, pero cuando se gestiona, a veces puede ser beneficioso (Vivar, 2006; Nayeri e Negarandeh, 2009) que conduce a una mayor innovación, mejores soluciones y las relaciones interpersonales más eficaces y de cooperación. Aceptar las diferencias y estar disponible para nuevas perspectivas en el enfoque de todos los días abre posibilidades para el diálogo y por lo tanto, la negociación y el acuerdo, la exploración de objetivos que son comunes a ambas partes, tratando de resolver conflictos de manera constructiva (Cunha e Silva, 2010).

La percepción del conflicto por las enfermeras acerca de las consecuencias y del papel del conflicto al nivel de la organización no es consensual, ya que algunas argumentan que la existencia de conflicto no afecta a la atención y las necesidades de los pacientes, mientras otras argumentan que el conflicto tiene consecuencias a nivel individual sino que también afecta a los colegas, pacientes y familiares (Nayeri e Negarandeh, 2009) habiendo una visión casi estereotipada de que las enfermeras no deben involucrarse en conflictos (Kelly, 2006).

Consensual, es la idea de que son variadas y diferentes las causas de los conflictos y la forma cómo cada uno va a manejar la situación depende de cómo cada uno percibe el conflicto (Nayeri e Negarandeh, 2009) siendo más fácil de gestionar el conflicto de manera constructiva si la actuación es temprana (Vivar, 2006) aunque se necesita de tiempo para resolverlos.

Una de las causas identificadas de los conflictos en el hospital es la falta de comunicación, promoviendo malentendidos entre el equipo de salud, incluyendo aquí no sólo a los profesionales de la salud diferentes, sino también los pacientes y familiares (Stayt, 2007).

El origen del conflicto entre las enfermeras y las familias aparece por las barreras de comunicación en que la información a veces es contradictoria y insuficiente, las normas del hospital no se adecuan a sus necesidades, existiendo una percepción de falta de control de las situaciones, teniendo objetivos y expectativas diferentes acerca de la resolución de problemas de salud (Moore e Kordick, 2006 cit. Galinha, 2009).

En este sentido, las actitudes de las enfermeras con las familias reflejan la comprensión de la importancia de las integrar en el proceso de atención.

Algunos estudios sobre las actitudes de los enfermeros hacia la familia (Palladelis et al, 2005; Åstedt-Kurki et al, 2001), muestran que, a pesar de estos se expresaren sobre la importancia de la atención centrada en la familia, las prácticas no son congruentes con estas representaciones.

Que lleva a algunas actitudes de las enfermeras en la práctica de restricciones sobre la presencia de familiares durante la realización de algunas actividades de la enfermería (Söderström, Benzein, Saveman, 2003); con la creencia subyacente de que la familia es incapaz de cuidar a su familiar enfermo (Hertzberg, Elkman, Axelsson, 2003) y la creencia de que la presencia de la familia tiene una influencia negativa en su trabajo (Palladelis et al, 2005).

Frente a las situaciones de conflicto Rahim e Bonoma sugieren cinco enfoques o estrategias para su gestión (Rahim e Magner, 1995; Rahim et al., 2000; Cunha et al., 2003; Vivar, 2006; Galinha, 2009;).

A saber:

- Dominación: Estas personas buscan alcanzar sus objetivos sin tener en cuenta a los medios y como resultado, a menudo ignoran las necesidades y expectativas de los demás.
- Evitación: es la negación de la situación que inevitablemente vinculada a la retirada, para salir del paso o la inacción, lo que a veces es aplazar el problema.
- Servilismo: Este enfoque se centra en el intento de satisfacer los intereses del otro. El individuo se centra en las relaciones de las personas cediendo a cualquier precio, incluso si el resultado es desfavorable para ello.
- Tendencia al compromiso: se trata de un acuerdo negociado entre las partes involucradas. Estos sujetos abdicar más que los que son dominadores, pero menos que los que adoptan un comportamiento servil.
- Integración: Es un estilo que implica la colaboración entre las partes, pudiendo conducir a una mayor apertura a las propuestas hechas, al intercambio de información y la análisis de las diferencias para lograr una solución que satisfaga las necesidades de ambas partes.

Cabe señalar que todas las estrategias tienen ventajas y desventajas en diferentes situaciones y que el uso de diferentes métodos puede ser necesario. Diferentes conflictos requieren respuestas y maneras de actuar diferentes, así que no hay estrategias bien o mal, más o menos apropiados para una dada situación.

En este estudio nos proponemos comprender los conflictos desarrollados por las enfermeras con respecto a la presencia y la participación de la familia en atención y cómo esto puede estar relacionado con las actitudes de estos profesionales hacia la familia.

Objetivos: Evaluar si existe una relación entre los conflictos y las actitudes de las enfermeras hacia la familia en contexto del hospital.

Métodos:

Estudio descriptivo-correlacional. Los participantes: 128 enfermeras. Muestra: El 66,4% de la población (no probabilística intencional). Variables: sociodemográficas, actitud del enfermero, conflicto y formación en familia. Recolección de datos: Cuestionario de auto-realización que abarca datos socio-demográficos y 2 escalas La importancia de la familia en la atención de enfermería - Actitudes de las enfermeras (IFCE-AE) versión portuguesa de Oliveira et al. (2009) y Organización de los conflictos Rahim inventario (ROCI-II) validado Galinha (2009).

Resultados:

El 76,5% de la muestra son mujeres. 56,5% tienen entre 26 y 30 años. 52,9% tiene experiencia profesional de 2 a 6 años. El 37,6% tiene formación en la familia y el 38,8 % abordó el tema de la familia en contexto académico. Estas enfermeras, integran la familia como un interlocutor en la conversación y recurso de Coping, con un promedio de 35.7 seguido por la familia como recurso en la atención de enfermería con un promedio de 30,94 en cuanto la familia como una carga sólo se plantea con un promedio de 8.94. Con respecto a los conflictos, los resultados indican una variación de 70 a 127 en una puntuación total de 140, con un promedio de 94.9. Las afirmaciones Yo uso mi prestigio profesional y la autoridad que me ha sido concedida para ejercer presión en mi favor; En general, hago o que quiere el familiar de mi enfermo y A veces uso todos los recursos a mi alcance, para ganar una situación de discusión con lo familiar de mi usuario son aquellas que cumplen con el nivel más alto de la moda desacuerdo, las declaraciones de otros muestran los valores de la moda en el indiferente y estoy de acuerdo. Existe una relación estadísticamente significativa entre: las actitudes y los conflictos (la familia como un interlocutor en la conversación y recurso de Coping, $p = 0,043$; como un recurso para la atención de enfermería $p = 0,004$ y como carga $p = 0,000$), la formación en familia y los conflictos $p = 0,031$.

Discusión:

Consideramos que la actitud de las enfermeras que hacen cargo de la familia un elemento crucial en el proceso de atención y una mayor representación en este grupo se encuentra en la familia como un interlocutor en la conversación y recurso de Coping y la familia como un recurso para la atención de enfermería que indica una actitud de apoyo hace la familia (Oliveira et al, 2009). Existe una relación significativa entre el conflicto y las actitudes y la formación en enfermería de familia que indica lo importante que es desarrollar y promover este campo de la formación.

Implicaciones para la práctica: La calidad de la interacción con la familia es influenciada por las actitudes de las enfermeras siendo fundamental entender cómo podremos manejar los conflictos que surgen en esta interacción con el fin de promover la participación y la inclusión de la familia en los cuidados de enfermería.

Palabras clave: familia, actitud, Manejo de conflicto

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nayeri, N; Negarandeh, R. Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*.2009; 7:25
2. Almeida, F. *Psicologia para gestores: comportamentos de sucesso nas organizações*. Alfragide: McGraw-Hill, 1999
3. Kelly, J (2006) – An Overview of Conflict. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25 (1): 22-28
4. Vivar, C.G. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*.2006; 14, 201-206
5. Cunha, P; Moreira, M; Silva, P (2003) - “Estilos de gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos”. *Recursos Humanos Magazine*.2009; 29:42-52
6. Stayt, L.C. Nurse´s experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*.2007; 57 (6), 623-630
7. Galinha, F L F R. *Mediar para cuidar - O enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente: contributos das técnicas de mediação familiar*. Lisboa; Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica Portuguesa; 2009.
8. Palladelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: an exploration of beliefs and paediatric nurses. *Australian Journal of Advance Nursing*. 2005; 23(1):31-6
9. Åsted-Kurki, P, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen, M. Interaction between adult patients` family members and nursing staff a hospital ward. *Scand. J. Caring Sci*.2001; (15):142-50
10. Söderström I-M, Benzein E, Saveman B-I. Nurses`experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scand. J. Caring Sci*. 2003; 17(2):185-92
11. Hertzberg A, Elkman S-L, Axelsson K. Relatives is a resource, but ... Registered nurses` views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; (12):431-41
12. Rahim, MA; Magner, NR. Confirmatory Factor Analysis of the Styles of Handling Interpersonal Conflict: First-Order Factor Model and its Invariance Across Groups. *Journal of Applied Psychology*.1995; 80 (1), 122-132
13. Oliveira, PC et al. Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In: *E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*.2009; Maio, p. 34-48

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Rivas Campos, Pilar González Carrión, Isabel Toral López, Rosa Maria Nieto Poyato, Maria Dolores Quiñoz Gallardo, Concepción Vellido Gonzalez, Antonio Zurita Muñoz, Carmen Moreno Díaz

TÍTULO/TITLE:

EVALUACION DE UN REGISTRO DE PLANES DE CUIDADOS EN LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada es un hospital multicéntrico, con una cartera de servicios de tercer nivel, dependiente del Servicio Andaluz de Salud. Tiene unos 37.000 ingresos de pacientes al año y una plantilla de 5060 profesionales, de los cuales unos 2.800 pertenecen a la división de enfermería (1).

Desde 2009 la Dirección de Enfermería y con la colaboración de la Unidad de Sistemas de la Información, se impulsa el diseño de una herramienta informática, integrada en la historia clínica de los pacientes, y denominada Módulo de Cuidados con el fin de registrar los planes de cuidados de los pacientes.

El módulo de cuidados está organizado según las necesidades básicas de Virginia Henderson, y utiliza para el desarrollo del plan de cuidados los lenguajes estandarizados de la NANDA, NIC Y NOC (2,3,4).

El registro informático de enfermería del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN) se diseña y desarrolla entre mayo y septiembre del 2009, siendo pilotado por las Enfermeras Gestoras de Casos desde octubre a diciembre de 2009. A partir de enero de 2010 se comienza, de forma gradual, con la implementación en las diferentes unidades de encamación, con la finalidad de tener incorporadas al registro informático a todas las unidades de encamación para diciembre de 2010.

Las unidades incorporadas durante el período de estudio son:

Hospital General:

- Neumología
- Nefrología
- Cardiología
- Digestivo
- Cirugía Cardíaca
- Medicina Interna
- Oncología Médica

Hospital Materno Infantil:

- Ginecología y Oncología Ginecológica
- Área de Pediatría: Unidad Neonatal, Cirugía Pediátrica y Pediatría

Hospital de Traumatología y Rehabilitación:

- Lesionados Medulares
- Neurociencias: Neurología y Neurocirugía
- Cirugía Máxilo-Facial
- Cirugía Plástica
- Traumatología

Hospital de San Juan de Dios:

- Unidad Médica de Enfermos Crónicos
- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de implantación del Módulo de Cuidados informatizado en las unidades de hospitalización, seleccionadas, del HUVN
- Evaluar la calidad del registro realizado por las enfermeras en el Módulo de Cuidados informatizado.

METODO:

La población diana para realizar la valoración y la planificación del alta (para garantizar la continuidad de cuidados), ha sido la compuesta por todos los pacientes con estancias superiores a 72 horas y que han estado ingresados en las unidades de encamación seleccionadas.

Durante el período de estudio, desde el 1 de mayo al 30 de septiembre de 2010, el número de altas con estancias hospitalarias superiores a 72 horas fue de 5.923. De estas Historias Clínicas se ha analizado 2.658, que son las que tenían cumplimentada la valoración y el informe de continuidad de cuidados al alta (ICC), en el registro informático.

De las 2658 Historias Clínicas de pacientes hospitalizados, se realizó un muestreo aleatorio estratificado por centros, unidades de encamación y enfermera, con un tamaño muestral de 766. El cálculo de la muestra se realizó con un nivel de confianza del 95% y un error del 10% para un valor de $p = 50\%$.

La información recogida está organizada alrededor de dos áreas: valoración del paciente y contenido del plan de cuidados, y otra área referente al ICC.

Las variables de estudio que hemos utilizado para medir la calidad de la valoración y plan de cuidados han sido:

- Número de necesidades, del modelo de Henderson, valoradas, se ha considerado como óptimo, el que al menos estuvieran valoradas 9 de las 14 necesidades del modelo
- Problemas de Autonomía, existencia o no de problemas de autonomía en el plan de cuidados.
- Porcentaje de problemas de autonomía con la definición de las suplencias, totales o parciales, a realizar en el plan de cuidados
- Problemas de colaboración o interdependientes, existencia o no de problemas de colaboración en el plan de cuidados.
- Existencia o no de Diagnósticos de Enfermería en el Plan de Cuidados.
- En los planes de cuidados en los existen diagnósticos de enfermería comprobar la existencia de:
 - *Objetivos de Resultados identificados, (Etiquetas de la NOC)
 - *Indicadores de resultados establecidos
 - *Seguimiento, se ha considerado como criterio válido, el que existan al - menos dos mediciones de los indicadores de resultados
 - *Identificación de intervenciones (Etiquetas NIC)

Las variables relacionadas con el ICC:

- Existencia o elaboración del ICC
- Si se incluyen aspectos básicos de la valoración enfermera del paciente y persona cuidadora
- Si se identifican dificultades para el seguimiento del plan terapéutico y de cuidados en el domicilio por parte del usuario o cuidadora.
- Si se incluyen recomendaciones al alta.

RESULTADOS

De las 5923 historias clínicas correspondientes a los pacientes con estancias superiores a 72 horas, 2658 (44,88%) tenían cumplimentada la valoración y el informe de continuidad de cuidados al alta (ICC), en el registro informático.

En la muestra estudiada, para medir la calidad de los registros, hay que señalar que:

- El 94% de las historias analizadas tienen cumplimentada la valoración de enfermería con los criterios de calidad establecidos.
- Se identificaron diagnósticos enfermeros en el 46% de las historias auditadas. Del total de historias con definición de diagnóstico enfermero el 81% tiene definido, al menos, un objetivo de la NOC, y en un 71% tiene definido algún indicador de resultado de esta

misma clasificación.

- Los datos también reflejan áreas de mejora: sólo en el 14% de las historias aparecen definición de Problemas de Colaboración y del total de Problemas de Autonomía identificados sólo en el 34% de los casos se han identificado las suplencias, totales o parciales, a realizar.
- Respecto al ICC en el 62% de las historias está elaborado y aparecen Recomendaciones al Alta en el 100% de los casos. En el 44% de las historias están recogidas las dificultades para llevar a cabo el plan terapéutico y/o de cuidados en el domicilio del paciente por parte del usuario y/o cuidadora.
- Como aspectos a mejorar señalamos aumentar el porcentaje de inclusión de aspectos básicos de la valoración enfermera en el ICC sólo se ha incluido en el 13% de las historias de los pacientes y en el 14% en el caso de las cuidadoras.

DISCUSIÓN

La auditoría de historias realizada ofrece una instantánea del uso del módulo de cuidados en el HUVN. Los resultados obtenidos refuerzan las estrategias seguidas para impulsar y continuar con la implementación y uso generalizado por parte de los profesionales de enfermería. Así también lo expresan otros autores que han realizado experiencias similares en hospitales de nuestro nivel donde se visualiza las dificultades encontradas (5,6).

Igualmente identifica áreas de mejora que orientan las siguientes prioridades, como son reforzar el juicio clínico y orientarlo a la consecución de resultados, la identificación de problemas de autonomía y problemas de colaboración, al estar trabajando con usuarios en fase aguda, también la consideración de las cuidadoras en el plan de cuidados y la información relevante que se comunica a las enfermeras de atención primaria y al paciente y cuidadora para el seguimiento del plan terapéutico y de cuidados en el domicilio del paciente.

Coincidimos con Ruiz Hontangas (7) en que los cuidados que realizan todos los profesionales de enfermería deben estar recogidos en la historia clínica de los pacientes y servir de base para la mejora de su calidad a través de su análisis y valoración.

Además, podemos destacar como más relevantes las siguientes implicaciones para la práctica:

- Es muy útil para la gestión de los cuidados disponer de los Diagnósticos Enfermeros identificados, establecer cuáles son los más prevalentes, profundizar en su manejo e incorporar la evidencia existente a la resolución de los mismos.
- La definición de los Problemas de Autonomía y el nivel de suplencia, integran a los componentes del grupo de trabajo enfermero. De igual forma los Problemas de Colaboración, más prevalentes, que identifican los profesionales por áreas de hospitalización facilitan el trabajo multidisciplinar.
- Capacita a los gestores de cuidados en establecer las líneas adecuadas en el marco de la carrera profesional de los integrantes del equipo de trabajo, con la incorporación de objetivos específicos y cuantificables en su evaluación de competencias y de desarrollo profesional.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta aplicación informática dota a los profesionales de enfermería de una herramienta que:

- Facilita el registro del plan de cuidados de los pacientes hospitalizados
- Facilita el manejo de lenguajes estandarizados: NANDA, NIC, NOC
- Ayuda y simplifica la elaboración del ICC en el momento del alta a los pacientes que lo precisen.
- Permite la elaboración de indicadores sobre resultados de los cuidados.
- Posibilita desarrollar un cuaderno de mandos orientado hacia la toma de decisiones en la gestión de cuidados por parte de directivos y cargos intermedios de la organización
- Focaliza la formación continuada a las áreas de mejora identificadas.

Dada la mediana implantación de los registros de planes de cuidados en la historia clínica informatizada, en el periodo de estudio, se

vio muy necesario continuar impulsando su cumplimiento con las medidas puestas en marcha de tutoría y formación; actividad que se continua en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2010. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.hvn.es/comp_hospitalario/memorias_hospital/index.php
- 2.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Madrid. Elsevier. Madrid 2010
- 3.- McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2007.
- 4.- Moorehead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Elsevier. Madrid. 2007
- 5.- Fernández Camino, F; Viñas Vera, C. Implementación de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC en un Hospital de tercer nivel. Tesela [Rev Tesela] 2009; 6. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7035.php>> Consultado el 2 de septiembre de2011.
- 6.- Puga Mira, MJ; Estrada Mosquera, IC; Novo López, S; Sabio Fraga MT, Cid Armada, S. Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/1757_19.pdf. Consultado el 2 de septiembre de2011
- 7.- Ruiz Hontangas, A. Calidad en los Registros de Enfermería. Enfermería Cardiovascular. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>. Consultado el 2 de septiembre de2011.

Mesa de comunicaciones 19: Cáncer / Cuidados paliativos**Concurrent session 19: Cancer / Palliative Care****AUTORES/AUTHORS:**

Evy Vandenberghe, Karen Versluys, Tina Vandecasteele, Ruth Piers, Elsie Decoene, Myriam Deveugele, Mieke Grypdonck, Nele Van den Noortgate

TÍTULO/TITLE:

The lived experience of older cancer patients during a treatment with chemotherapy and/or radiotherapy

Objectives

Little is known about older cancer patients' experiences and the consequences of oncological treatments on the care needs of this patient population. The present study aims to use a contextual approach to get a better understanding of the lived experiences of older patients and to identify their needs when confronted with cancer and the oncological treatment.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with 31 older patients (70-86 years). All the patients, recruited within a university hospital, underwent an ambulant oncological treatment. Interviews were transcribed and analysed according to the constant comparative method and other aspects of the Grounded Theory approach.

Findings

Analysis reveals that patients undergo a complex psychological process when confronted with cancer. A prominent perceived task for the patient is searching for hope. A majority of the patients seem to be able to view the disease in a 'positive' way. For instance, because of their older age, they anticipated a serious illness, normalizing the onset of the disease and framing the side effects of the treatment within their comorbidities or their older age. Nevertheless, 'staying positive' is sometimes challenged when there are disappointing blood tests or when they are confronted with other patients whose situation is less hopeful.

A minority of the patients seem to struggle severely with the search for hope. Different elements, such as numerous side effects, being significantly care-dependant or having a hopeless prognosis appears to undermine their hope. Other factors that add up to these are the loss of a spouse or poor relationships with close relatives. In the search for hope, information by professional caregivers is screened for positive aspects. Clear-cut information about the normal physical sensations during and after the treatment and information about the course and prognosis of the disease is for most patients a way of keeping their situation under control.

Discussion and implications for practice

The present study describes the lived experience of older cancer patients who are treated with chemotherapy and/or radiotherapy. Professional caregivers should listen to the story of the patient as being aware of and supporting the patients' coping strategy seem to be equally important than physical care. The information from the story of the patient should be the starting point of individualized nursing interventions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Evy Vandenberghe (evy.vandenberghe@uzgent.be) (a), Karen Versluys (a), Tina Vandecasteele (a), Ruth Piers (a), Elsie Decoene (b), Myriam Deveugele (c), Mieke Grypdonck (d), Nele Van Den Noortgate(a).

- a. Department of Geriatrics, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium
- b. Department of Medical Oncology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium
- c. Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, Ghent, Belgium
- d. Department of Social Health and Nursing Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Zubeldia Inchaurreondo, Beatriz Ibarra Marin, Lourdes Martin Nevado, Laura Nuñez Celaya

TÍTULO/TITLE:

¿Es necesario un aislamiento estricto en los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)?

Introducción

El autoTPH es un tratamiento estándar para pacientes diagnosticados de Mieloma, Linfoma y otras neoplasias hematológicas. Existe una gran variabilidad en las medidas de aislamiento utilizadas, incluyendo unidades de TPH donde el aislamiento es muy estricto y unidades donde los pacientes son controlados en su domicilio por enfermeras expertas.

En las "Directrices para la prevención de infecciones oportunistas entre los receptores de trasplante de células madre hematopoyéticas: Recomendaciones de los CDC, la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, y la Sociedad Americana de Trasplante de Sangre y Médula Ósea," que fue publicado en el Morbidity and Mortality Weekly, se informa de que:

- La necesidad de habitaciones con filtros HEPA para los pacientes TPH autólogo no ha sido establecida.
- La utilidad de aislamiento y precauciones de barrera en la prevención de las infecciones nosocomiales en los receptores de TPH no se ha estudiado.

En el "Programa de Trasplante Hematopoyético en Régimen Domiciliario" del Hospital Clínic de Barcelona, presentado en las V Jornadas de enfermería de TPH, tras realizar 129 TPH en régimen domiciliario concluyen que aporta ventajas clínicas y de calidad de vida para el paciente además de optimizar los recursos sanitarios.

En el año 2009 en nuestra unidad de TPH se produjo un cambio en las medidas de aislamiento en los pacientes que ingresan para trasplante autólogo de progenitores hematológicos (autoTPH).

Las medidas de aislamiento previas al año 2009 incluían:

1. Habitaciones con sistema de filtrado del aire y presión positiva (HEPA).
2. Utilización de calzas, gorro, mascarilla, bata y guantes estériles por el personal sanitario.
3. Preparación de la medicación endovenosa en una campana de flujo laminar.

A partir del año 2009 se instauró:

1. Habitación de uso individual, sin filtrado del aire ni presión positiva.
2. Utilización de la higiene de manos como medida de protección.
3. Preparación de la medicación convencional.

Objetivo

Conocer las posibles diferencias en las complicaciones infecciosas de los pacientes sometidos a autoTPH en relación a los dos sistemas de medidas de aislamiento diferentes empleados durante los últimos 5 años.

Metodología

Estudio retrospectivo comparativo de dos grupos de pacientes sometidos a autoTPH con medidas de aislamiento diferentes.

Grupo A (pacientes trasplantados en los años 2006,2007 y 2008 con medidas de aislamiento estricto): 66 pacientes

Grupo B (pacientes trasplantados en los años 2009 y 2010 con medidas basadas en higiene de manos): 51 pacientes

Variables: diagnóstico, días de hospitalización, días con fiebre, grado de mucositis, diarrea y bacteriemias.
Se utiliza el programa SPSS 15.0 para el estudio estadístico.

Resultados

Diagnósticos: Grupo A: Leucemia 10 pacientes (15%), Linfoma 33 pacientes (50%) y Mieloma 23 pacientes (35%). Grupo B: Linfoma 22 pacientes (43%), Mieloma 29 pacientes (57%) y ninguna Leucemia. El porcentaje de mujeres y hombres fue prácticamente del 50% en ambos grupos.

En el grupo B hubo un porcentaje mayor de pacientes mayores de 55 años (59% vs 67%) respectivamente, que se correlaciona con el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados de Mieloma. No hubo diferencias en el número de días de hospitalización. El porcentaje de mucositis grado 3-4 (68% vs 58%) y diarreas (51% vs 39%) fue inferior en el grupo B. En el grupo B se observó un mayor porcentaje de pacientes con fiebre de duración inferior a 4 días (51,5% vs 68,7%); asimismo, en el grupo B más pacientes no desarrollaron fiebre durante el autoTPH (1 paciente vs 7 pacientes). No hubieron diferencias significativas en la incidencia de bacteriemia entre los 2 grupos (19,70% vs 21,60%).

Conclusiones

El análisis de nuestra cohorte de pacientes sometidos a autoTPH, parece demostrar que las medidas de aislamiento estricto no disminuyen el riesgo de complicaciones infecciosas. Podemos afirmar que una adecuada higiene de manos es una medida eficaz y suficiente para proteger al paciente neutropénico sometido a autoTPH. La realización de ensayos aleatorizados sería el mejor mecanismo para confirmar nuestros hallazgos y establecer las medidas de aislamiento apropiadas para los pacientes sometidos a los diferentes tipos de trasplantes de progenitores hemopoyéticos.

La práctica basada en la evidencia ayuda a las enfermeras a determinar qué intervenciones son eficaces para mejorar los resultados en los pacientes. Muchas intervenciones de enfermería para prevenir la infección se basan en la tradición, la opinión de expertos y no se han realizado estudios de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Directrices para la prevención de infecciones oportunistas entre los receptores de trasplante de células madre hematopoyéticas: recomendaciones de los CDC, la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, y la Sociedad Americana de sangre y trasplante de médula. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000; 49 (RR -10): 1 - 128 . Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4910a1.htm> .Medline
2. Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, Granell M, Ramiro L, Gallego C, Hernando A, Segura S, García L, González M, Valverde M, Montserrat E. Case-control comparison of at-home to total hospital care for autologous stem-cell transplantation for hematologic malignancies. J Clin Oncol. 2006 Oct 20;24(30):4855-61.
3. Zitella LJ, Friese CR, Hauser J, Gobel BH, Woolery M, O'Leary C, Andrews FA. Putting evidence into practice: prevention of infection. Division of Oncology, Stanford Hospital and Clinics, California, USA.

4. Marlon Saria, MSN, RN, AOCNS. Preventing and Managing Infections in Neutropenic Stem Cell Transplantation Recipients.
Posted: 05/27/2011; Clin J Oncol Nurs. 2011;15(2):133-139. © 2011 Oncology Nursing Society

AUTORES/AUTHORS:

Monica Martins Trovo de Araújo, Maria Júlia Paes da Silva

TÍTULO/TITLE:**EVALUACIÓN TARDÍA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Introducción: Conjuntamente con el exitoso control de dolor y síntomas y el trabajo en equipo interdisciplinario, el uso adecuado de habilidades de comunicación y relaciones interpersonales constituye la tríada de cimientos que sustenta el cuidado paliativo. Frente a situaciones de incertidumbre, dolor y sufrimiento, la capacidad de relación obtiene nuevo significado y el contacto con las personas, se trate de familiares o profesionales de salud, pasa a representar la esencia de un cuidado que sustenta la fe y la esperanza, brindando apoyo en la vivencia de momentos difíciles. Toda vez que en este contacto humano existe transmisión de mensajes, a través del habla o de señas no verbales, el conocimiento de técnicas o estrategias de comunicación que favorezcan y beneficien la interacción y puedan transmitir atención, compasión y consuelo, son de suma importancia. Con independencia del área de formación básica o de la categoría profesional, todos los profesionales de salud necesitan de este conocimiento, dado que conviven en su quehacer cotidiano con personas que están atravesando el fin de la vida en diferentes escenarios. El uso de estrategias de comunicación es el centro del soporte emotivo en cuidados paliativos. La habilidad de escuchar, preguntar, explorar sentimientos y feedback no son una cuestión de personalidad o instinto del profesional, sino herramientas necesarias para proveer respaldo emocional, e influyen positivamente en el ajuste psicológico del individuo a la experiencia del proceso de pérdida e incertidumbre inherentes al padecimiento y muerte.

Método: Investigación descriptiva, exploratoria, de campo, con abordaje cualitativo, que constituyó la última etapa de un estudio multicéntrico y longitudinal, involucrando profesionales de salud que trabajaban con pacientes bajo cuidados paliativos en cuatro instituciones de salud y una institución de enseñanza superior en San Pablo, Brasil. El estudio apuntó a desarrollar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de capacitación en comunicación en cuidados paliativos teórico-práctico de 12 horas, que utilizó como orientador pedagógico el modelo del aprendizaje experiencial y focalizó conocimientos, habilidades y actitudes, habiendo sido aplicado a profesionales de salud paliativistas. Las entrevistas fueron grabadas en audio, los testimonios de los profesionales fueron transcritos integralmente y analizados según la metodología de Análisis de Contenido propuesta por Bardin¹. Este método propone un conjunto de técnicas de análisis de la comunicación verbal, aplicados a los discursos, para obtener indicadores, cualitativos o no, que permitan la descripción del contenido de los mensajes de los entrevistados. El método se compone de tres fases: a) pre-análisis, b) exploración del material, y c) tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación.

Resultados: Con excepción de un psicólogo, todos los demás entrevistados eran de sexo femenino. De sus testimonios emergieron siete categorías: 1) La demanda de capacitación; 2) La valorización de la comunicación; 3) Las habilidades de comunicación permitiendo el acceso al sufrimiento multidimensional del paciente; 4) La escucha activa como instrumento terapéutico destacable en cuidados paliativos; 5) La comunicación favoreciendo el trabajo en equipo; 6) Los recursos educativos favoreciendo reflexión y cambio de actitud, y 7) El mayor aprendizaje: la práctica comunicacional reflexiva. Sus discursos evidenciaron la necesidad urgente de capacitación comunicacional de los otros profesionales de salud que conviven con pacientes bajo cuidados paliativos, además de la valorización de la comunicación interpersonal como dimensión esencial y respaldatoria de la atención paliativa. Destacaron, asimismo, que las habilidades de comunicación aprendidas/mejoradas posibilitan el acceso y la atención de la dimensión emotiva del paciente y familiares que se enfrentan a los múltiples rostros del sufrimiento. Enfatizaron que la escucha activa es un instrumento terapéutico esencial para el cuidado de pacientes y familiares que atraviesan el proceso de morir, y remarcaron que las habilidades de comunicación también favorecen el trabajo en equipo interdisciplinario, imprescindible para la atención en el ámbito paliativista. En relación al programa de capacitación, lo evaluaron como útil para su práctica, destacando la utilización de recursos didáctico-pedagógicos de práctica simulada como facilitadores del aprendizaje de habilidades comunicacionales. Y, sobre todo,

evidenciaron que el aprendizaje mayor que la capacitación les proporcionó fue la práctica comunicacional crítico-reflexiva, que permitió reflexión y autoevaluación constantes, favoreciendo cambios en sus actitudes comunicacionales en el contexto paliativista. **Discusión:** Las habilidades de comunicación son imprescindibles para el profesional de salud paliativista, porque además de contribuir al impecable control de dolor y síntomas, también posibilitan el acceso y la atención de las necesidades emocionales, espirituales y sociales del paciente y su núcleo familiar. Los resultados de esta investigación demostraron que las habilidades de comunicación pueden ser aprendidas y aplicadas en la práctica clínica de profesionales de salud, corroborando otros estudios brasileños²⁻⁴. Convergen también con las evidencias destacadas en estudios internacionales⁵⁻⁶, respecto de que las habilidades de comunicación en cuidados paliativos aprendidas durante la capacitación pueden ser mantenidas y mejoradas en el transcurso del tiempo, contribuyendo a la optimización de la competencia paliativista de los profesionales cuando se asocian a actitudes positivistas, tales como autoevaluación y reflexión crítica continuas. Basándonos en que la propuesta educativa se mostró eficaz incluso en el largo plazo, se recomienda que sea adoptada y aplicada a los profesionales de salud en formación y ya actuantes. Su formato y contenido programático permiten su inclusión en los currículos de graduación y posgraduación de cualquier especialidad en el área de la salud. Del mismo modo, puede ser ofrecida a los profesionales ya actuantes como curso de actualización. Las instituciones de salud también pueden utilizarla en entrenamiento y desarrollo de sus colaboradores de diferentes especialidades. A pesar de que la investigación tenga limitaciones, entre ellas la regionalización de la muestra, se espera que a partir de este estudio, se efectúen otros afines, estimulando el mejoramiento de la enseñanza y de la investigación en el ámbito de los cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
2. Silva MJP. Construção e validação de um programa de comunicação não verbal para enfermeiros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1993.
3. Prochet TC. Capacitação em comunicação não verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.
4. Castro RCB. Programa sobre comunicação não verbal para a equipe de enfermagem baseado nos preceitos da reforma psiquiátrica. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
5. Wilkinson S, Bailey K, Aldridge J, Roberts A. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med.* 1999; 13(4):341-8.
6. Wilkinson S, Perry R, Blanchart K, Linsell L. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communications skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Pall Med.* 2008; 22(4):301-394.

Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud

Concurrent session 20: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

M.Jerusalen Rodriguez Larrea, Arantza Perez de Arenaza Unanue, M.Carmen Olano Zabala, Salome Aramburu Garate, Elena Del Pozo Garicano, Itziar Urelay Ibarzabal, Anabel Fernandez Gorosabel, Carmen Ferro Montiu

TÍTULO/TITLE:

MOTIVOS DE NO INICIO Y DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Introducción

La lactancia materna es una práctica de alimentación natural de los recién nacidos, con duración variable según diferentes factores culturales y sociales, que en el último siglo ha sufrido una importante regresión. La lactancia materna ha sido sustituida por leches de fórmula o sucedáneos en grandes sectores de la población mundial aumentando la morbimortalidad infantil

Abundantes estudios científicos demuestran que la lactancia materna tiene grandes beneficios para la salud del bebé y de la madre. Hay diversos factores que pueden influir en el abandono temprano de la lactancia en los países industrializados: las madres jóvenes, la escasa formación académica, las prácticas sanitarias y la reincorporación al trabajo remunerado.

Diversas organizaciones de fomento de la salud, están empeñadas en la promoción y recuperación de la lactancia materna. Entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 recomendó que los recién nacidos sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad y continuar hasta los dos años o más. Ésta no es una tarea tan fácil como pueda parecer ya que en la lactancia materna se unen aspectos biológicos y culturales que necesitan ser aprendidos de generación en generación y que en muchas sociedades se han perdido debido a que el periodo sin lactancia materna se ha prolongado por varias generaciones.

Por tanto, la recuperación de la lactancia materna requiere un esfuerzo conjunto en diversos ámbitos que incluye a diferentes profesionales desarrollando un programa de promoción bien estructurado. Esta actividad debe basarse en datos reales, fiables y contrastados. De ahí la necesidad de recoger información sobre los motivos de no inicio y de abandono de la lactancia materna en la actualidad.

Objetivos

- 1) Conocer las causas por las que las madres deciden no iniciar la lactancia materna (LM).
- 2) Determinar los motivos de abandono.
- 3) Identificar los periodos de mayor ocurrencia del abandono.
- 4) Hacer una estimación de la tasa de cese de la LM durante el primer año de vida de los niños.

Material y métodos

Este estudio se ha realizado en las Unidades de Atención Primaria de Gipuzkoa: Azpeitia, Azkoitia, Lagazpia, Zumarraga, Beasain, Orduizia, Billabona y Andoain. Esta presentación forma parte del estudio Prevalencia, duración y motivos de abandono de la lactancia durante los dos primeros años de vida.

Tipo de estudio: es un estudio descriptivo transversal multicéntrico.

La población diana es de 768 dúos madre-hijo.

La muestra la componen las madres de 312 niños nacidos vivos entre el 01/01 y el 30/06/2008 escogidos aleatoriamente de las historias clínicas informatizadas.

Criterios de exclusión: Se excluyeron las madres que no comprendían la lengua castellana..

Variables: Se estudiaron variables sociodemográficas y obstétricas relacionadas con la lactancia y la alimentación con sucedaneos, duración y motivos de abandono, agrupados en 4 grupos como Hipogalactia (poca ganancia, leche aguada, no tener leche suficiente, excesiva demanda, bebé insatisfecho, el bebé lo dejó poco a poco y rechazo del pecho), problemas de mamas (grietas, mastitis, pezones planos y dolor de pezones), trabajo fuera de casa y otros (cansancio, parto gemelar, enfermedad de la madre y del bebé y salida de dientes).

Procedimiento. Se elaboró un cuestionario, basado en el Cuestionario Lacmat y la Guía Clínica Práctica Basada en la evidencia para el manejo de la LM. Se efectuó una experiencia piloto con 12 encuestas y durante un año se entrevistó a las madres.

Se utilizó el programa SPSS, se realizó una descripción de las frecuencias de las variables cualitativas con un intervalo de confianza

al 95% y la media con su desviación estandar. Para el análisis de asociación de variables se hizo la prueba ji cuadrado.

Resultados

El 94,6% de los nacimientos ocurrieron en hospitales de Osakidetza.

La edad media de las madres era de 34 años.

El 40,7% de las madres tenían estudios universitarios, el 43% estudios secundarios y el 16,3% estudios primarios.

El 69,5 de las madres trabajaban fuera de casa, el 11,3 % eran amas de casa, el 10,3% estaban en paro, el 9% estaban en excedencia.

El 44% eran primíparas. El 39,2% secundiparas. El 13,5% terciiparas

El 46% tenían experiencia previa en LM.

El índice de cesáreas fué de 11,5%.

El 11% ya había decidido en el embarazo no iniciar la LM.

Los motivos de no iniciar la LM fueron experiencias anteriores negativas 43,8%, no deseo de lactar 22%, laborales 6,3%, intervención quirúrgica de mama 6.3%, enfermedad materna 6.3%, ingesta de fármacos 3,1%.

La duración media de la lactancia en el 1º año fué de 7.6 meses.

No inician la LM el 13.4 % de los nacidos, corresponde a 42 bebés. Inician la lactancia 270 niños

En e.l 1º mes abandonan la LM: 9.5%(Porcentaje acumulado 23%) , en el 2º mes: 3.2% (26.1%), 3º mes: 9.9 % (36%), 4º mes: 7.5% (43.5%) ,5º mes: 4.5% (48%), 6º mes: 7.8% (55,8%), 7 º:mes: 4.9% (60,7%%), 8º mes: 4.9%8 (65,6%), 9º mes: 7,8% (73,39%), 10º mes: 4,6 % (78%), 11º mes.:2,1 %(80%), 12º mes: 4,6 % (84,7%).

Los motivos de abandono en los meses de mayor cese son los siguientes:

. 1mes se producen 28 casos de abandonos y se agrupan en hipogalactia 48%, problemas de pezón/mamas 24.32%, otros 27%.

. 3 meses: Se producen 30 casos de abandono y se agrupan en hipogalactia 59.57%, problemas de pezón/mamas 2.12%, trabajo fuera de casa 19.14%, otros 19.14%.

. 6º meses : se producen 23 casos de abandono y se agrupan en hipogalactia 25%, problemas de pezón/mamas 0%, trabajo fuera de casa 58.33% y otros 16.66%.

. 9º mes se producen 23 casos de abandono y se agrupan en hipogalactia 53,12%, problemas de pezón/ mamas 0%, trabajo fuera de casa 25%, otros 21,87%

Discusión:

El número de madres que han decidido en el embarazo no dar de mamar es bajo y la experiencia anterior negativa es la 1ª causa.

El número de abandonos al 3º y 6º mes es bastante menor que el recogido en la Encuesta Nacional de Salud en España: 47.52% y 75.28%, en el estudio 36,5 y 55,8%.

Hasta el 3º mes el motivo principal de abandono es la hipogalactia y a partir del 4º y 5º mes se equipara con el trabajo fuera de casa. Llama la atención el bajo número de abandono por problemas de pezón y mamas.

Los momentos críticos de la LM son: 3º mes, seguido por el 1º mes , 6º mes y 9º mes.

No ha sido posible realizar comparaciones con otros estudios porque en sus muestras excluían a recién nacidos de bajo peso, test de Apgar inferior a 6 y parto inferiores a 37 semanas (Oliver-Roig. 2008, De Lathouwer 2004) o se utilizó una muestra de conveniencia (Porter Lewallen 2006). en estos estudios la hipogalactia, la incorporación al trabajo o al estudio y los problemas de pezón son las causas principales de abandono

Conclusiones .

Durante el primer año de vida las causas de abandono más importantes (tales como la hipogalctia, problemas de pezones -mamas e incorporación de las madres al trabajo) son susceptibles de intervención por parte de la matrona y debe abordarse en el embarazo, en la maternidad y después del alta hospitalaria.

Para disminuir el cese de la LM proponemos:

1º Ayudar a las madres a la elaboración de experiencias negativas anteriores de lactancia tanto en consulta de embarazo como en las clases prenatales

2º Registrar en las historias la información oral y escrita dada a la embarazada y a su familia sobre la importancia del amamantamiento y los riesgos de no amamantar.

3º La matrona en el embarazo enseñará como favorecer el inicio y el establecimiento de una feliz lactancia.

4º ofrecer apoyo al inicio de la lactancia, en las 48-72 horas del alta de la maternidad. Realizar una valoración global que sirva de base para la elaboración de un plan de cuidados individualizado. Observar una toma (postura, agarre, transferencia adecuada de leche y duración).

5º ofrecer semanalmente apoyo grupal a las madres que continúan con la lactancia..

6º: antes de la incorporación de la madre al trabajo, ayudar a planificar cómo extraer y almacenar leche y como organizarse para ofrecer a su hijo el mayor número de tomas posibles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de salud de España 2006

Disponible:

[Http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/estilosVidaPorcentaje](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/estilosVidaPorcentaje)

2.- Estevez González MD. , Matell Cebrián D. , Medina Santana R. , García Villanueva E ., Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *anales Esp Pediatr.* 2002 Feb ; 56 (2):144-50.

3. Britton C. , mcCornick FM. , Renfrw MJ. , Wade A. , King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 , Número 1 . Oxford : Uptodate Software Ud .Disponible en <http://www.uptodate-software.com>. Traducida de The Cochrane Library , 2007 Issue 4 .Chichester , UK: John Wiley ; 2008.

4.-Hernandez Aguilar MT., Aguayo Maldonado J. La lactancia materna .Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica materna. Recomendaciones del comité de lactancia de la AEP. *An. Pediatr.* 2005;63(4):340-56.

5. Oliver-Roig A. , Chulvi-Alabort U. , López – Valeto F. , Lozano –Dura MS. , Seva-Soler C. , Pérez Hoyos S. . Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en el seguimiento de 6 meses . *Enferm Clínica* 2008 ; 18 (6):317-20.

6. World Health Organization .Indicators for Assessing Breastfeeding Practices General , Switzerland : WHO/CDD/SER 91; 1991.

7.- .Asociación Española de Pediatría .Manual de lactancia Materna. Madrid: Panamericana, 2008.

8. Lewallen LP., Dick MJ., Flowers J., Powell W., Zickefoose KT, Price ZM. Breastfeeding support and early cessation .*J. Obstet Gynecol. Neonatal Nurs* : 35 (2) : 166-72 , 2006 Mar-April.

9. De Lathouwer S., Lionet C., Lansac J., Body G., Perrotin F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J. Obstet Gynecol. Reprod : Biol* ; 117(2) :169-93 ; 2004 Dec 1.

10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55º Asamblea Mundial de la Salud A55715. Ginebra:OMS; 2003.

11. Kramer MS., Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. The Cochrane Database of systematic Reviews 2007. Oxford: Update Software Ltd.

12. Crepinsek M., Crowe L., Michener K., Smart NA. Intervenciones para las mastitis después del parto. The Cochrane Database of systematic Reviews 2008. Oxford: Update Software Ltd.

AUTORES/AUTHORS:

José Luis López López, Miguel Alfonso Mercado Ramírez, Teresa Margarita Torres López, Pascuala Berenice Rivera Ramírez

TÍTULO/TITLE:

Enfrentamiento a la enfermedad y acceso a los servicios de salud del migrante mexicano jubilado al regresar de los EUA

La migración entre México y Estados Unidos de América (EUA) ha sido un fenómeno social con antecedentes bastos a través del tiempo, que en un aspecto amplio parte de los distintos rumbos que históricamente han seguido las economías de ambos países. En el fenómeno migratorio se han entrelazado necesidades completamente distintas entre las naciones, donde ambas, han tenido beneficios tangibles, por una parte mano de obra barata capaz de hacer los trabajos más pesados y poco remunerados. Por parte de México una afluencia diaria de remesas económicas que no se utiliza en términos de inversión productiva, pero que la reciben los familiares con los beneficios que conlleva su poder de consumo.

Recientes estudios refieren que el proceso migratorio tiene un efecto positivo en el Sistema de Seguridad Social en los EUA, ya que la seguridad social de los migrantes jubilados no está financiada por impuestos de los actuales migrantes. Los migrantes llegan a EUA al inicio de su vida productiva contribuyendo hasta por cuatro décadas a la seguridad social antes de recibir ventajas de las mismas. Cuando los hijos empiezan a recibir beneficios, los nietos serán ya importantes contribuyentes. Otro punto interesante es que los trabajadores indocumentados "están en los libros", los patrones retiran de su salario impuestos para su seguridad social. A la vez estos empleados contribuyen a la economía local al pagar renta e impuestos por compras en bienes y servicios.

Los migrantes comúnmente postergan la consulta médica cuando tiene un problema de salud y acuden hasta que consideran que su situación es lo bastante peligrosa bien que pueda causarles la muerte o incapacidad. Recibiendo en la gran mayoría de los casos sólo atención de urgencias. De esta forma, problemas médicos menores pueden agravarse y encarecer el tratamiento, optando en dicho momento por regresar a México para ser atendidos. Los migrantes regulares son especialmente afectados ya que los migrantes solo tienen derecho a las prestaciones de Medicaid hasta transcurridos cinco años de residencia continua.

"Para las enfermedades no existen fronteras como tampoco debería de haberlas para la seguridad y la atención de la salud para los hispanos y mexicanos", es la frase con la que la Nacional Hispanic Medical Association (NHMA)¹ en el año 2005, promovió la atención médica en ambos lados de la frontera entre EUA y México. Sin embargo, a la fecha no se han dado cambios tangibles que promuevan dicha atención.

A lo largo del proceso migratorio, los migrantes quedan expuestos a múltiples factores que pueden merma su salud y favorecer el desarrollo de diversas enfermedades. Cuando regresan a México, surgen desventajas de acceso a los servicios de salud, ya que la mayoría de los seguros públicos estadounidenses no son transferibles. Esto representa una carga económica para los trabajadores retirados, para sus familias y para los servicios de salud del país de origen.

El propósito central del presente trabajo fue mostrar como los migrantes mexicanos jubilado enfrentan sus enfermedades, así como la accesibilidad a los servicios de salud al regresar a su país de origen después de una vida laboral en los EUA.

1. Objetivo(s)

1. Conocer cómo el migrante jubilado enfrenta la enfermedad.
2. Ubicar la accesibilidad a los servicios de salud al regresar a su país de origen.

2. Métodos

Se realizó un estudio etnográfico cualitativo en comunidades rurales del municipio de La Barca, del Estado de Jalisco, México, por ser una región de fuerte expulsión demográfica hacia los EUA. Los informantes fueron ubicados por medio de la técnica de muestreo de cadena social. Se integró un grupo de 13 participantes y se realizaron 29 entrevistas. Los criterios de inclusión fueron: haber

radicado en EUA por razones laborales, radicar actualmente en México y aceptar la entrevista. Cabe mencionar que todos los informantes fueron varones, a pesar de que el sexo masculino no era uno de los criterios de inclusión. Se realizaron entrevistas a profundidad, las cuales fueron grabadas, transcritas, para ser analizadas por medio del método de análisis temático. Se llevo a cabo la estructuración de códigos y se construyeron dos categorías de análisis: 1) Enfrentamiento a los procesos de enfermedad y 2) acceso y cobertura a los servicios de salud.

3. Resultados

Entendemos por migrantes jubilados a aquellos que regresan a vivir a México después de pasar su vida productiva trabajando en los EUA. Los participantes en el estudio fueron personas que iniciaron el movimiento migratorio entre los años 1948-1973, es decir dentro el periodo del programa "Bracero" lo cual fue punto de partida para el inicio de su vida como migrantes. Posteriormente regresaron a EUA de manera ilegal en el 80 por ciento de los casos, motivados en su totalidad por carencias económicas en México. Les implico entre un mes y dos años para encontrar trabajo estable. Este fue principalmente en actividades agrícolas, industriales y de servicios, su antigüedad en este último fue de 10 a 25 años en promedio.

El total de participantes enviaba remesas a México, las cuales se usaban para gastos domésticos y mantenimiento del hogar, alimentación, vestido y gastos en salud. En el ochenta por ciento de los entrevistados cuentan con seguridad médica en EUA, todos ellos con servicios de Medicare, pero sólo la mitad hizo uso de estos servicios de salud durante su estancia en los EUA; en cambios el total de los participantes ha hecho uso de servicios médicos en México (entre una y 15 veces al año) para la atención de enfermedades crónicas y urgencias en salud. Y el 80 por ciento del uso de servicios de salud en México fue de tipo privado, tres de ellos en los servicios gubernamentales.

1. Acceso y uso de servicios de salud

Medicare es el grupo de servicios médicos con los cuales cuentan los migrantes jubilados, siendo proporcionado a partir de los 65 años de edad, pagado por cuotas de su pensión; la cobertura de dichos servicios es limitada a recibir la atención médica en EUA. Algunos comentarios al respecto fueron:

-...ese (medicare) solo cubre en Estados Unidos... sólo a Mi... sólo. Yo...no a mi familia... ni mi esposa... solo lo cubre viviendo uno en Estados Unidos...-

-...sí, me están rebajando todo eso en el dinero. Aunque ya tengo el medicare hasta jubilado... Le dan el medicare hasta que ya está jubilado...-

2. Cobertura de Servicio de Salud en México

Para hacer frente a la enfermedad en México, los migrantes jubilados hacen uso de diferentes medios para solventar los gastos en salud, a pesar de contar la gran mayoría con servicios médicos en EUA. Y a pesar de haber tenido toda una vida laboral en EUA, los migrantes no cuentan con ahorros para cubrir las necesidades extras que surjan por enfermedades.

Las estrategias que los participantes utilizan para enfrentar la falta de acceso a los servicios de salud, son las de pedir apoyo económico a sus hijos y utilizar el dinero de su pensión:

-...aquí, Yo ya cuando no pueda trabajar... si Dios me da licencia...Yo me vengo... aquí y aquí me mandan los muchachos.-

-Bueno es que de todos modos los muchachos no dejan de ayudarme, he... (E.- si se enferma) así es que con lo poquito que tengo, Yo casi siempre tengo una cuentecita en el banco... y si no pos echo mano de las tierras de donde haiga.-

Sobre la posibilidad de "echar mano de lo que gana uno allá" refirieron:

-Tengo la alta presión... (...) ya tengo como unos 7 u 8 años me tomo mi pastilla...yo las compro las pastillas.-

-.....No he sido muy enfermo, hace poco... me operaron dos veces... (E.- ¿quién pago?). Pos qui'rn va andar pagando?, Yo... he tenido el modito aquí porque Yo tengo mis tierritas, la pensioncita que me mandan y pos mis hijos que no me dejan solo...-

Los gastos de atención de la enfermedad implican el pago de médico del sector privado así como la compra de medicamentos en farmacias, los cuales si no se obtienen por medio de la seguridad social suelen tener altos precios.

-...de la pensión Yo agarro para curarme, para las curaciones.-

-Le pido a Dios que me mantenga vivo... con la pensión no me ajusta..... fueron.... Pos... 8 mil pesos cuando la embolia.... Se me va.... 1500-2000 pesos en puras medicina, para... puras pastillas....-

3. Enfrentamiento a la enfermedad

Los migrantes regresan a su país de origen, México, a pasar sus últimos días rodeados de su familia y de su gente, aceptando las enfermedades como algo inevitable y secundarias en algunos casos a las jornadas laborales en EUA. Ya que los trabajos realizados implicaban cargas físicas excesivas, y salarios reducidos entre otras.

-... a luego... ya horita mi espalda, me la fregué. Pos como dicen, en ese tiempo no éramos trabajadores éramos esclavos...-

-Cuando trabajaba en Marqueta (supermercado) ganaba el doble que en el campo, nomás que me afecto el humo frío de los congeladores helados, y entonces cuando vine aquí fui con un doctor que me dijo “deja ese trabajo porque te mueres” porque ya andaba así como que me faltaba aire...-

Las alternativas que vislumbran para una vida futura son muy limitadas. Tal parece que vive en un estado de resignación del que solo saldrán con la muerte. Los síntomas y secuelas de sus padecimientos les impiden la realización de cualquier proyecto de vida.

-... morirme Yo creo, ya, ya no ya cuales planes, ahorita no tengo ningún plan seguir viviendo... ya enfermo como...-

-Ya ahorita no ambiciono... Ya no tengo ilusiones yo de trabajar, de moverme en un trabajo... y luego enfermo, como me encuentro. Porque yo ya estoy días bien, días mal, días bien, días mal y... la expectativa es... peleándole, con los doctores, peleándole a la vida.-

En suma, los entrevistados consideraron que era mejor enfrentar sus padecimientos en México. Ello a pesar de no contar con la atención medica necesaria. Condiciones tales como el contacto con su familia, el tener un ingreso fijo por su pensión (aunque insuficiente), así como estar en su cultura propia son más valoradas en su situación actual de jubilado.

-... si tengo enfermedades ¿cuántas cree que tengo?...estoy mal, tengo diabetes....pero me siento feliz de vivir en mi país...-

-(E: y ¿porque se opero aquí y no allá?) - Porque no tenía confianza a los médicos de allá.-

4. Discusión.

Al no tener cobertura médica en México, el migrante utiliza diversos medios para atender sus enfermedades, la mayoría con un costo, el cual deben cubrir con sus propios recursos o la ayuda de familiares. Otra opción es el Seguro Popular, programa de servicio social del Gobierno de México, que ofrece planes de asistencia social a los ancianos, aunque es insuficiente para satisfacer la demanda. El panorama del migrante es incierto, marcado por las limitaciones físicas secundarias a enfermedades.

Al igual que en la actualidad las carencias económicas son el principal motivo de migración a los EUA, el periodo de tiempo estimado para que los participantes encontraran un trabajo estable fue de 2 a 6 años, principalmente en trabajos agrícolas, industriales y servicios.

El tener acceso a un trabajo estable les hace crear antigüedad en el mismo, lo que se traduce en beneficios para el retiro como acceso a servicios de salud y pago de pensiones. Los informantes refirieron sufrir de enfermedades crónicas, potencialmente secundarias a los trabajos ejercidos en EUA, se implican gastos diarios para medicamentos de control, visitas constantes al médico, etc.; Gastos económicos que al no ser cubiertos por los servicios médicos proporcionados en EUA, dada la no transferencia de servicios médicos a México, obligan a los migrantes jubilados a hacer frente a su enfermedad de diferentes maneras como: son: la utilización de los servicios de asistencia social de México, regresar a los EUA para ser atendidos, buscar atención con médicos privados costeados con recursos propios como son sus pensiones o pedir apoyo económico a los hijos trabajadores en EUA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

CONAPO. (2005). Migración Mexicana hacia Estado Unidos.

- Fundación Imagina. (2006). Migración indígena y sociedad civil organizada en Yucatán. En: Paper presented at the Foro sobre migración indígena; Tijuana, BC, México.
- García, R. (2000). Agricultura, migración y desarrollo regional. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Hernández, G. (2005). La migración ilegal a Estados Unidos de Norteamérica: una visión desde la experiencia de la mujer del migrante. Universidad de Guadalajara.
- Lozano, F. (2002.). La migración mexicana su historia e impacto. Secretaría Permanente del SELA. Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe (65).
- Manjarrez, J. La migración internacional y los cambios en las relaciones de género y generacionales en una comunidad campesina del Municipio de Huaquechula, Puebla. En: <http://www.alasru.org/cdaldasru2006/04%20GT%20Jossefina%20Manjarrez%20ROSAS.pdf>
- Papail, J. (2002). De asalariado a empresario: La reinserción laboral de los migrantes internacionales en la Región Centro-Occidente de México. Migraciones Internacionales, Vol. 1 Múmero3. Julio-Diciembre 2002., 1 (3).
- Papail, J. Factores de la migración y redes migratorias. En: <http://www.utexas.edu//ljb/uscir/binpapers/v3a-papail.pdf>
- Papail, J., Arroyo, A. (1996). Migración Mexicana a Estados Unidos y desarrollo regional en Jalisco. Universidad de Guadalajara.
- Ramos, I. (2007). Procesos simbólicos y percepción cognitiva de control. En: http://www.ugr.es/~pwlac/G16_12Ignacio_Ramos_Schlegel.html, 2007
- Verduzco, G. La migración Mexicana a Estados Unidos estructuración de una selectividad histórica. El Colegio de México.
- Sandoval De Ecurrída, J. (2003). Análisis sobre la situación general de la migración. Sistema Integral de Información y Documentación. Cámara de Diputados. LIX Legislatura. Servicios de Investigación y Análisis. División de Política Social.
- Asociación Mundial de Educadores Infantiles. (2002). "Familia, contexto social e inmigración".
- Castro, R., Ríquer, F., Medina, M. (2003). Violencia de género en las parejas mexicanas. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares.

AUTORES/AUTHORS:

Conceição Rainho, Elza Lemos, José Manuel Dias, Amâncio Carvalho, Ana Romano, Elisabete Fonseca

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de actitudes alimentarias en los adolescentes en las escuelas públicas en el norte de Portugal

1. Objetivos del estudio: i) evaluar actitudes alimentarias de los estudiantes de la Educación Secundaria Obligatoria ii) relacionar el Índice de Masa Corporal y actitudes alimentarias.

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). (APA, 1996).

La conducta alimentaria se ha visto condicionado por las normas culturales y los criterios impuestos por los medios de comunicación que los adolescentes en la construcción de su identidad, tienden seguir como modelos. La mayoría de los trastornos alimentarios empiezan en la adolescencia, hay algunos casos antes de la pubertad, pero el observado con mayor frecuencia es en personas de diez a diecinueve años (Dunkr & Philippi 2003; Huse & Lucas 2002; Torres, Guerra, Lencastre, Williamson, Torres & Vieira, 2008). Estas enfermedades tienen un origen multifactorial basada en la hipótesis de que diversos factores psicológicos y biológicos están relacionados entre sí, señalando que su prevalencia ha aumentado (Magalhaes y Mendonça, 2005). La preocupación con el peso corporal puede contribuir al desarrollo de diversas enfermedades relacionadas con la imagen corporal, los trastornos de la alimentación son consideradas las más frecuentes.

2. Métodos

Es un estudio descriptivo y de una sección transversal, de un estudio longitudinal, realizado en escuelas del interior norte de Portugal y la muestra fue constituida por adolescentes a frecuentar la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En la evaluación de actitudes alimentarias se usó la Escala de conductas alimentarias (EAT), su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas; contiene 26 preguntas y las escalas presentan un rango de respuesta: siempre (puntuación - 3) a nunca (puntuación - 0). Los 26 ítems, son todos sumados para obtener el score total, que varía de "0" a "78", scores más elevados indican actitudes alimentarias más inadecuadas. Fueron considerados en riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación, los estudiantes que obtuvieron una puntuación igual o superior a 20, y de bajo riesgo puntuación menos de 20, sin calificación de riesgo, con menos de 9 (Bighetti, 2003). El EAT-26 ha sido utilizado en varios estudios de seguimiento de individuos susceptibles de desarrollar trastornos de la alimentación, sin embargo, hay que destacar que esta prueba sólo evalúa la presencia de patrones anormales pero no revela la psicopatología subyacente a la conducta manifiesta (Cordes & Nevis, 1999).

La consistencia interna de la EAT fue determinada por el coeficiente alfa de Cronbach. En las variables continuas se aplicó la prueba de t de student para la determinación de las diferencias entre dos medias muestrales. Cuando analizamos variables cuantitativas de intervalo, utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson para medir el grado de correlación entre distintas variables relacionadas linealmente. En el Índice de Masa Corporal (IMC) se utilizaron las tablas de distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) de la Dirección General de la Salud de Portugal (2006), para clasificar los estudiantes en eutróficos, con sobrepeso o obesidad. Fue asegurado la participación voluntaria y anónima. Se pidió a los estudiantes que rellenasen el EAT-26, en el aula que duró un promedio de quince a veinte minutos.

3. Resultados

Participaron 450 estudiantes, 226 varones (50,2%) y 224 mujeres (49,8%), con edades comprendidas entre 12 y 17 años con una media de 13,0 y la desviación estándar de 0,1.

En este estudio la consistencia interna de la EAT fue de 0,87. En este estudio la puntuación obtenida en la EAT varió de 0 a 74 puntos ($m = 23,0$, $SD = 11,5$), y 271 (60,2%). La frecuencia de actitudes de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios fue

que en el sexo femenino 138 (50,9%) tenían valores de EAT ≥ 20 y 86 (48 %) presentaron puntuación de la EAT < 20 . En el sexo masculino, los resultados muestran que 133 (49,1%) tenían valores de EAT ≥ 20 y 93 (52,0%) EAT < 20 . El Índice de Masa Corporal (IMC) osciló entre 13,65 y 33,53 kg /m², con una media de 20.77 y desviación estándar de 3.52. Cuando fue relacionado el IMC y el score total de la EAT se observó una correlación positiva significativa ($r = 0,27$; $p < 0,01$).

4. Discusión

La EAT reveló una alta consistencia interna, lo que nos permite afirmar que es un instrumento fiable para el seguimiento de los hábitos alimentarios de los adolescentes. También otros estudios lo han utilizado en adolescentes (Sampei, Dirce, Neil, Yara & Fernando, 2009;).

El índice de masa corporal de la muestra en estudio se encuentra dentro del rango normal, teniendo en cuenta los valores de referencia de la OMS (2004).

La muestra reveló una correlación positiva entre el IMC y el score total de la EAT, lo es consistente con los resultados de otros estudios, de acuerdo con KSU & Sokiewicz (1991), valores más altos índice de masa corporal se relacionan con la conducta alimentaria. Otros autores argumentan que la preocupación de los adolescentes por su peso, puede estar relacionada con la adopción de conductas alimentarias inadecuadas (Rodríguez, 2009).

En nuestro estudio, se observó una alta prevalencia de riesgo de trastornos de la alimentación. Los resultados de otros estudios que utilizan la misma escala se encuentran también valores altos, en particular en las mujeres (Oliveira, 2009). La prevalencia de esta muestra se revela una preocupación, por lo que consideramos que es esencial que a continuación de nuestro estudio longitudinal se confirmen los resultados obtenidos en esta sección transversal.

En este estudio el EAT-26, ha demostrado ser útil para identificar la presencia de los trastornos alimentarios, lo que ayuda a evaluar el riesgo. La identificación temprana de los trastornos de la alimentación permite la prevención de consecuencias más graves, contribuido a la concienciación de la adopción de programas de educación sobre la nutrición y las medidas preventivas que deben ser la prioridad para los padres, educadores, clínicos e investigadores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- American Psychiatric Association(1996). DSM-IV–Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bighetti, F.(2003). Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT–26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Univ. S. Paulo.
- Cordás, T.A., Neves, J.E.P.(1999). Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Revista Psiq. Clínica,1(26),41-47.
- Dunker, K.L.L.&Philippi, S.T.(2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Rev. Nutr,16(1),41-50.
- Freitas, S., Gorenstein C.&Appolinario, J.C.(2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiq.24(Supl. 3),24-38.
- Huse, D.M.&Lucas, A.R. (2002). Transtornos comportamentais que afectam a ingestão de alimentos: Anorexia nervosa, bulimia nervosa e outras condições psiquiátricas. In M.E. Shils, J.A., Olson, M., Shike,&Ross A.C (Eds.), Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. (9ªed., Vol. 2, pp.1621-1630). São Paulo: Manole,2002.
- Ksu, L.&Sokiewicz, T.A.(1991). Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders? Int J Eat Disord,10,15-30.
- Magalhães, V.C.&Mendonça, G.A.S.(2005). Transtornos alimentares em universitárias: Estudos de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. Rev. Bras. Epi., 8(3),236-245.
- Oliveira, L.L.(2009). Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: Variáveis culturais e psicológicas.Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- OMS (2004). Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca.

- Rodriguez, MP. (2009) Estudio del estado nutricional y conductas alimentarias de pobladores mayores de cinco años de edad, distrito Chachapoyas, 2008. *Rev. Enferm. Herediana*,2,(2),94-99.
- Sampei, M.A., Dirce M.S., Neil F.N., Yara J.& Fernando A.B. (2009). Atitudes alimentares e imagem corporal em meninas adolescentes de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo (SP). *J. Pediat*,85,(2),122-128
- Vilela, J. E.M., Lamounier, J.A., Dellaretti Filo, M.A., Neto, J.R.B., & Horta, G.M.(2004). Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediat*, 80(1),49-54.

Mesa de comunicaciones 21: Cuidados en niños y adolescentes**Concurrent Session 21: Children and adolescent care****AUTORES/AUTHORS:**

Ana Nazaret Yanes Pérez, M^a Noelia García Hernadez, Sonia Gonzalez-Casanova Gonzalez, Nicolás Aparicio García, Maribel Delgado Acosta, Alicia Álvarez de Armas, M^a Elena Fraga Hernandez

TÍTULO/TITLE:

Estudio comparativo entre termómetro de mercurio y termómetro digital en pediatría.

Introducción/ Objetivo:

La medición de la temperatura corporal es aún hoy un signo importante de salud o enfermedad. Es una técnica sencilla y habitual en la práctica clínica enfermera, sin embargo, la variabilidad de dispositivos de medida existentes en el mercado y de zonas corporales de elección para la toma, ha obligado a la realización de numerosos estudios para asegurar fiabilidad y precisión (1,2). El objetivo de cualquier medición es aproximarse lo más posible a la temperatura central, definida está, como la temperatura de la sangre en la arteria pulmonar, valor más aproximado a la tendría la sangre en el hipotálamo como centro regulador. Hay un gradiente variable entre dicha temperatura y los diferentes lugares del cuerpo en los que podemos realizar las mediciones. (8)

Claramente no existe un lugar ideal para la toma de temperatura y hay un amplio debate en la elección de los diferentes tipos de termómetros (orales, rectales, axilares y timpánicos). Parece razonable tratar de identificar un lugar y un método de medición de fácil interpretación, accesible, cómodo, adecuado al contexto, aceptado por los profesionales y usuarios, que nos permita obtener unos valores de temperatura fiables y precisos que orienten a las decisiones clínicas.

La dificultad en nuestro entorno de acceder a tomas de temperatura central, el hecho del riesgo potencial de perforación rectal descrito en la literatura, las condiciones de asepsia y la mayor aceptación por parte del paciente, conlleva a la elección de la axila como lugar preferente para la medición de la temperatura tanto con el mercurio como con el digital. Se recomienda en la bibliografía consultada la elección de la axila derecha por ser este el lugar donde se registran temperaturas más elevadas (9).

Hasta 1970 los termómetros de mercurio se consideraron la herramienta de elección en la toma de temperatura corporal (4).

Posteriormente se desarrollaron nuevos instrumentos de medida: termómetros digitales (1980), químicos, infrarrojos... Los hospitales a partir de 1996 (5) comenzaron a restringir el uso de los termómetros de mercurio debido a la toxicidad de este metal en caso de rotura. Con la aprobación de la normativa europea de julio del 2007, que se prorrogó hasta Abril 2009 se puso punto final al uso del mercurio en cualquier instrumento de medición por lo que las instituciones sanitarias se vieron obligadas a sustituir los termómetros tradicionales por otros sistemas menos perjudiciales para el ser humano, seguros, fiables y precisos (6).

La necesidad de respetar las nuevas directrices de seguridad implicó la incorporación de un nuevo dispositivo electrónico digital FILAC 3000 AD/ADA (4) para la medición de temperatura de los niños que acuden al Servicio de Urgencias pediátrico extra hospitalario Jaime Chaves.

El objetivo de nuestro estudio fue valorar, si en la práctica diaria, existe buena concordancia entre el sistema de medición tradicional de mercurio y los valores obtenidos con el termómetro digital FILAC 3000 AD/ADA, y por tanto, si nos permite utilizarlo como sustituto fiable del método de medición anterior.

Material y método:

Estudio de concordancia utilizando dos sistemas de medición de temperatura en niños de 0 a 14 años. Se comparan los valores de temperatura obtenidos con el termómetro de mercurio en la axila derecha durante un tiempo no inferior a 5 minutos, con los obtenidos con el termómetro digital FILAC 3000 AD/ADA durante el tiempo indicado por el propio dispositivo, entre 10 y 15 segundos, hasta obtener la temperatura en pantalla, en la misma axila y de forma consecutiva. Se considera fiebre cuando la medición obtenida era igual o mayor de 38°C con termómetro de mercurio.

Para evitar la variabilidad interprofesional las mediciones se realizan por dos profesionales entrenados específicamente en la técnica de medición y el mecanismo de recogida de datos. Se adapta el reclutamiento de los pacientes a un día de cada cuatro en horario preferentemente de tarde de acuerdo a la cadencia de la jornada laboral.

Se incluye en el estudio, previo consentimiento verbal de los acompañantes, a uno de cada cinco niños que acude al Servicio de Urgencias Pediátrico a razón de 10 por turno, hasta alcanzar un tamaño muestral mínimo de 200 pacientes con independencia de la patología que presentaran. Se considera como única excepción para su inclusión que la situación del niño implique en ese

momento riesgo vital. Los datos se recogen durante un periodo de dos meses comprendidos de octubre a diciembre de 2010. Finalmente se pregunta al acompañante del niño sobre la preferencia respecto al método utilizado.

Los datos obtenidos se almacenaron en soporte informático y se analizaron con el programa PASW Statistics 18, con estadísticos de frecuencia, el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y la concordancia de la temperatura con los distintos termómetros mediante el método de Bland y Altman.

Resultados:

Ningún padre y/o acompañante rehusó a participar en el estudio.

La muestra quedó conformada por un total de 212 pacientes, distribuyéndose en un 48.4% niños y, un 51,6% niñas. La distribución obtenida por rangos de edad fue entre 0-2 años de 56 pacientes (26.41%) y, de 3 a 14 años 156 (73.58%). La media de edad fue de 3.9 años con una desviación de ± 2.7 años. La edad mínima se situó en los tres meses y la máxima en 14 años.

Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre en un 36.4%, patología respiratoria un 24.7% y, dolor en un 16.7 % del total. Del total de la muestra, 29 niños presentaban un estado febril en el momento de la consulta al SUP (13.6 %).

Los valores medios de temperatura para el termómetro de mercurio fueron de 36.86 °C con una desviación estándar de ± 0.88 . Para el termómetro digital Filac 3000 AD/ADA la media fue 36.87°C con una desviación estándar de ± 0.74 .

La concordancia entre ambos métodos de medición es de CCI =0.782 (IC para el 95% 0.724-0.829). Teniendo en cuenta los resultados por grupos de edad en relación al termómetro de mercurio y digital Filac 3000 AD/ADA, el CCI que se obtuvo fue en menores de dos años de 0.768 y en los mayores de esta edad de 0.776.

La preferencia de los padres y/o acompañantes para el termómetro digital Filac 3000 AD/ADA es 71.4% seguido del de mercurio con un 23%.

El gráfico de Bland-Altman refleja una diferencia de medias entre ambos métodos de $0,02^{\circ} \text{C} \pm 0.5$. Sin embargo en la distribución de los resultados de las mediciones hay un 10 % de niños en los que se encuentran diferencias de $\pm 1^{\circ}\text{C}$. En los pacientes febriles de nuestro estudio el termómetro digital Filac 3000 AD/ADA tiende a realizar lecturas inferiores a las del mercurio.

Discusión:

El termómetro digital Filac 3000 AD/ADA para tomas de temperatura axilar estadísticamente tiene una buena concordancia con el termómetro de mercurio tanto en el grupo de menores de 2 años como en los mayores de esa edad. No obstante, las diferencias observadas en un pequeño número de niños, tan amplias como un grado, pudieran ir más allá de los límites aceptables, sobre todo en los pacientes febriles.

El Comité Comunitario Pediátrico de la Sociedad de Pediatría Canadiense en las recomendaciones publicadas en 2004-05, ratificadas en febrero del 2011(3) y de la Rubia en 2011 (10) avalan al termómetro digital con sonda como un buen instrumento para las tomas de temperatura axilar en la práctica clínica habitual. Sin embargo, en situaciones específicas en las que los pacientes presentan vasoconstricción periférica, los dispositivos de medición de temperatura axilar son menos precisos, por lo que se debe recurrir a la toma de la temperatura en otras zonas corporales (9).

Las preferencias de los padres se inclinan por el digital Filac 3000 AD/ADA dada la comodidad, rapidez y la facilidad de lectura. Consideramos como principal limitación el reducido número de pacientes febriles en el momento de la medición. Precisaríamos de nuevos estudios, con muestras más amplias de niños febriles que nos permitan analizar en profundidad las posibles causas de estas discrepancias.

Concluimos que el termómetro Filac 3000 AD/ADA es útil en nuestra práctica asistencial para abordar de forma fiable y confortable las tomas de temperatura. La buena concordancia estadística permite utilizar este método de medición de forma segura si los futuros estudios abordan las causas de las discrepancias observadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias:

- (1) Chiappini E, Principi N, Longhi R, Tovo PA, Becherucci P, Bonsignori F, Esposito S, Festini F, Galli L, Lucchesi B, Mugelli A, de Martino M; Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society guidelines. *Clin Ther.* 2009 Aug;31(8):1826-43.
- (2) Crawford DC, Hicks B, Thompson MJ. Which thermometer? Factors influencing best choice for intermittent clinical temperature assessment. *J Med Eng Technol.* 2006 Jul-Aug;30(4):199-211.
- (3) Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). Temperature measurement in paediatrics. Reference No. CP00-01. Reaffirmed in February 2011. [acceso 16 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/statements/cp/cp00-01.htm>
- (4) Barton SJ, Gaffney R, Chase T, Rayens MK, Piyabanditkul L. Pediatric temperature measurement and child/parent/nurse preference using three temperature measurement instruments. *J Pediatr Nurs.* 2003 Oct;18(5):314-20.
- (5) Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. Body Temperature Measurement in daily practice. *Arch Pediatr.* 2005 Aug;12(8):1292-300.
- (6) Resolución legislativa del Parlamento Europeo, de 10 de julio de 2007, respecto de la Posición Común del Consejo con vistas a la adopción de la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifica la Directiva 76/769/CEE del Consejo en lo relativo a las restricciones a la comercialización de determinados aparatos de medición que contienen mercurio (5665/1/2007 - C6-0114/2007 - 2006/0018(COD) DO C 175E de 10.7.2008, p. 133/133.
- (7) Filac™ 3000 AD and Filac™ 3000 EZ Electronic Thermometers. Disponible en: <http://www.covidien.com/criticalcare/pagebuilder.aspx?topicID=167510&xsl=xsl/campaignPage.xsl>
- (8) Robinson JL. Body temperature measurement in paediatrics: Which gadget should we believe? *Paediatr Child Health.* 2004 Sep;9(7):457-9.
- (9) Rubia-Rubia J, Fernández Vilar AM, Pérez Higuera C, Aguirre-Jaime A. ¿Dónde y cuándo colocar el termómetro de mercurio? Resultados de una comparación. *Enferm Clin* 2003;13(5):290-4.
- (10) Rubia-Rubia J, Arias A, Sierra A, Aguirre-Jaime A. Measurement of body temperature in adult patients: comparative study of accuracy, reliability and validity of different devices. *Int J Nurs Stud.* 2011 Jul;48(7):872-80.

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Gómez - Escalonilla Lorenzo, M^a Soledad Gómez - Escalonilla Lorenzo

TÍTULO/TITLE:

Percepción del riesgo de infecciones transmisión sexual, embarazos no planificados y consumo de drogas en adolescentes.

OBJETIVOS

Conocer la percepción del riesgo que tienen los alumnos de 4º E.S.O. de los institutos Juan de Padilla y Alonso de Covarrubias de Torrijos (Toledo) de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) y tener un embarazo no planificado, y la influencia en sus actitudes y conductas.

Conocer la percepción del riesgo del consumo de drogas y su influencia en actitudes y conductas en alumnos de 2º E.S.O. de estos institutos.

Saber su opinión sobre el programa de prevención ITS, embarazos no planificados y consumo de drogas que les impartimos.

MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo que se desarrolló entre abril y julio del 2010 con jóvenes de entre 16-18 años de 4º E.S.O. y de entre 13-15 años de 2º E.S.O de los institutos mencionados. La muestra fue intencional y teórica a partir de la definición previa de unos perfiles de informadores con los que pretendíamos recoger la máxima variedad de discursos de los jóvenes. Para elaborar estos perfiles se contemplaron las variables de edad (de 13-15 años y de 16-18 años), sexo (mujer/varón) y que formaran parte de los grupos de alumnos de 2º y 4º E.S.O. a los que va dirigido el programa de educación para la salud (EPS). Desde hace 6 años a los alumnos de 4º E.S.O. les impartimos el programa para prevención de ITS y embarazos no planificados y a los de 2º E.S.O. el programa para prevención de consumo de drogas. La selección se hizo a partir de captadores finales teniendo en cuenta los perfiles previamente definidos. Los captadores finales fueron miembros del Departamento de Orientación.

Para la recogida de información se utilizaron técnicas conversacionales tipo entrevistas grupales. Se realizaron 6 grupos en los que participaron un total de 24 adolescentes de 4º E.S.O. Estos grupos se distribuyeron en base al género en 2 grupos de chicas, 2 grupos de chicos y 2 grupos mixtos (2 chicas y 2 chicos). Por otro lado, se realizaron 4 entrevistas grupales con un total de 16 adolescentes de 2º E.S.O. y en este caso todos los grupos fueron mixtos (2 chicas y 2 chicos). De esta manera recogimos una gran variedad de información que fue suficiente para alcanzar la saturación del discurso.

Las mismas entrevistadoras realizaron los grupos, les grabaron y después lo transcribieron. Para evitar el condicionamiento de los discursos que podría provocar la confusión de los roles entre enfermera e investigador, los informadores no estaban vinculados profesionalmente a los investigadores, sino a otros profesionales del Centro de Salud. Se garantizó a los informadores la confidencialidad de sus aportaciones y se pidió el consentimiento escrito a los padres/tutores para la grabación de voz.

En las entrevistas realizadas se utilizó un guión de preguntas abiertas que se desarrolló en función de la información que se iba obteniendo. Se realizó un análisis del contenido categorial temático de tipo descriptivo explicativo. Se fragmentó el texto en unidades de significado que se codificaron y agruparon creando categorías y subcategorías en función de los objetivos de nuestro estudio y teniendo en cuenta categorías emergentes que pudieran aparecer.

El análisis del contenido categorial temático fue consecutivo y recurrente, y se volvió a los textos una vez creadas las categorías y las interpretaciones con el objetivo de validar los datos obtenidos. El método analítico se discutió con un experto en análisis y la codificación de las categorías y subcategorías se validó por triangulación entre los investigadores.

RESULTADOS

En los resultados obtenidos con los jóvenes de 4º E.S.O. encontramos que la percepción del riesgo de embarazo es lo que más les influye en adoptar conductas protectoras, antes que el contagio de una ITS, fundamentalmente en chicas.

Las ITS nombradas por nuestra población de estudio son SIDA, sífilis, gonorrea, hepatitis y virus del papiloma humano. No explican

qué son cada una ellas y tampoco saben la diferencia entre infección por VIH y SIDA. Las formas de transmisión de ITS que refieren son a través de la sangre y por el contacto sexual sin protección. No mencionan la forma de transmisión vertical y nombran otras erróneas como a través de la bebida, la piel y los besos.

El método anticonceptivo que más conocen y usan es el preservativo. Los conocimientos y creencias que tienen sobre la píldora anticonceptiva son escasos, saben que no les protege frente a las ITS pero desconocen su funcionamiento y efectos. Nombran otros métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el diafragma y el preservativo femenino pero tienen escasas nociones sobre ellos. Con respecto a la anticoncepción de emergencia, no todos poseen los conocimientos adecuados sobre su uso y funcionamiento, aunque sí saben que se puede utilizar como último recurso para evitar el embarazo. Consideran que es difícil de adquirir y cabe destacar que tienen el concepto erróneo de que es un método anticonceptivo.

Las actitudes frente a la sexualidad marcan la diferencia conductual entre chicos y chicas, ya que para las chicas la sexualidad representa sentimientos y confianza en la pareja, mientras que para los chicos es principalmente la búsqueda de placer. Los chicos llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo por la inmediatez de las relaciones y por la no utilización de métodos anticonceptivos, relacionando el uso de preservativo con menos placer. Otras conductas de riesgo están relacionadas con el consumo de alcohol. Tanto las chicas como los chicos reconocen que son las chicas las que tienen una mayor responsabilidad ante el uso de métodos anticonceptivos.

Los adolescentes de 2º E.S.O. tienen una menor percepción del riesgo en relación con el tabaco y el alcohol ya que por iniciativa de los grupos no las nombran como drogas, aunque si se lo preguntamos directamente sí que las identifican como tal, manifestando la generalización y normalización de su consumo en nuestra sociedad. Incluso ponen de manifiesto la fácil accesibilidad de los menores para conseguir alcohol.

El cannabis es la droga más repetida por los adolescentes, de la cual refieren que hay una gran disponibilidad en su medio. Consideran un menor riesgo del consumo del cannabis en relación con el tabaco. Otras drogas que nombran son el éxtasis, las drogas de síntesis y alucinógenas, los disolventes y pegamentos, la heroína y la cocaína.

Los adolescentes reconocen el inicio del consumo de drogas con el comienzo del instituto y la fácil accesibilidad para conseguirlas. Las principales causas del consumo de drogas que refieren son el sentimiento de invulnerabilidad, la presión del grupo de iguales y la evasión de sus problemas. Consideran que al consumir drogas se adquiere un reconocimiento social que no se tiene si no las consumes. Es importante destacar que consideran que el consumo esporádico es menos perjudicial y controlable con respecto a un consumo más prolongado en el tiempo. También relacionan un mayor riesgo con una mayor cantidad consumida. Las chicas y los chicos de los grupos determinan claramente las repercusiones negativas en la salud relacionadas con el consumo de drogas. Las consecuencias negativas que destacan son su relación con los accidentes de tráfico, el abandono de los estudios y las relaciones sexuales de riesgo. Además, los chicos cuentan experiencias donde se relaciona el consumo de drogas con conductas delictivas como la violación y el robo.

Ambos grupos consideran los amigos como su principal fuente de información aunque reconocen que la información más fiable sería la que proviene de padres y personal sanitario, sin embargo, sentimientos de vergüenza o de falta de accesibilidad les impide preguntar.

En general, demandan más información y proponen alternativas como comenzar a impartir el programa de EPS en edades más tempranas y más medios o lugares accesibles a los que acudir para solventar sus dudas y que les asegure su intimidad. Consideran que la información les aporta seguridad pero la que reciben la ven escasa, repetitiva y creen importante la implicación de los padres en estos temas.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado con los jóvenes de 4º E.S.O. hemos constatado que lo que más influye para que los adolescentes adopten medidas protectoras en sus relaciones sexuales, es la prevención de embarazos no planificados. Por otro lado, conocen las ITS pero su percepción de riesgo de contraerlas es menor (1).

En lo referente al conocimiento sobre las ITS, es importante destacar que solamente nombran algunas pero no saben qué son y qué repercusiones tienen (1,2). A su vez, tienen conocimientos escasos y erróneos sobre las vías de transmisión (3). Con respecto al VIH/SIDA desconocen completamente la diferencia entre ambos.

Todos los estudios revisados coinciden que el preservativo es el método más utilizado en los adolescentes, ya que lo consideran accesible, económico y fácil de usar (1,3). Refieren que es el único método fiable para prevenir el contagio de las ITS. Los otros métodos anticonceptivos son poco conocidos, de ellos el más nombrado es la píldora anticonceptiva, de la cual tienen conocimientos escasos y erróneos (2,4).

Los motivos por los que los jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos varían en función del sexo, así las chicas no los usan basándose en la confianza en su pareja y los chicos porque relacionan el uso del preservativo con menos placer. Otros aspectos que les influyen en sus comportamientos de riesgo son la presión del grupo de iguales y el consumo abusivo de alcohol (1,2,4).

Los adolescentes de 2º E.S.O no consideran drogas ni el alcohol ni el tabaco debido a la normalización de su consumo en nuestra sociedad (5,6). Apenas nombran la conocida "cultura del botellón" (6,7) y los efectos derivados del consumo, lo que nos refleja que su percepción del riesgo ante este consumo es prácticamente inexistente (7,8).

Los chicos y las chicas afirman que el inicio del consumo de drogas coincide con el comienzo del instituto y que no sólo está asociado con salidas nocturnas y lugares de fiesta como aparece en la mayoría de los trabajos consultados (5,7,8). Entre las actitudes que influyen más en el consumo de drogas son el sentimiento de invulnerabilidad, la presión del grupo de iguales y la evasión de los problemas (5), lo cual nos parece muy llamativo porque la búsqueda de diversión queda en un segundo plano, a diferencia de la bibliografía consultada (5,6). Muchos estudios relacionan el consumo de drogas con una mayor incidencia del fracaso escolar y de los accidentes de tráfico (5,8). En nuestro caso, los chicos también reconocen como consecuencias negativas de las drogas el abandono de los estudios, comportamientos sexuales de riesgo y conductas delictivas.

Tienen una percepción positiva del programa de educación para la salud impartido en el instituto y creen que es muy necesario, pero consideran que debería iniciarse a edades más tempranas, coincidiendo con el inicio del instituto. Además, sería importante que la educación que se imparte sea integradora e incluya el ámbito familiar, para que los padres adopten un papel participativo en la prevención de estas conductas de riesgo y en la promoción de hábitos saludables (9,10). Por otro lado, los profesionales sanitarios deberíamos plantearnos alternativas para responder a las expectativas de los adolescentes y mostrarnos más cercanos a este grupo de población. Consideramos que sería fundamental disponer de un lugar físico dentro del instituto para evitar el absentismo escolar que se produciría si tuvieran que ir al Centro de Salud, siendo un lugar idóneo porque es uno de los entornos habituales del adolescente y que más confidencialidad les puede aportar (6,10). Debemos aprovechar que nos consideran una fuente fiable y no ceñirnos únicamente a proporcionar información (5), sino que tenemos que incluir otros aspectos que incidan en el desarrollo de sus habilidades intra/interpersonales que les den los recursos necesarios para afrontar estas situaciones de riesgo (11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Saura Sanjaume, S; Fernández de Sanmamed Santos, MJ; Vicens Vidal, L; Puigvert Viu, N; Mascort Nogué, C; García Martínez, J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*. 2010; 42(3):143-148.
2. Barella Balboa, JL; Mesa Gallardo, I; Cobeña Manzorro, M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Medicina de Familia*. 2002; 4:255-260.
3. Hernández Martínez, A; García Serrano, I; Simón Hernández, M; Coy Auñón, R; García Fernández, AM; Liente Peñarrubia, E; et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enfermería Clínica*. 2009; 19(3):121-128.

4. Mesa Gallardo, MI; Barella Balboa, JL; Cobeña Manzorro, M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria*. 2004; 33(7):374-380.
5. Vielva Pérez I; Pantoja Vargas L. Estudio cualitativo sobre el consumo de drogas de síntesis en Bizkaia. *Interrogantes para la Pedagogía Social. Pedagogía social: Revista Interuniversitaria*. 1998; 1:7-24.
6. Orgaz Gallego MP; Segovia Jiménez M; López de Castro F; Tricio Armero MA; Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*. 2005; 36(6):297-305.
7. García Cabeza I; Epifanio Gutiérrez MM; Medina O; Vidal J; Arango C. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. *Trastornos Adictivos*. 2008; 10(1):32-41.
8. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES). Plan Nacional sobre Drogas. 1994-2008.
9. Feito, MA; Bozzolo, S; Calvo, MS; Larrain, AI. Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos. *Enfermería Clínica*. 2001; 11(6):256-261.
10. Fraile Maceín, C. ¿Cómo quieren los adolescentes que sea la educación sexual y por qué?. *Metas de Enfermería*. 2010; 13(5):69-74.
11. Carballo Vargas, S. Educación de la expresión de la sexualidad y la inteligencia emocional en niñas, niños y adolescentes con derechos. *Actualidades investigativas en educación*. 2006; 6(3):1-14. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/447/44760313.pdf>. [Consultado el 13.4.2011].

AUTORES/AUTHORS:

LAURA RODRIGUEZ OLALLA, JUAN SERRANO MARTOS, GUADALUPE PASTOR MORENO, CARMEN ALVAREZ NIETO, MANUEL LINARES ABAD

TÍTULO/TITLE:

EMBARAZO ADOLESCENTE, VIDA SOCIAL EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE ABUELA

INTRODUCCIÓN

En nuestro país se producen anualmente unas 4.000 gestaciones de menores de 17 años que finalizan en parto (1). Estudios previos mostraron que el embarazo en la adolescencia está relacionado con un mayor abandono escolar, una sensación de invulnerabilidad ante determinadas conductas de riesgo, un proyecto de vida basado en esquemas tradicionales de género y también como una imagen idealizada de la maternidad (2,3).

Las abuelas, intervienen en la actualidad como fuente de apoyo y proveedoras de bienestar. Actualmente el número de mujeres que se hacen cargo de la crianza y la educación de sus nietos/as, adoptando roles parentales sustitutos es cada vez mayor (4,5).

Viéndose restado el tiempo que dedican a sí mismas y que influye tanto en su salud, como en la percepción de su vida, al adoptar el nuevo rol de madre (5).

OBJETIVO

Identificar las implicaciones sociales que tiene el desempeño del rol de abuela en la maternidad de hijas adolescentes.

METODOLOGÍA

El estudio realizado se abordó desde una perspectiva cualitativa, con la intención de acercarnos a las creencias, motivaciones y vivencias de las abuelas. Se propuso un método fenomenológico, que nos permitió acercarnos al "mundo de la vida cotidiana" y entender el significado que cada sujeto da a sus acciones, relacionándolas con su entorno y su contexto social.

La selección del grupo de participantes en el estudio fue intencional. Se establecieron como criterios de inclusión: mujeres con hijas que fueron madres durante la adolescencia (con menos de 17 años) y cuyo nieto/a tuviera al menos 24 meses de edad.

Para la recogida de información se empleó la historia de vida. Nos interesaba captar cómo había ocurrido el proceso de transformación en abuelas, por lo que teníamos que indagar en otros aspectos previos a ese paso. Se llevaron a cabo entrevistas de carácter retrospectivo, dedicando una parte de la misma a determinados aspectos biográficos de su vida (contexto personal en el que se desarrolla su maternidad, vivencias, antecedentes a la maternidad de su hija) y otra parte a sus experiencias cotidianas como abuela.

El acceso a las participantes se llevó a cabo a través de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Complejo Hospitalario de Jaén. Como paso previo a la realización de la entrevista, las participantes eran informadas por escrito sobre el estudio y sobre tipo de colaboración esperada. Asimismo, se las informaba de que las sesiones serían grabadas en audio y se solicitaba consentimiento por escrito. Las entrevistas se desarrollaron en un clima de privacidad y confianza, bien en sus domicilios (2), o en las instalaciones del hospital (6) y tuvieron una duración media de 60 minutos.

Toda la información obtenida durante el trabajo de campo se organizó y el contenido de las entrevistas se transcribió literalmente. A continuación se realizó un análisis cualitativo en el que participó todo el equipo investigador, basado en el esquema: - lectura general de los textos, - reducción de los datos, - presentación de los datos, y - extracción y verificación de conclusiones. En esta fase se utilizó como herramienta de apoyo el software de análisis cualitativo Nudist Vivo.

RESULTADOS

Participaron en nuestro estudio mujeres con una experiencia de vida bastante similar. Se trata de mujeres que abandonaron pronto los estudios, y accedieron al mundo laboral muy jóvenes. Vivieron un noviazgo tradicional y se casaron a edad temprana, en algunos casos a causa de un embarazo no planeado. Suelen recordar la etapa de crianza infantil de sus hijos/as como una experiencia agobiante (trabajo, tareas domésticas y de cuidados, problemas de conciliación, etc). La figura del padre estuvo asociada al ocio y a las actividades relacionadas con el tiempo libre y la diversión (llevar a los niños/as de paseo, bañarlos, jugar, etc.), pero en ningún caso ha tenido una corresponsabilidad con las tareas domésticas.

“Fue muy agobiante. Tenía tres hijos, me quedé embarazada del cuarto, me fui a otro pueblo, me puse a trabajar limpiando casa...” (Abuela 4)

“Él se los llevaba de paseo para quitármelos de en medio del negocio” (Abuela 1)

Para el desempeño de su maternidad, las abuelas contaron en la mayoría de los casos con la ayuda de otra mujer de la familia, como su suegra y principalmente, su madre.

“Económicamente mi madre no podía ayudarme, pero estuvimos viviendo con ella unos años. Se ha hecho cargo de mis hijas, a veces temporadas muy largas, cinco o seis meses...” (Abuela 3)

Así pues, las abuelas participantes en este estudio han desarrollado su maternidad enfrentándose a dobles y triples jornadas, con ayuda de otra mujer de la familia y en un contexto tradicional de reparto de funciones y tareas según el género.

La noticia del embarazo de una hija adolescente es inesperada y por tanto, la reacción es muy negativa. Las informantes recuerdan ese momento refiriendo sentimientos de angustia, ansiedad, vergüenza y malestar. El mundo se les viene encima, en primer lugar por la preocupación ante la salud de la hija, pero también por el futuro que le espera siendo madre adolescente.

“Yo muy mal, se me vino el mundo abajo, yo creía que ya se iba a acabar el mundo para mí y para ella, porque yo decía “si es que no le ha dado tiempo a salir, no había ido a una discoteca...” (Abuela 5)

La sensación de pérdida de oportunidades y experiencias que van a sufrir sus hijas, lleva a las abuelas a tomar las riendas en la crianza de sus nietos/as desde el mismo nacimiento. Además, para algunas de ellas, el desempeño del rol de abuela coincide con la crianza de sus hijos/as pequeños/as. Así pues, la familia, y en concreto las abuelas aportan apoyo económico, apoyo emocional y cuidados.

“Ya nació el niño y estaban aquí y unas noches se levantaba ella, otras noches me levantaba yo...” (Abuela 1)

“Económicamente, el piso se lo hemos hecho nosotros sino ellos no podían haber podido salir adelante...” (Abuela 3)

“Le compré todo lo que buenamente pude y lo que no, pues fui a la tienda y como a mí me conocen desde hace mucho tiempo, pues poco a poco le iba dando dinero conforme podía y le puse todo lo que pude...” (Abuela 4)

Por otra parte, la ayuda de la bisabuela, que ya fue proveedora de cuidados durante la crianza de sus nietos/as, se presenta ahora como un recurso fundamental de apoyo en la crianza de sus bisnietos/as en algunos de los casos analizados.

“Cuando nació el niño, en principio dejé de trabajar. Pero mi madre insistió mucho en que yo siguiera trabajando, porque ella ya estaba jubilada y me dijo que ella se venía a la casa y estaba pendiente de la niña, y aún nos ayuda cuando está mala y no puede ir a la guardería...” (Abuela 3)

En cualquier caso, las tareas de cuidado infantil recaen en las mujeres de la familia, siendo la generación intermedia (abuela) la que asume el papel más activo, actuando como bisagra entre la generación anterior y posterior.

Nos encontramos ante casos de mujeres que asumen dobles e incluso triples jornadas. Tienen un empleo, cuidan de sus hijos/as, de sus nietos/as, de sus familiares mayores o dependientes.

“Me vengo levantado sobre las 8 de la mañana. Arreglo a mi hijo; me traen a mi nieto; al niño lo llevo al colegio, voy a darles una vuelta a mis suegros, que están “chunguillos” últimamente...” (Abuela 2)

“Tengo cuatro hijos y nietos tengo dos. Por las mañanas estoy trabajando y por las tardes tengo que subir a casa de mi madre por narices, porque es que está enferma, y tengo que subir a hacerle la comida...” (Abuela 6)

Distintos componentes del discurso revelan que para las abuelas cuidar implica gratificación y en ocasiones aumento de la autoestima, pero también supone disponibilidad, restricción de libertad horaria, dedicación, sacrificios e impedimentos como la renuncia a amistades, restricción de las oportunidades laborales así como un deterioro de la relación de pareja, incluso suelen tener peor percepción de su estado de salud.

“(La vida) sí, me ha cambiado, uff un montón, pero mucho, mucho. La verdad es que a mí me gustaría irme a un gimnasio, me gustaría irme con mis amigas a tomar café como antes me iba, con mis compañeras de trabajo me he ido muchas veces a tomar cerveza, después de salir los viernes de trabajar. Me he ido a comer con ellas, y eso ya se me ha acabado por ahora. Y hombre me encuentro más cansada, pero [se para a pensar], bueno que sí, que me encuentro más cansada, pero a ver qué le vamos a hacer. Psicológicamente estoy bien, no estoy muy mal. Pero que yo he pasado lo mío hasta que yo he visto a la niña en el mundo y a mi hija bien...” (Abuela 7)

DISCUSIÓN

En un país como España, donde las familias tienen tendencia a vivir cerca de sus parientes, es habitual que abuelas y abuelos compartan las responsabilidades de la crianza (8). Además, la falta de recursos públicos que faciliten a madres y padres la conciliación de su vida laboral y familiar, ha convertido a muchas abuelas en cuidadoras habituales de sus nietos/as.

El caso de estas mujeres, proveedoras de cuidados en el seno familiar, es desde hace unos años un fenómeno en constante análisis y proliferan los estudios orientados al respecto. Así pues, se ha descrito cómo la sobrecarga de tareas de cuidado tiene consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres. En general, las mujeres cuidadoras experimentan sensaciones de cansancio, desgaste físico y una percepción global de mala salud, así como problemas emocionales como frustración, impotencia, desánimo y ansiedad (6,7,8).

Pero un fenómeno aún por explorar es el de la generación de abuelas jóvenes que desempeñan un rol mucho más activo en el cuidado de los nietos/as. El embarazo de una hija adolescente las ha llevado a alargar su etapa de maternidad e incluso en algunos casos, adjudicarse una segunda maternidad en un período en el que deberían estar asumiendo otras facetas de su vida.

Estas jóvenes abuelas expresan, disponibilidad 24 horas, restricción de libertad horaria, dedicación, sacrificios e impedimentos renunciando en ocasiones a sus amistades, a oportunidades laborales, resintiéndose así mismo su relación de pareja. Se trata de casos poco visibles, ya que no cumplen el perfil típico de mujer cuidadora, pero sufren el mismo exceso de tareas y responsabilidades que otras mujeres.

Es por todo ello que los servicios sanitarios, en contacto permanente y cercano con la población diana, están en una situación de privilegio para captar los casos, adelantarse a las consecuencias, prevenir situaciones de riesgo y evitar que estas mujeres lleguen a etapas más maduras de su vida con una carencia de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Movimiento Natural de la Población 2009 Instituto Nacional de Estadística.

Consultado el 20 de febrero de 2011. URL disponible en

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?>

[path=/t20/e301/nacim/a2009/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/nacim/a2009/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0)

. Dallas C. Family matters: how mothers of adolescent parents experiences adolescents pregnancy and parenting. Public Health Nursing 2004; 21(4):347-353

2. Álvarez Nieto Carmen, Linares Abad Manuel, Pastor Moreno Guadalupe, Rodríguez Olalla Laura, Serrano Martos Juan, Torres Díaz Francisco. Evolución de las relaciones afectivo-sexuales en la adolescencia e impacto sobre la salud. Rev Paraninfo Digital,

2009; 7. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n7/059o.php>> Consultado el 20 de febrero de 2011.

3. Serrano Martos Juan, Álvarez Nieto Carmen, Pastor Moreno Guadalupe, Linares Abad Manuel, Rodríguez Olalla Laura, Torres Díaz Francisco. Proyecto de vida, conducta sexual y deseo de embarazo en adolescentes. Un análisis de género. Comunicación presentada al XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería y 7º Coloquio Bianual Joanna Briggs, celebrado en Alicante, del 11 al 13 de Noviembre de 2009 y publicada en el libro de actas con ISBN: 978-84-692-6611-3.
4. Alonso Cardo L, Cano García MJ, López Leal M, Santamaría Roselló P. Abuelas cuidadoras. E-ducare21. Revista electrónica de formación enfermera [En línea] 2006; (27) URL Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTEz&Mjc%3D&MTc5NQ%3D%3D Consultado el 20 de febrero de 2011.
5. Pérez Ortiz Lourdes. Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. 2006.
6. Julve Negro Milagros. Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Acciones e Investigaciones Sociales 2006; 1:260-262.
7. García Calvente Mª Mar, Mateo Inmaculada, Gutiérrez Pilar. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
8. Larrañaga Isabel, Martín Unai, Bacigaluoe Amaya, Beguiristain José María, Valderrama María José, Arregui Begoña. Impacto del cuidado informal en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit. 2008; 22(5):443-50.

Mesa de comunicaciones 22: Cuidados a pacientes crónicos**Concurrent Session 22: Chronic Care****AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Maria Albuquerque Freire, Teresa Martins, Maria do Céu Barbiéri

TÍTULO/TITLE:

Modelos conceptuales de la enfermería en el abordaje de los cuidadores familiares: una revisión sistemática

Introducción

El cuidado de un miembro de la familia en una situación de dependencia puede ser estresante. La aceptación de la opinión de que la teoría debe guiar la práctica lleva a creer que si no hay una evaluación clínica basada en algún modelo o teoría, es poco probable que las intervenciones de enfermería se seleccionan adecuadamente, lo que puede reflejar la calidad de la atención. Para atender las necesidades de los cuidadores se ha utilizado las teorías y modelos desarrollados por psicólogos y psiquiatras pero es importante identificar la contribución de las enfermeras en este campo por lo que se plantea la cuestión: Qué modelos y teorías de enfermería existen para guiar la práctica clínica de las enfermeras en la promoción de la calidad de vida de los cuidadores?

Objetivo

Identificar los modelos y teorías desarrolladas por los enfermeros para el abordaje de los cuidadores familiares.

Método

Se realizó una revisión sistemática. Para la creación de límites a la búsqueda se utilizó lenguaje booleana en la intersección de los descriptores MeSH: nursing AND (theor* OR Model*) AND (stress OR burnout) AND (caregiver* OR "care giver*") en el resumen, título o palabras clave en bases de datos científicas Web of Science, CINAHL y Medline. Como criterios de exclusión fueron utilizados límites de contenido, eliminación de registros no validados por pares, límites de ámbito, exclusión de registros fuera del área científica de la enfermería y límites de idioma, exclusión de registros en otros idiomas que no Inglés, portugués, francés y español. Criterios de inclusión: Participantes – cuidadores de pacientes dependientes; trabajos de investigación con teorías y modelos diseñados por las enfermeras. Límite de tiempo no establecido.

Resultados

Se identificaron 311 referencias, revisadas por los investigadores en pares, 6 excluidas por replicación de trabajos, 19 por el título, 27 por el resumen, 252 por incumplimiento de los criterios. Fueron analizados siete artículos.

Se identificaron 5 modelos y una teoría desarrollados por los enfermeros en este contexto: Integrative Harmony Model (Un estudio de caso etnográfico, EUA); 'Carers as experts' model (Un estudio transversal, Reino Unido); Teoría de la Transición (un estudio de cohorte, EUA); Modelo de resiliencia, adaptación y ajuste (Tres estudios de corte transversal, EUA, República de China y Tailandia); Modelo progresivo de umbral de estrés (un estudio aleatorizado controlado, EUA).

Con una sola excepción, todos los estudios utilizaron metodología cuantitativa y optaron por cuidadores de pacientes psiquiátricos. Sólo un estudio fue aleatorio y sólo dos estudios son de follow-up. No se realizó metanálisis debido a la diversidad metodológica de los estudios y análisis estadístico de los datos sociodemográficos de los cuidadores por no obtenerse los datos necesarios para este análisis.

Fue identificado el estrés psicológico o emocional del cuidador en seis estudios, las dificultades en la atención en dos estudios y impacto negativo de la condición de cuidar en la salud y en el bienestar de los cuidadores en otros dos estudios. En estudios de seguimiento fue posible identificar los resultados positivos si se puede crear una estructura de atención y delegación de responsabilidades. La reorganización de la familia ha demostrado tener efectos positivos en el nivel de bienestar físico y emocional del cuidador. Un estudio demuestra ser positivo la capacidad del cuidador para resolver problemas inesperados, la capacidad de gestionar los múltiples factores estresantes, la receptividad al cambio, la necesidad de mantener una actitud positiva y el autocuidado. En dos estudios, la relación con el paciente, funcionamiento de la familia y el apoyo familiar demostró tener influencia en el bienestar del cuidador.

Discusión

La transculturalidad que el Modelo de resiliencia, adaptación y ajuste muestra puede indicar que satisface las preferencias de las enfermeras en este ámbito.

La mayoría de los estudios son transversales. Estos estudios no nos permiten evaluar la utilidad de los modelos y teorías desarrolladas, por lo que se sugiere un mayor desarrollo de investigación longitudinal.

El impacto positivo que tiene la responsabilidad compartida de las tareas de cuidado y la delegación de funciones, justifica la intervención de las enfermeras para promover la reorganización de la familia.

Las fuentes de satisfacción expresado por los cuidadores deben ser identificadas y tenidas en cuenta por las enfermeiras con la intención de fortalecer su autoestima.

La preferencia por los cuidadores de pacientes psiquiátricos subraya la necesidad de replicar los estudios en otros contextos.

Implicaciones para la práctica clínica

Las enfermeras necesitan teorías que ayudan a comprender las necesidades de los cuidadores con el fin de identificar e implementar las intervenciones apropiadas. La asertividad de las intervenciones puede promover la excelencia en la práctica clínica y dar visibilidad a la enfermería pero que creemos que es importante identificar el aporte conceptual de las enfermeras en esta área del conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernardo, Wanderley Marques; Nobre, Moacyr Roberto Cuce; Jatene, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004, 50 (1): 104-108. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100045&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302004000100045
2. Gerdner, Linda A.; Buckwalter, Kathleen C.; Reed, David. Impact of a Psychoeducational Intervention on Caregiver Response to Behavioral Problems. Nursing Research. November/December 2002. 51 (6): 363-374
3. Haley, Janice; Ratliffe, Clark. Application of the integrative harmony paradigm and model. Comprehensive Pediatric Nursing, 29: 53-68, 2006. ISSN: 0146-0862. DOI: 10.1080/01460860500523780
4. Hsiao, Chiu-Yueh; Riper, Marcia Van. Individual and Family Adaptation in Taiwanese Families of Individuals With Severe and Persistent Mental Illness (SPMI). Research in Nursing & Health, 2009, 32, 307-320
5. Mafullul, Yakubu M.; Morriss, Richard K. Determinants of satisfaction with care and emotional distress among informal carers of demented and non-demented elderly patients. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000, 15: 594-599.
6. Nikzad-Terhune, Katherina A.; Anderson, Keith A.; Newcomer Robert; Gaugler, Joseph E. Do Trajectories of At-Home Dementia Caregiving Account for Burden After Nursing Home Placement? A Growth Curve Analysis. Social Work in Health Care, 49:734-752, 2010. ISSN: 0098-1389. DOI: 10.1080/00981381003635296
7. Nolan, M; Grant, G.; Caldock, K.; Keady, J. A Framework for Assessing the Needs of Family Caregivers: a Multi-disciplinary Guide. Base Publications, Bangor. 1994
8. Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. Understanding family care. Buckingham, UK: Open University Press. 1996
9. Rungreangkulkij, Somporn; Chafetz, Linda; Chesla Catherine, Gilliss, Catherine. Psychological morbidity of Thai families of a person with schizophrenia. International Journal of Nursing Studies. 2002; 39: 35-50
10. Saunders, Jana C. Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. Mental Health Nursing. 1999. (20): 95-113
11. Smith, M. J.; Liehr, P. R. Middle range theory for nursing. New York: Springer Publishing. 2008
12. Strehl, L. O fator de impacto do ISI e a avaliação da produção científica: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência da Informação. 2005. 34 (1): 19-27.

AUTORES/AUTHORS:

Maria de Fátima Santos Rosado Marques

TÍTULO/TITLE:

Hay una persona con depresión en la familia. ¿Y ahora?

Objetivos: -Caracterizar la depresión en la perspectiva de la familia y su familiar.
-Entender cómo la familia enfrenta la depresión de su familiar.
-Describir las estrategias utilizadas por la familia para cuidar a su familiar con depresión.

Método: la investigación tuvo lugar en dos polos de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital de Évora, Portugal, localizados en dos ciudades diferentes en el distrito de Évora, durante los meses de Febrero a Julio de 2009. El diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa y inductiva. La selección de participantes para el estudio fue hecha intencionalmente mediante la muestra no probabilística por accesibilidad. En ambulatorio, ocho pacientes en representación de ocho familias, fueron invitados a participar en el estudio de acuerdo con los siguientes criterios: ser adulto y/o anciano con un diagnóstico clínico de reacción depresiva breve o prolongada, de acuerdo con el CIE-9; vivir con familiares en su casa; tener la capacidad cognitiva que permite la recogida de información y el paciente y su familia acuerdan participar en el estudio de forma voluntaria. Todos los procedimientos éticos fueron respetados.

La recolección de datos: fueron consultados los historiales médicos de consulta para obtener el diagnóstico médico (criterios de selección) y se han realizado entrevistas narrativas semi-estructuradas a ocho familias correspondientes a 20 participantes, centrándose en la historia del inicio y la evolución de la enfermedad, los cambios que han ocurrido en la familia y la relación entre el paciente y demás elementos. las entrevistas fueran grabadas en grabadora de audio y transcritas por mí. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares.

Análisis de datos: Utilizando la metodología de la Teoría fundamentada, el análisis se llevó a cabo familia por familia, a través del método de comparación iterativa de los casos, permitiendo encontrar relaciones entre los datos y sugerir posibles categorías iniciales.

Resultados: La enfermedad es valorada como algo negativo y su inicio es claramente identificado por el paciente y la familia. La dinámica familiar cambió drásticamente y las funciones de sus miembros se han modificado. La familia dice que el paciente no se dedica a su recuperación y tiene un comportamiento muy pasivo. El paciente dice que la familia no lo entiende y no le da apoyo. La familia y el paciente se sienten solos, disminuyó el diálogo y la relación entre ellos es distante y poco afectiva. El paciente se aísla y no es capaz de participar en la vida familiar, la familia no sabe cómo comunicarse con el paciente y no lo incluye en sus actividades diarias. Con el intento de ayudar al paciente a reaccionar, a veces la familia provoca situaciones de conflictos. Paciente y su familia viven en mundos separados pero compartiendo la misma casa.

Discusión: La familia es un sistema de seres humanos en interacción mutua y constante, que tiene la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones. Cuando uno de sus elementos se deprime, la dinámica se altera y hay un movimiento de cambio, de transición a un nuevo estado. Dado que la transición es un concepto central en la enfermería, es importante para las enfermeras estar alerta a estas familias y hacer su seguimiento. Si las enfermeras saben cómo la familia se enfrenta a la depresión de su familiar y las estrategias que utiliza, puede planificar intervenciones adecuadas para que la transición se haga armoniosamente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- CHICK, N.; MELEIS, A. I. – Transitions: a nursing concern. In: Chinn, P.L. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen, 1986
- HARRISON, P.; GEDDES, J.& SHARPE, M. – Guia prático climepsi de psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- MAAS, Tânia; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – Transição de saúde doença do ser adolescente hospitalizado. Cogitare Enfermagem. vol 10nº2 (2005), p.68-75.
- MELEIS, Afaf – Role insufficiency onde role supplementation; A conceptual framework. Nursing Research. vol 24 nº4 (1975), p. 264-271.
- MELEIS, A. I. & TRANGENSTEIN, P. A. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. nº24 (1994), p. 255-259.
- MELEIS, A. I. – Theoretical nursing: development and progress. 4th ed. Philadelphia: L.W.& Wilkins, 2007.
- MURPHY, S. A. – Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice. vol 4 nº3 (1990), p.1-7
- OLIVEIRA, A. M. N.; LUNARDI, L.; SILVA, M.R.S. – Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. Cogitare enfermagem. vol 10 nº1 (2005), p.9-15.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra, 2001 – Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. – Transitions: a central concept in nursing. Image: Journal of Nursing Scholarship. Indianápolis vol 26 nº2 (1994), p.119-127
- SCHUMACHER, K. L.; JONES, P.S.; MELEIS, A. I. – Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Advances in Gerontological Nursing. New York. nº3 (1999), p.1-26
- TOWNSEND, M. C. – Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002
- ZAGONEL, I.P.S. – O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol 7nº3 (1999), p.25-32.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Júlia Martinho, Manuela Martins, Margareth Angelo

TÍTULO/TITLE:

La satisfacción con las decisiones en la transición a la paternidad en pacientes con Paramiloidosis

Introducción:

Más que explicar el proceso de decisión es importante entender cómo se desarrolla, cual el significado y satisfacción atribuido al proceso tratando de involucrar a los pacientes y familiares en las decisiones de salud (Elwyn et al., 2000; Holmes-Rovner, 2000; O'Connor, 2009).

La paternidad se centra en la capacidad de los genitores en se convirtieren en padres (Houzel, 2004), sin embargo, puede ser una etapa compleja en el ciclo vital de la familia por las decisiones que tienen que tomarse cuando existe una enfermedad genética en la familia.

De hecho, la incertidumbre de tener un hijo afectado por una enfermedad genética grave surge como uno de los fenómenos de estrés emocional intenso, con implicaciones en el papel de matrimonio, familiar y social (Zagalo-Cardoso, 2001). La decisión de tener hijos es de gran responsabilidad (Battikha, Faria, Kopelmann, 2007; Fiamenghi & Messa, 2007), ya que la pareja sabe de la probabilidad de su hijo ser también un portador de la paramiloidosis.

La toma de decisiones implica dos elementos de la pareja y, en algunos casos, es compartida con sus familiares.

Esta decisión se acompaña de sentimientos de incertidumbre, de ansiedad y de conflicto (Moreira PL & Ângelo M, 2008; O'Connor, 2009;) a menudo se basan en las experiencias de la enfermedad y en el conocimiento pre-adquirido de la enfermedad, siendo una de las decisiones más difíciles de la pareja.

Por lo tanto, es importante entender la dinámica específica de la decisión en sí misma, siendo extremadamente importante, la utilización de una escala como la que fue desarrollada por Holmes-Rovner et al. (1996).

La escala de "La satisfacción con la decisión (SWD)" permite describir la satisfacción con la decisión sobre el cuidado de la salud, independientemente del pronóstico bueno o malo. Ha sido traducida, validada y adaptada para el portugués, por Martinho (2011) presentando la escala una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0,88 igual a la escala original.

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción con las decisiones adoptadas en la transición a la paternidad en pacientes con Paramiloidosis.

Métodos:

Estudio exploratorio descriptivo.

Población: 60 pacientes con Paramiloidosis

Muestra: 76.67% de la población (muestreo no probabilístico de conveniencia o intencional).

Instrumento de recolección de datos: Cuestionario con cuestiones socio-demográficos y escala "La satisfacción con la decisión de "Holmes-Rovner et al." (1996) de auto-llenado compuesto por seis elementos similares entre sí, utilizando una escala de Likert (5 opciones) que va desde desacuerdo totalmente (1) a totalmente de acuerdo (5).

Estudio de variables: demográficas y la satisfacción con la decisión. Procesamiento de datos: se utilizaron estadísticas descriptivas.

Resultados:

De los participantes, el 58,7% son hombres, 63% están casados. El 60,9% tiene educación primaria y 65,2% son jubilados. La edad media es de 42 años. El 41,3% de los pacientes integra familias nucleares con niños, el 19,6% sin hijos y 19,6% constituyen familias monoparentales con hijos. El 23,9% no fueron sometidos a pruebas genéticas para la detección de la enfermedad. El 27,3% no expresó su opinión en relación a la satisfacción con esta decisión. El 32,6% tomó la decisión de tener hijos y el informe es que están satisfechos con esta decisión, teniendo los elementos espero realizar con éxito (o seguir defendiendo) la decisión que tomé y estoy satisfecho con mi decisión un nivel superior de respuestas de acuerdo con 80%. El 6,5% no contestó a la pregunta. El 45,7% no utilizó los métodos de ayuda para tener hijos y el informe es que están satisfechos con esta decisión, teniendo el elemento Estoy

satisfecho con mi decisión un nivel superior de respuestas de acuerdo con el 52,4%. El 39,1% no contestó la pregunta. El 58,7% tomó la decisión de decirles a los niños que podrían tener la enfermedad y el informe es que están satisfechos con esta decisión, teniendo los elementos La decisión que tomé fue la mejor decisión para mí personalmente, Estoy convencido de que mi decisión es coherente con mis valores personales y Estoy satisfecho con mi decisión un nivel superior de respuestas de acuerdo con el 92,6%. El 39,1% no contestó esta pregunta.

Discusión:

Los resultados indican que existe satisfacción por las decisiones adoptadas en la transición a la paternidad. Conduciendo a la satisfacción en este sentido, a los componentes y los valores fundados en la experiencia personal de la enfermedad en la familia. Señalan en la satisfacción la expectativa de mantener la toma de decisiones en el futuro que muestra una proyección dinámica única que hace que sea más robusta la suya elección en términos de satisfacción. Las no respuestas son indicativas de la necesidad de más estudios y metodologías que amplíen el fenómeno en estudio.

Implicaciones para la práctica:

Los conocimientos adquiridos en este estudio es indicador de que la toma de decisiones es difícil y dejan marcas. La comprensión de este proceso es promotor de intervenciones de apoyo e ayuda en estos pacientes y familias.

Palabras – clave: Satisfacción con las decisiones; Transición a la paternidad; Paramiloidosis.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias bibliográficas:

1. G Elwyn, A Edwards, P Kinnersley and R Grol. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*.2000; 50, 892-97.
2. Holmes-Rovner M., Valade D.,Orlowski C.,Draus C.,Nabozny-Valerio B., Keiser S. Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations*.2000; 3(3):182–91.
3. Houzel, D. As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Eds.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milénio*. São Paulo: Casa do Professor, 2004.
4. Zagalo-Cardoso, J.A. Doenças genéticas: Impacto psicológico e representações sociais. In: M.C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 212-233. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
5. Battikha EC, Faria MCC, Kopelmann BI. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(1):17-24.
6. FIAMENGI JR., Geraldo A. e MESSA, Alcione A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicol. cienc. prof. [online]*. 2007, vol.27, n.2, pp. 236-245. ISSN 1414-9893.
7. Moreira PL, Ângelo M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(3):355-61
8. O`Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment of screening decisions (Review).*The Cochrane Collaboration*. *Cochrane Library*,2009.
9. Holmes-Rovner, M ; et al. Patient Satisfaction with Health Care Decisions: The Satisfaction with Decision Scale. *Med Decis Making*.1996;16:56-64

10. Martinho, MJCM. Escala da Satisfação com a decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. Rev. Enferm USP. In press, 2011

AUTORES/AUTHORS:

Ann-Marie Rydholm Hedman, Karin Blomberg, Carl Wadström, Ann Langius-Eklöf

TÍTULO/TITLE:

Self-reported Quality of Life in women with breast cancer – a 1 year follow-up study

Objectives: The aim was to describe important areas to overall quality of life and areas influenced by disease, in the perspective of women with breast cancer and to explore how these areas changed over time.

Methods: 51 telephone interviews based on the Swedish modified and extended version of Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL-DW). 17 women, with a diagnosis of breast cancer, aged 37 to 82 years old (median 49 years), participated in the interviews which were conducted 1, 6 and 12 months after diagnosis. Content analysis was used to analyse data.

Results: The most frequently mentioned areas, which are important for overall QoL, were rather similar during the first year after diagnosis. Family was the key category in the women's life, which comprised children and grandchildren. The other five categories, besides family, also shown to be stable over time were own health, work and finance, leisure activities, balanced and meaningful life and friends. There were some disparities over time, for example 1 month after surgery, the category love was observable and the category food was visible both 6 and 12 months after the cancer diagnosis. The most common disease specific category was bodily impairments and dysfunctions, which comprised areas like nausea, fatigue and pain with impact on both sleep and physical mobility. Psychological impact was another common category over time. This category contained feelings of anxiety, anger, uncertainty for the future and fear of death. Also, 1 year after the breast cancer diagnosis, several women reported feelings of worry over the recurrence of disease. In some cases, none of these concerns were reported before the 1-year follow up. Sorrow and grief were mentioned by a few women in the interviews after 12 months.

Discussion and implications for clinical practice: The use of the Swedish version of SEIQoL emphasize areas of importance to women with breast cancer, which are not caught by common standardised QoL-instruments. It is necessary to integrate family focused nursing during the illness trajectory, as the family seems to be very important to women with breast cancer. The findings, that women have extensive problems related to the disease still 1 year after the diagnosis, indicate the necessity to provide support even 12 months after treatment is completed.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. O'Boyle, CA (1994) The schedule for evaluation of the individual quality of life. *Int J Ment Health*, 23(3): 3-
2. Frick E, Borasio GD, Zehentner H, Fischer N, Bumeder I (2004) Individual quality of life of patients undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation. *Psycho-Oncology* 13(2):116-24.
3. Wettergren L, Björkholm M, Axdorph U, Langius-Eklöf A (2004) Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Qual Life Res* 13:1369-1379.
4. Willener R, Hantikainen V (2005). Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urol Nurs* 25(2):88-100.
5. Stone PC, Murphy RF, Matar HE, Almerie MQ (2008) Measuring the individual quality of life of patients with prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 11(4): 390-6.
6. Sundberg K, Lampic C, Björk O, Arvidson J, Wettergren L (2009) Positive and negative consequences of childhood cancer

influencing the lives of young adults. Eur J Oncol Nurs 13:164-170.

7. Sundberg K, Doukkali E, Lampic C, Eriksson L, Arvidsson J, Wettergren L (2010). Long-Term Survivors of Childhood Cancer Report Quality of Life and Health Status in Parity With a Comparison Group. *Pediatr Blood Cancer* 55:337-343.
8. Wettergren L, Björkholm M, Langius-Eklöf A (2005). Validation of an extended version of the SEIQoL-DW in a cohort of Hodgkin lymphoma' survivors. *Qual Life Res* 14(10):2329-33.
9. Wettergren L, Sprangers M, Björkholm M, Langius-Eklöf A. (2008) Quality of life before and one year following stem cell transplantation using an individualized and a standardized instrument. *Psycho-Oncology*; 17: 338-346.
10. O'Boyle CA, Browne J, Hickey A, McGee H, Joyce JCR. (1996) Manual for the SEIQoL-DW. Dublin: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland.

AUTORES/AUTHORS:

M. Teresa Anglada Dilmé, Joan Cabratosa Pla, Magda Pagès Pascual, Lluïsa García Garrido, Jacint Caula Ros, Ricard Tell Caritg, Edurne Zabaleta del Olmo, Jerónimo Jurado Campos

TÍTULO/TITLE:

RESOLUCIÓN ENFERMERA EN LA DEMANDA ASISTENCIAL ESPONTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN NO CONTROLADO.

OBJETIVO:

Evaluar una intervención formativa/informativa e interdisciplinar, para la mejora de la capacidad resolutive enfermera en la gestión de la demanda asistencial espontánea en un Área Básica de Salud (ABS).

MÉTODOS:

Estudio de intervención no controlado, antes/después, realizado en un ABS con 38.781 habitantes. La intervención, dirigida a los profesionales de enfermería que gestionan el triaje de la demanda asistencial espontánea y al resto del equipo de atención primaria, siguió un programa de actividades de formación e información clínica e instrumental consensuadas e interdisciplinares. Como indicadores de resultados se consideraron la capacidad resolutive enfermera y los retornos -antes de las 72 horas- por el mismo problema de salud. La población estudiada incluyó todos los casos de demanda para personas de 15 o más años de edad atendidos en la consulta de triaje durante dos períodos: antes (junio 2009) y después (junio 2010) de la implementación de la intervención. Los datos se recogieron del registro electrónico (e-CAP). Se calcularon la media y la desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas y la frecuencia, porcentaje e intervalo de confianza (IC) del 95% de las cualitativas. Las comparaciones de frecuencias se realizaron mediante pruebas de ji-cuadrado y las de medias con pruebas t de Student para muestras independientes o mediante las correspondientes pruebas no paramétricas.

RESULTADOS:

Antes de la intervención (Junio 2009) se atendieron un total de 146 personas. La edad media fue de 41,43 años (DE: 17,62) y un 67,80% eran mujeres. El porcentaje de resolución enfermera fue del 41,78% (IC: 33,69-49,88) y el de retornos del 21,31% (IC: 10,74-31,89). Se disponía de protocolo específico en un 55,47% (IC: 47,32-63,63) de los casos, esto no modificó su resolución ($p=0,470$) pero si se asoció con un retorno más elevado ($p=0,022$).

Después de la intervención (junio 2010), se atendieron un total de 187 personas. La edad media fue de 44,84 años (DE: 20,12) y un 64,2% eran mujeres. El porcentaje de resolución enfermera fue del 67,38% (IC: 60,60-74,16) y el de retornos del 8,73% (IC: 3,73-13,73). Disponían de protocolo específico un 59,89% (IC: 52,80-66,98) de casos, asociado a una mayor resolución ($p<0,001$) pero no de retornos ($p=0,969$). Comparando los resultados antes/después, la edad ($p=0,101$) y el sexo ($p=0,561$) de las personas atendidas no presentaron diferencias significativas. En los casos con protocolo específico la intervención aumentó la capacidad resolutive enfermera ($p<0,001$) y bajó el porcentaje de retornos ($p=0,012$), pero en los casos sin protocolo específico estas variaciones no fueron significativas ($p=0,331$ y $p=0,938$).

CONCLUSIONES: la intervención aumentó la capacidad resolutive enfermera en la demanda espontánea asistencial a la vez que disminuyó el porcentaje de retornos por el mismo problema antes de las 72 horas.

Implicaciones para la práctica:

Se constata la importancia de las intervenciones formativas e informativas y de implicación interdisciplinar en la mejora de la gestión enfermera y la efectividad de los protocolos. Los resultados han permitido establecer un circuito innovador para gestionar la

demanda asistencial espontánea y contribuyen a aumentar y visibilizar el rol autónomo enfermero.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitución de médicos por enfermeras en la Atención Primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Disponible en <http://www.update-software.com>
2. Martín FJ, Morales JM, González E, Morilla JC. Nurse practitioners frente a médicos en Atención Primaria: Igual efectividad y pacientes más satisfechos. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2010 Número 1. Disponible en <http://www.update-software.com>
3. La enfermera familiar y comunitaria. Gestión de la demanda. Dirección de Procesos, Curas y Calidad. Institut Català de la Salut. 2008. Disponible en <http://www.gencat.cat/ics>
4. Maynegre M, Ortega A, Tor A, Sánchez C, Martínez L, Boquet M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. *Metas de enfermería*, Vol. 12, Nº9, 2009, pags. 10-12.
5. Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña. AIFICC y la gestión de la demanda. Disponible en <http://www.aificc.cat>
6. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai W, Cleary PD et al. Primary Care outcomes in patients treated by nurse practitioner or physicians. *JAMA* 2000;283:59-68 (Medline).
7. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S, Clement S. Nurse of management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomized controlled trial. *BMJ* 2000;320:1038-43 (Medline).
8. Steiner IP, Blitz S, Nichols DN, Harley DD, Sharmal L, Staggs AP. Introducing a nurse practitioner into an urban Canadian emergency department. *CJEM*; 10(4):355-63, 2008 Jul.
9. Lyndblad E, Hallman EB, Gillsjo C, Lindblad U, Fagerstrom L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care-a qualitative study. *Int J Nurs Pract*;16(1):69-74, 2010 Feb.
10. Small V. The development of an Advanced Practice Role in Emergency Nursing: insights from an Irish experience. *Emergencias* 2010; 22:220-225.
11. Brugués A, Peris A, Martí T, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Atención Primaria*. 2008; 40(8):387-91.
12. Martín FJ, Morilla JC, Morales JM, Gonzalo E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria* 2005;1(1):35-42.

AUTORES/AUTHORS:

Luísa Maria Costa Andrade, Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins, Margareth Angelo, Bárbara Pereira Gomes

TÍTULO/TITLE:

Becoming twin's mother, study cases

Aims

To understand the meaning that women attribute to parenting twins.

To get to know the experience of transitioning into motherhood as perceived by women who are mothers of twins.

To identify the changes that the mother perceives in her experience of mothering twins.

Methodology

This is a qualitative study which uses interpretive interactionism by Denzin (1989) as a methodological reference, in order to obtain substantial and detailed descriptions of the experiences that altered the way in which people behaved in a certain context, creating a meaning and redefining which alters their world. To analyze the interviews the authors' guidelines were followed: • Phenomenon reduction – Isolation and analysis of data • Phenomenon construction – Ordering and rearranging of the data obtained in the previous phase • Contextualization – Placing the phenomenon in the context of the interviewees.

Results

Five mothers of twins, under 3 years, were interviewed. The participants were married and their ages ranged between 32 and 40 year. Two of these women have a child older than the twins.

Three women had changes in their professional situation, as two interrupted their job temporarily.

The initial question was: what has been for you being a mother of twins and how did that change? The interviews were recorded and transcribed after prior consent was given by the interviewees.

From the analysis, the following themes emerged:

- Idealizing motherhood in the desire to have children and the desire to have twins.

Preparing for motherhood at first hearing the news of being pregnant and throughout the pregnancy;

- Becoming a mother is a significant theme for these women considering the diversity and also the density of the reports as well as the meaning attributed to birth, the experience of birth and the roles of the health professionals as understood by these women;
- The answers given by the families on their new roles and interpersonal relationships which had undergone transformation.

These were the significant experiences that emerged from their discourse underlying a variety of experiences.

Discussion

Becoming a mother and family of twins demands an adaptation of family life, also corroborated by Dessen & Braz (2000). The understanding of the experiences that are more relevant and meaningful to these women allows us to adopt the best practices that are more suited to the situations.

The moment that they receive the pregnancy news appears to bring an intense swarm of emotions that often places the family in situations of greater vulnerability. The preparation of these families for the challenges that are associated with parenting twins may be a relevant focus in clinical practice.

Considering the particularities associated with this situation the way in which families have found answers to these demands may guide family nursing intervention.

Key Words: mother, twins, family nursing

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Brotherson, Sean. From partners to parents: couples and the transition to parenthood. *IJCE*.2003,vol. 22 (2), pp.7-11.
- Bryan, Elizabeth. Educating families, before, during and after a multiple birth. *Semin Neonatol*. 2002, vol. 7, pp. 241-246.
- Denzin, Norman. *Interpretative Interactionism*. 2ª. s.l.: Sage Publications Ltd. 2001.
- Dessen, Maria; Braz, Marcela. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2000, vol. 16 (3), pp.221-231.
- Nyström, Kerstin e Öhrling, Kerstin. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, vol. 46 (3), pp. 319-330.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Maynegre Santaulària, Joaquín Tomás-Sábado, Carmen Sánchez López, Francisca Ávila Martínez, Conxita Olivella Cebrià, Narcís Esteva Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Anticoncepción de emergencia. Evolución de la demanda en Atención Primaria de Mataró-Maresme en el período 2008-2010

Objetivos. La anticoncepción de emergencia (AE) se define como la utilización de un fármaco o sustancia, un mecanismo o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida.

En Cataluña, el aumento de la incidencia de embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo, llevó al gobierno de la Generalitat, en 2004, a iniciar una campaña, entre cuyas medidas se incluía facilitar la accesibilidad a la AE, mediante la administración de la píldora postcoital (Levonorgestrel 1500 mcgrs.) en los centros de Atención Primaria.

En nuestro territorio, la atención y dispensación de la (AE) la realiza el personal de enfermería de los centros de AP, según guía de práctica clínica para la Contracepción de Emergencia del Institut Català de la Salut (ICS).

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de los datos de dispensación de la AE en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Mataró-Maresme del ICS y la evolución de la demanda durante el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2010.

La comarca del Maresme está situada en la franja marítima norte de la provincia de Barcelona. Tiene una superficie de 398,9 Km.2, una población de 426.565 habitantes y una densidad de población de 1069,4 h/Km.2.

Método. Se realizó un estudio descriptivo transversal de datos retrospectivos. Se analizaron los datos de las demandas producidas en los 13 Centros de Atención Primaria que componían el SAP Mataró-Maresme y que disponían de atención continuada con una cobertura horaria de 24 horas. Los datos facilitados por el Servicio Informático comprendían la fecha de la demanda, la edad y si era o no reincidente. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados. Durante el período analizado se atendieron un total de 6.854 demandas. La edad media de las mujeres era de 23,05 (DT = 7,68) años, con una mediana de 20 y una moda de 17 años. La edad mínima fue de 12 años y la máxima de 53. El 54 % de las demandas correspondían a personas reincidentes. El mayor porcentaje de demandas se concentró en la franja de edad entre 15 y 18 años, con un 33,9 % de los casos. Un 27,9% correspondían a menores de 18 años.

En cuanto a la evolución por meses, la demanda es relativamente estable, con picos máximos en los meses de julio-agosto, hasta octubre de 2009, cuando se produce una importante disminución, que se mantiene en los meses siguientes.

Discusión. Aunque la media de edad de la muestra se sitúa, al igual que la mayor parte de los estudios realizados, alrededor de los 23 años, llama la atención el elevado número de mujeres demandantes entre los 15 y los 18 años, así como el alto porcentaje de menores de 18 años, muy superior a los encontrados en otros trabajos.

Otro aspecto relevante es el importante descenso que se produce en la demanda en octubre de 2009, coincidiendo con la entrada en vigor del decreto que permitía adquirir la píldora anticonceptiva en las farmacias y sin receta médica. Este dato debe hacer reflexionar sobre las características y necesidades de los grupos demandantes y sobre cuáles son los mecanismos más eficaces para ofrecerles una atención anticonceptiva eficaz y satisfactoria.

Asimismo, el elevado número de personas que utiliza la AE de forma reincidente (54%) plantea la necesidad de diseñar estrategias de actuación multidisciplinares para intentar reducir su uso indiscriminado y hacer tomar conciencia de que no se trata de un anticonceptivo de uso regular. Por otro lado, es fundamental intervenir realizando una educación sanitaria unificada en todos los niveles asistenciales, especialmente en estos grupos de edad más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bailón E, Arribas L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria*. 2002;29:430-2.

Cornellà J. La sexualidad en la adolescencia *Medicine*. 2010;10:4191-5.

Lete I, Arroniz M, Esquisabel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria*. 2001;28:59-68.

López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gac Sanit*. 2010;24:404-9

López de Castro F, Lombardía J, Rodríguez FJ. Anticoncepción de emergencia. *Semergen*. 2001;27:350-7.

Martínez-Zamora A, Bellart J, Coll O, Balasch J. Anticoncepción poscoital con levonorgestrel: estudio sociodemográfico. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:75-6

Ros C, Miret M, Rué M. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña; comparación entre una zona rural y una urbana. *Gac Sanit*. 2009; 23:496-500.

Santamaría T, Crespo ÁV, Cid A, Gontán MJ, González M; Baz C et al. Anticoncepción de emergencia: perfil de las usuarias y características de la demanda. *Semergen*. 2006;32:321-4.

Torres C, Vilaplana D, Sáez S, Pérez R, Martínez M. Intercepción poscoital hormonal en un servicio de planificación familiar. *Enferm Clin*. 2005;15:257-61.

Vergara JC, López-Guerrero A, López F. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria *Aten Primaria*. 2004; 34:279-82.

AUTORES/AUTHORS:

Manuela Martins, Júlia Martinho, José Carlos Carvalho, Eduardo Silva

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción en la familia de pacientes dependientes

Introducción:

La satisfacción de las familias y los pacientes es un indicador de resultado importante de la calidad de la atención en los hospitales. McIntyre y Silva (1999) se refieren al concepto de satisfacción del usuario como el resultado de una fórmula que refleja la diferencia entre las expectativas y a su percepción de la atención y el cuidado recibido en realidad, siendo un término relativo a una amplia gama las reacciones de los usuarios hace la experiencia del cuidado en la salud. Es un concepto subjetivo, dinámico, con fuerte valor cultural y por lo tanto sujeto a cambios constantes (Ribeiro, 2003).

Algunos autores describen que el predictor más importante global de la satisfacción del paciente con la atención hospitalaria se relaciona principalmente con los cuidados de enfermería (O'Connell e tal. 1999).

La influencia que parece existir de los cuidados de enfermería sobre la satisfacción del usuario en el hospital es por el papel central que tienen los profesionales en la atención en las instituciones de salud, ya que son el grupo profesional que proporciona un mayor volumen de asistencia, están más cerca y durante más tiempo del usuario y de su familia en el hospital.

Lui e tal. (2004) afirman que la mayoría de los pacientes dependientes sometidos a procesos de rehabilitación evalúan la experiencia como algo beneficioso, incluso cuando hay pequeñas ganancias de su discapacidad.

Los investigadores concluyeron que, desde la perspectiva de los pacientes, el éxito del proceso de rehabilitación depende de cómo los profesionales evalúan las necesidades de los usuarios y por la forma como desarrollan las actividades relativas a cuestiones de la continuidad de los cuidados y de los mecanismos de apoyo en la comunidad.

Objetivos:

- Conocer el nivel de satisfacción de las familias con dependientes usuarios con la atención recibida por las enfermeras;
- Relacionar el grado de dependencia de los pacientes con la satisfacción de sus familiares para el cuidado de enfermería;

Métodos:

Estudio descriptivo correlacional. Variables estudiadas: características sociodemográficas, el grado de dependencia y la satisfacción con la atención. Población: 140 familias Muestra: 127 familiares con más de 18 años y responsables del seguimiento de los pacientes dependientes de por lo menos un auto-cuidado durante la hospitalización de más de 2 días. La recolección de datos fue tomada entre enero y marzo de 2011. Instrumento de recolección de datos: El formulario de "Satisfacción de los usuarios con la Atención de Enfermería (SUCEH21) Ribeiro (2003), y el índice de Barthel.

Resultados:

El 84,3% de las responsables del seguimiento de estos pacientes en estas familias son mujeres de entre 18 y 84 años. La edad media es de 55 años y la moda 68 años. El 63,7% de los responsables, tiene sólo educación primaria, el 73, 4% se casó y el 47,2% son jubilados.

En una variación de 0 a 20, el promedio de la dependencia ocurrió con el valor de 15.07, con una mayor dependencia en el baño (50%) y la movilidad (48,7%), sin embargo el 37,9% de los pacientes alcanzaron el valor máximo. En lo que se refiere al nivel de la satisfacción de la familia, los datos indican una satisfacción (81%) en el nivel de eficacia en la comunicación (94%) con información útil, (68%) con la calidad de la atención, (73%) con el mantenimiento del entorno terapéutico, y (79%) con una mayor continuidad de

la atención. Usando la prueba de chi cuadrado (χ^2) se señala que no existe una relación significativa entre la dependencia y la satisfacción con la atención.

Discusión:

En el nivel de satisfacción de la familia, destacamos aspectos tales como la utilidad de la información proporcionada por las enfermeras, la forma en que esta se da y la promoción de la continuidad de la atención a estas familias, lo que indica que el nivel de satisfacción está asociado con un aspecto utilitario, objetivo de garantizar la continuidad de la atención

Consistente con estudios que señalan la importancia de una buena comunicación, intercambio de información y educación a los pacientes sobre la naturaleza de la rehabilitación, mejorando la participación e implicación de los pacientes en la coparticipación de objetivos comunes.

Podemos concluir que los aspectos identificados que influyen en la satisfacción de los usuarios, son varios, ya que comparten un denominador común como la comunicación, el intercambio de información y participación. La relación interpersonal entre el personal de enfermería y el usuario también es una dimensión importante en la satisfacción general del usuario.

Implicaciones para la práctica: Conocer las dimensiones que son útiles y satisfactorias para las familias nos permite desarrollar estas áreas dándoles más protagonismo en las intervenciones de enfermería.

Palabras – clave: Enfermería; Satisfacción; Familia; Pacientes dependientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ALHUSBAN, M. A. and ABUALRUB, R. F. - Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management* 17, no. 6, Setembro de 2009:749-758. Consultado em: 7 de Novembro de 2010. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010380054&lang=pt-br&site=ehost-live>

BLEICH, Sara N.; ÖZALTINB, Emre; MURRAY, Christopher J.L. – How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ* 2009;87:271–278. Consultado em 07.11.2010. Disponível:

www.who.int/entity/bulletin/releases/NFM0409.pdf

LEE, M, A; YOM, Y-H. -"A comparative study of patients' and nurses'perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey." *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. 2006

JOHANSSON P.; OLÉNI M. and FRIDLUND B. – Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002 Dec; 16 (4): 337-44. Consultado em 28 de Outubro de 2010. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003163027&lang=pt-br&site=ehost-live>

LIU C, THOMPSON A, PLAYFORD E. – Patient dissatisfaction: Insights into the rehabilitation process. *Journal of Neurology*. Setembro 2004;251(9):1094-1097. Consultado em 17 de Dezembro de 2010. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=15398636&site=ehost-live>

Mc INTYNE, T.; SILVA, S.; Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumário. *ARS Norte e UM*, Junho 1999

PEREIRA, M., ARAÚJO-SOARES, V., McINTYRE, T. – Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo

piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001. 2: 69-80

PRYOR J, O'CONNELLI B. – Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation. *Journal Of Clinical Nursing*. Junho de 2009;18(12):1766-1774. Consultado em: 15 de Dezembro de 2010. Consultado em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18702619&site=e-host-live>

RIBEIRO, A. L. A – O percurso de construção e a avaliação de um instrumento e a validação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2005, 16, 53-60

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

Sara Moreno Cámara, Pedro Ángel Palomino Moral, Lourdes Moral Fernández, Antonio Frías Osuna, Rafael del Pino Casado

TÍTULO/TITLE:

Problemas de las cuidadoras familiares de personas mayores dependientes según la encuesta EDAD 2008

1. Objetivos

- a. Objetivo 1. Determinar la carga objetiva de las personas cuidadoras familiares (PCF).
- b. Objetivo 2. Identificar las tareas principales de cuidado que llevan a cabo las PCF.
- c. Objetivo 3. Describir las dificultades percibidas por las PCF en la realización de los cuidados.

2. Métodos

Escenario de Estudio. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD) de 2008, es una operación estadística realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS, abarcando todo el territorio español.

Diseño. El cuestionario de Cuidadores/as Principales incluido en la EDAD de 2008 ha sido el objeto de nuestro interés y análisis. Se trata de un estudio descriptivo transversal; el tipo de muestreo utilizado es bietápico estratificado. Este cuestionario se centra en obtener información de las características demográficas, sociales y relacionadas con el cuidado aportado por las personas cuidadoras familiares.

Población y muestra. Del total de personas con discapacidad de EDAD 2008 (n= 22.795), 9.214 son dependientes, es decir, tienen personas que las cuidan. De entre estas personas cuidadoras, hemos seleccionado a aquellas que no reciben retribución por ello (PCF, tanto principales como secundarias) y que cuidan a una persona mayor de 65 años. Dicha submuestra de PCF de mayores dependientes tiene un tamaño de 4.956 casos.

Variables. Se ha procedido al tratamiento estadístico de la información contenida en el bloque 3 del Cuestionario de Cuidadores/as Principales. Las variables estudiadas son las siguientes:

- CC_B_12_1 Días a la semana que la PCF dedica a prestar los cuidados personales.
- CC_B_12_2 Número de horas al día que la PCF dedica a prestar los cuidados personales.
- CC_B_13 Tiempo que lleva la PCF prestando cuidados personales.
- CC_B_14_1 Tarea nº 1 a la que se dedica principalmente la PCF cuando presta cuidados personales.
- CC_B_15_1 Ante las tareas derivadas del cuidado, la PCF percibe especial dificultad por faltarle fuerza física.
- CC_B_15_2 Ante las tareas derivadas del cuidado, la PCF tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo.
- CC_B_15_3 Ante las tareas derivadas del cuidado la PCF piensa que la persona cuidada no colabora o se resiste cuando le ayuda con esa labor
- CC_B_15_4 Ante las tareas derivadas del cuidado de la PCF tiene otras dificultades.
- CC_B_15_5 Ante las tareas derivadas del cuidado de la PCF cree que para llevarlas a cabo necesitaría más formación especializada de la que tiene.
- CC_B_15_6 Ante las tareas derivadas del cuidado, la PCF no tiene ninguna dificultad.

Análisis de datos. Tras la depuración de los datos y obtenida la muestra, se ha procedido a un análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 18 consistente en un análisis univariado centrado en el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión de las variables en estudio.

3. Resultados

3.1. Resultados del Objetivo 1

- a. El 95,7 % de las PCF emplean de 6 a 7 días a la semana cuidando.
- b. El 38,7 % de las PCF cuidan desde hace unos 8 o más años seguido por el 24,3 % de PCF que llevan entre 4 y 8 años cuidando; el 19,8 % entre 2 y 4 años, entre 1 y 2 años el 9,9 % y menos de un año el 6,7 %.

3.2. Resultados del Objetivo 2

a. Entre las tareas nº1 en las que se dedican las PCF principalmente cuando prestan cuidados se destacan 3: Vestirse/desvestirse (37,0%), Comer (19,6%) y Asearse/arreglarse (13,3%).

3.3. Resultados del Objetivo 3

a. El 43,3 % de las PCF reconocen que perciben dificultad en la realización de los cuidados por faltarle fuerza física frente al 56,7 % que no perciben dicha dificultad.

b. El 85,7% no tiene dudas sobre cómo realizar sus cuidados con mayor calidad. Únicamente el 14,3 % reconoce que podría haber otra manera más adecuada para realizar los cuidados.

c. El 13,5 % reconoce que necesitaría más formación especializada de la que tiene para ofrecer unos cuidados mejores.

d. El 85,4 % considera que la persona que cuida le ayuda o por lo menos no se resiste a los cuidados que la PCF le ofrece.

e. El 37,1 % afirma no presentar ningún problema en las tareas derivadas del cuidado.

4. Discusión

El Cuestionario de Cuidadores/as principales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD 2008) representa una fuente secundaria de información de imperante importancia para el estudio de la realidad de las cuidadoras familiares en nuestro país, en relación con las tareas a las que las PCF le dedican más tiempo, las dificultades que se les presenta, los problemas de salud que perciben y las repercusiones del cuidado de otra persona mayor dependiente en su vida profesional, en la económica de las mismas, el ocio, tiempo libre y la vida familiar.

Este estudio se sitúa en la línea de establecer propuestas para la mejora de la atención hacia las PCF, que están recomendadas en diferentes niveles de acción socio-política (Comisión Europea, el Libro Blanco de Atención a la Dependencia, Carta Europea del Cuidador Familiar y otras), a través del conocimiento de las dificultades que tienen las personas cuidadoras familiares, que constituyen el núcleo fundamental de nuestro sistema de atención a la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). INE, 2008.
- Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. MTAS, 2005: 480-482.
- European Commission. Long-term care in the European Union: European Commission; 2008.
- COFACE. Carta Europea Cuidador Familiar. [Disponible en <http://www.coface-eu.org>]
- IMSERSO. Estadísticas del SAAD. 1 Febrero 2010. [Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/saad/2010-2/estadisticas-saad-feb-2010.pdf>]
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. (BOJA 52, de 4 de mayo de 2009).
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2011 Septiembre 8]; 22(5): 443-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es.
- IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
- IMSERSO-CIS. Encuesta de condiciones de vida de los mayores, 2004. Estudio 4.597.
- Zabalegui A, Rodríguez E, Ramírez AM et al. Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. Evidentia [Internet] 2007; 4(13). Disponible en: www.index-f.com.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina G^a Vivar, Ana Canga Armayor, Concepción Naval Durán, Maite Echeverria

TÍTULO/TITLE:

OPINIÓN DE LAS FAMILIAS DE UN ANCIANO DEPENDIENTE SOBRE LA ACTUAL LEY DE DEPENDENCIA

OBJETIVO

En España, con el desarrollo y puesta en marcha de la "Ley de Dependencia" "se han abierto nuevas perspectivas tanto para las personas a las que afecta directamente, personas dependientes y cuidadores familiares, como para los profesionales que, en mayor o menor medida, están implicados en su desarrollo (BOE 2006).

Debido a la situación de reciente implantación de la Ley de Dependencia, el objetivo de este estudio fue conocer la opinión de las familias con un anciano dependiente sobre las ayudas recibidas por la Ley de Dependencia.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo es conocer el fenómeno de la transición a la dependencia de la persona anciana y de su familia. Dicho proyecto ha recibido financiación del Fondo de Investigación Socio-sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III (2010-2011), de la Fundación Universitaria de Navarra (PIUNA) de la Universidad de Navarra (2010-2011) y del proyecto "Tú eliges, tú decides" de la Banca Cívica de Caja Navarra (2010).

METODOS

Se realizó un estudio cualitativo de teoría fundamentada. Tras obtener la aprobación ética para el estudio, la recogida de los datos se llevó a cabo en los domicilios de los participantes así como en un centro de día para pacientes con déficit cognitivo de la Comunidad Foral de Navarra. La muestra se compuso de 17 familiares (hijos, esposo/a, otros) de pacientes con dependencia física y/o cognitiva. La recogida de datos mediante entrevistas semi-estructuradas y el análisis de datos se basaron en el método comparativo constante de Glaser y Strauss (1967).

RESULTADOS

Se identificaron dos categorías principales, que a continuación describimos brevemente.

1. El "monstruo de la Administración". Esta categoría in vivo presenta las experiencias de las familias cuando se enfrentan a la burocracia de la Administración y al papeleo múltiple que deben gestionar para solicitar una ayuda por la situación de dependencia de su familiar.
2. El desamparo de la Ley. Esta categoría describe las opiniones de las familias sobre las ayudas que reciben por su familiar dependiente. Las familias se sienten abandonadas y frustradas e indican que las políticas generan grandes expectativas que luego en cambio no responden a las necesidades de las familias para mantener a su familiar dependiente en casa. Ante esta realidad, las familias cuidadoras solicitan más recursos, principalmente humanos y profesionales, y no tanto recursos económicos que suelen ser insuficientes para cubrir los gastos derivados del cuidado cotidiano de su familiar dependiente.

DISCUSIÓN

La situación de dependencia demanda cuidados de larga duración para la familia, que desempeña un papel fundamental en el cuidado de su familiar enfermo. El momento en el que las familias solicitan la valoración de la persona dependiente para acceder a las distintas prestaciones establecidas por la Ley se convierte en una odisea, principalmente por la desinformación. Por ello, una mejor coordinación es esencial entre los profesionales de la salud, que detectan la situación de dependencia, y los trabajadores

sociales, que guían y orientan en el proceso de solicitud. Por otro lado, en la experiencia cotidiana del cuidar puede aparecer el estrés y carga para los cuidadores familiares, cuando éstos no reciben el apoyo y asesoramiento adecuados (Abellán y Esparza 2006). Sin embargo, en la Ley, el impacto que en las familias tiene el cuidado pasa prácticamente inadvertido, y el contexto familiar no se encuentra suficientemente representado. Las familias, para seguir cuidando, necesitan y piden servicios de soporte, adaptados a las necesidades de la persona dependiente y de su familia. Los profesionales de enfermería pueden actuar como mediadores, para guiar a la familia, orientando la toma de decisiones relacionadas con el cuidado a la persona dependiente. Es responsabilidad de la enfermería, no sólo saber cómo deben cuidar a la persona dependiente, sino también, cómo deben cuidarse dentro de la familia para contribuir así a mantener su bienestar y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abellán, A. y Esparza, C. Las personas mayores con dependencia. En: R. Puyol y A. Abellán (Eds.), Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006.

Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE, 299, 44142-44156; 2006.

Glaser, B., Strauss, A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.

AUTORES/AUTHORS:

Lourdes Moral Fernández, Antonio Frías Osuna, Rafael Del Pino Casado, Sara Moreno Cámara, Pedro Ángel Palomino Moral

TÍTULO/TITLE:

Motivaciones de personas cuidadoras familiares de mayores dependientes

Objetivo:

Comprender los motivos que llevan a personas cuidadoras familiares a cuidar de un mayor dependiente.

Metodología:

Investigación cualitativa utilizando como fuente de datos a personas cuidadoras de mayores dependientes a través de entrevistas en profundidad (4) y grupo de discusión. La recogida de datos tuvo lugar en la provincia de Jaén en el año 2010. Se seleccionaron a mujeres cuidadoras familiares de mayores dependientes de entre 40 y 70 años de edad, tanto para las entrevistas como para el grupo de discusión, que lleven como mínimo un año cuidando. Tanto las entrevistas como el grupo de discusión, que consta de nueve cuidadoras, fueron grabadas en audio con el previo consentimiento informado de cada participante. Tras la grabación se realizó la transcripción de las entrevistas y del grupo de discusión y posteriormente se analizó la información con ayuda del N-Vivo mediante análisis del discurso.

Resultados:

En los diferentes discursos analizados, procedentes tanto de las entrevistas en profundidad como del grupo de discusión, podemos encontrar diversas referencias a los motivos que llevan a estas personas a cuidar de sus familiares mayores dependientes.

Cuando las personas cuidadoras familiares son preguntadas sobre los motivos que le han llevado a cuidar de su familiar, la mayoría manifiesta que es por cariño "Pues el cariño que les tienes, yo por lo menos" "Yo lo estoy haciendo por cariño | por cariño hacia ellos", porque la mayoría de las cuidadoras son hijas o esposas del familiar dependiente al que cuidan y obviamente les une un gran cariño y afecto hacia ellos.

Muy relacionado con este motivo también afirman que es por gratitud del familiar al que cuidan, "Mi madre siempre está con la sonrisa en la boca" "El agradece lo que yo le hago [...] y me satisface a mí porque él está bien" y la reciprocidad que sienten con el familiar y la naturaleza innata del cuidado, es decir, el intentar devolver en cierta manera lo que han recibido de ese familiar anteriormente "Ellos han sido muy buenos padres, muy buenos, y entonces se merecen que los cuidemos. <...> Pos claro, yo creo que es lo natural"

Otro de los motivos presentes en el discurso ha sido la educación y tradición durante años, porque el cuidado familiar ha sido una práctica que se ha realizado generación tras generación, y las creencias tanto morales en forma de valores como religiosas. "Y yo creo, no sé, que... que es por la educación que nos han dado, por las creencias religiosas, lo que tenemos, vamos en sí. Eso va paralelo una cosa con la otra, y como...tú has visto que tus padres han cuidado a los suyos pos tú haces exactamente igual", "Va en la moral de cada uno.<...> Uno tienes sus principios...", "Yo prefiero cuidarlo || que para eso nos juntó el señor"

Por último, también encontramos manifestaciones de falta de alguna otra alternativa al cuidado familiar, es decir, ya sea por circunstancias familiares o porque el mismo familiar no desea otra opción que ser cuidado por esta persona cuidadora, y de obligación moral. "Yo llevé a mi madre al hogar de jubilado [...], que no la dejé ni pa comer, lo único coherente que me dijo fue: Niña, a

mí aquí no me traigas más”, “Siempre ha estado aquí mi suegra pero luego ya cuando salió la ley esta de la Dependencia yo no quería pero ya dijeron de que la cogiéramos de todas maneras la tengo yo aquí”, “¿Es que si no los cuidas tú quién los cuida?”.

Conclusión:

A pesar de que el cariño, la gratitud y la reciprocidad son frecuentes motivos de cuidado de un familiar, también se encuentran muy asiduamente afirmaciones como falta de alternativa u obligación moral, lo que nos puede llevar a pensar que al menos en el grupo de discusión, se haya podido producir una cohibición social para las cuidadoras, ya que ningún argumento alude a la obligación y sí que es mencionada en varias ocasiones en las entrevistas en profundidad, así como la búsqueda del mantenimiento de las relaciones familiares. Aunque son pocos los estudios encontrados sobre motivación a nivel nacional y algo más numerosos a nivel internacional, los resultados de los mismos son similares a esta investigación, destacando motivos como amor, obligación moral y reciprocidad entre otros.

Es interesante conocer los motivos que llevan a las personas cuidadoras a cuidar de sus familiares porque ello se encuentra relacionado con las características de su cuidado y la sobrecarga que produce el mismo. Por lo tanto los motivos por los que una persona cuida de su familiar se pueden identificar como un factor de riesgo para los problemas que las personas cuidadoras presentan. Por lo que sería interesante valorar de forma sistemática los motivos del cuidado, lo que nos permitirá poner en marcha planes de cuidados dirigidos a las cuidadoras familiares con el objetivo de prevenir los principales problemas relacionados con el cuidado y facilitar el mantenimiento de dicha actividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2006.
- Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La Sobrecarga De Las Cuidadoras De Personas Dependientes: Análisis Y Propuestas De Intervención Psicosocial. 2006 2006:1-311.
- Del Pino Casado Rafael. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. 2010 2010:1-384.
- Feeney BC, Collins NL. Motivations for caregiving in adult intimate relationships: influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003; 29(8):950-68.
- Dilworth-Anderson P, Goodwin PY, Williams SW. Can culture help explain the physical health effects of caregiving over time among African American caregivers? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004; 59(3):138-45.
- Kolmer DBG, Tellings A, Gelissen J, Garretsen H, Bongers I. Ranked motives of long-term care providing family caregivers. *Scand J Caring Sci.* 2008; 22(1):29-39.
- Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. 2005(11):1-7.
- Zaldúa Garoz Alexei. El análisis del discurso en la organización y representación de la información y el conocimiento. ACIMED [revista en la Internet]. 2007 Jul; 16(1). Consultado en Diciembre del 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352007000700005&lng=es.
- Gil García Eugenia. Análisis de datos cualitativos. In: EOS Universitaria, editor. Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación Madrid: EOS Universitaria; 2009. p. 1-20.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Canga Armayor, Cristina G^a Vivar, Concepción Naval Durán, Maite Echeverría

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIAS DE LAS FAMILIAS CUIDADORAS DEL ANCIANO DEPENDIENTE EVALUADO POR LA LEY DE DEPENDENCIA

OBJETIVO

La mayoría de los estudios acerca del rol de la familia en el cuidado de personas mayores están enfocados en el miembro de la familia sobre el que recae la mayor parte de la responsabilidad, llamado el "cuidador principal o primario", dando un enfoque individual más que basado en la unidad familiar (Puyol y Abellan 2006). Sin embargo, en el proceso de la dependencia, por su trascendencia, es importante dirigir la atención a la familia en su totalidad para conocer los cambios que suelen ocurrir en su unidad.

El objetivo del estudio que llevamos a cabo es conocer el impacto que tiene la dependencia de una persona anciana en su familia que le cuida.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo es conocer el fenómeno de la transición a la dependencia de la persona anciana y de su familia. Dicho proyecto ha recibido financiación del Fondo de Investigación Socio-sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III (2010-2011), de la Fundación Universitaria de Navarra (2010-2011) de la Universidad de Navarra y del proyecto "Tú eliges, tú decides" de la Banca Cívica de Caja Navarra (2010).

METODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo transversal basado en la metodología de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin 1998). El acceso a la muestra fue a través de un centro de día psicogeriátrico de la Comunidad Foral de Navarra así como por medio de la Agencia Navarra para la Dependencia del Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte del Gobierno de Navarra.

Se seleccionaron participantes con diversidad de circunstancias para fomentar la transferencia de los datos a diferentes contextos (dependencia física-dependencia cognitiva; zona urbana-zona rural).

La muestra está integrada por ancianos dependientes evaluados por la Ley de Dependencia así como sus familiares que les cuidan. Se realizaron entrevistas en profundidad en los domicilios de las familias y en el centro de día participante en este estudio.

El análisis de los datos se guió por el método comparativo constante de la Teoría Fundamentada. Durante el proceso de análisis, se utilizó el programa informático NVivo 8 para la organización y recuperación de los datos.

RESULTADOS

Se identificaron las siguientes tres categorías principales.

1. "Estar en vilo". Esta categoría in vivo (dicha por los familiares) describe la percepción de las familias que cuidan del anciano dependiente. Las familias, especialmente los cuidadores principales, perciben estar "siempre pendientes", que no les permite descansar. Perciben que es tal la obligación de permanecer pendientes de la persona dependiente, de supervisar, que quienes cuidan lo viven como una tarea que ocupa todas las horas de su vida, incluso algunos cuidadores tienen un sentimiento de pérdida de sus propias vidas.
2. Sobrevivir a las condiciones adversas. Las familias deben hacer frente a condiciones adversas internas, referidas a los posibles conflictos dentro de la familia debidos a la carga y organización del cuidado, así como a condiciones adversas externas, referidas a

las políticas que no siempre cubren las necesidades de las familias que cuidan en casa a una persona dependiente.

3. Fortalezas familiares ante la dependencia. Esta categoría describe los recursos de las familias, referidos a la capacidad de diálogo, la generosidad, la organización de la familia para cuidar así como los recursos económicos de la familia, para adaptarse a la situación de dependencia.

DISCUSIÓN

El cuidado de una persona mayor dependiente, al ser generalmente una actividad extensa y duradera en el tiempo, presenta muchos cambios en el contexto próximo de la persona y de los cuidadores familiares. Todo ello supone un gran impacto emocional y produce consecuencias en las relaciones y en la estructura familiar de los que conviven con el mayor dependiente. La realidad de las familias, para atender a sus seres queridos en situación de dependencia, plantea la necesidad de que aumente el número de recursos e iniciativas dirigidas a la "familia cuidadora", especialmente para las familias que cuidan en casa de su anciano dependiente así como para aquellas que por falta de recursos humanos, que no por deseo, deben solicitar la ayuda para llevar a su familiar a un centro de día. Se necesitan programar intervenciones de ayuda, a la medida de las necesidades expresadas por las propias familias (Gallagher-Thompson et al. 2007).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gallagher-Thompson, D. y Coon, D. Evidence-Based Psychological Treatments for Distress in Family Caregivers of Older Adults. *Psychology and Aging*. 2007; 22: 37-51.

Puyol R. y Abellán A. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assisstance; 2006.

Strauss A., Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory (2º Ed). Thousand Oaks: Sage;1998.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V**Session of Oral brief Presentations V****AUTORES/AUTHORS:**

Alice Khachian, Houman Manoochehri

TÍTULO/TITLE:

Challenges related to change management: qualitative study of managers experiences in schools of Nursing and Midwifery

Objectives: In order to make institutional improvements, changes should be adopted in an organization to make excellency by applying planned changes. Nursing and midwifery faculties has an appropriate academic stuff to use change management so this study was designed to explain the situation and perspectives of nursing and midwifery faculties managers about change management.

Method: This study is conducted according to qualitative approach; in fact, a descriptive qualitative approach is applied with triangulation. Snow ball sampling is used in this study. Subjects were faculty members of the nursing schools in Tehran and the inclusion criterion included at least 1-year experience for faculty members. In qualitative phase, no variable was measured. The environment was the faculties of nursing and midwifery in Tehran and data were gathered by semi-structured interviews in which a guide and field notes were used. Data were saturated after observing the repetition of codes. Latent content analysis was used for data analysis. The trustworthiness was achieved by a prolonged field experience, member check, peer check and sharing the content with two experts in qualitative research.

Results: Ten participants (7 females and 3 males) between 38 and 54 were interviewed. 2 of them had Master degree and 8 with PhD of nursing; only 3 of them were in high-level management of their faculties. After interviews, conceptual codes were extracted and a few suggested themes were classified including challenges in change management such as concentration in management, managers' characteristics and the attitude toward change. Each theme has sub categories which made the theme for example the model of management and the degree of concentration are two subcategories of concentration in management.

Discussion: Accordingly, the concept, change management was postulated as the purpose of this study. Furthermore, its influencing factors were identified. The implication of the study is in the faculties of nursing and midwifery to use the model according to organizational culture.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- A group of Masters of Management (1379) Resistance to change. First Edition.Tehran. Press Center State of Management Training Center.
- Baly M E(1994). Nursing & Social Change. Third ed .London. Routledge.
- Boonstra JJ (2004). Dynamics Of Organizational Change And Learning. England. John Wiley & Sons Ltd.
- Ellis JR and Hartley C L (2004) Nursing in Today's World. Eighth edition, Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins.
- Fawcett J (2005) Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories .Canada, F.A.Davis Co.
- Karnal K. (1380) Change Management. Translation A. Alavi SA. Second edition.Tehran. Press Center State Management Training Center.
- Robbins F.P.(1386) Principles of organizational behavior. Translated y Arabi. S.M.. Nineteenth edition. Tehran. Cultural Research Bureau.
- Sadlr F. (1380) Change Management. Translated by Ismaili. First Edition.Tehran. Press Center State Management Training Center.
- Sohrabi G et al (1388) step-up model of excellence based on Baldryj modely. First Edition. Tehran. Publications dynamic movement.
- Zerwekh JA, Claborn JC (2009) Nursing Today Transition and Trends. Sixth ed. Canada. Saunders Elsevier.
- <http://www.behdasht.gov.ir> [5 February 2010]
- <http://www.lancs.ac.uk>. [2 May2009]
- <http://www.Management Total Site-AthIR>. .blogfa. Com[2 January 2010]

AUTORES/AUTHORS:

Sharareh Khosravi, Mehrnoosh Pazargadi, Tahereh Ashktorab

TÍTULO/TITLE:

Challenges in nursing students` clinical evaluation: a nursing students` perspective

Objective:

Determining challenges in nursing students` clinical evaluation from their own perspective.

Methods:

Nursing students` clinical evaluation is an important subject in nursing clinical education. Despite some efforts in this area, it is still a major challenge for all people involved. "Some studies mentioned issues in nursing students` clinical evaluation that manifest in students` complaints and frequent meetings between students and instructors to discuss some problems in this area". So we need to know much more about it, especially from the view of nursing students because they are the one who are evaluated and are at the center of the experience.

This is a descriptive qualitative study. "Qualitative descriptive designs tend to be eclectic and are based on the general premises of naturalistic inquiry and present comprehensive summaries of a phenomenon or of events in everyday language".

Participants were selected from three major Medical Universities in Tehran (Iran), involving baccalaureate nursing students from third and fourth year of their four years nursing education. Sampling method was purposive. These students were selected with the purpose of having enough experience of being evaluated in clinical settings. Selection was continued to the point of data saturation.

Data was collected through focus group interviews. A semi-structured schedule was used. Focus groups were done by a researcher as moderator and another as note-taker. Discussions were audiotaped and fieldnotes were taken. Totally 40 students participated in 6 focus groups. Interviews last between 60-75 minutes and sessions included 5-8 students between 20-24 years old.

Data was gathered to the point of data saturation. "Saturation refers to the repetition of discovered information and confirmation of previously collected data". Data was analyzed through content analysis. After each focus group, the two researchers discuss their findings. Then the recorded data was listened and transcribed verbatim. Data was reviewed over and over. Meaning units were found. Then the related codes were determined and placed under subcategories based on their similarities. Subcategories were put in categories and at last themes were emerged. In order to gain trustworthiness there was prolonged engagement with the subject, findings were member and expert checked, and participants were selected from students in different years of education. Also activities were recorded precisely and findings were confirmed by some students out of the study.

Results:

During analysis 4 themes and 8 subthemes were emerged. They were as follow:

1. Participants in evaluation including instructor, students, and clinical nurses
2. Evaluation strategies including method, and instrument
3. Evaluation process including planning clinical education, and evaluation plan
4. Emotional environment including self esteem and communication in evaluation

Discussion:

Results showed many challenges nursing students confronted in clinical evaluation. They said they have some problems with people participated in evaluation and their way of participation, strategies and methods used in evaluation, clinical education and evaluation planning, and communication and their self esteem during education and evaluation; which influence their clinical evaluation.

It seems; considering the mentioned issues, clinical evaluation process needs an overall revise in order to correctly assess students' progress toward clinical learning objectives so facilitate the development of students into safe, ethical and accountable practitioners.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. McCarthy B, Murphy S. Assessing undergraduate nursing students in clinical practice: Do preceptors use assessment strategies? *Nurse Education Today*. 2008; 28(3): 301-313.
2. Elcigil A, Sari HY. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Education Today*. 2007; 27(5): 491-498.
3. Bourbonnais FF, Langford S, Giannantonio L. Development of a clinical evaluation tool for baccalaureate nursing students. *Nurse Education in Practice* 2008; 8(1): 62-71.
4. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research, principles and methods*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott and William & Wilkins; 2003.
5. Polit DF, Beck Ch. *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal, and Utilization*. Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2006.
6. Meskell P, Murphy K, Shaw D. The clinical role of lecturer in nursing in Ireland: Perception from key stakeholder groups in nurse education on the role. *Nurse Education Today* 2009; 29(7): 784-790.
7. While AE. The problem of clinical evaluation-a review. *Nurse Education Today* 1991; 11(6): 448-453.
8. Shofer kkk, Collins F, Langenberg AB, Math-Kraft C, Baird SC. A nurse service-nursing education collaboration. *Nursing Management* 1996; 27(3): 59-61.
9. Walsh T, Jairath N, Paterson MA. Quality and safety education for nurses clinical evaluation tool. *Journal of Nursing Education* 2010; 49(9): 517-522.
10. Calman L, Watson R, Norman I, Refern S, Murrells T. Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(5): 516-523.
11. Lee WS, Cholowski K, Williams AK. Nursing student' and clinical educators' perceptions characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39(5): 412-420.
- Lo`fmark A, Wikblad K. Facilitating and obstruction factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(1): 43-50.
12. Kotzabassaki S, Panou M, Dimou F, Karabagli A, Koutsopolo B, Ikonomou U. Nursing students` and faculty`s perceptions of the characteristics of `best` and `worst` clinical teachers: a replication study. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26(4): 817-825.

AUTORES/AUTHORS:

GULZADE UYSAL, OZGE SUKUT

TÍTULO/TITLE:

Empathic skills and empathic tendency in nursing students

Objective: Empathy is the ability to understand and accept of another person's feelings, value, and ideas (Forchuk and Boyd, 2008; Hardee et al., 2005). Roger described empathy as a factor enhancing therapeutic efficacy, also is an accurate understanding of another person's inner experience (Kliszcz, 2006).

The use empathy is central of therapeutic relationship in nursing care (Forchuk and Boyd, 2008). In the study of Ak et al. (2011) it was reported that when the communications skills improved, patients' satisfaction increased and complains decreased. Patients' empathic skills and emphatic tendency develops with experience and training (Arifoglu and Razi, 2011; Sahin et al., 2011; Tutuk et al., 2002). In nursing care process; the nurse should evaluate the patient with open, nonjudgmental acceptance and by communicating (Forchuk and Boyd, 2008). In addition; the nursing students should improve their empathic skills and empathic tendency before clinical training. Therefore; the purpose of this study is to determine the empathic skills and empathic tendency in nursing students.

Method: The study has been carried out descriptively in school of nursing of a foundation university in Ankara with written permission. The target population of the study includes 192 students who registered to school of nursing in 2009-2010 academic education years. The sample includes 149 voluntary students who were at school in data collecting process. The data was collected by Empathic Tendency Scale (ETS) and Empathic Skill Scale (ESS) which are created by Prof. Dr. Ustun Dokmen. The data was evaluated by frequency test, One Way Anova, and t test.

Results: The mean age of the sample population was 21.61 ± 1.563 . 98% of the students were female. The mean score of ETS was found 72.47 and the mean of ESS was found 194.67. There is no significance in students' grades, but empathic tendency and empathic skill's scores in 1st grade students were lower than the upper grades. There is no significance in academic success in high school, but the students' empathic tendency and empathic skill's scores were higher than the students who have high academic success. In the first year of the academic education the students can take a course about empathy, so they can understand patients' situation more than before.

Empathic tendency of students who describe themselves in a good social relationship with their friends were significantly higher than the students who aren't good ($p < 0.001$). Empathic tendency of students who describe themselves in a good social relationship with their families were significantly higher than the students who aren't good ($p < 0.05$).

Discussion: The students develop their empathic tendency and skills in upper grade. In study of Tutuk et al. (2002) it was reported that the mean score of the ETS was found same levels and 1st grade students were lower than the upper grades in nursing students. In the first year of the school, students start to contact with the patient. So they should take a communication course and learn how to improve their empathic tendency and skills. Dereboy et al. (2005) reported that empathic tendency may be increased with appropriate educational methods. Sahin et al. (2011) found the same results in empathic skills, according to the results conflict resolution and peer mediation training acted in development of empathic skill. In the study of Kliszcz et al. (2006) the nurses have lower empathy score than the physicians, nursing-midwives-medical students. Kliszcz et al.'s study isn't a longitudinal study but nurse's empathy levels may be decreased after the high school education. On the other hand there is no evidence about the nurses in Kliszcz's sample group that they had educated about empathy or not while they were in high school. Nurses are one of the most interacted group in health professionals in patient care. So the nurses should maintain to develop their empathic skills and tendency when they are in the clinical area. Empathy is a key which will open the door for patient communication.

In the study of Oz (1998) it was found that there is no significance in academic success in terms of empathic skills and empathic tendency, but the scores were higher than the students who have high success. Arifoglu and Razi (2011) reported that the students

who have high success, have a higher score in empathic tendency. Academic success affects the empathic tendency and empathic skills positively.

According to Tutuk et al. (2002) the students who reported that have communication problem in their daily life have lower score in communication skills and empathy levels. These findings also support this study's results. Social environment and family are also effected the empathic tendency positively. But the results can only be generalized to the sample group and making this study with a larger sample and different groups can be suggested.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ak M, Cinar O, Sutçigil L, Dovyap-Congologlu E, Hacımeroglu B, Canbaz H, Yaprak H, Jay L, Ozmenler KM (2011): Communication Skills Training For Emergency Nurses. *International Journal of Medical Sciences*, 8(5): 397-401.
- Arifoglu B, Razi GS (2011): Management Course Academic Achievement Averages of First Class Nursing Students. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1): 7-11.
- Dereboy C, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskin M (2005): Teaching Empathy in Medical Education. *Turkish Journal of Psychiatry*, 16(2): 1-6.
- Forchuk C, Boyd MA (2008): Communication and Therapeutic Relationship. In: *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Ed. Boyd MA, Lippincott Williams & Wilkins, 4th, Philadelphia: 136-153.
- Hardee JT, Frederic PW, Kasper IL (2005): Discussing Health Care Costs with Patients an Opportunity for Empathic Communication. *J GEN INTERN MED*, 20: 666–669.
- Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A (2006): Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*, 51: 219-225.
- Oz F (1998): The relations between empathic tendency, empathic skills and academic performance of senior students of nursing. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Dergisi*, 2(2):32-38.
- Sahin SF, Serin NB, Serin O (2011): Effect of conflict resolution and peer mediation training on empathy skills. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15: 2324–2328.
- Tutuk A, Al D, Dogan S (2002): Determining communication skills and emphatic levels of nursing students. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Dergisi*, 6(2):36-41.

AUTORES/AUTHORS:

Jesuina Varela

TÍTULO/TITLE:

SKILLS DEVELOPMENT IN CLINICAL PRACTICE - An experience with nursing students

CONTEXT

The Nurse initial training in Portugal is done in a Nurse Graduation Course. This Course lasts 4 years and includes 2 areas, one theoretical and another one practical, that although distinct, complement each other throughout the 4 years.

In what concerns the primary health care training at work placement, object of our study, it is part of the 4th grade – estágio complementar e de integração à vida profissional, lasts 1050 hours and aims to consolidate all the learning done during the course and to facilitate the integration in working life.

OBJECTIFS

In general, we wanted to study the health promotion competences, experienced and perceived by the 4th grade students of the Nurse Graduation Course, at ESEnfAH, during their primary health care training at work placement, in the school year of 2005/2006.

Specific objectives that orientated the research work as follows:

- To identify the relevant experiences that enabled learning during the course;
- To acknowledge and identify experiences lived by the students at work placement, that contributed for the development of competences, mainly in what concerns health promotion;
- To characterize the students perception of the articulation between theory and practice;
- To understand the contribution of practice in the students training, in what concerns the development of health promotion competences;

By reaching these objectives we seek answer to the main research question in this study: Is the work placement a time of learning and development of competences in the area of health promotion?

METHODOLOGICAL APPROACH

The methodological options followed a qualitative approach. The multiplicity of factors within the research central theme led us to choose a study case, which allowed privileging an intensive study in alternative to an extensive study.

The use of two research technics, interview and documental analysis (work placement training project and learning portfolio) permitted to study the phenomenon deeply. The organization of all the data was sustained on an analysis framework, which resulted from the association of the information sources with the emerging categories, submitted to content analysis.

RESULTS

Assuming that training is a process of appropriation of multiple knowledge mobilized and reconstructed in action, we can sustain that it interferes in the development of competences.

The students train and develop themselves, building up on two determining contexts, the school and the nursing services, through the teachers and trainers action but also through a personal appropriation process. In this context, teachers and nurses are living examples, reference models that the students interiorize in their socialization process.

Training at a work placement presents itself as a privileged environment for training, as it assumes a socio-spatial-temporal dimension, enhancing observation, clinical practice execution and reflection.

Hence, training in a work placement, as a learning environment takes to Jack Mezirow's concept of formation, presented in a theoretical frame that includes the mobilization and appropriation of different knowledge in a deepening process of the subject's

experiential sense, as a professional of nursing care.

Thus it is underlined that competences are developed by accompanying this process. It becomes more visible that the subject mobilizes its cognitive and emotional resources when dealing with complex situations.

RESULTS DISCUSSION

Formulated the final considerations and based in the suggestions arising from the analyzed data, it is verifiable the necessity to intervene at the level of the training strategies, of the articulation theory/practice, of the consolidation of the orientating principles of good practice conduct and also the of the enhancing of teachers and nurses role, while agents involved in the students training process.

At the training strategies level, it is suggested a stronger approach to the pedagogical practices that consider the trainee as the subject of its own training process (the true subject of self-formation) and as a social agent that can intervene in different contexts. To minute the mentioned constraints to nursing care, it is suggested more investment in clinical experiences appropriation through simulation, mobilizing in lab practical examples of nursing care; and also, through the discussion and case analyses in care units, involving teachers and nurses.

We verified the existence of some obstacles to the interconnection theory/practice, specially centered in teachers and nurses, as main reference agents in the professional socialization processes. It seems important that the teachers get closer to the training fields and that the nurses get involved in some theoretical activities as well as in the training planning.

The students references, namely in which concerns the curricular phase where they are, the acquired knowledge, the aimed objectives, as well as the competences they want to develop should be envisaged in a logic of complement in the relation theory/practice.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BARBIER, J. M. (1996) - Savoir théorique et savoir d'action. Paris: PUF.

BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. (1993) - Nursing as caring a model for transforminy practice. New York: National Leagine for Nursing, p. 80.

CANÁRIO, R. (2000) – Educação de Adultos: um campo e uma problemática. Lisboa: Educa.

CARPER, B. A. (1978) – Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1 (1), p. 13-23.

CARRÉ, Philippe (2006) – Portée et limites de l'autoformation dans une culture de l'apprenance. In: *Education Permanente*, nº 168/2006-3, p. 19-29.

DOMINICÉ, P. (1996) - Apprendre a se Former. In: *L'adulte en formation* (BOURGEOIS, Étienne, (Ed)). Paris: De Boeck e Larcier, p. 95-105.

FREIRE, Paulo (2000) - Pedagogia da Indignação. 3ª reimpressão. São Paulo: Editora UNESP.

GALATANU, O. (1996) - Savoir théorique et savoir d'action dans la communication didatique. In: *Savoir théorique et savoir d'action* (BARBIER). Paris: PUF.

GEAY, André (1998) - L'ecole de l'alternance. Paris: L'Harmattan.

HESBEEN, W. (2000) – Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

HONORÉ, Bernard (1992) – Vers l'oeuvre de formation. L'ouverture à l'existence. Paris: Editions L'Harmattan.

JOSSO, Christine (1991) – L'expérience Formatrice: Un concept en construction. In: *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française.

JOSSO, Christine (2002) – Experiências de vida e formação. Coimbra: Educa – Formação, 214 p.

LE BOTERF, Guy (1994) – Modelos de Aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, nº. 10, p.

- 40-46.
- LE BOTERF, Guy (1995) - De La Compétence – Essai sur un attracteur étrange. Paris; Les Éditions d'Organisations.
- MEZIROW, J. (1997) - Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, p. 5-12.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2004) - Competências do Enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p. 24.
- PINEAU G. (2002) - As relações entre a teoria e a prática no âmbito da educação permanente. Palestra proferida na Universidade Federal do Espírito Santo no dia 10 de Janeiro de 2002. França: Université de Tours.
- SCHÖN, D. (1983) - *The reflective practioner*. London: Basic Books.
- SCHÖN, D. (1987) - *Educating the reflective practioner*. São Francisco, CA: Jossey-Bass.
- WATSON, J. (1988) - *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

AUTORES/AUTHORS:

MERYEM TURKOGLU, HICRAN YILDIZ, SEVINC YAVUZTURK, FATMA B. ALISH, EYUP INCIK, SEVIM SEN, ALI AKGUN

TÍTULO/TITLE:

HEALTH PROFESSIONALS' AND NON-HEALTH PROFESSIONAL INDIVIDUALS' KNOWLEDGE ON EARLY CANCER SYMPTOMS AND CANCER PROPHYLAXIS

INTRODUCTION

Cancer which was at the 4th rank of the deaths of which cause is known in 1970s, recently has risen to the 2nd rank after cardiovascular system illnesses. Lifestyle that changes over time, environmental and individual factors increase the rate of cancer incidence. The aim of WHO and EU is improvement and maintenance of the health. Therefore, preventive medicine studies are given height worldwide. The achievement of these studies relies on educated healthcare staff and raising the awareness of public (2,7). This study was conducted to determine the health professionals' and non-health professional individuals' level of knowledge about early cancer symptoms, and to determine their attitude about cancer.

METHOD

Sample of the study consists of 126 individuals (68 non-health professionals and 58 health professionals) that have accepted to join the study and were selected through convenience sampling method. Research data was collected using a questionnaire prepared by the researchers and was evaluated by frequency test and chi-square tests.

RESULTS

Average age for the sample group is 29, 70.6% of sample group are female, 40.3% of them are high-school graduates and 43.7% of them are in middle-level economical conditions. 11.9% of sample group have a cancer patient in family and 31% of them have experienced a cancer-caused death of a family member. While 77.3% of health professionals expressed that they know early cancer symptoms, 20% of other group expressed this fact. Most commonly known symptoms expressed by the health professionals are changes in papilloma and moles (88.2%). Most commonly known symptoms expressed by the other group are unexpected bleeding and flux (88.9%). Least known symptoms expressed by the health professionals are changes in defecation and urination habits (82.9%). Least known symptoms expressed by the other group are changes in defecation and urination habits, and difficulty of swallowing or indigestion (33.3%). No meaningful difference was found between two groups in terms of knowing the early symptoms including difficulty of swallowing or indigestion, and changes in papilloma and moles ($p < 0.05$). When distribution of sample group's attitude about cancer prophylaxis is evaluated; use of alcohol, regular self breast examination and self testis examination frequency were found to be higher than the other group, while regular visits to a physician for breast examination, regular mammography imaging, regular visits to a physician for pelvic examination, and conducting regular papsmear tests were lower than the other group. Although proportion of female health professionals were higher than non-health professional group in terms of self breast examination, less than 50% of them conduct regular self breast examination. Although proportion of self testis examination found to be higher for male health professionals, only 50% of them conduct regular self testis examination.

DISCUSSION

To know about the premonitions of cancer increases the survival rate by means of early diagnosis and treatment. In research, it is determined that 11.9 percent of the cases have cancer patients and 31 percent have dead cancer patients in their families. According to Turkey cancer statistics (2005), there are 173 cancer patients out of 100.000 (1). Healthcare staff points out alterations of warts and spots to be most common premonitions of cancer (%88.2) and unexpected hemorrhage and flux are indicated by the other group as the most common premonitions (%88.9). The least known premonition by healthcare staff is alterations of defecation and urinary habits (%52.9), and by other cases it is dysphagia and dyspepsia together with alterations of defecation and urinary habits (%33.3). There seems significant difference between two groups regarding to know the

premonitions namely dysphagia or dyspepsia and alterations of warts and spots ($p < 0.05$). In one study, the self breast examination knowledge scores of midwives have been compared and their knowledge level of cancer risks was graded as on average 9.3 points out of 14. In addition, knowledge of cancer risk points has given as on average 8 where maximum point is 9 (4).

When the range of approaches of cases in study regarding prevention of cancer is scanned, the estimates of visiting physician at regular intervals for breast examination, having mammography, pelvic examination and Pap Smear test are lower whereas the estimates of drinking alcohol, regular self breast examination and self testicle examination are higher at healthcare staff compared to other cases. In one study it is adjusted that 48 percent of women apply self breast examination, 13 percent have mammography, 5.5 percent have clinical examination (8). In another study it is found that regular self breast examination ratio of nursing students is 26 percent (5).

Nurses carry out duties such as conservation and improvement of health and counselling services. Instructional programs including prevention of cancer, recognizing the premonitions of cancer, early diagnosis methods should be organized and the nurses have part in them actively. In addition, inhouse training programs to let nurses evaluate themselves should be arranged.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. <http://ketem.org/istatistik.php>.access date 14.09.11.
2. Çadir G, Eksen M, Bütüner E et al, Determining the Knowledge and Application Status of the Women Who Live in Mugla Center, Bayir, Yerkesik ve Yesilyurt Health Center Regarding Breast Cancer and Self Breast Examination, International Human Sciences Journal ISSN: 1303-5134
3. Öncel Selma, Akcan Özdemir Arzu, Examining the Knowledge of Women About Breast Cancer and Self Breast Examination, 2004 - medicalnetwork.com.tr. 13.09.2011
4. Öztürk M, Sen S, Kisioglu A.N, The Breast Self-examination Related Knowledges and Behaviors of the Midwives Who Works in Primary Health Centers in Isparta, Suleyman Demirel University Medicine Faculty Magazine 2001; 8(1):55-62
5. Aslan A, Temiz M, Yigit Y, Can R , Canbolant E, Yigit F, Knowledge, Attitude, and Behavior of Nursing Faculty Students Reagarding Breast Cancer, TSK Preventive Medicine Journal, 2007: 6 (3)
6. Karahan Aktan, Topuzoglu A Harmanci , The Factors That Affected The Behaviors of the Nurses Regarding Self Breast Examination and Having Mammography National Public Health Congress
7. Kiliç S et al, Study of Self Breast Knowledge and Application on the Nurses Working at Gata Training Hospital, Nursing Students and Female Patients that Visit Hospital, Gülhane Medicine Journal 2006; 48: 200-204
8. Rizalar S., Altay B. Early Diagnosis Applications of Women With Breast Cancer, Firat Health Services Journal 2010; 5(14)

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Larissa Zambuzi de Campos, Karine Aguiar Machado, Paula Lobo Popolizio, Dayana Fram, Angelica Belasco, Cibele Groethe, Monica Taminato, Dulce Aparecida Barbosa

TÍTULO/TITLE:

Bacterial infection in central venous catheter for hemodialysis: Systematic Review and Meta-Analysis

Motivated by the problems and impacts of infectious events in hemodialysis and this is the second leading cause of death in this population, where the microbiological agents most frequently found in these infections are *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus coagulase negative*, we conducted a systematic review to verify the use of vancomycin lock associated with gentamicin versus other intervention in the prevention of bloodstream infection and site of insertion.

Objectives: To evaluate the use of antimicrobials in central venous catheter for hemodialysis and the impact on bacterial infections. The types of infections, most prevalent microorganisms, loss of access road, hospitalizations and deaths.

Method: Systematic review and meta-analysis. The inclusion criteria were randomized controlled trials, quasi-randomized, observational studies and screening of the study was done independent of language and form of publication. To identify studies was conducted electronic search in the following databases: PUBMED, LILACS, SciELO, EMBASE, Web of science. The terms used for searching were: bacterial [All Fields] AND ("haemodialysis" [All Fields] AND center [All Fields] AND ("veins" [MeSH Terms] OR "veins" [All Fields] OR "venous" [All Fields]) AND ("catheters" [MeSH Terms]). Photocopies were obtained complete all relevant articles by two independent reviewers (MT and LZC). In case of doubt or disagreement, another reviewer (DAB) was asked to deliver a opinion.

Results: We found 162 items based on the descriptors used being included only three randomized clinical trials because they fulfilled the relevant criteria for research. Of the two articles included in the review evaluated the use of vancomycin associated with gentamicin and one paper evaluated the use vancomycin associated with ceftriaxone.

The studies with vancomycin and gentamicin lock had an impact on reducing morbidity, mortality and costs because it is related to the number of removals of the catheters and also the development of infection duration of dialysis. The incidence of sepsis was 0.69 per 1000 dialysis sessions for the group treated with vancomycin and gentamicin and 3.75 per 1000 dialysis sessions for the control group. The study that assessed the lock of vancomycin and ceftriaxone also had an impact in reducing bloodstream infection, morbidity and decreased removal of catheters due to infection. Cases of infection found in the study we can observe the predominance of gram positive microorganisms (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, Methicillin-resistant *S. aureus*) followed by gram negative (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*).

As conclusions and implications for the practice of our study, the use of vancomycin and gentamicin lock was safe and effective in the prevention and reduction of episodes of infections among patients on hemodialysis, increasing the life of the catheter. In addition to significantly reduce infections by *Staphylococcus*, the most prevalent in this population.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beigi AA, Khansoltani S, Masoudpour H, et al. Influence of intraluminal and antibiotic-lock of vancomycin on the rate of catheter removal in the patients with permanent hemodialysis catheters. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2010 Jan;21(1):54-8.

Al-Hwiesh AK. Tunneled catheter-antibiotic lock therapy for prevention of dialysis catheter-related infections: a single center experience. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008 Jul;19(4):593-602.

Al-Hwiesh AK, Abdul-Rahman IS. Successful prevention of tunneled, central catheter infection by antibiotic lock therapy using vancomycin and gentamycin. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2007 Jun;18(2):239-47.

Suetping Lau, Linda W. Kam, Jorge Lamarche, Alfredo M. Peguero. The effectiveness of antibiotic-lock therapy for the prevention of catheter-related bacteremia in patients on chronic hemodialysis: case controlled study in a veteran population. *Nephrology Reviews* 2009; volume 1:e5

AUTORES/AUTHORS:

SEHER UNVER, MELTEM YILDIRIM, OZLEM SAHIN, MINE ALTINAY

TÍTULO/TITLE:

Metabolic Syndrome Frequency and Risk Levels in Hemodialysis Patients

Introduction: Metabolic syndrome defined as a combination of many systemic disorders such as, increasing in blood fats related to glucose and insulin imbalance, abdominal adiposity and increasing circumference, hypertension and dyslipidemia (Siamopoulos and Kalaitzidis, 2010; Karadeniz et al. 2007). Metabolic syndrome is also known as "Insulin resistance syndrome" or "Syndrome X" and it increases the risk for cardiovascular diseases and becomes one of the most important causes of death in worldwide (Mollaoglu et al. 2010; Gulcu et al. 2006).

The incidence of metabolic syndrome changes by the cultural features. The essential point of view to consider is the globally changing eating habits and increase of related diseases. For this reason; every community should identify their own risk for metabolic syndrome, determine the population who carries risk factors (Mollaoglu et al. 2010; Gulcu et al. 2006; Karadeniz et al. 2007).

The fast increase of metabolic syndrome necessitates implementation of national and international health policies to decrease the risk factors. Metabolic syndrome is an unhealthy life-style disease which raises with industrialization, and the best treatment is to prevent primarily in materially and spiritually. Primary prevention includes educating the community about the risk factors of metabolic syndrome and nurses have great responsibilities for health education.

Hemodialysis patients are also having risks for metabolic syndrome in association with their life-style and their diseases. Therefore; the aim of the study is to determine metabolic syndrome frequency and risk levels in hemodialysis patients.

Method: The study was carried out descriptively, in a private hemodialysis center with written permission between May 7th and 14th, 2011. The target population of the study included 155 patients who had dialysis three times a week. The sample included 123 patients who met the sample choosing criteria. The sample choosing criteria were not being disabled to communicate and voluntary participation to study. The socio-demographic characteristics of the patients and some health features related to metabolic syndrome were collected by a questionnaire which is prepared by the researchers. In determination of metabolic syndrome; National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel (ATP) Definition III was used. To determine the metabolic syndrome risk factors; a survey named Metabolic Syndrome Research Form (MSRF) which is created by Onur Erdogmus, MD was used. MSRF includes 14 questions. Scores between 0-4 described as "no risk", 5-8 as "middle risk" and 9-14 described as "high risk". The data was evaluated by using descriptive statistics, Independent Sample t-test, One Way Anova and Pearson's Correlation Analysis.

Results: According to NCEP ATP-III criteria; 30.1% of the patients met 3 and more criteria related to metabolic syndrome. All of the patients were at risk of metabolic syndrome in different risk levels. Eight point two percent of the patients were at "high risk", 58.5% were at "middle risk" and 33.3% were at "low risk" according to MSRF. There was a statistically significant difference in the risk factors related to MSRF in terms of the measurement of waist circumference, fasting blood glucose, and body-fat percent ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference in the determination of metabolic syndrome according to ATP III criteria; in terms of the measurement of waist circumference, fasting blood glucose, total cholesterol, and body-fat percent ($p < 0.001$).

Discussion:

As a result of modern living, metabolic syndrome incidence is becoming a widespread morbidity and mortality reason. Therefore, the most effective way to decrease this risk is to determine the risk levels for metabolic syndrome. In this study 58.5% of the patients were in the middle risk for metabolic syndrome. In the studies carried out in our country Turkey with the same data collecting form; it was reported that 54.8% of the health professionals and 44% of the adults were in the middle risk group (Mollaoglu et al. 2010; Karadeniz et al. 2007). In another study which represents the general population of Turkey; there are 5 million people who were in the

middle risk group (Kozan et al. 2004).

The study sought to answer the question “How serious the risks that hemodialysis patients have about metabolic syndrome?” According to the results of the study; it can be said that, most of the hemodialysis patients are at risk of metabolic syndrome and this should be investigated by their doctors and nurses, and if needed; consultations from specialists should be available to lower the risks. In the future studies; patients’ daily activity and eating habits should be considered in addition to other predisposing factors.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Siamopoulos KC, Kalaitzidis RG (2010) Metabolic Syndrome and Chronic Kidney Disease. *European Nephrology*, 4, 8–13.
2. Karadeniz D, Yanikkerem E, Sarican E, Bulez A, Arikan C, Esen A (2007) The Metabolic Syndrome Risk in Health Workers in Manisa City. *Firat Saglik Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 13-24.
3. Mollaoglu M, Fertelli T, Tuncay FO (2010) The Risk Levels of Metabolic Syndrome and Related Factors among Adults Admitted at a Village Clinic. *Journal of Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing*, 18(2): 72-79.
4. Gulcu F, Parmaksiz A, Kidir M, Gursu F (2006) Metabolic Syndrome. *Firat Saglik Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 24-32.
5. Kozan O, Oguz A, Erol C, Ongen Z, Abaci A, Temizhan A, Celik S, Senocak M (2004) Results of the Metabolic Syndrome Research (Metabolik Sendrom Arastirmasi:METSAR). 20th National Cardiology Congress.

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, MAKBULE BATMAZ, SEVIN SEVGI TURK

TÍTULO/TITLE:

The Reflection of Past Hospital Experiences on Invasive Procedures in Children between 2-6 Ages

Introduction: Physical environment has an important role in the development of children (Sivri, 1993). Hospital environment and being hospitalized may affect child's emotional development negatively. Staying in hospital may disturb the child and accepted as an unpleasant situation (Beytut et al. 2009). Knowing the developmental stages of the child and preparing an appropriate environment can diminish the child's anxiety and fear.

Another factor which may affect the reactions given by the child in hospital is the parent's presences during the invasive procedures. To reduce child's pain and stress during the invasive procedure parents prefer to with their child and this approach helps to reduce the pain and stress effectively. In addition, children also want their parents to stay with them before, during and after the procedure (Karabudak et al. 2010).

Therefore, this study aimed to determine the reflection of past hospital experiences on invasive procedures in children between 2-6 ages.

Method: The target population of this descriptive study included the children and their parents who admitted to the emergency department of a state hospital in Istanbul, Turkey. The sample included 233 children and their parents who were at the emergency department and waiting for blood drawing between October 25th and November 5th, 2010. The sample choosing criteria for parent were; voluntary participation to study, not having a difficulty to communicate with the child, being with child during the invasive procedure; and for the child; being aged between 2-6, not being disabled mentally.

The data was collected by Parent Information Form (PIF) and Child Observation Form (COF). PIF includes questions about parent's demographic characteristics, parental attitude to the child, child's attitude to the hospital and child's past hospital experiences. COF is created by researchers and has three sections which are Pre-Procedure, During-Procedure and Post-Procedure. All sections include 7 categories which are; crying, activity, communication, mood, interaction with the parent, sensibility to environment/procedure and attitude to the nurse. In the reliability analyze of COF; cronbach's alpha coefficient was found 0.89 in pre-procedure, 0.85 in during-procedure, 0.89 in post-procedure. The observations have been done by one researcher to ensure inter-observer consistency. The data was evaluated by using descriptive statistics, t-test, One Way Anova and Pearson's Correlation Analysis.

Results: The children who hospitalized before have significantly higher scores in pre-procedure observation; when compared to the ones who never hospitalized before ($p<0.05$). The children who follow the medical instructions made by a health professional without crying have significantly lower scores in all three observations; when compared to the ones who follow the instructions while crying ($p<0.001$). The children who start to cry as soon as he/she enters to the hospital have significantly higher scores in all three observations; when compared to the ones who start to cry after the procedure/examination starts ($p<0.01$). The responses that the children gave before the procedure were lower than during-procedure and post-procedure observations, and the responses during the procedure were lowering after the procedure. The differences between pre-procedure, during-procedure and post-procedure observations were statistically significant ($p<0.001$). There are positive and statistically significant correlation has been found between the observations ($p<0.001$).

Discussion: The past hospital experiences of the child can effect child's attitude to the hospital and medical procedures. If the past hospital experiences were negative in child's own imagination; it can be result in fear to the hospital, health professionals and procedures. To prevent this situation; the parents and the health professionals should prepare the child to the procedure and should be honest to the child while explaining it. Also; the parents should be educated about how to treat to their hospitalized child and should be warned about not using the medical procedures as a punishment fact.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Beytut SD, Bolisik B, Solak U, Seyfioglu U (2009) A Study of the Influences of Hospitalization on Children through Drawing as a Projective Method. *Maltepe Universitesi Hemsirelik Bilim ve Sanati Dergisi (Journal of Maltepe University Nursing Science and Art)*, 2(3): 35-44.
- Sivri H (1993) Fiziksel ve Mekansal Cevrenin Cocuk Davranisina ve Gelismine Etkileri. Dokuz Eylul University Science Institute, PhD Thesis, Izmir (Consultant: Assoc. Prof. Ahmet Eryuce)
- Karabudak SS, Ak B, Basbakkal Z (2010) Where must family members be during invasive procedures? *Turkish Archives of Pediatrics*, 45: 53-60.

Mesa de comunicaciones 23: Práctica Clínica**Concurrent session 23: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, MAKBULE BATMAZ, NILAY ERBAS, ARZU ONCU, OZLEM DEMIRBAS

TÍTULO/TITLE:

Psychopathology and Defense Mechanisms in Cancer Patients

Introduction: Individuals with cancer may suffer from psychological distress in every stage of cancer (Herschbach et al. 2004). Stressful or threatening situations —such as cancer and its treatment— activate an unconscious process which is called defense mechanisms (Kwon, 2002). Following the medical and/or surgical treatment of cancer; patients may concern about the risk of recurrence and possible unmanageable and life-threatening process (Hodges and Humphris, 2009) and at this point; defense mechanisms may step in unconsciously. The defense mechanisms function to maintain homeostasis and prevent the increase of anxiety (Hyphantis, 2010) in situations which are considered as threatening (Kwon, 2002). Consequently, while the levels of emotions produced by stress diminish with the unconscious use of defense mechanisms; the individual may find time to deal with emotions like loss, guilt, anxiety and threats (Carter, 2002).

However, according to their adaptive values, defense mechanisms may vary. While mature defense mechanisms ward off the threatening affect, immature mechanisms stay in inaction or improper action (Kwon, 2002). To give a case in point; when a patient with type I diabetes who eats candy use an immature defense mechanism “projection”, he may say “My doctor didn’t arrange my insulin dosage properly”. In contrast, if a mature mechanism were used such as “rationalization” he may say “I should have not eaten candy and I should have taken my doctor’s advices”.

While immature mechanisms are normal in young children, however if an adult keeps using immature mechanisms, it should be considered that he/she may have psychopathology (Kwon, 2002). Therefore, in adult cancer patients, the defense mechanisms they used should be considered in addition to their level of psychopathology and the immature defenses should be changed with mature ones. In parallel with the literature; the aim of this study was to determine the levels of psychopathology and the defense mechanisms used by cancer patients.

Method: The study was carried out descriptively, in oncology departments of two state hospital in Istanbul with written permission between September 20th-November 11th, 2010. The target population of the study included the patients who were treated by the oncology departments. The sample included 148 cancer patients who were in the oncology department in data collecting process and met the sample choosing criteria. The sample choosing criteria were being diagnosed with cancer, knowing the diagnosis, being over the age of 18, not being diagnosed with a mental disorder and voluntary participation to study. The data was collected by Demographic Information Form, Brief Symptom Inventory (BSI) and Defense Style Questionnaire (DSQ).

BSI is created by Derogatis, L. in 1992 and widely used for assessing current psychological distress and symptoms in patient and non-patient populations. BSI was adapted to Turkish and analyzed for reliability and validity by Nesrin Hisli Sahin ve Aysegül Durak in 1993. BSI has nine symptom dimensions: Somatization, Obsession-Compulsion, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation and Psychoticism; and three global indices of distress: Global Severity Index, Positive Symptom Total, and Positive Symptom Distress Index (Sahin et al. 2002).

DSQ is a self-report inventory that measures specific defense mechanisms and adapted to Turkish and analyzed for reliability and validity by Yilmaz et al in 2007. DSQ includes 20 defense mechanisms which grouped as mature, neurotic and immature. Mature mechanisms are; sublimation, humor, anticipation and suppression. Neurotic mechanisms are; undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction-formation. Immature mechanisms are; projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, autistic fantasy, denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatisation (Zeigler-Hill and Pratt, 2007; Carter, 2002; Yilmaz et al, 2007). The internal consistency coefficient was found 0.83 for BSI and 0.76 for DSQ. The data was evaluated by using descriptive statistics, Kruskal Wallis, Mann-Whitney-U and Spearman’s Correlation Analysis.

Results: Sixty-four point nine percent of the sample was female, 83.1% had surgery related to cancer. From the patients who had cancer-surgery; 56.1% had tumor resection. While 54.7% were blaming someone else because of cancer; 77.7% were blaming themselves.

The most common defense mechanisms used by women were sublimation, anticipation, pseudo-altruism, reaction formation, projection and somatization, while men mostly use suppression, acting-out and dissociation ($p < 0.05$). Symptoms related to

obsessive-compulsive disorder, depression and anxiety were significantly higher in women ($p < 0.05$). In men, symptoms related to hostility were significantly higher than women ($p < 0.05$). From the patients who undergone surgery related to cancer; the ones who had tumor resection were using acting-out, denial and dissociation while the ones who had organ removal surgery were mostly using somatization ($p < 0.05$). In addition; symptoms related to obsessive compulsive disorder were significantly higher in the patients who had organ removal surgery ($p < 0.05$). The patients who blame someone else for being cancer were mostly using projection, passive aggression, acting-out, and showing symptoms related to depression, anxiety, hostility, paranoid ideation and psychotism significantly ($p < 0.05$). The patients who blame themselves for being cancer were mostly using suppression, projection, acting-out, displacement, splitting and showing symptoms related to hostility, paranoid ideation and psychotism ($p < 0.05$).

Discussion: In this study; women and men were using different defense mechanisms. The most common defense mechanisms used by women were sublimation, anticipation, pseudo-altruism, reaction formation, projection and somatization, while men mostly use suppression, acting-out and dissociation. This finding suggests that; the unconscious reactions given by the patients differ by gender and this situation necessitates considering this difference in planning the psychological care of adult cancer patients. The most seen psychopathological symptoms are also differing by gender. While symptoms related to obsessive-compulsive disorder, depression and anxiety were higher in women, in men; symptoms related to hostility were significantly higher than women. In the study of Tokgoz et al (2008); it has been reported that in the sample of patients with cancer, the prevalence of major depression were higher in women than men. Similarly Atesci et al (2003) reported that; major depression and anxiety with mood disorder were significantly higher in women than men. Eroglu (2008) underlined that; in a hypothetical perspective, men grow up in a freer environment than women and can easily express how they feel. Thus, this may cause that aggression and related hostility become a part of men's nature. According to this finding and literature findings; it can be said that women mostly experience the psychological distress in their inner world while men mostly express their feelings by being more aggressive. In other words; while female patients need to express their feelings related to cancer, male patients need to control their aggression. Thus, health professionals should consider this difference while planning the care plan.

From the patients who undergone surgery related to cancer; the ones who had tumor resection were using immature defenses; acting-out, denial and dissociation while the ones who had organ removal surgery were mostly using somatization. In addition; symptoms related to obsessive compulsive disorder were significantly higher in the patients who had organ removal surgery. Twenty-two point three percent of the sample had cancer in genito-urinary tract and 21.6% has cancer in breast. The finding related to somatization in patients who had organ removal surgery suggests that; the malignancy of the organ which is also a sexuality symbol may cause somatic symptoms. Thus, health professionals should consider all the symptoms and differentiate the somatic symptoms from physical ones. In this way, the psychological and physiological care plans can be planned separately and properly. The patients who blame someone else for being cancer were mostly using immature defense mechanisms; projection, passive aggression, acting-out, and showing symptoms related to depression, anxiety, hostility, paranoid ideation and psychotism. The patients who blame themselves for being cancer were mostly using suppression, projection, acting-out, displacement, splitting and showing symptoms related to hostility, paranoid ideation and psychotism. These findings suggest that; blaming others or themselves because of cancer is related with immature defense mechanisms and psychopathology. Therefore, health professionals should consider the patients' beliefs and thoughts about being diagnosed with cancer. Blaming self or others may affect the psychological care plan adversely.

Psychopathology in cancer patients has been studied for many years. Nevertheless; the defense mechanisms used by cancer patients has not been much studied. According to the results of this study; as well as considering the severity of psychopathology, it is also important to determine the defense mechanisms used by cancer patients. Overuse of immature defense mechanisms almost always leads to serious problems in individual's ability to cope. Although neurotic defense mechanisms have advantages in short-term coping, they can often cause long-term problems in social life. If the immature and neurotic mechanisms can be changed to mature mechanisms, treatment of existing psychopathology may become easier.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B (2004) Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504-511.
2. Kwon P (2002) Hope, Defense Mechanisms, and Adjustment: Implications for False Hope and Defensive Hopelessness. *Journal of Personality*, 70(2): 207-231.
3. Hodges LJ, Humphris GM (2009) Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psycho-Oncology*, 18: 841-848.
4. Hyphantis T (2010) The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Comprehensive Psychiatry*, 51: 618-629.
5. Carter SR (2002) The Use of Defense Mechanisms in Partner Violent College Men. Doctor of Philosophy Thesis. Texas Tech University.
6. Sahin, N.H., Durak-Batigün, A., Ugurtas, S., 2002. The Validity, Reliability and Factor Structure of the Brief Symptom Inventory (BSI). *Turkish Journal of Psychiatry* 13 (2), 125-135.
7. Zeigler-Hill V, Pratt DW (2007) Defense Styles and the Interpersonal Circumplex: The Interpersonal Nature of Psychological Defense. *Journal of Psychology, Psychiatry and Mental Health*, 1(2): 1-14.
8. Yilmaz N, Gencoz T, Ak M (2007) Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire: A Reliability and Validity Study. *Turkish Journal of Psychiatics*, 18(3): 244-253.
9. Tokgoz G, Yalug I, Ozdemir S, Yazici A, Uygun K, Aker T (2008) Prevalence of major depression in patients with cancer and related factors. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9: 59-66.
10. Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Baltalarli B, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N (2003) Psychiatric Disorders in Cancer Patients and Associated Factors. *Turkish Journal of Psychiatics*, 14(2):145-152.
11. Eroglu SE (2009) Dimensions of Aggression Behaviour and Related Demographic Factors: A Comparative Study on High School Students and University Students. *Selcuk University Journal of Institute of Social Sciences*. 21, 205-221.

AUTORES/AUTHORS:

Palmira C. M. Oliveira, Carla M. Castro, M^a Henriqueta Figueiredo, Laurentina M^a Gonçalves da Santa, Pedro M. A. Melo, Isilda M^a F. Couto, Nânci F. C. Teixeira, Anabela S. Barbedo

TÍTULO/TITLE:

Competencias en la Evaluación e Intervención Familiar: Percepción de los Enfermeros de Atención Primaria

OBJETIVO: Identificar la percepción personal de competencias de los Enfermeros de Atención Primaria (AP), en la evaluación e intervención familiar. **MÉTODOS:** Estudio cuantitativo, con abordaje metodológica de estudio de caso, sustentado por el Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar (Figueiredo, 2009), como referencial teórico. La población corresponde a 38 enfermeros de AP de la zona Norte de Portugal, que integran un Proyecto en el ámbito de enfermería de salud familiar. Fue creado un cuestionario, cuya validez de contenido fue asegurada por la validación de expertos en la materia. La primera parte hace referencia a la caracterización socio-demográfica y profesional, y una segunda parte con la forma de escala de tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1 "Totalmente Incompetente"; 4 "Competente"; 7 "Totalmente Competente"). Los datos fueron tratados recurriendo a la estadística descriptiva (frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión) se utilizó SPSS versión 19.0 **RESULTADOS:** Los participantes son predominantemente femeninos (81.6%), con una media de edad de 38.5 años (DP= 7.8). El tiempo de ejercicio profesional se sitúa en media en 14.5 años y en ejercicio en AP en 10.2 años. Poseen formación en enfermería de familia mayoritariamente en contexto académico (44.8%), 18.4% a través de auto-formación e 15.8% por formación continua formal. En todas las áreas de atención sugeridas en el dominio de evaluación familiar por el MDAIF los enfermeros se percataron de niveles "bajos de competencia", variando los valores medios entre 3.1 y 4.7. El área de "rendimiento familiar" es la que presenta el valor medio más bajo de percepción de competencia, en todas las fases del proceso de enfermería. Relativamente a los instrumentos de evaluación, la percepción personal se sitúa en media, en niveles inferiores a "Competente", siendo el valor medio más elevado (3.0) en la utilización del "Genograma". Os valores medios de percepción de competencia en la intervención familiar están comprendidos entre 2.7 "En la formulación de cuestiones circulares y reflexivas" y 3.0 "Entrevista familiar de 15 minutos" y "En la promoción del cambio en el funcionamiento familiar", verificando una baja auto-percepción de competencia en todos los ítems. **DISCUSIÓN:** El MDAIF como referencial teórico orientador de prácticas conducentes a la evaluación e intervención familiar, permite identificar las necesidades de la familia y reconocer sus recursos proponiendo intervenciones de enfermería colaborativas, que promuevan la potencialización de sus fuerzas, recursos y competencias (Figueiredo, 2009). Los resultados destacaron que los enfermeros se consideraron en niveles bajos de competencia, siendo más evidente, en la intervención familiar, lo que evidencia la importancia del desarrollo de prácticas fundamentadas en referenciales sistémicos, como el MDAIF (Figueiredo & Martins, 2010). Las implicaciones para la práctica que emergen de este estudio sugieren el desenvolvimiento de procesos formativos que permitan la articulación teórica con la praxis promotores de competencias conducentes a la toma de decisión (Oliveira, 2010; Oliveira & Silva, 2011) que incluye la familia como receptora de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo M., & Martins M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Jul/Set; 9 (3), 552-559

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev. esc. enferm. USP* , 43 (3), pp. 612-618.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>

Oliveira, P. (2010). Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

<http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/255/1/TME%20412.pdf>.

Oliveira, P.; Silva, A. P. (2011). Auto-eficácia nas competências para o exercício da enfermagem: percepção dos estudantes da licenciatura. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional Supervisão Clínica, In Livro de Comunicações e Resumos I Congresso Internacional Supervisão Clínica, Porto.

http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F527107431/%5Bbook%5D%20I%20Congresso%20Int%20Supervisoao%20Clinica.pdf

Melo, P.; Figueiredo, M.; Oliveira, P.; Silva, S.; Feiteira, D.; Silva, D. (2010). Competências de avaliação e intervenção na Família: contributos da utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar. Trabalho apresentado em II Congresso Bienal ORASI - Crise e Trauma no SÉC. XXI, In Livro de Resumos/Actas II Congresso Bienal ORASI - Crise e Trauma no SÉC. XXI, Porto.

<http://www.orasi.pt/congresso/ficheiros/Resumos%20-%20II%20Congresso%20ORASI%20-%205%20e%206%20Nov%202010.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Helga E. Breimaier, Christa Lohrmann

TÍTULO/TITLE:

The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) - a useful baseline audit for guideline implementation?

Introduction: Nurses are expected to use research findings in daily nursing practice for several reasons, e.g. as a basis for decision making [1] or to deliver evidence-based care to promote positive patient outcomes [2, 3]. Much effort has been undertaken to implement new knowledge into nursing practice, and clinical practice guidelines are seen as one means to achieve evidence-based care [4]. However, the implementation of nursing guidelines in the hospital setting can be an arduous task and depends on an array of influencing factors. These should be considered at the beginning of the implementation process, using for example the CFIR [5] as a baseline audit. This study aims to evaluate the start of an implementation process for implementing a fall prevention guideline along four out of five major domains of the CFIR. These are: intervention characteristics, outer and inner setting, and characteristics of the individuals.

Methods: A participatory action research approach was used to carry out a descriptive study in an ophthalmic department of an Austrian university teaching hospital. All nurses and nursing aids (n=98) were included and informed via oral presentation. In autumn 2010, during 4 meetings, data were collected via questionnaire asking about e.g. fall episodes, attitudes towards guidelines [6], organisational culture [7], self-efficacy [8] or organisational learning [9], using 4- or 5-point Likert-type scales, with a low value indicating a negative or renunciatory attitude. The response rate was 70.4%. Additional data like participants' aims or already used measures to prevent falls were discussed [as the guideline had already been put onto the intranet in April 2009] and audio-taped. Additionally, 12 semi-structured interviews were held. Descriptive analysis was performed with SPSS 18. Group discussions and interviews were content-analysed using CFIR as a framework and MAXQDA, a computer software programme, to organise data. CFIR was also used to organise results of quantitative data.

Results: The majority of participants were female (95.6%), nurses (67.2%), and had a work experience of 10 or more years (67.2%). The main findings have been organised in accordance with the CFIR, beginning with the characteristics of the interventions: Participants considered the strength of evidence and the guideline quality as good. Their decision was based on their confidence in the in-house persons who had developed this evidence-based guideline to prevent falls. However, they also perceived the guideline as complex and too long, claiming it should be adapted to their setting. Although several advantages were seen in adhering to the guideline – e.g. consistent work performance within the clinic – no resulting improvement was expected as participants were convinced to already work in a careful manner.

Outer setting: While the institution's mission statement proclaims to consider patients' wishes and needs in delivering care, participants considered it difficult to assess patients' need for support due to their short duration of stay which is, in general, two to three days.

Inner setting: A comprehensive picture of the department's structural characteristics could be obtained including patients to be cared for, length of stay, staff composition, the applied model of care, work procedures, ward rounds, spatial conditions, ward size, or times of heavy work-load. Furthermore, information about the structure and quality of nursing networks and communication within the profession was obtained.

The organisational culture was perceived as a team culture (mean=3.1, SD=.673, n=61, 4-point Likert scale) with hierarchical elements (mean= 2.76, SD=.360, n=57). Regarding the implementation climate it can be said that the change of daily practice did not seem to be of utmost priority for staff. However, the implementation was well-supported and did include activities by the head nurse. Financial resources for this project were limited. Organisational incentives or rewards were not specified. Due to new terminology and an open approach with no fixed implementation strategies, participants experienced feelings of uncertainty at the beginning. The learning climate seemed to be receptive (mean=3.74, SD=.521, n=47, 5-point Likert scale), with leadership commitment and empowerment ranging on top of a list of 4 topics (mean=4.06, SD=.789, n=58).

Characteristics of the individuals involved: Nurses' knowledge about nursing science/re-search is limited. Less than half of the participating nurses (43.8%, n=64) stated having learned about research-relevant topics within their training, however, mostly to a little extent only. Nurses' attitudes towards guidelines showed a rather positive tendency (mean=3.015, SD=.3527, n=48, 4-point Likert scale). Participants' approaches to change were a mixture of pragmatists (92.3%, n=63), reflectors (84.1%, n=63), theorists (76.2 %, n=63) and pioneers (20.7%, n=63), and they seem to be mainly self-efficacious (mean=3.043, SD=.3745, n=63, 4-point Likert scale).

Additional results: Participants discussed several aims, with the prevention of falls being foremost. Information about former measures of implementation was received – e.g. dissemination of information during group meetings or per email. A broad array of already under-taken measures to prevent falls could be discerned. Many of those had been included in the guideline, e.g. adaptation of environment or paying attention to adequate footwear. Further-more several wishes and needs regarding education, team structure and cooperation, fall-prevention materials and time-related resources as well as necessary structural changes were stated.

Cronbach's alphas of the included instruments were between .7 – .8.

Discussion: The reflection showed that with the application of the CFIR, a broad array of factors influencing guideline implementation could be considered and thus taken into account for further planning. However, CFIR does not include some aspects which were considered as valuable information for further planning, like activities already undertaken (to prevent falls) or strategies used to implement something new. One drawback may be that the complexity of influencing factors delineated in the CFIR cannot be captured with one single questionnaire and requires a comprehensive approach, e.g. with interviews and/or focus group meetings. Yet, the CFIR provides a valuable framework for nurses and managers to assess the baseline for the implementation project, and this should be completed with local features to achieve a sound basis for the planning of the ongoing project.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliography

- [1] McCloskey D.J. (2008). Nurses' perceptions of research utilisation in a corporate health care system. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 39-45.
- [2] Hart P., Eaton L.A., Buckner M., Morrow B.N., Barrett D.T., Fraser D.D., Hooks D. & Sharrer R.L. (2008). Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 75-84.
- [3] Kirshbaum M. (2008). Translation to practice: a randomised, controlled study of an evidence-based booklet for breast-care nurses in the United Kingdom. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 60-74.
- [4] Thomas L.H., Cullum N.A., McColl E., Rousseau N., Soutter J. & Steen N., re-published online with edits 21 January 2009,

Guidelines in professions allied to medicine. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 1. Art. No.: CD000349. DOI: 10.1002/14651858.CD000349.

[5] Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A. & Lowery J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice. a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

[6] Elovainio M., Eccles M. & Mäkelä M. (1999). Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. In: Thorsen T. & Mäkelä M. (eds.) *Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development. 153-167.

[7] Shortell S.M., Marsteller J.A., Lin M. Pearson M.L., Wu S-Y., Mendel P. Cretin S & Rosen M. (2004). The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*, 42(11), 1040-1048.

[8] Schwarzer R. & Jerusalem M (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schüler-merkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin, Freie Universität Berlin.

[9] Goh S. & Richards G. (1997). Benchmarking the learning capability of organizations. *European Management Journal*, 15, 575-583.

AUTORES/AUTHORS:

AYSEL GURKAN, SEVIM SEN, ALI AKGUN, EYUP INCIK

TÍTULO/TITLE:

Knowledge of Domestic Violence in Emergency Medical Technicians

Introduction: Violence is an important public health issue (1) and also a violation of human rights (2). The most common types of violence are made by men towards women and children (3). According to the report of 48 studies which reflect all the world population that World Health Organization (who) published; it was reported that domestic violence is mostly seen in families and mostly towards women between 10% and 69% (5). Domestic violence is a common health problem in Turkey and in the World (4).

In United States of America; from the women who admitted to Emergency Departments 11-30 percent of them dropped in violence by their partner (4), one in ten women has been experienced violence at least once in a life-time (1), in studies carried out in developing countries 1/3 and 2/3 of the women dropped in violence by their husband or partner and in developed countries this ratio is reported 20-50 percent (3,4).

According to the study which carried out in Turkey for a national fight against domestic violence in 2008; from the women who are married or had a relationship with a partner; 39% has physical, 51% had sexual, 42% has both physical and sexual, 44 had emotional violence or abuse and these women described the severity of the violence/abuse as very severe (2).

From the cases who admit to the hospital because of violence 30%-50% reported that they have had trauma again, and 5-10% have lost their lives because of trauma. Health workers in emergency departments generally underestimate the violence possibility and may only consider the possibility of violence if the trauma is very severe. In addition; lack of evidences, incostistent reports from patients and relatives, cultural and traditional values may cause the lack of underestimation of the violence (6). For his reason; it is very important that the emergency medical technicians (EMTs) to be educated about domestic violence. Thus, the aim of this study is to determine the knowledge of domestic violence in emergency medical technicians.

Method: The study was carried out descriptively, in Emergency Medical Technician Association in Istanbul, Turkey with written permission between May 23rd and 31st, 2011. The target population of the study included the members of the association. The sample included 100 members who met the sample choosing criteria. The sample choosing criteria were still working as an EMT in pre-hospital area and voluntary participation to study. The data was collected by a questionnaire which is prepared by the researchers and includes 23 questions related to their socio-demographic characteristics and their knowledge of domestic violence. The data were evaluated by using descriptive statistics and Chi-Square test.

Results: Fifty-seven percent of the sample was women, 42% were EMT-Basic and 44% were EMT-Paramedics, and 14% had graduated from a master program. Seventy-two percent stated that they had educated about domestic violence before. Eighty-six percent had experienced or seen domestic violence in their personal life. Seventy-one percent of them stated that their friend/friends had domestic violence while 14% stated that they had domestic violence. When asked "What would be the reason of still living with the violent?"; 85% answered that it would be "because of financial dependency", 85% said "because of fear", 99% said "because of cultural and religious beliefs" and 85% said "because of trying to hide this situation from people". Eighty-five percent stated that they always ask questions about domestic violence if they have any suspect. Besides 29% of the sample thinks that they knowledge of domestic violence is insufficient. Eighty-five percent stated that they suspect if there's an inconsistent trauma history with the trauma pattern, and 72% stated that they suspect if the victim have old bruises in her/his body which would be related to violence instead of an accident. To the question "What would be the reason of still living with the violent?"; male technicians said "fear" and "trying to hide this situation from people" while female technicians said "lack of figuring out the alternatives" significantly more than expected count ($p<0.01$). Ratio of being educated about domestic violence in EMT-Paramedics and EMTs who have a master degree were significantly more than expected count than EMT-Basics ($p<0.001$).

Discussion: Eighty-six percent had experienced or seen domestic violence in their personal life and 14% stated that they had domestic violence. In a study it was reported that; domestic violence in EMTs is also similar to general population (7). In the study of The Institute of Governmental Family Research (1995) it was found that in family population; 34% had physical violence, 53% has verbal violence and from the children 46% has physical violence (4).

When asked "What would be the reason of still living with the violent?"; 85% answered that it would be "because of financial dependency", 85% said "because of fear", 99% said "because of cultural and religious beliefs" and 85% said "because of trying to hide this situation from people". To the question "What would be the reason of still living with the violent?"; male technicians said "fear" and "trying to hide this situation from people" while female technicians said "lack of figuring out the alternatives" significantly more than expected count ($p < 0.01$). In another study; 40.7% of the women reported that they experienced domestic violence and all of them don't prefer to express sexual and economic violence (9). Another study results (2008) show that; almost half of the sample said that they never tell to anyone that they dropped in violence (2).

Eighty-five percent stated that they suspect if there's an inconsistent trauma history with the trauma pattern, and 72% stated that they suspect if the victim have old bruises in her/his body which would be related to violence instead of an accident. In a study which carried out EMTs who had an 3 hours education program about domestic violence, their knowledge and attitude increased from 54% to 71% (8). Ratio of being educated about domestic violence in EMT-Paramedics and EMTs who have a master degree were significantly more than expected count than EMT-Basics. According to the results of the study; it can be suggested that EMT-Basics should be educated about domestic violence as much as EMT-Paramedics. Because; all of the emergency medical technicians who work in pre-hospital area, should be well-educated about domestic violence. In this manner; if an EMT misses a clue related to domestic violence; another EMT could catch that clue and thus, continuation of violence can be prevented.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007; 7:12-21.
2. Türkiye'de kadına yönelik aile içi siddet araştırması, Ocak 2008. <http://www.Hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TKAA2008-OzetRapor.pdf>. Erisim Tarihi: 11.09.2011.
3. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının aile içinde yaşanan siddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 27(2):51-56.
4. Vahip I, Doganavsargil Ö. Aile içi fiziksel siddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):107-114.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-8.
6. Turhan E, Sangün Ö, Inandi T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *STED* 2006; 15(9): 153-7).
7. Weiss SJ, Ernst AA, Blanton D, Sewell D, Nick TG. Domestic violence among emergency medical technicians. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6(8): 857-59.
8. Weiss SJ, Ernst AA, Blanton D, Sewell D and Nick TG (2000) EMT Domestic violence knowledge and the results of an educational intervention. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(2):168-171.
9. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ (2005) The View of Womans' to The Violence Experienced Within the Family. *C.Ü Tıp Fakültesi Derg*, 27(2):51-56.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

Ángela Cejudo López, Begoña López López, Carlota de la Fuente Rodríguez, M^a Pilar Crespo Serván, Concepción Coronado Illescas, Miguel Duarte Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Resultados previos: Motivos para la Conspiración de Silencio en Personas Cuidadoras de Pacientes en Cuidados Paliativos

Los pacientes en cuidados paliativos desean recibir información escrita referente a su proceso en el lugar adecuado, respetando el derecho a no saber, siendo informados de su posible evolución y cómo puede ser el momento final¹. Por contra aparece la Conspiración o Pacto de Silencio (CS) que puede definirse como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación².

Objetivo: Explorar e identificar las actitudes, vivencias y opiniones de las personas cuidadoras familiares (PC) al mantener la CS a pacientes paliativos

Métodos: Metodología cualitativa interpretativa, enfoque fenomenológico. Población de estudio: PC de pacientes en cuidados paliativos del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, capacitados para participar en la toma de decisiones, con sospecha de CS, mayores de edad. Muestreo intencional, hasta criterio de saturación³. Criterios de exclusión: negativa a participar, no disponer de tiempo. Dimensiones del estudio: Conocimiento sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, Transmisión de la información, Reacción sobre las noticias recibidas, Información conocida por el paciente, Comunicación con la familia y profesionales sanitarios, Afrontamiento ante la muerte. Entrevistas semiestructuradas. Transcripción literal, registro de lenguaje no verbal. Análisis interpretativo de contenido⁴. Triangulación de investigadoras. Consentimiento informado. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito de Atención Primaria de Sevilla.

Resultados: Comunicación de diagnóstico y pronóstico a la PC, interlocutora con los profesionales sanitarios: "yo me anticipé, y junto con mi hermana nos pusimos en contacto con la ginecóloga"; Información en la consulta, comprensible, en ocasiones de forma paternalista: "si fuera su madre, él no le daba radioterapia" (refiere que dijo el médico); Reacción ante la noticia recibida: ocultamiento al paciente, creen que les protegen emocionalmente y que la verdad les perjudicará: "los médicos tuvieron un comportamiento excelente, ninguno le dijo nada", "a ella no le dijimos nada, no le dijimos las cosas claras, claras... porque lo vimos más conveniente"; Las PC sospechan que el paciente conoce la realidad, pero no lo hablan por creer que tienen protección emocional: "él pensaba que tenía algo, pero yo le decía que no, él pensaba que era una cosa mala,... una vez les dijo que les dijeran la verdad, el médico le dijo lo que yo le había dicho", "mi madre no es tonta, se tiene que dar cuenta, pero no lo hemos hablado"; Las PC expresan satisfacción por la comunicación con los profesionales sanitarios, trato recibido, accesibilidad, seguimiento y recursos: "tuvieron mucho cuidado con él, todos se portaron muy bien... no puedo tener queja", "se portaron muy bien, me hicieron hasta una tila cuando murió", "porque yo le he buscado cincuenta mil veces y siempre he podido hablar con él", Se aceptan tratamientos de dudoso impacto positivo en la calidad de vida, prolongación del proceso de enfermedad y no se acepta la muerte: "nos hemos estado informando y te puede venir bien la radioterapia o mal", "no quería que él se fuera, yo querría haber estado con él, cuidándolo..."; Expectativas ante la muerte: impotencia, angustia, sufrimiento familiar, valentía y orgullo, cambios en los planes de vida, resignación: "A mí se me cayó el hospital encima, llorando, y no queriéndole decir a él lo que tenía", "esto no es duro, es más todavía, tengo que aguantar el tirón pero tengo que seguir para adelante", Toma de decisiones: no participan: "me alegro de no tener hermanos, porque las decisiones las tomo yo",

Discusión: El titular de la información sanitaria es el/la paciente, pudiendo compartirla con las personas familiares que él/ella desee, según consta en la "Ley de Autonomía del paciente" 7. En los casos estudiados, la información se les da a las PC, bloquean la comunicación y deciden no hacer partícipe al paciente. Las PC consideran que actúan de forma correcta y creen que la falta de información al paciente es normal, lo mejor para él. A veces, se induce el ocultamiento por los profesionales sanitarios, que apoyan esta decisión. Si deciden informar, los familiares no quieren. Resultados congruentes con los encontrados por Ruiz, M^a et al. 5: los factores con que construyen la escala de Conspiración de silencio son necesidad de proteger al paciente de las repercusiones de la verdad, dificultades emocionales y opinión del familiar de rechazo del paciente a la información. Toma de decisiones al final de la vida guiada en ocasiones por los profesionales sanitarios, mostrando actitudes paternalistas⁶. Comunicación fluida entre

profesionales sanitarios y PC, con vacío entre ambos y los pacientes. Existe un debate social importante sobre la participación en la toma de decisiones al final de la vida y la reciente "Ley de muerte digna" en Andalucía que puede posibilitar disminuir el desconocimiento y confusión entre la ciudadanía, profesionales sanitarios y medios de comunicación 8.

Entrevistas del proyecto financiado por la Consejería de Salud, PI0143/2009

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cía, R, (coordinador), Fernández López, A., Boceta Osuna, J., Duarte Rodríguez, M., Camacho Pizarro, T. et al. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012) Consejería de Salud, Sevilla, 2007.
2. Barbero Gutiérrez, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 19-27
3. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
4. Amezcua M, Gálvez Toro, A. Los modos de análisis en investigación Cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436.
5. Ruiz-Benítez de Lugo, M^a A., Coca, M. C. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. Psicooncología: 2008; 5 (1): 53-70.
6. Wul, C. Arteaga, P. Torrisis, C. Roffé, A. Huñis, M. Levín. Conocimiento, información y toma de decisiones en pacientes con cáncer en el gran Buenos Aires sur. Med Pal 2007; Vol. 14.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre 2002. Pag. 40126- 40132.
8. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la Muerte. BOJA núm. 88. Sevilla de 7 de mayo 2010. Página núm. 8

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Cabrera Espinosa, Josefa Granero Alted

TÍTULO/TITLE:

La rehabilitación del maltratador de género: Análisis y aportaciones desde la ciencia enfermera.

Objetivos.

Los actuales programas de rehabilitación de maltratadores de género tienen como eje central la perspectiva de género. Sin embargo, los expertos aconsejan la intervención por equipos multidisciplinares y la clasificación de los maltratadores en categorías más homogéneas y por tanto más fácilmente permeables a la intervención directa sobre aquellas variables que, sobre la base de la desigualdad de género, desencadenan la agresión. Desde esta necesidad los objetivos de nuestra investigación se han centrado en:

- Aportar los conocimientos, herramientas y metodología de la disciplina enfermera en el desarrollo de programas de rehabilitación de maltratadores de género.
- Implicar a la ciencia enfermera en la erradicación de la violencia de género.

Método.

Hemos partido del discurso generado en una investigación cualitativa fenomenológica previa más amplia, donde realizamos relatos de vida a 18 hombres que se encontraban en prisión por maltrato de género en las relaciones de pareja en prisiones de Andalucía, y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

En una primera etapa, hemos querido captar la naturaleza de la respuesta de estos sujetos a la situación problemática que están viviendo, a través de la realización de la valoración enfermera, usando el módulo azahar del SAS y en concreto el formato de valoración de Virginia Henderson para salud mental, centrándonos en aquellas necesidades más directamente relacionadas con el objetivo de nuestro estudio.

Con los datos obtenidos en esta valoración, hemos extraído los problemas enfermeros más prevalentes, cuantificando su situación a través de los resultados enfermeros. Con posterioridad, destacamos aquellas intervenciones de enfermería capaces de dar respuesta a estas problemáticas encontradas; adaptándolas para que puedan ser incluidas en los programas de rehabilitación de maltratadores de género; y en concreto en el módulo de las estrategias de cambio de las variables personales.

Resultados.

Tras un primer análisis, distinguimos tres tipos de maltratadores y por tanto, tres líneas específicas de intervención:

Una primera tipología (tipo1) en la que los problemas centrales de estos individuos, en relación a la violencia de género, pueden ser resumidos en los siguientes diagnósticos enfermeros:

000119. Baja autoestima crónica.

000146, Ansiedad.

000069. Afrontamiento inefectivo.

En este grupo 1 los resultados serían:

001205. Autoestima.

001302. Afrontamiento de problemas.

Y las intervenciones que se realicen con ellos deben ir enfocadas a:

005400. Potenciación de la autoestima.

005480. Clarificación de valores.

005230. Aumentar el afrontamiento.

Una segunda tipología (tipo 2), englobaría a aquellos maltratadores donde el problema principal está centrado entorno a una ausencia de control de impulsos, y cuyos diagnósticos enfermeros más importantes serían:

000138. Riesgo de violencia dirigida a otros.

000071. Afrontamiento defensivo.

000055. Desempeño inefectivo del rol.

Resultados:

001401. Autocontrol de la agresión.

001405. Autocontrol de los impulsos.

001302. Afrontamiento de problemas.

El plan de intervención sobre este tipo 2 de maltratador debe de estar enfocado en el desarrollo de aquellas actividades que se encuentran englobadas en las siguientes intervenciones:

004640. Ayuda para el control del enfado.

004370. Entrenamiento para controlar los impulsos.

005880. Técnica de relajación.

004362. Modificación de la conducta: habilidades sociales.

005480. Clarificación de valores.

En último lugar, encontramos una tercera tipología (tipo 3), donde sobresalen los siguientes diagnósticos enfermeros:

000146. Ansiedad.

000083. Conflicto de decisiones.

000071. Afrontamiento defensivo.

Cuyos resultados serían medidos a través de:

001302. Afrontamiento de problemas.

000906. Toma de decisiones.

000907. Elaboración de la información.

Ante estos sujetos debemos plantearnos intervenciones centradas fundamentalmente en:

005230. Aumentar el afrontamiento.

005820. Disminución de la ansiedad.

005390. Potenciación de la conciencia de sí mismo.

004340. Entrenamiento de la asertividad.

005400. Potenciación de la autoestima.

005480. Clarificación de valores.

Discusión.

Hemos podido comprobar y demostrar, a través de nuestro estudio, que la disciplina enfermera posee las herramientas, metodología, conocimientos y experiencia suficiente para poder participar en la actualidad en los programas de rehabilitación de maltratadores de género. Con las herramientas propias de la ciencia enfermera hemos sido capaces de valorar, clasificar, diagnosticar y planificar intervenciones y actividades concretas tendentes a producir los cambios necesarios en las variables personales del maltratador de género; cambios necesarios para lograr que estas personas puedan reinsertarse en la sociedad y pueden mantener relaciones no violentas con el "otro sexo". Sin duda, la enfermería como ciencia independiente con su propio corpus de conocimientos debe estar dispuesta a "salir de la enfermedad" y a intervenir para crear sociedades menos problemáticas. Como parte de estos nuevos roles hemos mostrado como la enfermería debe de ser parte activa en los programas de rehabilitación de maltratadores de género.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey, J. (Editoras): Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier. Madrid, 2011.

Cabrera, M.: ¿Usted por qué pega?. La violencia de género a través del maltratador. Editorial Académica Española. Madrid, 2011.

- Dutton, D.G.; Golant, S.K.: El golpeador: un perfil psicológico. Paidós. Barcelona, 1997.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E.: "Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico". En: Análisis y modificación de conducta, n.º 31. 2005, pp. 451-475.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E.: "Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja". En: Psicothema, vol. 20, n.º 2. 2008, pp. 193-198.
- Gelles, R.J.: The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives. Sage. Beverly Hills, CA, 1974.
- G25: Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen la violencia de género. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2006.
- Heather H. (Edit.): Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier. Barcelona, 2010.
- Lorente, M.: El rompecabezas : anatomía del maltratador. Ares y Mares. Barcelona, 2004.
- Mendoza, M.E.; De Jesús, J.; García, M.; Martínez, G.; Sánchez, R.; Reyes, H.: Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. En Perinatol Reprod Hum 2006; 20(4) : 69-79.
- Millon, T.: Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson S.A. Barcelona, 1999.
- Moorhead, S. [et al.] (Editoras): Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier. Madrid, 2010.
- Rivas, P.; Vallejo, G.; Barrios, L. (Directores): Violencia de genero : perspectiva multidisciplinar y practica forense. Thomson-Aranzadi. Navarra, 2007.
- Smith, J.P.: Virginia Henderson : los primeros noventa años. Masson. Barcelona, 1996.
- Walker, L.E.: The battered woman syndrome. Springer. New York, 1984.

AUTORES/AUTHORS:

Lina Jódar fernández, Susana Casaus Carmona, Silvia Alvarez Mesa, Assumpta Ximenis Vidal, Mercè Morejón Salvador, Elma Narros Royo, Linarejos Campos Aranda, Irene Paez Ramirez, Ines Vazquez Vazquez

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DESCRIPTIVO: PERFIL DEL PACIENTE MAYOR DE 75 AÑOS, EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DEL PACIENTE FRÁGIL

En la actualidad el envejecimiento de nuestra población es un hecho cada día más palpable por la dimensión social, económica y sanitaria que supone. Según la encuesta de salud del 2007 la población mayor de 65 años representa el 16% de la población y el grupo de edad entre 45-64 años es el 24% por lo que en un futuro muy cercano el grupo mayor de 65 años supondrá un aumento significativo de esta población. Por otro lado los hogares formados por al menos una persona mayor de 64 años representan un tercio del total. Un 30,3% de estos hogares son unipersonales y mayoritariamente formados por mujeres (1). Estudios recientes dan soporte al hecho de que estos pacientes que viven solos son más vulnerables. Kharicha et al (4), concluyen que la gente anciana que vive sola en comparación con la que vive en compañía es más propensa a percibir su salud como regular o mala, tiene más dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, un mayor riesgo de sufrir caídas y un empeoramiento de su capacidad funcional. Cabe destacar que todo y tener una percepción de salud más pobre, las personas mayores que viven solas son menos frecuentadoras de los servicios de atención primaria que las que viven acompañadas.

Por otro lado en nuestro país, la accesibilidad que tienen las personas mayores a la atención sanitaria y social, en especial la relacionada con la atención domiciliaria, está marcada por considerables desigualdades sociales y materiales (5). Por tanto es necesario el fomento de políticas e intervenciones dirigidas a mejorar dicha atención con el objetivo de promover un envejecimiento saludable para todos. Los programas de visitas preventivas parecen eficaces, siempre que las intervenciones se fundamenten en evaluaciones multidimensionales e interdisciplinarias y que incluyan un seguimiento sistemático y a largo plazo (6).

Enfermería que acompaña a la persona en sus diferentes etapas vitales observando su respuesta ante diferentes procesos tiene un papel fundamental en liderar este tipo de programas para acompañar al paciente y prevenir riesgos, tratar su enfermedad y minimizar sus posibles secuelas ayudándole en su rehabilitación.

OBJETIVOS

- Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes mayores de 75 años.
- Identificar cuántos pacientes viven solos.
- Identificar el número de pacientes que cumplen criterios del Catsalut para ser incluidos en el programa ATDOM
- Conocer los motivos por los que estos pacientes no han sido incluidos.

METODO

El diseño del estudio es observacional, descriptivo transversal. El ámbito de estudio se centra en atención primaria, concretamente en el CAP Sant Ildefonso de Cornellà de Llobregat, perteneciente al área metropolitana de Barcelona. Con fecha 19/03/2010 se extrae listado de los pacientes que ese día son mayores de 75 años de un cupo de enfermería elegido aleatoriamente. De una población asignada al centro de 2591 personas mayores de 75 años se eligió una muestra de 152 pacientes. Se excluyen 22 por diferentes motivos (exitus, ilocalizables, cambio de domicilio), quedando 130 como válidos.

Durante los meses de marzo a junio del 2010, fueron revisadas las historias clínicas de estos pacientes, recogiendo las variables de estudio que fueron:

Edad, sexo, vive solo, polimedicación (más de 5 fármacos), fecha de última visita al centro superior a 6 meses, patología presente (HTA, DM, VASCULAR, RENAL, OSTEOARTICULAR), Cumple requisitos ATDOM, con sólo cumplir un requisito se establece que es

candidato a ATDOM , motivo de no inclusión, situación del paciente tras el contacto (exitus, institucionalizado, ilocalizable).

Los criterios de ATDOM son los que establece el CATSALUT:

Pacientes con enfermedad crónica que no pueden desplazarse al centro, deterioro cognitivo, enfermedad transitoria, enfermedad terminal y enfermos que no pueden desplazarse al centro por sus características físicas o del entorno.

RESULTADOS

La edad media de nuestra muestra es 80,87 (DE 4.91), 60% mujeres y un 16,9% viven solos. El 47,7 % estaba polimedocado y las enfermedades mas prevalentes son HTA en el 59% de los casos seguidos de enfermedad cardiaca y diabetes mellitas con un 19% cada una. A priori 9 pacientes (6,9%) estaban incluidos en atención domiciliaria. De los pacientes que hacia mas de 6 meses que no venían al centro 11 (8,5%), 5 eran candidatos a atención domiciliaria (según criterios Catsalut) y no estaban incluidos. El perfil de estos pacientes 87,2 años de promedio, 3 mujeres y dos hombres, 1 vive solo y el motivo mayoritario es deterioro cognitivo en 3 de los 5 candidatos. En todos los casos el motivo de no inclusión fue que nadie del equipo se lo propusiera.

DISCUSION

En nuestro trabajo se observa que una estrategia proactiva favorece la detección de pacientes con necesidades de atención domiciliaria, incrementando en nuestra muestra un 55% el total de pacientes incluidos. El realizar este modesto trabajo nos ha permitido justificar ante nuestros superiores la necesidad de aumentar las horas semanales de atención domiciliaria. Desde la puesta en marcha de esta estrategia los pacientes incluidos en atención domiciliaria han pasado de 61 en el 2009 a 103 a finales del 2010.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Encuesta demográfica 2007 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010 [citado el 22 marzo 2010] disponible en: <http://www.idescat.cat/cat/idescat/serveis/prensa/ed2007.pdf>
2. Contel segura JC. Luces y sombras de la atención domiciliaria preventiva. Cuadernos de Gestión en Atención Primaria 2001;7:165.
3. Un poco de luz sobre las sombras de los programas preventivos de atención domiciliaria dirigidos a los ancianos. Revisión Cochrane.
4. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at.risk" Group? Br J Gen Pract.2007 57 (537):271-6
5. Otero A, de yebenes MJ, Rodriguez-Laso A, Zunzuegui MV. Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. Aging Clin Exp Res.2003; 15(3) :234-42
6. Stuck AE, Eger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002; 287 (8): 1022-8.

AUTORES/AUTHORS:NÚRIA PUIG GIRBAU, M^a MAGDALENA LLADÓ BLANCH**TÍTULO/TITLE:**

EL ENLACE, UN VALOR AÑADIDO AL PREALT

Introducción: El programa de preparación al alta hospitalaria(PREALT)del Servei Català de la Salut(CatSalut).Instrumento para mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención.Centrado en las personas con problemas de salud al alta hospitalaria o sociosanitaria,que precisen continuidad de cuidados a domicilio por parte de profesionales de Atención Primaria(AP) en 24-48h.

El programa se puso en marcha entre el Servicio de Atención Primaria(SAP) de Badalona-Sant Adrià y Hospital Germans Trias i Pujol(HGTiP) en Julio de 2006.La enfermera de enlace(EE) de AP se desplaza al hospital,hace una valoración holística del paciente y cuidador con visión primarista,potencia su autonomía y se anticipa a las necesidades que requerirá al alta.

Las EE del SAP de Badalona-Sant Adrià,percibieron la necesidad de ampliar el servicio y diferenciar entre los conceptos de PREALT y ENLACE.Entendiendo por PREALT la directriz de CatSalut, y ENLACE cuando el paciente requiere continuidad de cuidados,pero no precisa de la inmediatez de atención del PREALT. La visita ENLACE, puede ser en el domicilio o en el Centro de Salud, garantizándola siempre en menos de 5 días naturales. Sin esta diferenciación muchos pacientes con necesidad de cuidados quedaban excluidos del programa.

Objetivos: Dar a conocer nuestro protocolo de actuación ENLACE-PREALT, para garantizar la continuidad asistencial a todos los pacientes que al alta hospitalaria requieran continuidad de cuidados. Conocer el número de pacientes que se han beneficiado de esta diferenciación, grado de dependencia y satisfacción. Dar bidireccionalidad al programa.

Método:Estudiodescriptivo,observacional,transversal.Ámbito:AP.Multicéntrico.Población estudio:pacientes adscritos a las Zonas de Salud del Institut Català de la Salut del SAP de Badalona-Sant Adrià y Sta. Coloma de Gramenet,ingresados en el HGTiP incluidos durante 2007-2008 en el programa.Variables de estudio:edad,sexo,visitas EE,tipo de visita al alta,tiempo de respuesta AP,Barthel al alta hospitalaria,encuesta de opinión de los pacientes.Fuentes de información:base de datos del programa de enlace y entrevista telefónica.La EE con la perspectiva de AP hace una valoración holística del paciente/cuidador en el hospital y puede anticiparse a las necesidades que requerirá al alta.Registra,informa y acuerda el plan de cuidados con el/los profesionales de AP.El feed-back establecido con los equipos de AP(EAP) dio Bidireccionalidad al protocolo ENLACE-PREALT.

Personal externo al circuito, a la semana del alta, pasa una encuesta telefónica de opinión a una muestra de pacientes. Responden a si el programa les da mayor tranquilidad y seguridad,grado de satisfacción con la coordinación H-AP y de satisfacción global.

Resultados: Entre 2007-2008 las EE de AP valoraron 1282 pacientes(61% hombres), representaron 3846 visitas. Excluidos 414. Peticiones de profesionales de AP, 77 (Bidireccionalidad). Barthel: autónomos/dependencia leve 754,moderada 73,severa/total 41.Del total de pacientes 298 precisaron PREALT y 570 ENLACE(visita domicilio 85,CAP 485). Se encuestaron 202 personas. El 91,1% de los pacientes habían estado hospitalizados anteriormente. Valoran con una media de 9,3(de±1,24) este proyecto de coordinación.

Discusión: ¿Que aporta a diferencia con otros protocolos de actuación el que se lleva a cabo en el territorio del Barcelonés Nord i Maresme?. El ENLACE: el tiempo de respuesta no determina la continuidad de cuidados. La visión primarista: al realizar la valoración holística del paciente se fomenta la autonomía, promoción, prevención y cuidado de la salud. Protocolo ENLACE-PREALT: mucho mas que la tradicional transmisión del informe de alta. La EE de AP se desplaza al H diariamente. Hay un registro directo en la HCAP en el momento de la valoración y al alta.Se realiza seguimiento del paciente durante el ingreso.Los profesionales de AP son informados directamente,vía telefónica,de la situación clínica del paciente y de la necesidad de cuidados,tipo de cura y/o seguimiento que precisará al alta hospitalaria en caso de visita a domicilio.Prioriza que sea el equipo referente del paciente quien realice la visita post-alta,tanto en el domicilio como en el centro de salud.La bidireccionalidad,está muy

bien valorada por los profesionales de AP lo demuestra el número de casos incrementando anuales.

La valoración y seguimiento que realiza la EE de AP al paciente ingresado, aporta un valor añadido al paciente y al EAP. Con el ENLACE-PREALT, se han beneficiado 570 pacientes que habrían sido excluidos con el programa PREALT.

Inconvenientes: número elevado de visitas de seguimiento por paciente de la EE de AP, desde el momento de inclusión al programa hasta el día real del alta hospitalaria, esto responde a que la solicitud de inclusión se realiza en muchos casos antes de la estabilidad clínica. Otro, cuando la solicitud de inclusión se realiza en el momento del alta hospitalaria, como consecuencia la coordinación con los profesionales de AP se complica y el objetivo de planificación desaparece. Este programa no se podría llevar a cabo sin la implicación de todos los profesionales, teniendo en cuenta la alta valoración de los pacientes, vale la pena unir esfuerzos para llevarlo a cabo y ser extrapolado a cualquier territorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Corrección de errores en el DOGC núm. 1372, del 26 de noviembre de 1990). (DOGC, núm. 1324, 30 de julio de 1990).
2. Servei Català de la Salut (CatSalut) [página en Internet]. Regió Sanitària Barcelona. Barcelona: CatSalut; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2011]. URL disponible en: <http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb>
3. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria* 2005; 36(10): 558-62.
4. Gattinara B, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saúde Pública* 1995; 11(3): 425-438.
5. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun* 2005; 1(1): 43-48.
6. Arqueros F, Fernández R, Galdeano N, García J, Godoy A, Moreno JM et ál. Unidad de coordinación asistencial en el hospital Torrecárdenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. *Alborán de Enfermería* 2003; (suppl 2): 3-7.
7. Robledo Cárdenas FJ. La enfermería de enlace comienza a cumplir años. *Evidentia* 2006; 3(12). [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2011]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/274articulo.php>
8. Duarte G. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Servicio Canario de Salud (Gran)* 2001; X (32-33): 87-89.
9. Artigues E, Plana A, Martínez M, Santafe P, Cano J, Farré M. Enfermera de enlace: bidireccionalidad compartida en atención domiciliaria. Puesta en práctica de un proyecto. *Aten Primaria* 2001; 28(suppl 1): 124.
10. Gómez Pesquera C. La enfermera comunitaria de enlace. *Jano* 2008; (1685): 7-13.
11. Zamora Sánchez JJ, Martínez Luque R, Puig Girbau N, Lladó Blanch M, Quílez Castillo F. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. *Metas Enferm* 2009; 12(3): 23-30.

AUTORES/AUTHORS:

Elia Braojos López, Cristina Anguita Carpio, María Victoria Rodríguez Cano

TÍTULO/TITLE:**INCIDENCIA DE LESIONES DÉRMICAS EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS**

1. **OBJETIVOS:** El 23% de los pacientes que inician hemodiálisis son diabéticos. Estos diabéticos tienen un alto riesgo de padecer úlceras en los pies, confluendo tanto factores de riesgo de la diabetes como de la uremia. Un 15% de los diabéticos padecen úlceras en los pies en su vida y alrededor de un 85% sufren amputaciones. Por ello, queremos analizar la incidencia, evolución y los factores condicionantes del pie diabético en los pacientes en hemodiálisis, así como, establecer medidas preventivas y curativas del pie diabético.
2. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal y descriptivo al total de pacientes con diabetes mellitus (30 pacientes), en programa de hemodiálisis en nuestra unidad. El periodo de estudio fue de un año. Se obtuvieron los datos clínicos y de laboratorio de las historias de los pacientes, hojas de registro y mediante exploraciones físicas y entrevistas a los pacientes.
3. **RESULTADOS:** De la población total en hemodiálisis, (80 pacientes), 30 pacientes (37,5%) tenían diagnóstico de nefropatía diabética. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes dializados con diagnóstico de nefropatía diabética. El 40% eran mujeres y el 60% hombres. La edad promedio fue de 60 años. El 98% eran diabéticos mellitus tipo II, el 93% eran hipertensos, el 73% tenían otras complicaciones como retinopatía, cardiopatía, el 83% estaban anticoagulados, el 50% tenían mal control de la glucemia, el 30% habían sido fumadores, el 20% eran obesos. El 76,67% padecieron úlceras en los pies durante el estudio, el 23,33% tenían alto riesgo de padecerlas.
4. **DISCUSIÓN:** El estudio mostró incidencia elevada de úlceras en nuestra población así como de amputaciones. La diabetes unida a la uremia fueron los factores de riesgo más prevalentes. La creciente inclusión en programa de hemodiálisis de pacientes diabéticos y de edades avanzadas hace previsible el aumento de úlceras y amputaciones. Es necesario identificar factores de riesgo y establecer cuidados específicos para atajar este problema y disminuir la incidencia de aparición de úlceras en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chena JA y colaboradores. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Novo Nord Pharma, S.A. 2001.
2. Reparaz Asensio L, Sánchez García-Cervigon P. El pie del diabético. Anales de Med. Interna (Madrid). (Revista en internet). 2004. Vol. 21, nº 9. Disponible en : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0212-71992004000900001&Ing=es&nrm=iso>.ISSN 0212-7199.
3. Lancho Casares JM, Juan Larma T, de la Vega Jimenez C, Nieto Guerrero M, Aced Agúndez J. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. Rev Soc Esp Enfermería Nefrol 2008; 11(2): 82-87.
4. Sánchez Perales MC, García Cortes MJ, Borrego Utiel FJ, Viedma G, Gil JM, Pérez Barrio P, Borrego Hinojosa J et al. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes de hemodiálisis. Nefrología. 2005; 2: 399-406.
5. Martínez Pérez M, Ruíz Galiano P. Úlceras vasculares. Prevención y cuidados. Rev ROL Enf, 140: 33-42.
5. Bedía Collantes AR, Costas Auala C, García Ruíz ML, Gutiérrez Ortiz R, Melón Tascón N, Nogales Soto B, et. Al. Úlceras de las extremidades inferiores. Rev ROL Enf, 150: 65-70.
6. López Mulet M, Monserrat Munuera L, Vélez Giménez F, El paciente, protagonista de su propia curación. Rev ROL Enf; 154: 67-73.

7. De Francisco ALM: Diálisis en pacientes diabéticos con Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal. 1169-1184, F. Valderrábano. Ediciones Norma 11998.
8. Akmal M. Hemodialysis in Diabetic Patients. Am j Kidney Dis 2001; 38: 195-9.
9. Aubia J, Oliveras A, Lloveras J : Tratamiento del diabético urémico experiencia de un servicio. Nefrología XIV, 5: 589-599, 1994.
10. Speckman RA, Frankenfeld DL, Roman SH, Eggers PW, Bedinger MR, Rocco MV, McClellan Win the strongest risk factor for lower-extremity amputation in new hemodialysis patients. Diabetes care. (9): 21-98. 2003.
11. Grupo de trabajo sobre úlceras vasculares de la Asociación Española de Enfermería Vasculare con úlceras vasculares y pie diabético. Guía de práctica clínica. Asociación española de enfermería Vasculare.
12. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia: The global lower extremity amputation study group: Br j Surg 87: 328-337, 200.
13. Moreno Esteban B. La Diabetes Mellitus. Ed. CEA. 1987.134-135.
14. Montenegro J. Arteriosclerosis y calcificaciones vasculares en la enfermedad renal crónica. Nephrology 2005; 2.

AUTORES/AUTHORS:

M^a ÁNGELES NAVARROPERAN

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIA PRÁCTICA: ANALISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA FORMAL DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

OBJETIVOS.

Como objetivos en este estudio planteo:

- Describir el origen y desarrollo del Consentimiento Informado dentro de la actividad sanitaria dentro de nuestro país.
- Análisis en profundidad del consentimiento informado en la especialidad de anestesia en el Hospital Rafael Méndez de Lorca.

MÉTODO.

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, dividido en primer lugar y dentro de la introducción los resultados y comentario de la búsqueda de evidencia científica sobre el origen y desarrollo del Consentimiento Informado en nuestro país, sin olvidar cuál es el punto en el que hoy nos hallamos.

Y una segunda parte donde se expondrán los resultados del trabajo de campo resultante del análisis de las características del modelo de Consentimiento Informado que utilizamos en el Centro Hospitalario Rafael Méndez con la categoría de Hospital Universitario. En el mismo analisis los siguientes Ítems:

Datos del centro hospitalario:

- Nombre del centro hospitalario.
- Servicio o especialidad médica.

Datos del paciente:

- Nombre y apellidos.
- D.N.I. / nº SS ó nº HC.
- Firma.

Datos del facultativo:

- Nombre y apellidos
- Nº Colegiado.
- Firma.

Procedimiento.

- Fecha.
- Nombre.
- Finalidad.
- Alternativas.
- Consecuencias.
- R. Personalizados.
- R. Típicos.
- Contraindicaciones.
- Revocación.

La muestra a estudiar será la comprendida en el periodo de tiempo de Septiembre a Noviembre de 2009, mediante una extracción de datos de los archivos quirúrgicos del centro, de un total de 450 consentimientos de anestesia, muestra de 150 cuestionarios de cada mes, de un total de 5551 pacientes intervenidos en el año 2009, de las especialidades quirúrgicas de: cirugía general, traumatología, ginecología, urología, otorrinolaringología y oftalmología y sometidos a un técnica anestésica loco-general en la misma.

RESULTADOS

En una breve informe de los resultados estadísticos, destaco que en general los apartados de datos referentes al paciente y el procedimiento en prácticamente un 100% cumple con una correcta cumplimentación, pero es en el apartado de datos a cumplimentar por el facultativo, los que dejan al descubierto una llamativa falta de responsabilidad en la correcta cumplimentación de los apartados analizados como son: el nombre y apellidos del facultativo con un 80,4%, la no cumplimentación del número de colegiado con un 80,4%, y la no firma en un 30,6%, algo básico en la tarea de anestesista antes de la realización de un procedimiento programada al menos con dos semanas de antelación, en donde es facilitado al paciente, esto nos hace pensar al resto de profesionales sanitarios que depende de nosotros mismos ciertas tareas básicas recomendadas por la ley, y que las cargas de trabajo o la desinformación no pueden ser causa de una mala praxis. En todos está la responsabilidad de una atención sanitaria correcta y de calidad. Este documento no debe significar un escudo defensivo en nuestra profesión, debe ir respaldado por una correcta información del mismo.

CONCLUSIONES

Como conclusión final a este trabajo me gustaría relatar un caso de la jurisprudencia del Tribunal Supremo en el cual se resalta la importancia de la correcta información del proceso anestesia y cumplimentación del Consentimiento Informado, tema en el que baso mi trabajo de campo: "Sentencia del 13 de abril de 1999", donde se establece la responsabilidad aceptando el motivo del recurso que habla de "una clara falta de información respecto a cuál iba a ser la técnica anestésica a emplear, pues no podemos olvidar que una de las obligaciones exigibles al profesional de la medicina y que forma parte de la "lex artis ad hoc", es la de informar al paciente o en su caso, a los familiares del mismo, pues la falta de información previa a la familia, es tenida en cuenta hasta por la propia sala que manifiesta su crítica, aunque excluye la relación con la causalidad del fallecimiento, rechazando que era una intervención "no de extrema gravedad ni riesgo, de escasa duración y con un paciente con constantes físicas normales", justificaciones que deben decaer de la importancia que le dé el facultativo, y siendo, como es, un riesgo importante en las anestесias totales, la información debe ser requisito imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Atela Bilbao, Alfonso; et al; Autonomía del paciente, información e historia clínica (estudios sobre la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Coordinadores: Pedro González Salinas y Emilio Lizarraga Bonelli, Civitas, Madrid, 2004.
2. AA.VV; Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas; "Problemas prácticos del Consentimiento Informado". Girona: Fundación Victor Grifols i Lucas; Pág. 206; 1996.
3. Calfee, Bárbara E.; "Cuestiones sobre el consentimiento informado"; Revista Nursing 2; Vol. 10; Pág. 11-13; Febrero, 1992.
4. Cantero Martínez, Josefa, La autonomía del paciente: del Consentimiento Informado al Testamento Vital, Ediciones Bomarzo; Albacete, 2005.
5. Casas, Bartolomé, La intervención jurídica de la actividad médica: el Consentimiento Informado, Dykinson; Madrid: Universidad Carlos III, 1997.
6. Cumplido, Manuel José; Tesis Doctoral "Consentimiento Informado: aspectos jurídicos y legales vinculados a la formación académica del médico en la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina"; dirección Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz y Aurelio Luna Maldonado: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Socio sanitarias, Murcia 2003.

7. De Lorenzo y Montero, Ricardo; Derechos y obligaciones de los pacientes. Análisis de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los Derechos de Información y Documentación Clínica, Colex, Madrid, 2003.
8. Guerrero Zaplana, José; El Consentimiento Informado: su valoración en la Jurisprudencia: Ley Básica 41/2002 y Leyes Autonómicas: (formularios, legislación y jurisprudencia), Lex Nova; Valladolid, 2004.
9. López Pérez, Jesús; Rodríguez Borbolla, Francisco José; "Bases para la elaboración de un Consentimiento Informado"; Revista Metas de Enfermería 4; Vol. 10; Pág. 63-67; Mayo, 2007.
10. Lorenzo Zapata, M^a Dolores; Tesis Doctoral "Análisis de la calidad del proceso de Consentimiento Informado en pacientes de una edad igual o superior a 65 años", Dirección Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz y M^a Dolores Pérez Cárcelos; Universidad de Murcia, Departamento de Ciencias Socio sanitarias, Murcia 2004.
11. Sánchez Caro, Javier; Abellán, Fernando; Enfermería y paciente, cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario; Comares; Granada, 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Eba Gerenabarrena Meabebasterretxea, Izaskun Arriaran Mendialdua

TÍTULO/TITLE:

Oxigenoterapia, evitar uso innecesario de humidificadores.

La oxigenoterapia es un procedimiento terapéutico indicado principalmente con el objetivo de mantener unos niveles de oxigenación adecuados que eviten la hipoxia tisular. Esto se consigue cuando la presión parcial de O₂ en sangre arterial alcanza valores superiores a 60 mmHg.

Para la administración de O₂ existen varios sistemas en el mercado, que en general se dividen en dos grandes grupos(1).

-Sistemas de bajo flujo

-Sistemas de alto flujo(1,2,3)

Los profesionales de enfermería administran O₂ en diversas áreas de trabajo, aplicando los cuidados necesarios a los pacientes(4).

Con el objetivo de evitar molestias en las vías aéreas superiores se tiende a administrar el O₂ conectado a diferentes sistemas de humidificación(5). Está demostrado en múltiples trabajos que la vía aérea tiene capacidad suficiente para humidificar y calentar el aire inspirado a bajos flujos, por debajo de 4 litros(6). Una reciente publicación de la "British Thoracic Society" y varios estudios de investigación indican que no es necesario humidificar oxígeno a bajo flujo ni altos flujos por periodos cortos, menos de 24 horas(7,8,9). La aplicación de humidificación innecesaria además de suponer un gasto económico extra, puede modificar el flujo de FiO₂ administrado con las mascarillas tipo Venturi por condensación de agua y también puede aumentar los casos de infección nosocomial(10,11). En caso de molestias por sequedad o incomodidad del paciente, es más correcto y efectivo administrar nebulizaciones de suero fisiológico al 0,9%(12,13).

En el Servicio de Urgencias del Hospital Alto Deba a todo paciente que precise oxigenoterapia se le conecta un humidificador de 500 ml de agua estéril y desechable, independientemente del sistema, flujo y tiempo de administración.

Los objetivos de este trabajo son;

-Documentar que no es necesaria la humidificación de O₂ a bajo flujo o alto flujo en períodos cortos.

-Contabilizar el gasto generado por el uso de humidificadores en el Servicio de Urgencias del Hospital Alto Deba durante 3 meses del período invernal 2010-2011.

-Contribuir a disminuir la contaminación ambiental.

Material y métodos

-Estudio descriptivo retrospectivo.

-Revisión bibliográfica.

-Revisión de historia clínica informática de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias del Hospital Alto Deba durante los meses de diciembre del 2010 y enero y febrero del 2011.

-Cálculo matemático total del coste económico de cada humidificador multiplicado por los usados en el período analizado.

Resultados

Durante los tres meses analizados en este estudio, en el Servicio de Urgencias del Hospital Alto Deba, se ha atendido a un total de 8897 pacientes. Se excluyen los pacientes de pediatría, un total de 2382, tras realizar la revisión de las historias clínicas y comprobar que en ninguna de ellas está registrado el tratamiento con oxigenoterapia ni es un tratamiento habitual en pediatría.

El precio facilitado por el Servicio de Suministros del Hospital Alto Deba es; humidificador de 500 ml de agua estéril y desechable, caja de 100ui, 113,40 euros (€) IVA incluido (1ui 1,134€). El gasto total generado por el uso de humidificadores en pacientes adultos (421) durante los tres meses analizados en el Servicio de Urgencias del Hospital Alto Deba asciende a 477,414€.

Nos parece un dato a tener en cuenta por todos los profesionales del Hospital las omisiones en la prescripción y registro de la pauta

de oxigenoterapia que hemos detectado en la revisión de las historias clínicas.

Discusión

Siguiendo las recomendaciones de las normativas actualizadas se propone la retirada de los humidificadores durante la administración de oxigenoterapia en el Servicio de Urgencias. Como la revisión bibliográfica realizada lo soporta, este procedimiento que se realiza por costumbre, no está recomendado durante la administración de oxígeno a bajos flujos ni durante periodos inferiores a 24 horas. El gasto económico que ello conlleva es de 1909,6€ anuales, sólo en el Servicio de Urgencias, sin contabilizar las plantas de hospitalización, URPA, UCSI y etc..., lo que resulta un gasto innecesario y evitable. Además del ahorro económico se contribuiría a disminuir la contaminación ambiental que se genera al desechar 1684 envases de plástico anuales, teniendo en cuenta que en este hospital no se reciclan este tipo de envases.

En caso de que el paciente refiera sequedad de mucosa nasal y/u oral, secreciones viscosas o dificultad para expulsar secreciones, se recomienda administrar nebulizaciones de 4-5ml de suero fisiológico 0,9% con aire comprimido a 6-10 litros durante 10-15 minutos con una frecuencia que dependerá del grado de molestia del paciente(13).

Con el fin de dar a conocer este trabajo se realizaron dos Sesiones Clínicas en el Hospital Alto Deba en el mes de Junio del 2011. A partir de entonces se retiró el uso de humidificadores innecesarios en el Servicio de Urgencias.

En la revisión de bibliografía realizada hemos detectado que no existen muchos trabajos realizados que investiguen si hay o no relación entre el uso de humidificadores y la infección nosocomial. Por ello, consideramos interesante proponer futuras investigaciones encaminadas en esta dirección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Bateman, N.T. y Leach, R.M. Acute oxygen therapy. *British Medical Journal*, 1998, vol 317: 798-801.
- 2.-Spearing, C, Bunting, K y Shoenberger, M. Administering oxygen therapy: What you need to know. *Nursing* 1990 Junio.
- 3.-Turnbull, B. High-flow humidified oxygen therapy used to alleviate respiratory distress. *British Journal of Nursing*, 2008, vol 17, Nº 19.
- 4.-Brokalaki, H., Matziou, V., Zyga, S. et al. Omissions and errors during oxygen therapy of hospitalized patients in a large city of Greece. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2004, 20, 352-357.
- 5.-Carrera, M, Sala, E, Cosío, B.G. y Agustí, A.G.N. Tratamiento hospitalario de los episodios de agudización de la EPOC. Una revisión basada en la evidencia. *Archivos de Bronconeumología*. 2005; 41(4):220-9.
- 6.-Alfageme, I. y Ancochea, J. Terapias respiratorias. *Archivos de Bronconeumología*. 2009, 45(2):2-28.
- 7.-Campbell, E., Baker, M., Crites-Silver P. Subjective effects of humidification of oxygen for delivery by nasal cannula. A prospective study. *Chest* 1988;93:289-93.
- 8.- Andres, D. et al. Randomised double-blind trial of the effects of humidified compared to nonhumidified low flow oxygen therapy on the symptoms of patients. *Canadian Respiratory Journal*. 1997;4 (2):76-80.
- 9.-O'Driscoll, B.R., Howard, L.S., Davison, A.G. British Thoracic Society guideline for emergency oxygen use in adult patients. *Thorax* 2008;63 (6):1-68.
- 10.-Miyamoto, K. Is it necessary to humidify inhaled low-flow oxygen or low-concentration oxygen? *Japanese Respiratory Society*. 2004;42 (2):138-144.
- 11.-Cameron, J.L, Reese WA, Tayal Vs et al. Bacterial Contamination of ambulance oxygen humidifier water reservoirs: a potential source of pulmonary infection. *Ann Emerg Med* 1986; 15:1 300-2.
- 12.-Rodrigo, G.J. Inhaled therapy for acute adult asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2003 3:169-175. Lippincott Williams & Wilkins.
- 13.-Conway, J.H. The Effects of Humidification for Patients with Chronic Airways Disease. *Physiotherapy*, Febrero 1992, vol. 78, nº 2.

AUTORES/AUTHORS:

SILVIA GOMEZ MOLINA, PALOMA ESCRIBANO RUIZ, AINOA RIOJA PECES, ANGELA RODRIGUEZ GUARDIA, RAFAEL PAGES FRAGUAS, FRANCISCO LOPEZ DE CASTRO

TÍTULO/TITLE:

HISTORIAL DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA MUJER

Introducción. La salud sexual es un estado de bienestar relacionado con la sexualidad que requiere el acceso de la mujer al uso de contraceptivos para planificar su embarazo(1). Disponemos en la actualidad de un amplio abanico de productos, pautas y vías de administración para escoger el método más adecuado a sus características(2).

El objetivo de este estudio es conocer los tipos de anticonceptivos usados por la mujer en edad fértil a lo largo de su vida sexual y las experiencias con su utilización: satisfacción, motivos de abandono, efectos secundarios. La información facilitada por las mujeres nos servirá de guía a los profesionales para asesorar mejor a nuestras usuarias.

Material y métodos. Estudio descriptivo, realizado en las zonas de Torrijos y Polán (Toledo). La población del estudio la formaban mujeres de 15 a 49 años. La muestra se reclutó desde enero a marzo del 2011 en las salas de espera de urgencias y consultas. Tras solicitar su colaboración, se les realizaba una entrevista personal, basada en un cuestionario que recogía datos personales, gineco-obstétricos, edad de la 1ª relación sexual coital, uso de anticonceptivo en esa relación, uso de diferentes métodos a lo largo de su vida sexual, grado de satisfacción (escala de 0 a 10), efectos secundarios, motivos de abandono y accesibilidad. Los datos fueron introducidos en una base del programa SPSS 12.0 que se empleó para su tratamiento estadístico. En el mismo se han utilizado los tests de ji-cuadrado, estadístico de Fisher, Rho de Spearman y U de Mann-Whitney.

Resultados. La muestra la componen 309 mujeres. La edad media fue 32,5 años. Eran extranjeras el 14,6%. Un 30,4% tenían estudios universitarios. El 26,5% eran solteras, el 69,3% eran casadas/pareja estable, y el 4,2% eran divorciadas/viudas.

El 5,8% [IC95% 3,2-8,4] de las entrevistadas habían tenido alguna interrupción voluntaria del embarazo (IVE); el perfil de las IVE es el de una mujer entre 15 y 35 años (72,2% de los casos), extranjera (61,1%) y de bajo nivel de estudios (88,9%).

El 93,5% de éstas habían mantenido relaciones sexuales. La edad de inicio se situó en 18,8 años (DE 3,7). En la 1ª relación, el 34,3% [IC95% 28,7-39,7] no usó ningún método fiable. Esta proporción fue mayor en extranjeras que en españolas (81,6% vs 24,7%; $p < 0,05$). De las que sí usaron, el 93,4% usó el preservativo.

En cuanto al uso de anticonceptivos a lo largo de su vida sexual, los más empleados fueron: preservativo (usado alguna vez por el 86,4%), píldora (52,8%) y coitus interruptus (45,0%). La píldora postcoital había sido usada por el 14,7% [IC95% 11,0-19,2]. El grado de satisfacción con éstos métodos lo encabezan los ACOC (7,6 en escala de 0 a 10), la postcoital (7,4), el DIU (7,4) y el anillo vaginal (7,1), seguidos de naturales (6,5), preservativo masculino (6,1) y parches (5,7).

Las primeras causas de abandono del método fueron los motivos personales, el deseo de embarazo y los efectos adversos.

Declararon haber tenido algún efecto secundario alguna vez el 58,0% de las usuarias de ACOC.

Respecto al método actual, los más usados son el preservativo (33,8%) y la píldora (14,1%), mientras que el 26,2% no utiliza ninguno. El 4,8% refirieron algún problema de accesibilidad a anticonceptivos.

Discusión. Es destacable el elevado porcentaje de mujeres con IVE, en sintonía con la creciente tasa de los últimos años (pasó del 7,14 por mil en 2000 al 11,41 en 2009)(3). Según algunos autores, esta evolución sería en parte explicada por el incremento en el nº de inmigrantes, donde es más frecuente la IVE(4), tal como corroboran nuestros datos.

Llama la atención el alto porcentaje que no utilizó ningún método fiable en su 1ª relación sexual, con el consiguiente riesgo de embarazos no deseados. Como en otros estudios(5), el método más usado en ésta fue el preservativo, por su mayor accesibilidad.

Comparando nuestros datos de uso histórico con otros estudios españoles(6,7), vemos que los resultados son similares.

Preservativo y ACOC son los métodos más utilizados en los últimos años. Métodos más recientes (implantes, anillo, parche) tienen

una extensión de uso similar a la de EEUU(8). Sorprende aquí que el grado de satisfacción con éstos, a pesar de sus ventajas (cumplimiento y perfil de seguridad)(9), sea inferior al de los ACOC.

Respecto a la utilización de la anticoncepción postcoital, es similar a la de otros estudios españoles(10), pero superior a la de EEUU(8), lo que sugiere que se está usando un mal uso por algunas mujeres.

La satisfacción es una de las causas que determina la elección o abandono del método. Respecto a ésta, vemos cómo el preservativo, a pesar de ser el más usado, es de los peor valorados, ya que su uso es incómodo; probablemente por eso el 19,5% lo abandonó alegando como motivo principal a la pareja. Otro factor importante en el abandono es la presencia de efectos adversos; destacando la elevada frecuencia declarada por las usuarias de ACOC, superior al 50%. La mejor forma de elegir el anticonceptivo es ser asesorada por profesionales. Aquí las enfermeras tenemos un importante papel para concienciar a las mujeres desde edades tempranas, y hacer que adquieran actitudes sociales y culturales hacia el control de la fertilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15 September 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html> [Consultado el 22/08/2011]
2. No authors listed. Choice of contraceptives. *Treat Guidel Med Lett.* 2010;8(100):89-96.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2009. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVEcompleto_2009.pdf [Consultado el 01/07/2011]
4. Orjuela M, Ronda E, Regidor E. Contribución de la inmigración al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo. *Med Clin (Barc).* 2009;133(6):213-216.
5. Mesa Gallardo MI, Barella Balboa JL, Cobeña Manzorro M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria.* 2004; 33(7):374-80.
6. Equipo DAPHNE. VI Encuesta Bayer Schering Pharma de Anticoncepción en España. 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacionj.pdf> [Consultado el 03/05/2011]
7. Lete Lasa I, Dueñas Díez JL, Serrano Fuster I, Doval Conde JL, Parrilla Paricio JJ, Martínez-Salmeán J et al. Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad: resultados de 4 encuestas Nacionales. *Prog Obstet Ginecol.* 2007; 50(6):335-9.
8. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23(29). 2010. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_029.pdf [Consultado el 24/08/2011]
9. Rexrode KM, Manson JA. Are some types of hormone therapy safer than others? Lessons from the estrogen and thromboembolism risk study. *Circulation.* 2007;115:820-2.
10. Serrano I, Dueñas JL, Bermejo R, Colla C, Doval JL, Lete I et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48(6):283-8.

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Ballesteros Barrado, Marc Tomás Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Alta Unidad Dolor Agudo postoperatorio: ¿Qué pasa cuando nos vamos?

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia del dolor tras la retirada de las técnicas analgésicas invasivas.

Evaluar los resultados para desarrollar estrategias de mejora del dolor.

Detectar los efectos adversos producidos por los distintos tipos de analgesia.

METODO: Estudio realizado en el área sanitaria del Hospital Son Llätzer, centro público de atención especializada integrado en la red pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. Consta de 450 camas: el 50% se dedican a actividad quirúrgica. En él se realizaron 10.771 intervenciones quirúrgicas/ año (2007). (1)

La Unidad de Dolor Agudo (UDA) se constituye en el año 2004 como una unidad totalmente integrada en el Servicio de Anestesiología-reanimación, con participación de enfermería y anestesiistas específicos de la unidad. Tiene una asistencia cubierta 24 h en las intervenciones quirúrgicas asociadas a dolor moderado – grave y en los pacientes definidos de alto riesgo de complicaciones postoperatorias.

El objetivo de las UDAs es garantizar el seguimiento y control de los pacientes con tratamientos analgésicos para adecuar las indicaciones, detectar eventos adversos y contribuir a acelerar el proceso de recuperación postoperatoria. El trabajo de investigación responde a las necesidades del personal de la unidad para establecer criterios objetivos que permitan conocer el grado de control del dolor de los pacientes. (2)

Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo.

Se estudiaron 2569 pacientes desde el 05/05/2008 hasta el 05/05/2010, cuyo criterio de selección fue ser paciente de UDA.

Las variables utilizadas fueron cuantitativas ordinales discretas y dependientes: analgesia suficiente, analgesia insuficiente y aparición de efectos adversos.

Suficiente: No dolor post-retirada PCA 24 horas.

Insuficiente. Dolor post-retirada PCA 24 horas.

Registro de los diferentes efectos adversos mediante cuestionario de evaluación estructurada a las 24 horas retirada PCA; la recogida de datos fue informatizada y convertida a Excel usando estadística descriptiva con medidas de centralización para su análisis. (3)

RESULTADOS: 426 recibieron analgesia regional. De ellos el 64.08% manifestaron analgesia suficiente. 1.83% presentó efectos no deseables: parestesias y bloqueo motor.

713 PCA epidural. El 70.12% manifestaron analgesia suficiente. 1.4% presentó efectos no deseables: acorchamiento de miembros inferiores y cefalea.

1430 recibieron analgesia endovenosa. 65.87% manifestaron analgesia suficiente. El 2% presentó efectos no deseables: náuseas, vómitos y sedación principalmente.

DISCUSIÓN: La base de datos se extrae de un registro clínico diario, excepto en los festivos y fines de semana, ya que la unidad no cuenta con personal de enfermería disponible. Del mismo modo se ve influenciado por aquellos pacientes que son un alta precoz de la unidad (retirada del dispositivo y alta en el mismo día del hospital).

Cuando hay un cambio de terapia invasiva a otra, únicamente se hace la entrevista tras la retirada final del dispositivo. Lo expuesto sesga los resultados de la encuesta post-alta. No obstante, el volumen creciente de pacientes, hace que los datos se aproximen mucho a la incidencia real.

Nuestros resultados presentan numerosas limitaciones y problemas que nos hacen plantear propuestas de mejora continua. En primer lugar, nuestra base de datos registra los resultados de la analgesia postoperatoria fuera del contexto bien definido de un ensayo controlado y aleatorizado. Los resultados miden la realidad, pero no son rigurosos para análisis comparativos y de relación causa-efecto.

El descriptor que usamos es muy básico, (porcentaje de pacientes con dolor EN <3 al Alta, con o sin efectos adversos que han podido ser resueltos con el tratamiento) y solo se relaciona con el grado de dolor, no con otros parámetros como tiempo de recuperación, tiempo de deambulación, tiempo de alta, complicaciones postoperatorias o confort del paciente (3,4).

Los datos obtenidos presentan resultados positivos tras la retirada de los dispositivos invasivos en cuanto al control del dolor, pero no aportan información sobre la intensidad del mismo. Un valor medio de EVA/EN no nos informa sobre cuántos pacientes presentaron rangos inaceptables de dolor, y un valor de EVA/EN máximo no discrimina el dolor moderado del dolor grave (5).

Los datos hablan de un pequeño porcentaje de efectos adversos, los cuales se ven influenciados por tipo de analgesia utilizada, como el bloqueo motor asociado a la analgesia epidural y regional, ausente en la analgesia intravenosa o las náuseas y vómitos presente en ésta última.

La evaluación de los resultados nos permitirá modificar los protocolos actuales de las pautas analgésicas, individualizando los tratamientos. En un futuro, deberíamos poder seleccionar el mejor tratamiento del dolor postoperatorio tras la retirada de dispositivos invasivos para un paciente determinado y para un procedimiento quirúrgico concreto (6). **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.** Los resultados diseñar estrategias dirigidas a disminuir el dolor postoperatorio en nuestro medio así como diseñar estrategias orientadas a la prevención de complicaciones con objeto de mejorar la seguridad clínica y calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Esteve N, Del Rosario E, Gimenez I, Montero F, Baena M, Aguilar JL. seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3670 pacientes. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2008; 55:541-547
- (2) Brown D, O'Neill O. Post-operative pain management: transition from epidural to oral analgesia. Nursing Standard 2007; 21:35-40
- (3) (Wiegel M. et al. Complications and adverse effects associated with continuous peripheral nerve blocks in orthopedic patients. Anesth Analg 2007;104:1578-82)
- (4) S.J. Dolin JN Cashman JM Bland. Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data. Br J Anaesth 2002; 89: 409-423
- (5) Liu SS, Wu ChL, Ballantyne J, Ginsberg B, Rathmell J., Rosenquist RW, Viscusi ER. A Lovely Idea: Forming an ASRA Acute Postoperative Pain (AcutePOP) Database. Regional Anesthesia and Pain Medicine 2006;31: 291-293
- (6) Kehlet H. Procedure-Specific Postoperative Pain Management. Anesthesiology Clin N Am 2005; 23: 203-10

AUTORES/AUTHORS:

M^ª del Carmen Alvarez Comesaña, Ana Crespo Alonso, M^ª Jesus Montenegro Guerrero

TÍTULO/TITLE:

“Nivel de Conocimientos sobre Atención al Viajero Internacional en Enfermería de Atención Primaria”

La atención al viajero Internacional ha ido cobrando un protagonismo creciente en la esfera sanitaria. Son muchos los factores socio-económicos que han contribuido al incremento en el número de viajeros a zonas de riesgo en los últimos años. Pese a que actualmente se hace sentir la crisis económica con un descenso del 4% en el número de Viajeros Internacionales, no debemos olvidar que en años recientes el incremento de viajeros era de un 7% anual. Por otro lado, las previsiones para el 2010 son de un incremento en torno a 3-4%, tendencia ascendente que se mantendrá en los próximos años, de manera que en el 2020 la UNTWO estima que se alcanzarán los 1.6 billones de desplazamientos internacionales

Dentro del sistema sanitaria público español, la atención al viajero se contempla en la cartera de servicios y es canalizada tanto desde el nivel de Atención Primaria como más específicamente en los centros de vacunación internacional (CVI). La poca frecuencia con la que los viajeros acuden a un CVI antes del viaje hace cuestionarse a que puede responder y en que medida la actuación de los sanitarios tiene algo que decir al respecto.

Objetivo:

Identificar puntos críticos en materia de conocimientos sobre atención al viajero internacional en el colectivo de enfermeras de Atención Primaria.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en 53 Centros de Salud del área de Vigo a 131 enfermeros/as. Recogida de datos a partir de encuesta de elaboración propia estructurada en tres áreas:1) Conocimientos sobre recomendaciones hídrico-alimentarias 2) Vacunación y 3) Enfermedades transmitidas por artrópodos. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0 y Excel

Resultados:

Consulta: El 71% afirman que atienden a viajeros esporádicamente. Ante un viajero que acude con un día de antelación, la actuación más correcta es considerada la educación sanitaria por un 40,5% y sólo un 17,6% decidirían iniciar la vacunación en ese momento.

Medidas higiénico-alimentarias: Un 40% conocían tres recomendaciones, siendo la medida más conocida “Consumo de bebida embotellada” (92,4%), seguida por “comida cocinada y no cruda” (81,7%) y “evitar el hielo” (36,6%). Sobre métodos de potabilización del agua encontramos que la mayoría de los enfermeros conocían un método (37,4%), seguido de un 36,6% que no sabían ningún método o no contestaron. El más conocido es “ebullición del agua” (30,5%).La enfermedad de transmisión hídrico-alimentaria más frecuente en el viajero fue considerada la “Diarrea del viajero por E. coli”(69,5%), seguida de un 13,7% que no sabían o no contestaron y de un 12,2% que consideró que era la salmonelosis.

Vacunación: la vacuna antitetánica es identificada como obligatoria por un 42% muy próxima al 42.7% obtenido por la única vacuna obligatoria, fiebre amarilla. Respecto a vacunas recomendadas; el mayor porcentaje de acierto es para la Gripe (48,1), seguida de la Encefalitis japonesa (45,8%). Sin embargo, las más desconocidas en el aspecto de saber si son recomendadas u obligatorias, son: Hepatitis B (27%), Tétanos-difteria (27%) y cólera (30%).El 39.7% conocían una vacuna oral seguido de un 33.6% que no conocen ninguna.

Enfermedades transmitidas por artrópodos: 49,6% identificaron dos enfermedades y 34% de los enfermeros conocía un antipalúdico.

Conclusiones:

La creciente demanda de atención al viajero internacional debe ser canalizada correctamente desde los distintos niveles sanitarios, con el objetivo de disminuir el riesgo para la salud del viajero así como la reimportación de enfermedades tropicales. Con respecto al colectivo de enfermería en Atención Primaria, hemos detectado un déficit de conocimientos en el campo de la vacunación, tanto de

las relacionadas con el "Reglamento Sanitario Internacional" como de otras más comúnmente empleadas en su medio. Los antipalúdicos son poco conocidos, así como las enfermedades de transmisión por artrópodos. Consideramos que la educación sanitaria es clave en la atención a los viajeros. Atención primaria, por su naturaleza cercana y frecuente con el ciudadano, es un eslabón fundamental, donde el colectivo de Enfermería tiene un amplio campo. A la vista de los resultados proponemos una mejor formación sobre este tema a dicho colectivo, con el objetivo de actuar como punto de captación, capaz de informar y derivar adecuadamente a los viajeros según proceda

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Organización Mundial de Turismo. Untwo World Tourism Barometer Volume 8.Nº1 Jan 2010
- Knowledge, Attitudes and Practices in Travel-related Infectious Diseases: The European Airport Survey Koen Van Herck, Francesco Castelli, Jane Zuckerman, Hans Nothdurft, Pierre Van Damme,Atti-La Dahlgren, Panagiotis Gargalianos, Rogelio Lopéz-Vélez, David Overbosch, Eric Caumes, Eric Walker, Sandra Gisler, and Robert Steffen
- López-Velez R, Bayas JM. Spanish Travelers to High-Risk Areas in the Tropics: Airport Survey of Travel Health Knowledge, Attitudes, and Practices in Vaccination and Malaria Prevention. J Travel Med 2007; 14: 297-305.
- Hill David R. (1 2) ; Ericsson Charles D. (3) ; Pearson Richard D. (4 5) ; Keystone Jay S. (6 7) ; Freedom David O. (8 9) ; Kozarsky Phyllis E. (10 11) ; Dupont Herbert L. (12 13 14) ; Bra Frank J. (15 16) ; Fischer Philip R. (17 18) ; Ryan Edward T. (19 20 21) ; The practice of travel medicine: Guidelines by the infectious diseases society of America.Clinical infectious diseases 2006, vol. 43, no12, pp. 1499-1539
- M.M.Alonso Socas, R.Alemám, A.López Lirola, A.Castellano, E. Martín Ponce, J.L Gómez Sirvent: Diarrea del viajero. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; Vol. 29: 1
- David R.Hill .Ocurrence And Self-Treatment Of Diarrhea In A Large Cohort Of Americans Traveling To Developing Countries. 2000;62(5):585-589
- Para muestra de esta situación basta recordar los dos brotes de cólera importado de la India en viajeros de alto nivel que acudieron a ese país en el 2006 y 2007 en el cual se vieron implicado al menos 90 viajeros que requirieron atención médica en el propio hotel.
- REF
- Ejemot RI, Ehiri JE, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing for preventing diarrhoea. Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

AUTORES/AUTHORS:

Iván Julián Rochina, Javier Torralba Estellés, Vicente Tormo Maicas

TÍTULO/TITLE:

Apósitos de espuma de poliuretano y disminución de la presión local, ¿una conjunción errónea?

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es conocer la capacidad de disminución de la presión en el calcáneo por parte de tres apósitos de espuma de poliuretano en comparación con un material específicamente diseñado para la disminución de la presión en el apoyo plantar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se midió la superficie de contacto y la presión máxima ejercida por el calcáneo, sobre los materiales evaluados, antes y después de ser sometidos a una prueba de estrés.

En el experimento se identifican distintos elementos indispensables para realizar el estudio con garantías:

1. Un instrumento que nos permita valorar la presión máxima ejercida y la superficie total de contacto. Como instrumento de valoración se ha utilizado la plataforma digital para la medición de presiones WIN-POD® del fabricante Mediatechs® con 2304 captosres piezoeléctricos de un rango de medición de 0.4 a 100 Nw, en una superficie de 48x48 cm.
2. Un modelo artificial con el que se pueda obtener tanto la presión como la superficie de contacto de la tuberosidad posterior del calcáneo humano.
3. Los apósitos de espuma a comparar. En este primer experimento se utilizarán los productos estudiados en la bibliografía de referencia:[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13] Allevyn® Heel (apósito 1), Biatain® Talón (apósito 2) y Mepilex® Talón (apósito 3).
4. Una superficie de control (en adelante SCR). Se ha elegido el Poron®, diseñado para la absorción de las fuerzas de compresión. [14][15][16]
5. Una prueba de estrés a la que se someterán las espumas para valorar sus características antes y después de su uso. Se ha utilizado la prueba de UNE-EN ISO 1856:2001.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Al comparar la media de más de dos poblaciones, para comprobar el efecto de los factores "Sistemas de descarga" y "Prueba de estrés" sobre dos variables respuesta (promedio de la presión máxima y de la superficie de contacto) se han empleado el análisis de la varianza (ANOVA) y los intervalos LSD (least significant differences).

Previo a la prueba de estrés para los apósitos 1, 2 y 3 las presiones máximas medias fueron 28294,8 gr/ cm², 30077,2 gr/ cm² y

27081,2 gr/ cm² respectivamente. Para la SCR fue de 19208,6 gr/ cm².

Tras la prueba de estrés, las presiones máximas medias fueron 29135,2 gr/ cm² , 30961,2 gr/ cm² y 27246 gr/ cm² para los apósitos 1, 2 y 3 respectivamente. Para la SCR fue de 23445,8 gr/ cm².

Esta variable es significativamente menor para la SCR que en los apósitos (p-value <0,001). Realizar la prueba de estrés tiene un efecto significativo (p-value = 0,006) sobre el valor medio de presiones máximas.

Previo a la prueba de estrés para los apósitos 1, 2 y 3 las superficies medias fueron 5,4 cm², 4,6 cm² y 5,6 cm² respectivamente. Para la SCR fue de 8 cm².

Tras la prueba de estrés, las superficies medias fueron 4 cm² , 4,2 cm² y 5 cm² para los apósitos 1, 2 y 3 respectivamente. Para la SCR fue de 6,6 cm².

Esta variable es muy significativa (p-value <0,001) para el tipo de material. El valor medio para la SCR es significativamente mayor. El estrés ha resultado ser muy significativo (p-value <0,001).

DISCUSIÓN

En un total de 16 textos oficiales de seis Centros de atención Sanitaria, seis Consejerías de Salud y cuatro Departamentos de Salud, reconocidos como de interés profesional por el GNEAUPP, se recomienda el uso de apósitos de espuma de poliuretano para prevenir úlceras por compresión en los talones. Al revisarlos se extraen ocho publicaciones sobre las que se basa esta recomendación. Estos artículos se pueden clasificar según su metodología en estudios experimentales de laboratorio,[1][2][8][13] evaluación de casos clínicos,[3][5][6] y una revisión bibliográfica.[9]

Ninguno de los estudios experimentales de laboratorio compara los apósitos con un material control, ni se ha medido la variable "Superficie de contacto" y no se ha utilizado una prueba de estrés estandarizada, con el fin de evaluar el comportamiento de los materiales tras el uso continuado.

El resultado de mayor relevancia en nuestro experimento es la incapacidad para disminuir la presión máxima de los tres apósitos de espuma de poliuretano frente a la SCR, siendo aún mayor tras someterlos a una prueba de estrés estandarizada. Otro resultado importante es la ausencia de diferencias significativas, para la variable "presión máxima", entre todos los apósitos antes y después de la prueba de estrés. En el comportamiento físico de la SCR aparecen diferencias significativas antes y después de la prueba de estrés, demostrando la pérdida parcial de una capacidad mecánica ofrecida, en origen, por su diseño estructural. Por contra, la presión máxima media no varía significativamente en los apósitos estudiados tras pasar una prueba de estrés de compresión, indicando que su diseño estructural, en origen, no persigue la disminución de la presión máxima.

Ante los datos obtenidos se debe replantear seriamente la recomendación del uso de los apósitos de espuma de poliuretano como elementos protectores frente a la presión en el talón, además de estudiar el uso de materiales como el Poron® en un campo sin aplicación actual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1: Torra i Bou JE, Rueda López J, Ramón Cantón C, Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocélular, 2000
- 2: Torra i Bou JE, Rueda López J, Apósito hidrocélular especial para talones, 2001
- 3: Torra i Bou JE, Rueda López J, Camañes G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Hernández Martínez-Esparza E et al, Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocélular con forma especial para los talones, 2002
- 4: Verdú Soriano J, Apósitos hidrocélulares en heridas crónicas de diversa etiología, 2003
- 5: Verdú Soriano J, López Casanova P, Fuentes Pagés G, Torra i Bou JE, Prevención de UPP en talones, 2004
- 6: García Fernández FP, Rodríguez Torres MC, ¿Vendaje almohadillado o apósitos hidrocélulares para prevenir las úlceras por presión en talones?, 2005
- 7: Martínez F, Las úlceras por presión: una problemática prevenible, 2004
- 8: Bayda JM, Barberá R, Prat J, Estudio técnico de presiones plantares con el uso de apósitos específicos para talón, 2006
- 9: Martínez Cuero F, Soldevilla Agreda J, Verdú Soriano J, Segovia Gómez T, García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado, 2007
- 10: Martínez Cuervo F, La utilización de espumas de poliuretano e hidrocoloides en el cuidado de lesiones por presión, 2007
- 11: Torra i Bou JE, Rueda López J, Camañes G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Ballesté Torralba J et al, Preventing Pressure Ulcers on the Heel: A Canadian Cost Study, 2009
- 12: Rodríguez Palma M, Vallejo Sánchez JM, La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores, 2010
- 13: Barberá i Guillem R, Gómez Sendra F, Bermejo Bosch I, Garcés Pérez L, Reducir la presión en las zonas de antepie y talón mediante los apósitos Allevy Gentle, Gentle Border y Gentle Border Heel, 2010
- 14: Sanders JE, Greve JM, Mitchell SB, Zachariah SG, Material properties of commonly-used interface materials and their static coefficients of friction with skin and socks, 1998
- 15: Goske S, Erdemir A, Petre M, Budhabhatti S, Cavanagh PR, Reduction of plantar heel pressures: Insole design using finite element analysis, 2006
- 16: Brodsky JW, Pollo FE, Cheleuitte D, Baum BS, Physical properties, durability, and energy-dissipation function of dual-density orthotic materials used in insoles for diabetic patients, 2007

AUTORES/AUTHORS:

Olga Pais Rodríguez, M^a Josefa Puga Mira, Encarnación Ramil Franco, M^a Dolores Rimada Mora, M^a Socorro Novo López, Rosa González Gutiérrez-Solana

TÍTULO/TITLE:

La Práctica Clínica como Herramienta para la revisión de los Planes de Cuidados

Objetivos:

Ver si los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en los enfermos trasplantados del 2007 al 2009 coinciden con los DE de nuestro Plan de Cuidados Estandarizado y en qué medida.

Hacer un cambio en el PCE, ajustándolo a la práctica reflexiva.

Metodología:

Extracción mediante la herramienta de Data Warehouse realizada en nuestro Hospital, los datos relativos al uso de los Diagnósticos de Enfermería con los pacientes trasplantados de riñón, de riñón-páncreas o sólo páncreas en los años 2007, 2008 y 2009.

Hacemos un análisis estadístico descriptivo de su uso en estos años.

Los comparamos con el Plan de Cuidados Estandarizado de la Base de Conocimientos de nuestro Hospital.

Resultados:

El diagnóstico más utilizado es el déficit de conocimientos (63, 13%) que junto con el riesgo de déficit de conocimientos(18,34%) y el riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico (12,22%) supone un 93,69%.

La ansiedad (37,11%), el riesgo de ansiedad (27,9%), temor (14,84%) y el riesgo de temor (10,48%) suponen el 53,22%

Los déficits de autocuidado relacionados con: baño-higiene 22,70 %, evacuación-aseo 19,21%, vestidoarreglopersonal 14,41%

El Riesgo de Infección aparece en los planes de cuidados con 35,80%

Riesgo de Dolor aparece reflejado en un 24,8% de los pacientes.

El Riesgo de Perturbación del Sueño en un 17,03 %. El diagnóstico de Perturbación del sueño con un 14,41%

Resultados/Discusión:

La primera discusión surge entre si estos pacientes tienen déficit de conocimientos o riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico. Las cifras dicen que nos inclinamos en general al primero de ellos, pero tiene más que ver con el Modelo de Enfermería (V. Henderson) que con una práctica de verdad reflexiva.

El segundo grupo de diagnósticos más prevalentes son los relacionados con la ansiedad, riesgo de ansiedad, temor o riesgo de temor. Parece que la dificultad con este grupo de diagnósticos está en la valoración enfermera más estricta o continua, puesto que todas coincidimos en que en el pre o postoperatorio está presente uno u otro en la mayoría de este tipo de pacientes.

Nuestra experiencia con los planes de cuidados nos dice que no es posible trabajar con 10 diagnósticos de enfermería en un episodio de este tipo, pero las enfermeras sabemos lo importante que es para el paciente también no descuidar su situación física inmediata. Algunos diagnósticos detectados los abordamos en la práctica con intervenciones y objetivos, desde otro diagnóstico detectado con el que comparten algo.

Los diagnósticos de enfermería como el riesgo de estreñimiento, que tienen crónicamente por la dieta y la restricción de líquidos; la perturbación del sueño con toma de medicación de años, o el riesgo de alteración de la mucosa oral (relacionado con la medicación en el postrasplante después del alta), etc., se pueden trabajar desde el propio riesgo de manejo inefectivo.

Conclusiones:

Presentamos un nuevo PCE integrando el conocimiento de nuestros propios resultados junto con la reflexión hecha en estos meses. Sólo aparecen en ese PCE aquellos diagnósticos necesarios para que los enfermos trasplantados tengan los cuidados para alcanzar los niveles de calidad mínimos recomendados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2007-2008. Elsevier. 2008

L. Juall Carpenito. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la Práctica Clínica. 9ª Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 2003

Planes de Cuidados de Enfermería. CHU Juan Canalejo. La Coruña. 1999.

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Rodríguez Huerta, Mario Fernández Izquierdo, Ana Rodríguez Gonzalo, Carmen Ramos Elvira, Gema Zarco Calonge, Almudena Gómez Mena, Irene Muñoz Gómez

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de las complicaciones hemorrágicas en la fase aguda del Síndrome Coroanrio Agudo(SCA)

OBJETIVOS-Determinar la prevalencia de complicaciones hemorrágicas en la fase aguda del SCA en la Unidad Coronaria del hospital Ramón y Cajal. Determinar la prevalencia de sangrado leve, grave y moderado según la clasificación GUSTO. Conocer la localización y tipo más frecuente de sangrado. Evaluar si existe relación entre las complicaciones hemorrágicas y los distintos factores de riesgo de sangrado.

METODOLOGÍA-Estudio descriptivo trasversal realizado sobre toda la población de pacientes con diagnóstico de SCA, ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Ramón y Cajal desde el 1 de febrero al 31 de mayo de 2011. La inclusión fue por muestreo de conveniencia cuando cumplieran criterios de inclusión. Se realizó un cálculo de tamaño muestral con un nivel de confianza del 95%, un error máximo del 5%, y un valor de prevalencia conocido por bibliografía previa del 10%, necesitándose 139 pacientes.

Variables del estudio.

1. Variables sociodemográficas: edad, género
2. Variables clínicas:
 - Diagnóstico de SCASEST/SCACEST
 - Grado de sangrado agudo según la clasificación GUSTO (Leve, moderado y grave)
 - Episodios de sangrado
 - Cateterismo cardiaco diagnóstico/terapéutico
 - Antecedentes de HTA, hemorragia previa e IAM
 - Dispositivos invasivos
3. Variables de laboratorio: hemoglobina en sangre en g/dl, Tasa de filtración glomerular (TFG) en ml/ min.
4. Variables farmacológicas:
 - Fibrinólisis
 - Tratamiento antiagregante y anticoagulante
 - Tratamiento previo con sintrom.
5. Variables relacionadas con los cuidados:
 - Restricción de la movilidad
 - Permanencia de introductor
 - Localización del sangrado: especificar.

Análisis de datos: el análisis de la información se realizó en el programa SPSS versión 11.00. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas en valores de mediana, recorrido intercuartílico y valores mínimos y máximos, ya que no presentaron una distribución normal. Se realizan pruebas t-de Student, pruebas Chi-cuadrado y prueba de Fisher según pertinencia, para analizar la relación las variables.

RESULTADOS-Se incluyen 99 pacientes, de los cuales se pierden 3: 2 por registro incompleto, y 1 por presentar criterios de exclusión posteriormente. De un total de 96 pacientes, la mediana en edad fue de 67 años, IQ 75-53, edad más baja 39 años y la más alta 89 años. La estancia media varió de 1 a 20 días, mediana de 5, IQ 7-4; en ningún caso la estancia prolongada fue debida a complicaciones hemorrágicas. De todos los pacientes incluidos, el 47,9% fueron tratados con enoxaparina, clopidogrel y AAS. El 25% lo fueron con fondaparinux, clopidogrel y AAS. El 13,5% se trató con HNF, clopidogrel y AAS. Todos los pacientes excepto 2

recibieron HNF durante el cateterismo. No se realizó ninguna fibrinólisis, y el 20% recibió también un inhibidor del receptor de la glicoproteína IIb/IIIa (Abciximab). El 100% son sometidos a cateterismo por vía femoral. Tras el cateterismo se mantiene el catéter arterial en un 34,4%, en el 97% de los casos permaneció más de 6 horas, de los cuales el 45% fue durante más de 12 horas. La prevalencia de complicaciones hemorrágicas obtenida es de 17,7%, tratándose en un 100% de grado leve según la clasificación GUSTO. La mayoría de los sangrados, 43,75%, se localizan en la zona de punción del cateterismo (arteria femoral), seguida por la hematuria en el 18,75% de los casos. El 62,5% fueron sangrados activos y el 31,25% hematomas, el 6,25 presentó ambas formas de sangrado. Las intervenciones ante estos sangrados han sido locales: compresión y peso local en punto arterial, taponamiento nasal y en el caso de hematuria no han precisado lavado vesical continuo. Dada la baja prevalencia del fenómeno, no es posible establecer asociaciones estadísticamente significativas del mismo con los diversos factores de riesgo estudiados.

DISCUSIÓN: En investigaciones previas la frecuencia observada es muy variable, debido en gran medida a las distintas clasificaciones de hemorragia utilizados. Cuando se trata de la fase aguda del SCA, los datos se focalizan mucho en el sangrado mayor o grave, con una incidencia del 1% al 10% ,(1)(2)(3) por lo que se encuentran pocos datos específicos de hemorragia leve y moderada. Ensayos clínicos como el OASIS-5(1) y el SYNERGY (4) reflejan datos de una frecuencia de sangrado leve de 2,1% y 11,6% respectivamente; Serebruany et al obtienen una prevalencia de hemorragia leve según GUSTO, en pacientes con cardiopatía isquémica de 7,3%. (5) Mega et al hablan de un 6% de sangrado menor TIMI (6). Si bien dichos estudios no se han realizado específicamente durante la fase aguda del SCA, si no en fases posteriores estables. La relevancia clínica del sangrado leve en la fase aguda del proceso, radica en que puede ocasionar la suspensión del mismo por los clínicos, además de restar confortabilidad, seguridad y confianza en los pacientes, con la consecuente mala adherencia o abandono del tratamiento. Diversos estudios demuestran que las hemorragias menores se asocian a la suspensión del tratamiento (2) Evitar el sangrado mejora la seguridad y el bienestar del paciente y disminuye el riesgo de la suspensión del tratamiento antitrombótico, evitando así futuros episodios isquémicos y/o reinfartos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fitchett D. The impact of bleeding in patients with acute coronary syndromes: how to optimize the benefits of treatment and minimize the risk. *Can J Cardiol* 2007; 23(8):663-671.
2. Rao SV. Hemorragia en pacientes con síndromes coronarios agudos: de un hallazgo molesto a un reto importante. *Rev Esp Cardiol*.2010;63(01):1-4.
3. Elbarouni B, Elmanfud O, Yan RT, Fox KA, Kordner JM, Rose B, et al. Temporal trends of in-hospital major bleeding among patients with non ST-elevation acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2010 sep; 160(3):420-7.
4. White D, Kleiman N, Mahaffey K, Lokhnygina Y, Pieper K, Chiswell K, et al. Efficacy and safety of enoxaparin compared with unfractionated heparin in high-risk patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention in the Superior Yield of the New Strategy of Enoxaparin, Revascularization and Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitors (SYNERGY) trial. *Am Heart J* 2006; 152:1042-50.
5. Serebruany V, Rao SV, Silva MA, Donovan JL, Kannan A, Makarov L, et al. Correlation of inhibition of platelet aggregation after clopidogrel with post discharge bleeding events: assessment by different bleeding classifications. *Eur Heart J*. 2010; 31:227-235.
6. Mega JL, Braunwald E, Mohanavelu S, Burton P, Poulter R, Misselwitz F, et al. Rivaroxaban versus placebo in patients with acute coronary syndromes (ATLAS ACS-TIMI 46): a randomised, double-blind, phase II trial. *Lancet* 2009; 374:29-38.

AUTORES/AUTHORS:

AINOA RIOJA PECES, ANGELA RODRIGUEZ GUARDIA, SILVIA GOMEZ MOLINA, PALOMA ESCRIBANO RUIZ, RAFAEL PAGES FRAGUAS, FRANCISCO LOPEZ DE CASTRO

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA MUJER

1. Objetivo. La OMS define la salud sexual y reproductiva como un estado completo de bienestar en relación con la sexualidad (1). En consecuencia, tanto hombres como mujeres deben estar informados sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes. La carencia de información sobre sexualidad y anticoncepción favorece un mayor riesgo de embarazo no deseado (2). Algunos documentos sobre Salud Sexual y Reproductiva en España ya ponen de manifiesto un cierto déficit de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos actuales (3).

El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos que tienen las mujeres de nuestra zona. Ello nos permitiría enfocar mejor los contenidos educativos sobre esta materia en los programas y actividades de educación sexual.

2. Métodos. Estudio observacional descriptivo y transversal, realizado en las zonas básicas de salud de Torrijos y Polán (Toledo). La población del estudio la formaban las usuarias entre 15 y 49 años de dichos centros. La muestra fue reclutada en las salas de espera de urgencias y de consultas, durante el periodo de enero a marzo del 2011. Tras solicitar la colaboración de la mujer, se les realizaba una entrevista personal, basada en un cuestionario que comprendía datos personales, conocimiento de métodos anticonceptivos, asesoramiento profesional y fuente de información sobre anticoncepción. Los datos fueron introducidos en una base del programa SPSS 12.0, que se empleó para su tratamiento estadístico. En el análisis se han utilizado los test de Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher y t de Student.

3. Resultados. La muestra final la componen 309 mujeres. Sólo hubo 5 negativas de mujeres a participar. La edad media fue de 32,5 años. Eran extranjeras el 14,6%. El 30,4% eran universitarias. En cuanto al estado civil, el 26,5% eran solteras, el 69,3% casadas/pareja estable y el 4,2% divorciadas/viudas.

Los métodos anticonceptivos más conocidos por las entrevistadas son el preservativo masculino (98,4%), los ACOC (96,4%), el coitus interruptus (93,5%), la ligadura de trompas (91,6%), la vasectomía (90,6%) y la postcoital (90,0%), mientras que minipíldora, esponja vaginal, capuchón cervical, implantes e inyectables no llegan a ser conocidos por el 30% de las mujeres. En general, el conocimiento de los diferentes métodos es menor en las menores de 25 años, extranjeras y mujeres sin estudios o con estudios básicos.

El 50,5% [IC95% 44,7-56,1] refiere haber solicitado alguna vez asesoramiento profesional sobre anticonceptivos. Esta solicitud se dirigió al especialista un 66,2% de las veces, frente al 17,8% del COF y 15,9% de Atención Primaria. La proporción de mujeres que ha solicitado asesoramiento es menor en el grupo de 15 a 25 años. Las fuentes de información de métodos anticonceptivos más habituales son los amigos/compañeros (67,6%) y el ginecólogo (50,2%).

4. Discusión. Hay una serie de métodos anticonceptivos poco conocidos por las mujeres, similar a lo publicado en otros artículos (4). En parte, la explicación puede residir en una menor utilización en nuestra sociedad de estos métodos. Así, se observa como aquellos métodos con menos de un 1% de usuarias en los últimos años (5), apenas alcanzan a ser conocidos por un tercio de las mujeres. Puede que la excepción a esta regla de que "lo poco utilizado es poco conocido" sean la ligadura y la vasectomía, por su carácter de definitivos, y los métodos más modernos (parches, anillos), cuyas estrategias de marketing –dirigidas no sólo a profesionales sino a potenciales usuarias- compensan su relativamente escaso uso.

Caso especial es el de la píldora postcoital; sin alcanzar una extensión de uso exagerada, llama la atención el alto porcentaje de

mujeres que lo conocen, mayor al de otros estudios hallados en la bibliografía (6,7). El impacto mediático de la anticoncepción de emergencia ha sido muy elevado en los últimos años y además, es posible que, como advierten algunos autores, algunas mujeres continúan usando la píldora postcoital como un método regular más y que esto contribuya a un mayor conocimiento (8).

Respecto al menor conocimiento de los métodos anticonceptivos en jóvenes, inmigrantes y mujeres con bajo nivel de estudios, nuestros resultados coinciden con varios informes publicados (9). Ello convierte a este colectivo en población prioritaria en aquellas actividades educativas y divulgativas a realizar.

En cuanto a los datos sobre las fuentes de información, llama la atención el poco peso que tienen los servicios sanitarios, en especial la Atención Primaria, donde además el porcentaje de mujeres que ha sido asesorada sobre anticoncepción es casi anecdótico. La OMS mantiene que la educación y la formación en salud sexual y reproductiva tiene que ser proporcionada por la atención primaria, o al menos es una de las competencias de los profesionales de salud (10). Por eso desde la atención primaria deberíamos iniciar esa educación sexual y reproductiva. Estas intervenciones han demostrado ser efectivas en el aumento de conocimientos y la mejora de actitudes ante el empleo de métodos anticonceptivos (11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. WHO. Sexual health. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health [Consultado el 22/08/2011]
2. Serrano I, Dueñas JL, Bermejo R, Colla C, Doval JL, Lete I et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48(6):283-8.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf> [Consultado el 16/08/2011]
4. Maroto de Agustín A, Moreno Bueno MA, Rubio Moreno MM, Ortiz Valle C, Escobar Rabadán F. Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos por la Población Femenina de una Zona de Salud. Centro de Salud Zona IV. Albacete. *Rev Esp Salud Pública*. 1998; 72 : 547-557.
5. Equipo Daphne, VI Encuesta Bayer Schering Pharma de Anticoncepción en España. 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacionj.pdf> [Consultado el 16/08/2011]
6. Corbett PO, Mitchell CP. Emergency contraception: Knowledge and perceptions in a university population. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006; 18:161-168.
7. Miller LM. College student knowledge and attitudes toward emergency contraception. *Contraception*. 2011;83:68-73.
8. Ros C, Miret M y Rue M. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gac Sanit*.2009;23(6):496-500.
9. Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Las concepciones de salud de los jóvenes. Volumen II. Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables. Documento Técnico de Salud Pública nº 94. 2004. Disponible en: <http://www.madrid.org> [Consultado el 23/08/2011]
10. World Health Organization. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: Attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, and provision share. 2011. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/index.html [Consultado el 8/09/11]
11. Hernández-Martínez A, García-Serrano I. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enfermería Clínica*. 2009;19(3):121-128.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Coelho, Mónica Martins, Lisete de Jesus, Ana Souto, Ana Isabel Magalhães, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Consulta de Cesación Tabáquica

1 - Objetivos: i) caracterizar los usuarios de la consulta de cesación tabáquica de una USF del Norte de Portugal, ii) evaluar la dependencia física de nicotina de una muestra de los usuarios de la consulta de cesación tabáquica.

El tabaquismo es considerado un grave riesgo para el bienestar del individuo, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular, cáncer de pulmón y otros tumores malignos. Este consumo es sin duda la principal causa de enfermedad evitable, invalidez y muerte (Nunes et al., 2007). En este sentido, uno de cada dos fumadores muere a causa de su hábito de fumar, la mitad de ellos entre 35 y 69 años de edad (Matias, 2001). En Europa, el tabaco se relaciona a 1,2 millones de muertes cada año, estimándose que esta cifra puede aumentar para 2 millones en el año 2020 (Matias, 2001). Ante esta situación, y reconociendo los riesgos del tabaco, la Organización Mundial de la Salud reconoce la necesidad de la existencia de servicios que incentiven a la cesación tabáquica. En esta perspectiva, es pertinente mencionar que el abandono del tabaco resulta ser el elemento más importante para disminuir la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo en los próximos treinta años, evitando así 100 millones de muertes (Matias, 2001). En Portugal, hay varias consultas de cesación tabáquica, cuyo número seguramente aumentará en los próximos años.

2 - Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Los datos fueron recopilados de los registros de la consulta, desde Enero de 2009 a Enero de 2011. Fueron estudiados 38 usuarios. Se utilizó el teste de Fagerström (Heatherton Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991), validado para el idioma portugués por Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira (2009), que valora de una forma rápida y sencilla la dependencia, con respecto a nicotina. El test de Fagerström es un instrumento autoaplicado, consta de 6 ítems que exploran el consumo de cigarrillos y, por tanto, la dependencia de nicotina. Las puntuaciones oscilan de 0 a 3 en dos de los ítems y 0 o 1 en los restantes. En la evaluación de dependencia física a la nicotina se clasificó: dependencia alta (puntuación ≥ 7), dependencia media (5-6) y baja (≤ 4). Fue considerada recaída cuando los usuarios reconocían haber vuelto a fumar desde la fecha declarada.

3 – Resultados: un total de 38 usuarios fueron incluidos en el estudio, 30 varones y 08 mujeres con una media de edades 42,1 (dp. 12,3) años; cuanto al nivel de escolaridad, 20 usuarios refieren tener la educación obligatoria, sólo una minoría tiene educación secundaria o superior. Con respecto al estado civil, 27 (71,1%), de los usuarios eran casados. En cuanto a las características del consumo de tabaco, los usuarios presentaban una media de años de 23,4 años (dp. 11,8) años, de consumo de tabaco, fumaban una media de 20 cigarrillos al día y empezaron a fumar su primer cigarrillo a los 15,3 (dp. 3,9) años.

Con relación a la evaluación del grado de dependencia física a la nicotina, para la mayoría de los usuarios de la consulta, piensa que es difícil dejar de fumar (57,9%). El 31,5% de los fumadores reportan que fuman su primer cigarrillo entre los 16 y 30 minutos después de despertarse y 23 dicen que después de unas horas sin fumar, sienten un deseo irresistible de fumar. Sin embargo, el 86,8% de los fumadores demuestra la voluntad de dejar de fumar durante un período menor o igual a 30 días. En lo que respecta a dependencia de la nicotina, presentaron puntuaciones de 5 o 6 en el test Fagerström, luego es una dependencia media de nicotina. De los usuarios que participaron refieren que la razón para dejar de fumar actualmente es mejorar su propia salud (34,2%). La recaída constituye un evento en el proceso de dejar de fumar, del 76,3% que han recaído, el 39,5%, refieren como principal razón los síntomas de abstinencia.

4 - Discusión: la fuerte asociación entre el consumo de tabaco y el aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neoplasias está bien documentada (Nunes et al., 2007).

Luego es fundamental que las intervenciones sean efectivas, así necesitamos de conocer las características de los clientes de la

consulta de la cesación tabáquica, para que las intervenciones se adecuen a quien procura la consulta. Cabe a los profesionales explicar a cada fumador los riesgos asociados con el tabaquismo, fomentar la abstinencia. Así, el mejor conocimiento de los usuarios permite la comunicación efectiva con ellos, pues entendemos que la comunicación es un factor determinante de éxito en el proceso de cesación del tabaquismo.

La finalidad del estudio es mejorar el atendimento de los usuarios, en este sentido mejoramos nuestras prácticas en la consulta. Como el consumo de tabaco es la principal causa de enfermedades evitables y muerte prematura, con la intervención dirigida a los fumadores para dejaren de fumar, también contribuimos para mejorar los indicadores de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ferreira, P.L., Quintal, C., Lopes, I. & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev. Port. Saúde Pública*, 27, (2), 37-56.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction.*, 86 (9), 1119-1127.
- Matias, D. (2001). Consultas de desabituação tabágica. *Mundo Médico*, 18, 68-70.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 225-44.
- Nunes, E., Candelas, A., Mendes, B., Pardal, C., Fonseca, J. & Oliveira L. (2007). *Cessação Tabágica. Programa-tipo de actuação.* Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Gradiva.
- Padrão, P. Lunet. N., Santos, A., & Barros, H. (2007). Smoking, alcohol, and dietary choices: evidence from the Portuguese National Health Survey. *BMC Public Health*, 7, 138.
- Pestana, E. (2006). *Tabagismo – Do diagnóstico ao Tratamento.* Lisboa: Libel - edições técnicas, lda.

AUTORES/AUTHORS:

Alexandra Carmo, Ana Luísa Santos, Clara Ramos, Raquel Gonçalves, Andreia Pinto, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Sobrepeso y obesidad en niños inscriptos de la consulta de enfermería de una unidad salud familiar al Norte de Portugal

Objetivos: Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños inscriptos en la consulta de enfermería de una unidad de salud familiar con edades entre los dos e seis años y describir las intervenciones que promuevan hábitos saludables en lo que se refiere a la alimentación.

La prevalencia de la obesidad infantil aumentó en todo el mundo y va a convertirse en una problema de salud pública (He & Karlberg , 2001; Zeferino; Filho; Bettiol, & Barbieri, 2003). Portugal ocupa el segundo lugar en Europa en la prevalencia de sobrepeso o obesidad en la niñez; un estudio en niños con edades comprendidas entre 5 y 10 años, el 13,8% presentó sobrepeso y 11,5% obesidad (Cordeiro, Veiga & Cerqueira 2007). La enfermera de familia es un profesional de la salud, que tiene familiaridad con el niño en particular y con su familia, así tiene un papel clave en la prevención de la obesidad. En la consulta del niño sano se pretende promover las conductas saludables, relacionadas con la nutrición, entre otros, mediante la enseñanza de los cuidados y hábitos necesarios para promover, mantener y restablecer la salud. Luego en esta consulta se revisa el desarrollo del niño, con particular atención a los aspectos relacionados con la nutrición. Así son evaluados los hábitos alimentarios y controlados los valores antropométricos. También es importante la prevención de dietas desequilibradas y fomentar la práctica de actividad física regular. Nuestro interés en el estudio de obesidad e sobrepeso en niños, se debió al aumento exponencial de peso en los niños en los últimos años y creemos que la prevención sigue siendo la estrategia para controlar esta epidemia.

Métodos: El diseño fue descriptivo y transversal, se evaluaron los registros de 205 niños, resultaron 104 niños (50,73%) y 101 niñas (49,27%), con una media edades de 4,9 (dp. 0, 9) años. Fueron analizados los datos antropométricos (talla y peso) de la última consulta del niño sano. Los criterios de inclusión fueron niños de entre 2 y 6 años. Con base en el índice de masa corporal, los niños fueron clasificados como, eutrófico, con sobrepeso y obesidad de acuerdo con la distribución de percentil propuesta por Cole, Bellizzi, Katherine & William, (2000), que proporciona los puntos de corte para el índice de masa corporal en la infancia basado en datos internacionales. La comparación de medias del IMC entre los sexos ha sido realizada través de la prueba de t de student.

Resultados: En la nuestra muestra la mayoría (75,1%) de los niños se encuentran dentro de los percentiles eutrófico, en el rango de 5 a 85, considerado en las poblaciones de referencia (Campos & Zuanon, 2004). En este estudio se observó que el 9,8% de los niños son obesos, de ellos 80,0% son niñas. En la muestra 8,8% presenta sobrepeso, de ellos 66,7% son niñas. Al comparar los sexos, se encontró que las niñas tienen un índice de masa corporal significativamente más alto ($t = 3,725$ ($gl = 152,4$), $p <= 0,01$).

Discusión:La Organización Mundial de la Salud (2004) afirma que la obesidad es una acumulación anormal o en exceso, de grasa en el tejido adiposo, en tal extensión que puede perjudicar la salud del individuo. La OMS sostiene que la definición de obesidad en niños y adolescentes tienen una relación con la definición de los adultos; cómo las enfermedades durante la infancia y la adolescencia son escasos, es particularmente importante ya que la antropometría puede predecir los factores de riesgo o enfermedades en los adultos (WHO, 1995). Los resultados de este estudio siguen la tendencia de los realizados por otros autores, en esta área, también Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000) en cuanto al índice de masa corporal la mayoría de los niños estaban dentro de lo eutrófico, pero se encontró sobrepeso en 3,8% de los niños y la obesidad, en el 22% de las niñas. En nuestro estudio, se encontró que las niñas tienen un índice de masa corporal significativamente más alto; sin embargo, el IMC es una medida sensible a las variaciones de la masa y la grasa, los valores más altos de obesidad y prevalencia de sobrepeso se pueden explicar por el hecho de que las niñas tienen un mayor porcentaje de masa grasa que los niños (Silva, Carvalho, Reis, Mota, & Garrido, 2008). En el futuro incluiremos otras variables. La principal estrategia para controlar la obesidad es la prevención y el diagnóstico precoz, el papel de la enfermera de familia es fundamental en la prevención y la detección temprana y enseñar a la familia, a realizar

la selección de un estilo de vida saludable, con el objetivo de luchar contra esta nueva epidemia. Este estudio sirvió para reflexionar sobre nuestra práctica y para la reestructuración de la consulta. Son beneficiosas las consultas frecuentes y prolongadas para motivar la familia entera para alterar conductas, no sólo al niño. También permitirá adoptar nuevas estrategias para los cambios dietéticos, quizás con un "semáforo"; restringir los alimentos de alta energía "rojo", los en que el contenido en energía es moderada "amarillo" y comer libremente los que son bajos en energía "verde" y recomendar estrategias para la actividad física (Zayas-Torriente, Chiong-Molina, Díaz, Torriente-Fernández & Herrera-Argüelles, 2002).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Campos, J.A. D. B; Zuanon A. C. C. (2004). Replicabilidade das principais referências internacionais para avaliação de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. *Alim. Nutr.*, Araraquara, v.15, n.1, p.43-45.
- Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M., Dietz W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey paper. *BMJ* 320:1240-3.
- Cordeiro A, Veiga Z & Cerqueira Z (2007). Obesidade Infantil e excesso de peso – realidade de um Centro de Saúde de Coimbra. *Saúde Infantil*. n.º29/2 ISSN n.º 0874-2820. pp.35 a 40.
- He, Q.& Karlberg, J. (2001). BMI in childhood and its association with height gain, timing of puberty, and final height. *Pediatr. Res.*; 49, (2), p.244-251.
- Silva AJ, Carvalhal MI, Reis VM, Mota MP, Garrido ND, Pitanga F, et al. A prevalência do excesso de peso e da obesidade entre crianças portuguesas. *Fit Perf J.* (2008); 7(5): 201:5.
- Viana V, Sinde S (2008). Análise Psicológica – O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). 1(XXVI): 111-120.
- World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO; 1995.
- Zayas-Torriente GM, Chiong-Molina D, Díaz Y, Torriente-Fernández A & Herrera-Argüelles X. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Pediatría*; 74:(1-15).
- Zeferino, A.M.B.; Filho, A. A. ; Bettiol, H.& Barbieri M. A. (2003). Acompanhamento do crescimento (Monitoring growth). *J. Pediatr.*; 79, supl (1), p.23-32.

AUTORES/AUTHORS:

Amâncio António Sousa Carvalho, Isabel Maria Costa Barroso, Maria Cristina Quintas Antunes, Maria Conceição Soares Pereira, Maria João Pinto Monteiro, Sónia Maria Fidalgo Mateus

TÍTULO/TITLE:

Obesidad: la prevención es una necesidad urgente en las escuelas

Objetivos

Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes a frecuentar la Educación Secundaria Obligatoria (ESO); analizar los factores asociados con el sobrepeso y la obesidad; proponer un plan de intervención en ámbito de promoción de la salud.

Métodos

Es un estudio longitudinal, mientras solo presentaremos un corte transversal, cuya muestra es constituida por adolescentes a frecuentar la ESO, en escuelas del norte de Portugal. La muestra no es probabilística. Los datos se recogieron a través de un cuestionario, fueran adoptados los procedimientos para garantizar el anonimato. En el análisis se utilizaron las pruebas estadísticas: X², t de student y ANOVA.

Resultados

En el estudio participaron 460 adolescentes, de los cuales 49,3% son chicas y 50,7% chicos, la mayoría de los cuales (73,3%) pertenecían al grupo de edad de 12-13 años.

La prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en las chicas ha sido de 24,9% y 8,0% respectivamente, mientras que para los chicos fue 17,2% y 14,6%.

Cuanto a sus hábitos alimentarios (34,6%) hacían cuatro comidas al día, pero hay 13,8% de los encuestados que indicó una frecuencia de tres o menos. También 4,6% de los adolescentes asumieron que no desayunaban. La media del IMC de los que no desayunaban es significativamente superior cuando comparados con los que hacen esta comida todos los días (ANOVA: $F= 3,120$; $p= 0,045$; $gl= 2$). Cabe señalar que no consumían leche, sopa de verduras, ensaladas/verduras y fruta, respectivamente, el 6,8%, 25,1%, 20,0% y 6,7% de los encuestados. Por otro lado, consumían todos los días patatas fritas, dulces, hamburguesas/pizza y bebidas gaseosas, respectivamente, 57,6%, 66,4%, 42,7% y 73,2% de los estudiantes. La media del IMC de los participantes que consumen sopa de verduras es superior que aquellos que no la comen (t de Student: $-2,464$; $p= 0,014$; $gl= 411$); La media del IMC de los que no comen hamburguesas/pizza es más grande que los que consumen estos alimentos (t de Student: $2,951$; $p= 0,004$; $gl= 409$).

En lo que se refiere al nivel de AF, hemos observado que el 16,1% de los encuestados se consideran insuficientemente activos u sedentarios. Practican AF todos los días 18,9% de los estudiantes, a menos de 3 veces por semana 36,7% e nunca del 3,2%. La media del IMC de los estudiantes sedentarios es significativamente superior en comparación a los mucho activos (ANOVA: $F= 4,987$; $gl= 3$; $p = 0,002$).

Discusión

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad fue elevada, especialmente el sobrepeso entre las chicas y la obesidad en los chicos. Los valores obtenidos en este estudio son superiores a los obtenidos en el estudio de Carvalho et al. (2011), quizás debido a la distinta procedencia de los alumnos (urbano y rural).

En nuestro estudio el número de comidas que 13,8% de los participantes refirieron no ha sido deseable, lo mismo es referenciado en otros estudios (Carvalho, et. al., 2011; Macedo-Ojeda et. al., 2008). En la muestra 4,6% de los adolescentes asumieron que no desayunaban, los valores en este estudio son similares a los valores de un estudio nacional en adolescentes (6,7%) (Matos et al., 2010).

En nuestro estudio se observó que un porcentaje considerable de los participantes no consumía sopa de hortalizas, ensaladas/verduras y fruta; en otros estudios también se observó bajo consumo de vegetales (Carvalho, et. al., 2011; Matos et al., 2010; Olivares & Bustos, 2006). En el caso del consumo de verduras, la proporción de los no consumidores es mayor que la obtenida en el estudio de Matos et al. (2010) que fue de 11,8%. Los encuestados tienen hábitos de alto consumo de alimentos mucho calóricos casi similares a los obtenidos en el estudio de Matos et al. (2010), en el caso de dulces (66,6%) y algo mayor en las bebidas gaseosas (52,8%), que demuestra que el grupo tiene hábitos alimentares no saludables. Este comportamiento puede conducir a la falta de nutrientes y aumento del IMC. El hecho de que los encuestados con un IMC más alto consumían más sopa de verduras y menos alimentos con alto contenido calórico se puede explicar por el esfuerzo que están haciendo para reducir las calorías, comportamiento que no tiene los alumnos con menor IMC.

La frecuencia de la práctica de la AF es muy similar a la obtenida en el estudio de Matos et al. (2010), en el que el 3,8% nunca había practicado y el 34,6% lo hizo a menos de 3 veces por semana, lo que representa aproximadamente el 60% de los encuestados no seguir las recomendaciones de la WHO (WHO, 2011). Es necesario que los participantes del estudio que son personas sedentarias o insuficientemente activas aumenten la frecuencia y la duración de las sesiones de actividad física, ya que promueve un balance energético negativo y un aumento del metabolismo.

Los resultados del estudio permitirán planificar y desarrollar intervenciones de promoción de la salud más apropiadas. Los programas efectivos deben incluir educación sobre nutrición y la actividad física y entrenamiento de codificación de conducta (Jiménez-Cruz, Bacardí-Gascón & Pérez-Morales, 2004). Las intervenciones deben involucrar a los padres y los profesores, pues tienen una influencia importante frente a las actitudes de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Brites, D., Cruz, R., Lopes, S., & Martins, J. (2007). Obesidade nos adolescentes: estudo da prevalência da obesidade e de factores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de Coimbra. *Referência, II Série*, 5, 49-57.
- Carvalho, A., Espinheira, M., Dinis, M., & Meneses, M. (2011). Obesidade em alunos do 3º ciclo. *Nursing*, 271 (23), p. 2-9 (Suplemento).
- Cole, T. Bellizzi, M. Flegal, K. & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity world-wide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1 – 6.
- Fonseca, M.H.R. (2008). Obesidade na Adolescência: Um contributo para a melhor compreensão dos factores psicossociais associados à obesidade e excesso de peso nos adolescentes portugueses (Tese Doutoramento). Funchal, Universidade da Madeira.
- Jimenez-Cruz A., Bacardi-Gascon M, Perez-Morales M. E. (2004). Obesidad infantil .son eficaces los programas de prevención y control? *Rol de enfermería*. 27 (3), Pag: 24-28
- Macedo-Ojeda, G., Bernal-Orozco, M.F., López-Uriarte, P., Hunot, C., Vizmanos, B., Rovillé-Sausse, F. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México, *Antropo*, 16, 29-41. Disponible en: www.didac.ehu.es/antropo.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Dinis, J., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., & Equipa Aventura Social (2010). Aventura social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Consultado em http://aventurasocial.com/arquivo/1203144700_Relatório_HBSC_adolescentes.pdf
- Olivares C. & Bustos Z., (2006). Consumo de verduras y frutas en grupos específicos de consumidores chilenos: elementos a considerar en su promoción. *Rev. chil. nutr.* [online]. 2006, vol.33, suppl.1 [citado 2011-07-29], pp. 260-264. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- World Health Organization (2011). Global recommendations on physical activity for health (5-17 years old). Disponible em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recomendations/en/index.html

AUTORES/AUTHORS:

Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá, Ana Filipa dos Reis Marques Cardoso, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião, António Manuel Martins Lopes Fernandes, Júlia Maria das Neves Carvalho

TÍTULO/TITLE:

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE NOVIAZGO: PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL TEATRO FÓRUM

La violencia de pareja entre los jóvenes, ha sido considerado un tema relevante amplitud. Teniendo en cuenta este fenómeno, la adolescencia ha sido considerada como un período de gran vulnerabilidad, dada la inmadurez emocional de experiencia, y de relación, en particular el inicio de la sexualidad que a menudo caracteriza a esta etapa de desarrollo, esta etapa pone particularmente vulnerables a la violencia sexual (Serquino-Ramiro,2005).

El Teatro Fórum es una estrategia que favorece la comprensión y la demanda de alternativas para problemas personales, interpersonales y comunitarios. Este estudio pretende profundizar el conocimiento sobre esta estrategia y averiguar de qué forma puede ser utilizada por los Enfermeros en la prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los estudiantes sobre la estrategia del Teatro Fórum en la educación inter-pares para la prevención de la violencia en el noviazgo. Analizar las percepciones acerca de su relevancia, en particular para conocimientos y estrategias en el comportamiento como novio(a); para su participación en la sesión; percepción de la violencia; sensibilización para una actitud pro-activa en la identificación de las situaciones de violencia; en la búsqueda de información y en el dialogo entre novios.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, en el que participaron 1445 estudiantes de la educación secundario, de ambos sexos (55,3% do sexo femenino) con una media de edad de 16,1 años (SD=1,2). Fue usado un cuestionario incluyendo información de caracterización socio-demográfica; de la relación de noviazgo y de la evaluación de la sesión de educación desarrollada por sus inter-pares educadores, para la prevención de la violencia en el noviazgo (12 ítems), aplicado tras las sesiones de sensibilización con una duración de 3 horas.

Resultados: Del 29,7% de los respondientes refirieron tener novio(a), en media, hace 8,7 meses (SD=9,3). El Teatro Fórum permitió a los estudiantes: su participación en la sesión (92,7%); entender mejor el tema (96,6%); sentir que sus problemas son comunes a otros (62,7%); entender que adoptaban comportamientos violentos que hasta entonces no percibían como violentos (55,0%); entender que tienen amigos víctimas (54,8) y amigos violentos con sus (las) novios (as) (51,0%). Permitted sensibilizar para buscar conocimientos sobre el tema (83,1%) y estar alerta respecto a situaciones de violencia en el noviazgo (93,7%); para el diálogo entre los(as) novios(as) (93,8%); para conocer las estrategias para evitar situaciones de violencia entre novios (93,4%) y adquirir conocimientos y estrategias para cambiar el comportamiento en cuanto novio (a) (83,8%). Acerca de la utilidad de la sesión, 84,2% de los estudiantes evaluaron la sesión como siendo muy útil.

Discusión: El Teatro Fórum como estrategia de educación inter-pares para la prevención de la violencia en el noviazgo se asumió como siendo relevante para los estudiantes de la educación secundaria. Esta estrategia promueve la participación activa de los jóvenes; mejora la percepción de la violencia en cuanto problema personal e interpersonal, como víctima/agresor; promueve la pro-actividad en la identificación de situaciones de violencia; en la búsqueda de conocimiento; dialogo entre los compañeros e identificación de estrategias de intervención. El Teatro Fórum y la educación inter-pares se potencian mutuamente, desinhibición favoreciendo y alentando la presentación de sus ideas y propuestas que participan en el grupo como espectadores-actores.

Los resultados encontrados permiten concluir que la sensibilización realizada mediante esta estrategia, reveló ser eficaz para la prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo y la promoción de relaciones íntimas sanas.

Palabras clave: violencia, noviazgo, jóvenes, Teatro Fórum, prevención de la violencia, sensibilización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N., Bonatto, D., Souza, R. (2005). An innovative geographical approach: health promotion and empowerment in a context of extreme urban poverty. *Promotion & Education*. Suppl 3: 48-52.

Campbell, C., Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: Towards a social psychology of participation. *Journal of applied and community Social Psychology*. 10: 255-270.

Caridade S.; Machado, C. (2008) Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologia*, Vol. XXII (1), Edições Colibri, Lisboa, pp. 77-104.

Dias, S.F. (2006). Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (2008). Projecto (O) Usar & Ser Laço Branco. ESEnfC. Coimbra

Matos, M.; et al. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: teoria e prática*. 8: 55-75.

Matos, M.; et al. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: teoria e prática*. 8: 55-75.

McMichael, C., Waters, E., & Volmink, J. (2005). Evidence-based public health: what does it offer developing countries? *Journal of Public Health*. 27: 215-221.

Save the Children (2004). Uma educação pelos pares eficaz. Trabalhar sobre a saúde sexual e reprodutiva e o HIV/SIDA com crianças e jovens. Acedido em: 15,01,2009,em:http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/1763_peportsection1.pdf.

Serquino-Ramiro, L. (2005). Physical intimacy and sexual coercion among adolescent intimate partners in the Philippines. *Journal of Adolescent Research*, 20, 476-496.

Teixeira, T.M.B. (2007). Dimensões Sócio Educativas do Teatro do Oprimido: Paulo Freire e Augusto Boal. Tese de doutoramento em Educação e Sociedade. Departamento de Pedagogia Sistemática e Social - Universidade Autónoma de Barcelona, Barcelona. 335pp.

Turner G. e Shepherd J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*.

14: 235-247.

Úcar. X.(1999). Teoría y Práctica de la animación teatral como modalidad de educación no formal. Revista Interuniversitaria. Ediciones Universidad. Salamanca.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII**Session of Oral Brief Presentations VIII****AUTORES/AUTHORS:**

Nuray EGELIOGLU, Sumeyye ARSLAN, Gulcan BAKAN

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECT OF NURSING STUDENTS OF SATISFACTION STATUS ON THEIR ACADEMIC ACHIEVEMENT

Objective: The achievement, sufficiency and quality of nursing students is related with efficiency, sufficiency and quality of nursing school service. The satisfaction of students that related with them is measurable. The satisfaction that growth out of school environment is one of the most important factors that effects academic achievement of students. The aim of this descriptive study was to examine satisfaction of nursing students' upon their academic achievement and the factors affecting them.

Method: A descriptive study was carried out between April-June 2010 in health school of a university in Turkey. The participants comprised all students who attended the school (N=352). Response rate was 78% (n=273). Data were collected with socio-demographics form, Student Satisfaction Scale, University's Student Information System Screen. The Kruskall Wallis, Man Whitney U, Student's t-test, Oneway Anova, Pearson correlation analysis have been used in evaluation of data.

Results: The mean age of the students is 21.27 ± 2.26 . 70.3% are female and 28.9% are second grade. 64.5% has income equivalent to expenses and 85.7% have nuclear family, 56.4% live in the city for a long time, %46.9 live with his/her friends, 63.7% has chosen profession willingly. The mean score of the student satisfaction scale is low, and there is a weak and positive significant relationship between mean score of student satisfaction scale and academic averages ($p < 0.01$). The fourth grade students' scores are higher than the other classes ($p < 0.01$). The scores of students living at home with his friends are higher than the students living in dormitory or at home with his family ($p < 0.05$). It is found that there is a positive weak relationship between students' age and score of student satisfaction scale ($r = 0.17$, $p < 0.01$) and there is a negative weak relationship between students' age and academic average ($r = -0.12$, $p < 0.05$). The female students and the students living with his family at home are higher academic achievement scores ($p < 0.01$).

Discussion: It is found that the student are not satisfied teaching and educating resource of the school. There is a weak ($r = 0.15$) and statistically important relationship between academic achievement and student satisfaction scale averages. The factors can affecting this situation are, being separate from authority of family and their social environment, effort of gaining personal identity and image, searching a place in a new group, difference between their university student perception and diasappointment about educating-teaching service of school, comparison that students educating-teaching facility between their school and other school of university, and adaptation problems related with this situation.

Implications for practice: The satisfaction level of students must be measured regularly annually and determined the improvement areas.

Conclusions: All nursing schools and the school conduct quality management should do improvement related with student satisfaction condition.

Keywords: Academic achievement, nursing education, student satisfaction.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ansari WE (2002a) Student nurse satisfaction levels with their courses: Part I effects of emographic variables. Nurse Education Today 22(2), 159–169.

Ansari WE (2002b) Student nurse satisfaction levels with their courses: Part II effects of academic variables. Nurse Education Today 22(2), 171–180.

Ansari WE, Stock C (2010) Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. International Journal of Environmental Research and Public Health 7, 509-527.

Baykal Ü, Sökmen S, Korkmaz S, Akgün E (2005). Determining student satisfaction in a nursing college. Nurse Education Today 25, 255–262.

AUTORES/AUTHORS:

Nazike Duruk, Çiçek Fadiloglu

TÍTULO/TITLE:**THE INFLUENCE OF CHEMOTHERAPY ON FATIGUE AND QUALITY OF LIFE**

Objectives: Cancer is a major health problem in our country today, as it is worldwide. Cancer patients seriously suffer from the side effects of chemotherapy such as pain, fatigue, nausea, and vomiting, as well as disease symptoms. Chemotherapy-induced symptoms are considered to have negative impacts on quality of life of cancer patients, and may reduce their compliance with the treatment recommendations. This is a descriptive pilot study examining the influence of chemotherapy on fatigue and quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy.

Methods: This research was carried out with 40 patients who were diagnosed with breast cancer and treated in the period between 2010-2011 in the outpatient chemotherapy unit of a university hospital in Turkey. Written and verbal consent was taken from the institute and the participants before the study was initiated.

Data were obtained from patients who were receiving three cycles or more chemotherapy, by using patient identification forms, the Brief Fatigue Inventory and the European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaires (EORTC QLQ-C30). In the evaluation of the data, points, percentages, and averages were used.

The mean age of the participating patients was 46.1 years, 92.5% of the participants did not work. 57.5% of the participants did not use any medicine other than chemotherapy, while 77.5% received five or more courses of chemotherapy, and 85.0% reported no additional disease. The mean duration of disease is 27 months. According to the National Cancer Institute Anemi evaluation form, 97.5 % of participants are noted to have normal Hb levels.

Results: In the evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaires used to determine the quality of life of the participating patients, the mean level of functioning was found as 59.37 ± 12.08 , and the mean level of symptoms as 47.92 ± 15.39 . These findings suggested that disease may cause moderate level of fatigue.

According to the Brief Fatigue Inventory, 37.5% of the patients were found to experience moderate fatigue, while 35% experienced influences of fatigue on daily activities at moderate levels. 70 % of participants indicated that they did something to recover from their fatigue. Among them, 55 % indicated that they laid down, 7.5 % noted they took a walk.

Discussion: In this study, the participating patients were found to suffer moderate fatigue and the effects of fatigue on their quality of life were observed to be moderate. In the literature, it is reported that fatigue has been the major disturbing problems of the patients receiving chemotherapy, causing negative effects on the quality of life.

Patients may be recommended to be trained on maintaining quality of life and prevention from fatigue, and as a consequence, awareness on the subject may be increased.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pinar R (2003). Assessment Of Quality Of Life In Turkish Patients With Cancer, Turkish Journal Of Cancer, 33(2): 96-101.
2. Fadiloglu Ç (2003). Kanser Ve Bakim, II Ege Dahiliye Günleri, 26-29 Mart, Atatürk Kültür Merkezi, Meta Basim Matbaacilik, Izmir,123
3. Yesilbalkan Ö. (2005) Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Egitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yasam Kalitesine Olan Etkisinin

Incelenmesi. Ege Universitesi Saglik Bilimleri Enstitusu Doktora Tezi. (Thesis). Izmir; 2005.

4. Yurtsever S. Kronik Hastalıklarda Yorgunluk Ve Hemsirelik Bakimi . C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (1)

5. Berger AM. Vonessen S. Kuhn BR. Piper BF. Agrawal S. Lynch JC. Higginbotham P. (2003) Adherence, Sleep And Fatigue outcomes After Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy: Result Of A Feasibility Intervention Study. Oncology Nursing Forum. May-Jun;30(3):513-22

AUTORES/AUTHORS:

Alice Brito, Abel Paiva e Silva

TÍTULO/TITLE:

Autonomy reconstruction after self-care dependency

The aim of this article is to present the dimensions of the transition when someone becomes self-care dependent from others or something. The results presented were obtained on a research study that examined transitions using an integrative approach to theory development.

Objective. The purpose of this research is to develop a theory about the phenomenon of Autonomy reconstruction: after self-care dependency; identifying the elements of the transition; the internal (knowledge and skills, age, beliefs, attitudes) and external (resource, social support) individual factors that influences self care; the response patterns to adjust to the new way of living; nursing therapeutics.

Methods. The results presented, were obtained on a stage of the research that examined transitions using an integrative approach for the development of the theory – Grounded theory. Interviews and observation were used as a data collection technique. The interviews were taped with the participant's authorization. The texts resulted from the interview transcription were submitted to content analysis. The content analysis was performed using NVivo7, which facilitated the documentation and organization of process analysis(6). Ten participants were interviewed, four times in three month, first at hospital and others at home.

Results. The nature of the transition can be characterized through type, pattern and properties(7). Dependencies on self-care are triggered in most cases on situations of health/illness and aging, and subsequently the passage from active workers to retirees. So we can say that transitions are of type health/disease, development, situational, and simultaneous, related to patterns.

Awareness is a very important property because without it, dependent persons don't engage on the process of reconstruction autonomy. Becoming dependent from others changes many things in a person's life: needing help for the activities of daily living; staying alone; staying at home; depending from others to make decision; and feeling powerless.

There are facilitator conditions of the transition such as: low age, knowledge and high level preparation and access different kinds of resources (materials, professional, institutional and family support), beliefs on recovery and having responsible or formally guided self-care attitudes. The transition conditions inhibitors are: high age, low level of knowledge and preparation, lack of resources (materials, professional, institutional and family support), not believing on recovery and having a self-care abandoned attitude.

To adjust to the new way of living people develop response patterns. The identified process indicators are development confidence and skills, the coping centred on problem solving, interacting with nurses to obtain information and resources. Outcome indicators are mastery on self-care and incorporation into its identity of the new health condition.

Discussion and implications. The appropriate way to develop nursing minimum data set (NMDS) is nurturing nursing practice with knowledge on nursing focus of attention and nursing therapeutics(1)(2). Pereira (3) highlighted the need of knowledge development on Self-Care in fact it is a core concept in nursing. Orem(5) proposes that individuals learn and deliberately perform for themselves, taking care of what is necessary to preserve oneself, dealing with one's individual basic and intimate needs and dealing with daily routines. So, Self-care is the personal care that individuals require each day to regulate their own functioning and development and it's the Key to healthcare. In developed countries, where Portugal is included, the average life expectancy has increased as a result of improvements in living standards. This new reality generates the increased of the risk of chronic diseases. At the same time, the contention of health care costs has a direct impact on the number of hospitalization days, resulting on early discharge from the hospital. This means that when the patient goes home still requires extensive care. For the patient, this situation demands a higher level of knowledge and his participation in decisions about his health. Thus, the population aging and the policies of cost containment generates changes in health care. The recognition that some events causes changes in behavior and in the roles of each individual

are considered as a transition (2). Therefore transitions are simultaneously a consequence and a result of the changes in roles, in health, in relationships and in environment. Becoming a person with self-care dependency was seen as a complex transition and little was known about it. Understanding the properties and inherent conditions in a transition process will lead to the development of nursing therapeutics congruent with the experiences of clients and their families. In the case of a dependent client on self-care, the nursing therapeutics intent to develop people's awareness of their condition, skills on making decision, taking action, accessing resources and knowledge.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Paiva e Silva, Abel. Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança. Coimbra : Formasau, 2006.
2. Brito, Alice. A Representação do Juízo Diagnóstico em Enfermagem - dos dados, "matéria prima" , aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática. Porto : s.n., 2004. Dissertação de Mestrado.
3. Pereira, Filipe. Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto : s.n., 2007. Tese doutoramento.
4. ICN. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006.
5. OREM, Dorothea. Normas Práticas en Enfermaria. s.l. : Ediciones Pirámide, S.A., 1983.
6. Richards, Lyn. Teach-yourself NVivo 7: The introductory tutorials. NVivo 7. [Online] Janeiro 20, 2006. [Cited: Janeiro 3, 2009.] http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo7/NVivo7_Tutorials_Lyn_Richards.pdf.
7. Meleis, A.I., et al. Experiencing Transition: an emerging middle-range theory. *Advanced in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, 1, pp. 12-28.

AUTORES/AUTHORS:

Roets Lizeth, Rowe-Rowe Natasja

TÍTULO/TITLE:

Family centered care in the Pediatric Intensive Care Unit

Introduction

Family, find the admission of a child to an Intensive Critical Care unit very traumatic (Morrison & McMillan, 2004) and often develop post-traumatic stress disorder (Rees, Gredhill, Garralda & Nadel, 2004). Parents and children do not suffer independently from one another during this experience, what influences one, exercises an effect on the other. Parents need emotional support and family-centered care becomes a necessity. To render family-centered care and support the family, partnerships between the family of a child in the ICU and the health care worker should be developed. The relationship must imply mutual interdependence and equal status between the parties and improved parent outcomes can be achieved with structured education interventions and emotional support (Mullen & Pate, 2006).

Objective

The objective was to assess and describe emotional support given to mothers whose children had been admitted to an ICU.

Methods

A quantitative, descriptive design was used to describe the emotional support given to mothers of children in critical care units. Mothers (62) of children admitted to five IC units at private and public hospitals who were available and willing to participate during the 6-week period of data collection were included by means of convenience sampling. Afrikaans, English or Sotho speaking mothers, whose children were under 12 years and transferred to the ward after a first ICU admission, were included.

Structured interviews, using a questionnaire were done, as all mothers were not literate. The questionnaire contained open-ended and closed questions. Six experts validated the questionnaire to enhance validity and a pilot study was done. Approval from the local Ethics Committee was obtained and the participants gave informed consent.

Descriptive statistics, namely medians and percentiles for continuous data and frequencies and percentages for categorical data were calculated

Results and Discussion

Ten children were nursed in private hospitals and 52 in public hospitals.

Fifteen factors that led to stress were identified and need to be the focus for emotional support. They are medical procedures carried out on the child, child's appearance, information about the child's condition, changed role as a parent, child suffering pain, the equipment and alarms, physical separation from your child, fear that the child may die, inability to help the child, changed behavior of the child, physical separation, emotional separation, origin and commencement of the illness, large number of people involved in care, other children who die in the ICU and separation from the siblings and/or partner.

If the philosophy of family-centered care is to be implemented, all stressors must be acknowledged and supported by the nurse and manager.

Fear of emotional involvement with parents, staff shortages and a lack of experience are reasons that nurses gave as hindering factors in implementing family-centered care (Higman & Shaw, 2008).

Thirty seven from 62 mothers were never asked about their emotional needs. They felt supported when they received information (45), were assured about the child's condition (44), were prepared for what lay ahead (40), and when staff showed them emotional concern (38).

When the staff focused only on the child's needs, ignoring those of the mother, ten mothers felt that they received no emotional support.

Fifty six mothers wanted to be involved in their child's care. The reason why they (23) wanted to be involved in the child's care was that it made them feel better emotionally. They felt that they could make a contribution to the child's recovery (Diaz-Caneja et al., 2005) and involvement may reduce PTSD in the mother (Rees et al., 2004).

Results indicated that family-centered care must be emphasized by the manager to improve quality of care. The empowerment program, COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) (Melnik, Feinstein & Fairbanks, 2004) can serve as a guideline to assist managers in implementing an emotional support program for mothers as the study results compare with the needs addressed by COPE.

Studies have indicated the need for family-centered care within the South African context (Neal et al., 2007) although the Association and Society of Pediatric Nurses had already adopted family-centered care as a philosophy of care for pediatric nursing in 2003. Likewise, COPE may be known and implemented in Critical Care Units around the globe, but it was not the case in the hospitals in Bloemfontein, South Africa. Staff that work with children and mothers in the ICU must obtain the necessary knowledge and understanding of the identified stressors of the mother, as well as the methods of emotional support. Staff must be trained in the COPE program, and one designated person must accept the responsibility of ensuring consistent implementation of the program's principles.

Conclusion

To improve quality of care in pediatric critical care units in South Africa, by emphasizing family-centered care, the manager should guide the implementation of the COPE program as an empowerment strategy to assist nurses to emotionally support the mothers (families) of children admitted to Intensive Care Units.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Reference list

AMERICAN NURSES ASSOCIATION AND SOCIETY OF PEDIATRIC NURSES. (2003) Scope and standards of pediatric nursing practice. Washington, D.C: Author

DIAZ-CANEJA A., GLEDHILL J., WEAVER T., NADEL S. and GARRALDA E. (2005) A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, 31:1248–1254.

HIGMAN W and SHAW K. (2008) Nurses' understanding about the delivery of family centered care in the neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 14:193-198.

MELNYK B.M., FEINSTEIN N. and FAIRBANKS E. (2006) Two Decades of Evidence to Support Implementation of the COPE

- Program as Standard Practice with Parents of Young Unexpectedly Hospitalized / Critically Ill Children and Premature Infants. *Paediatric Nursing*, 32(5):475-481.
- MORRISON A.L. and McMILLAN C.H. (2004) Stress in parents of children in the paediatric care unit. *Paediatric Critical Care Medicine*, 5(6):585-586.
- MULLEN J and PATE M.F.D. (2006) Children and Families in the Intensive Care Unit. In *Core Curriculum for Pediatric Intensive Care* (Slota M ed), Elsevier, Philadelphia, pp 1-30.
- NEAL A., FROST M., KUHN J., GREEN A. and GRANCE-CLEVELAND B. (2007) Family –Centered Care within an Infant-Toddler Unit. *Pediatric Nursing*, 33(6):481-486.
- REES G., GLEDHILL J., GARRALDA M. and NADEL S. (2004) Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit admission: a cohort study. *Intensive care medicine*, 30(8), 1607 – 1614.

AUTORES/AUTHORS:

Sónia Simões, Carlos Farate, Isabel Soares, Margarida Pocinho

TÍTULO/TITLE:

Children's attachment representation in different types of families

Some literature has shown that there are differences in the quality of attachment, when comparing different types of families. So, when children experience their parents' divorce or live in single parent and reconstituted families have, more frequently, an insecure attachment representation, comparing with children from nuclear families (Faber & Wittenborn, 2010; Hetherington & Kelly, 2002; Tippelt & Konig, 2007).

The goal of the study is to examine if there are differences in children's attachment representation (secure versus insecure) when comparing different family types (nuclear, single parent and reconstituted families).

The study was conducted on a school-based community sample using school-aged children (7-11 years-old) attending the 1st cycle of elementary school. From the 288 children, 116 belong to nuclear families, 116 to single families and 56 to reconstituted families.

To assess children's attachment representation was used the Separation Anxiety Test (SAT, Hansburg, 1972; Klagsburn & Bowlby, 1976; Resnick, 1991; Slough & Greenberg, 1990, Portuguese version from Almeida, Soares, & Martins, 1996).

Results show that there are no statistically significant relation between children's attachment and family type ($p=.785$). This means that there are very similar values in the distribution of children belonging to each one of family groups, accordingly to their secure and insecure attachment classification. Nevertheless, children from nuclear families are more often classified as having a secure attachment (80.4%) compared with children from single parent (78.6%) and reconstituted (75.0%) families.

In conclusion, data reveals that the family type isn't related to the quality of attachment in school-aged children. Even if most of the literature has noted that children living in single parent or reconstituted families are more likely to develop an insecure attachment, there are other variables that can influence the quality of children's attachment. So, the results of this research suggest that parents' marital status and family type itself may not affect the security of children attachment, but there are several variables that may be mediating this relationship.

As has been documented, the quality of the children attachment may be influenced by several interrelated variables, some of them not resulting directly from the parents' marital status or family structure but inherent to other individual, relational and contextual factors (Ammantini, Speranza, & Fedele, 2005; Belsky & Fearon, 2008; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005). So, this results underlines the importance of the study of attachment in context, and that should not be underestimated the influence of various factors, such as parents' ability to respond appropriately and consistently to the security needs of the children (Faber & Wittenborn, 2010), parental rearing styles (Nair & Murray, 2005; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000), the quality of co-parenting (Schoppe-Sullivan, Brown, Cannon, Mangelsdorf, & Sokolowski, 2008), the quality of interparental relationship (Cummings & Davies, 2002; Laurent, Kim, & Capaldi, 2008; Moura & Matos, 2008), and the level of paternal involvement (Faber & Wittenborn, 2010; Lowenstein, 2010; Moura & Matos, 2008).

Key words: school-aged children, parental rearing style, attachment representation, family type.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Belsky, J., & Fearon, R.M.P. (2008). Precursors of attachment security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 295-316). New York: Guilford Press.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in

process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.

- Faber, A.J., & Wittenborn, A.K. (2010). The role of attachment in children's adjustment to divorce and remarriage. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(2), 89-104.
- Feinberg, M.E., & Kan, M.L. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 253-263.
- Hetherington, E.M. & Kelly, J. (2002). *For better or for worse: Divorce reconsidered*. New York: W.W. Norton & Company.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M.A.G., & Dekovic, M. (2008). Parenting, coparenting, and effortful control in preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 30-40.
- Laurent, H.K., Kim, H.K., & Capaldi, D.M. (2008). Prospective effects of interparental conflict on child attachment security and the moderating role of parents' romantic attachment. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 377-388.
- Lowenstein, L.F. (2010). Attachment theory and parental alienation. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51(3), 157-168.
- Moura, O., & Matos, P.M. (2008). Vinculação aos pais e conflito inter-parental em adolescentes. *Psicologia*, XXII(1), 127-152.
- Nair, H., & Murray, A.D. (2005). Predictors of attachment security in preschool children from intact and divorced families. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 245-263.
- Schoppe-Sullivan, S.J., Brown, G.L., Cannon, E.A., Mangelsdorf, S.C., & Sokolowski, M.S. (2008). Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behavior in families with infants. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 389-398.
- Tippelt, G.G., & Konig, L. (2007). Attachment representations in 6-year old children from one and two parent families in Germany. *School Psychology International*, 28, 313-330.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.

AUTORES/AUTHORS:

SELEN OZAKAR, GULZADE UYSAL, LALE BUYUKGONENC

TÍTULO/TITLE:

EVALUATION OF NUTRITION HABITS, DAILY ACTIVITIES AND BODY MASS INDEX (BMI) IN NURSERY SCHOOL CHILDREN

OBJECTIVES

Today, obesity as well as undernutrition has become one of the nutritional problems encountered in children. Obesity in childhood period can lead to serious health problems and social problems. Defining obesity in childhood period is extremely important for the prevention of obesity-related complications in adulthood period. In this study, it's aimed to define the food habits, daily activities and body mass indices of children who are in the period of 3–6 years and go to pre-school in Çorum.

METHODS

Descriptive and cross sectional research was performed between the dates of 02.03.2011–02.04.2011 in preschools in Çorum. The selection of sample wasn't applied at research, all children (554/648) from whom were benefited for the research consisted of the sample of research. The data were collected by using 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 'questionary form' developed according to literature. During the collection of data, each child's body mass indice was calculated by using the formula (body weight-height), $\text{weight(kg)/height}^2\text{(m)}$ anthropometric measurements of children who were included in research. The data were evaluated by frequency and chi-square tests. Those under $p < 0.05$ were considered as statistically significant.

RESULTS OR FINDINGS

52.5% of students who participated in the study are male and 47.5% of students who participated in the study are female students. The averages of body mass indices are 16.18. While it is determined that 90.1% of the students are having breakfast every day, 84.3% of the students are having lunch and 92.2% of the students are having dinner, it is determined that 29.6% of them aren't eating any food at bedtime. When the frequency of children's body mass indice status, it is determined that 7.2% of them are weak, 66.4% of them are normal, 12.1% of them are risk groups to obesity and 14.3% of them are obese. It is determined that gender has a significant effect on daily meals consumption of children and mid-morning meals consumption of girls are less than boys ($p < 0.05$), and unhealthy food consumption of girls are much more than boys ($p < 0.05$). Unhealthy food consumption of children didn't have a significant effect on body mass indices ($p = 0.643$). Nearly half of children indicated that they sometimes had a quick bite while they were watching or spending their time on computers. Children's duration of stay at computers have a significant relationship with the body mass indice measurements ($p < 0.05$). It was determined that parents' educational and income level increased more and more, the rate of obesity increased and differences between them didn't have a statistical significance. More than 4 hours a day sitting at computers has a significant effect on body mass indice. Unhealthy food consumption of children didn't have a statistically significant effect on body mass indices ($p = 0.643$). As a result, the examined variables didn't have a significant relationship with age, consumption of afternoon meals and duration of stay at computers and a statistically significant relationship between the body mass indice percentile values .

DISCUSSION

The frequency of obesity is increasing rapidly all over the world. It has been reported that 7% of children in the world are obese and the rate of obesity in developed countries has reached 25%^{12,13}. In Turkey, the rate of obesity between children and adolescents has increased from 5% to 10% in the last 20 years¹⁴. In this study, it was determined that 14.3% of children were obese and 12.1% had a tendency to obesity and more than 4 hours a day sitting at computers had a statistically significant effect on body mass indice

($p=0.033$). According to studies, children's daily energy intake during their spending their time on television and the habits of children sitting in front of the computer and television with high-calorie foods increase the effect of obesity. In this study, children's play time didn't have a significant effect on body mass index ($p=0.632$) but it was determined that children who played more than 4 hours were more weak. In this study, many of obese children's watching television too much, staying at computers too much and spending their daily activities as sedentary support the lack of activity at development of obesity^{16,17}. Childhood period obesity is a significant public health problem since it continues as adult obesity in the future, causes complications and can be avoidable and nurses have a big role in this subject. According to the results of research, nurses are advised to supervise children with high obesity risk closely, diagnose in the early period, plan training program for families and teachers about correct and conscious nourishment and physical activity.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Atamturk D. Prevalence of obesity and overweight among children from lower socioeconomic status. *Gaziantep J of Med* 2009; 15(2):10-14.
2. Bundak R, Neyzi O, Gunoz H, Darendeliler F. Growth and development disorders, pp:1; 97-98. In: Neyzi O, Ertugrul T (eds), *Pediatrici*. 2010, 3th ed. Nobel Med Bookstores, Ankara
3. Karakas S, Okyay P, Onen O, Ergin FA, Beser E. Body mass index of 7-14 age group students among urban and rural regions, Aydin. 8. National Public Health Congress Dicle University Medical Faculty Public Health Department Congress Book. 2002 Diyarbakir.
4. Ozçirpici B, Sahinoz S, Ozgur S, Bozkurt AI. Prevalence of obesity in Gaziantep province. IX. National Public Health Congress Abstract Book. 2004 Ankara.
5. Cinaz P. Obesity. *J of Clinic Pediatrics* 2007; 2(6):19-23.
6. European Congress on Obesity. May 25-28 2011 Istanbul. <http://www.eco2011.org/> Date of access: 19.08.11
7. Arslan P. The age of child and adolescent obesity and principles of medical nutrition. *Clinic Children's Forum* 2004; Kasim-Aralik 6-11.
8. Babaoglu K, Hatun S. Childhood obesity. *Continuing Med Education J* 2002; 11(1):8-10.
9. Cinaz P, Bideci A. Obesity, pp: 487-505. In: Gunoz H, Ocal G, Yordam N, Kurtoglu S (eds), *Pediatric Endocrinology*. 2003, 1st ed. Pediatric Endocrinology and Oksoloji Association Pub 1, Kalkan Printing Press.
10. Tezcan S, Ertan AE, Aslan D. Evaluate the condition malnutrition in children under five years age. *J Med Sci* 2003; 23:420- 29.
11. Vançelik S, Önal SG, Güraksin A. Some related factors and situation of body weight in atatürk university students Atatürk University. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2006; 5: 72-82.
12. Donohoue PA. Obesity, pp:173-77. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), *Nelson Textbook of Pediatrics*. 2004, 17th ed. Saunders, Philadelphia.
13. Soylu ÖOB, Soylu A. Hypertension and renal diseases in childhood obesity. *Turkey Clin J Pediatr* 2008; 17:37-43.
14. Simsek F, Ulukol B, Berberoglu M, Gulnar SB, Adiyaman P, Öcal G. Prevalence of obesity a primary school and high school in Ankara. *Ankara University Med Fac Bulle* 2005; 58: 163-6.
15. Matheson DM, Killen JD, Wang Y, Varady A, Robinson TN. Children's food consumption during television viewing. *Am J Clin Nutr* 2004; 79:1088-1094.
16. Oztora S. Determine the prevalence and investigate the risk factors of obesity in primary school children. *Specialty Thesis*, 2005.
17. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. *Pediatr Blood Cancer* 2005;7.

AUTORES/AUTHORS:

Ozge SUKUT, Resmiye OZDILEK, Dilek AYGIN

TÍTULO/TITLE:

Stigmatization of AIDS, Mental Disorders, Obesity, and Skin Disease in High School Students

Objective: Erving Goffman described the stigma as the mark that distinguishes someone as discredited; cause of their skin color (ethnicity), their gender, their body size (like obesity), and their clothes (for the reason of poverty) are stigmatized by the general public. The highest risk group in stigmatization the patient who have a mental health diseases, had been in prison, have been addicted to drugs or alcohol, have unemployed, have a suicidal behaviour, have a radical politic aspect (Goffman, 1986; Larson and Corrigan, 2008; Oran and Senuzun, 2008; Olphen et al., 2009).

In addition to these situations; cancer, tuberculosis, leprosy (Hansen's diseases), the diseases which infected by sexually transmitted, have diagnosed by epilepsy, homosexuals, and lesbians are stigmatized in society (Oran and Senuzun, 2008; Hatzenbuehler, 2009). Most of the people who have mental illness come across with the crimination in the education areas (like school, course etc.), occupational areas, even mental health services (Corrigan et al., 2003). Therefore; the purpose of this study is to determine stigmatization of HIV, mental disorders, obesity, and skin disease in high school students and its relation with some socio-demographic characteristics.

Method: This descriptive and cross-sectional study was carried out in a private high school, in Sakarya, Turkey with written permission of Directorate of School. The target population of the study included 80 students. The sample included 128 students who were at school in the data collecting process, accepted to participate to the study voluntarily and filled the questionnaire completely. The data was collected in between 2nd and 10th of May 2011, with questionnaire which was created by researches. The questionnaire includes 54 items about socio-demographic characteristics and stigmatization questions about AIDS, mental disorder, obesity, and skin diseases (like vitiligo, urticaria etc.). The results were evaluated statistically by descriptive statistics and Chi Square Test.

Results: The mean age of the high school students were $16 \pm .944$. The girls stated that they may not be a partner of a person with AIDS when compared to boys ($p < 0.01$). Girls mostly think that person with mental disorder is always been an aggressive person when compared to boys ($p < 0.001$). Girls mostly believe that person with mental disorder can't make right decisions about their life when compared to boys ($p < 0.01$). Boys mostly think that; persons with mental disorder should be isolated from society ($p < 0.05$). Girls mostly stated that; they can be afraid if they stay alone with a person with mental disorder ($p < 0.001$). Girls stated that they can't use the same hygiene products of a person with skin disease ($p < 0.05$). Boys stated that they can't share the same home ($p < 0.01$), don't want to be a friend ($p < 0.05$), and don't want to make a sport activity with a person with obesity ($p < 0.05$). The students whose mother's graduated from high school stated that they can't share the same desk in school ($p < 0.01$), can't share the same toilet ($p < 0.01$) and, can't eat food cooked by a person with AIDS ($p < 0.05$). The students whose mother's graduated from high school and primary school stated that they can't share the same home with a person with skin disease ($p < 0.05$). There is no significance with stigmatization and fathers' education level ($p > 0.05$). The students who have larger expense than their incomes stated that they can't share home ($p < 0.01$), and don't want to make a sport activity of a person with obesity ($p < 0.05$).

Discussion:

Mental disorders are the most stigmatization reason than the other diseases. In the study of Griffiths et al. (2006) the mental disorders which include depression and schizophrenia stigmatize in Australian and Japanese public.

Girls stigmatize the people with AIDS, mental disorder and skin disease more than boys. Boys stigmatize the people with obesity more than girls. It may lead to discrimination in schools especially among close their friends. The people who have a mental health disorders are socially isolated and exposed verbal and physical behavior by the person who discriminate (Nunes and Torrenté, 2009).

But on the other hand in the study of Ogunsemi et al. (2008) there is no significant difference in gender towards psychiatric labels. AIDS and skin diseases are the second stigmatization issues. The study was limited with only one private school. Similar studies may be carried out for state schools with different social-economic backgrounds. Therefore, to prevent stigmatization; the high school students should be educated for preventing stigma and discrimination.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J (2003): Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 54: 1105–1110.
- Goffman E. (1986): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster Inc. 1st Ed., New York: 1–41.
- Hatzenbuehler ML (2009): How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psycho Bull.* 135(5): 707–730.
- Larson JE, Corrigan P (2008): The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*, 32: 87-89.
- Olphen JV, Eliason MJ, Freudenberg N, Barnes M (2009): Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(10): 1-10.
- Oran NT, Senuzun F (2008): A loop to be broken in a society: HIV/AIDS stigma and coping strategies. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* (5)1: 1-16.
- Griffiths MK, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm FA, Nakane H (2006): Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 6(21): 1-12.
- Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO (2008): Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry*, 7(15): 1-4.
- Nunes M, Torrenté M (2009): Stigma and violence in dealing with madness: narratives from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 43 (1): 1-7.

AUTORES/AUTHORS:

Sukhwinder Kaur, Indarjit Walia, Amarjit Singh

TÍTULO/TITLE:

: Profile of surgery induced and natural menopausal women in sub urban Chandigarh, India

Objectives: To determine the average age at menopause; To ascertain the relationship between various socio-demographic variables; To ascertain the knowledge and practices of the study women regarding menopause; To determine the prevalence of symptoms among surgery induced and natural menopausal women.

Introduction: Menopause marks the end of a women's reproductive life and is a period of rapid change in hormonal balance associated with a number of symptoms. The normal menopausal age range is 45 to 55 years¹. Menopause starts as the ovaries begin to fail to produce an egg every month, this in turn interrupts the regular pattern of hormone cycles. It gradually leads to the somewhat chaotic and long-drawn out shutting down of the whole reproductive system. As the body struggles to adapt to the rapidly changing levels of natural hormones, a number of symptoms appear. In Western countries these symptoms have been projected as a hormone deficiency syndrome i.e. menopause. As a consequence, Hormone Replacement Therapy (HRT) was evolved and vigorously promoted by various pharmaceutical companies all over the world to "replace" women's depleting hormone levels due to menopause and to relieve associated symptoms². In contrast, women in countries like India, view menopause rather positively and take menopausal symptoms in their stride. Use of HRT is almost nil in rural India and is negligible in urban India. Reason for such differential use of HRT is due to the difference in the way menopause is viewed in the two settings. In youth-oriented Western cultures, menopause is frequently inter-wined with fears of aging, loss of status and loss of sexuality. However, women have been reported to welcome menopause in developing countries like India³⁻⁵, Thailand, Zimbabwe and Israel⁶⁻⁸

Method: An cross-sectional house to house survey was undertaken to enlist eligible women for interview. It was decided to cover the whole population of sub-urban area of Chandigarh in the study because this is the field practice area of researcher, thus all the houses were surveyed. Purposive sampling was done. Tool was developed consisting of open and closed ended questions. All women who had their last menstrual period 12 months or more prior to interview were included in the study. Target population consisted of all women aged 40-60 years living in sub urban area. Research proposal was approved by the Institute Ethics Committee before initiating the survey. **Interview/Survey:** Initial qualitative research phase of the study incorporated four focus group discussions four case studies, and two key informant interview. Consent of the participants taken. Both descriptive and inferential statistics was applied to analyze the data.

Result and discussion: Out of 725 women aged 40-60 years, 298 (41.1%) had attained menopause. Of these, 245 (82.2%) women were in the early postmenopausal phase of their lives (within 10 year of menopause). 46.5% had not attained menopause and 6.5% were in transition phase and 43 (5.9%) had undergone hysterectomy.. The mean menopausal age (\pm SD) was 46.85 ± 3.8 years (range 40–58yrs.). The mean age at menarche (\pm SD) was 14.98 ± 1.6 years (range 5-27yrs). There was a significant negative correlation between age at menarche with length of menstrual life ($r= 0.39$); a significant positive correlation between age at menopause and length of menstrual life ($r=0.92$) and significant correlation of age at last child birth with number of pregnancies ($r=0.44$), age at menopause ($r=0.29$) and length of menstrual life ($r= 0.23$) Treloar also found similar strong relationship⁹. Very few respondents got knowledge about menopause from doctor/nurse (1.6%) and only (3.3%) from T.V./radio/magazine/papers. Most (94.3%) of the respondents welcomed cessation of menses. Majority (84%) of the subjects underwent hysterectomy, stayed in hospital for <20 days. 42% of cases spent upto Rs. 6000 on surgery. Carlson et al (1994) reported that abnormal bleeding was the reason for hysterectomy in their study in 22% subjects and hospital stay was 1-7 days in 98% cases Hysterectomy rate in this study is 6% as compared to 5% reported by Singh & Arora (2000) in rural Haryana². The prevalence of incontinence and other genitor-urinary symptoms was found to be higher after surgical than natural menopause. (Drogendijk et.al 1992)¹⁰. Uncontrolled

bleeding was the common reason for hysterectomy (39%). All of them reported relief after hysterectomy. Urinary problem, sexual problem, weakness/fatigue were significantly more prevalent in surgery induced menopause cases, while irritability was more prevalent in natural menopause cases. Diminished vision was the most frequently reported symptom in both the groups. No treatment was taken by some women (17.1%) for menopausal symptoms. Only one agency was consulted by majority 60%. Various home remedies were also used to manage menopausal symptoms by some of the respondents (15.4%). None of the women used HRT. Conclusion: Menopause was welcome by most women. Implication for the study: The women in their climacteric years should be educated on various aspects of menopause and its management.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathe-Hart M, Salado W (2007). "Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy". *J Am Acad Nurse Pract* 19(11:602-13).
2. Singh A and Arora A. K. Profile of menopausal women in rural north India, *Climacteric* 2005;8:177-184
3. Kaur S, Walia I, and Singh A. How menopause affects the lives of women in suburban Chandigarh, India, *Climacteric* 2004;7:175-180
4. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
5. Anonymous. Directory 2007-2008 Indian Menopause Society (Back inside Cover)
6. Birkhauser M H, Balow DH, Noteloviz M, Rees CM(Eds). *Management Handbook- Health Plan for the Adult Woman*. London, Taylor & Francis. 2005.
7. Mc Master J, Pitts M, Poyah G. The menopausal experiences of women in developing country: 'There is a time for everything: to be a teenager, a mother and a granny'. *Women and Health* 1997;26:1-13
8. Blumberg G, Rabinerson D, Goldman GA, Kitai E, Neri A. Women's attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. *Int J Gynecol Obstet* 1996;54:271-77
9. Treloar A E. Menarche, menopause and intervening fecundability. *Human biology* 1974;46:89-107.
10. Drogendijk A C, Valkenburg H A, Riphagan F. The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genitourinary tract. *Maturitas* 1992;15:101-102

AUTORES/AUTHORS:

Sharareh Khosravi, Tahereh Ashktorab

TÍTULO/TITLE:

Nurse prescribing: Iranian nurses` view

Objective:

Determining Iranian nurses` view about nurse prescribing

Methods:

"One of the most significant changes in nurses` role was nurse prescribing. Now nurses can legally prescribe in several countries". But in many others such as Iran this is still a matter of debate and there are controversies around this important subject in health care system. The question is; what do nurses, themselves, think about it?

This is a qualitative descriptive study. "Qualitative descriptive designs tend to be eclectic and are based on the general premises of naturalistic inquiry and present comprehensive summaries of a phenomenon or of events".

Participants were selected from nurses working in emergency departments, ICUs and CCUs. Sampling method was purposive.

Participants must have at least 2 continuous years of working experience in one of these units. Selection was continued to the point of data saturation. Totally 12 nurses (7 female and 5 male) (10 BS and 2 MS), between 32-44 years old, with working experience of 6-20 years; participated in the study.

Considering the research method which was qualitative, there were no variables to measure.

Data was collected through semi-structured interviews. Interviews last between 45-60 minutes. Discussions were audiotaped.

Data was gathered to the point of data saturation. "Saturation refers to the repetition of discovered information and confirmation of previously collected data". Data was analyzed through content analysis. After each interview the recorded data was listened and transcribed verbatim. Data was reviewed over and over. Meaning units were found. Then the related codes were determined and placed under subcategories based on their similarities. Subcategories were put in categories and at last themes were emerged. In order to gain trustworthiness there was prolonged engagement with the subject, findings were member and expert checked, and participants were selected different years of working experience. Also activities were recorded precisely and findings were confirmed by some nurses out of the study.

Results:

During analysis 4 themes and 8 subthemes were emerged. They were as follow:

1. Patient care quality including economic issues and patients needs;
2. Nurses professional place including empowerment and communication;
3. Challenges including responsibility and attitude;
4. Prerequisites including legal issues and education;

Discussion:

Participants believed, prescription is necessary for nurses in order to better patient care and also improving nurses` professional place. But they also talked about many challenges present in this area. They also stated that there are important prerequisites for nurse prescribing. It seems providing nurses with this important role is necessary but needs prerequisites such as legal and educational support, supervision, and precise planning.

Nurse prescribing can improve quality of care and is a key for enabling nurses to be effective. Evaluations in some countries on nurse

prescribers showed positive results.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Van Ruth LM, Mistiaen P, Francke AL. Effect of nurse prescribing of medication: a systematic review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2008; 5(2). [on-line]. Available: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijhca/vol5n2/nurse.xml>. Accessed: 22 September 2009.
2. Courtney M. Nurse prescribing-the benefits and pitfalls. *Journal of Community Nursing online*. 2007; 21(11). [online]. Available: <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=11&YearNum=2007&Type=search&ArticleID=1098>. Accessed: 4.2.2009.
3. Nuzzo JL. Independent prescribing authority of advanced practice nurses: a threat to the public health? *Food Drug Law Journal*. 1998; 53(1): 35-46.
4. Streubert Speziale HJ, Carpenter Rinaldi D. *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative*. Fourth ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2007.
5. Latter S, Courtenay M. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(6): 776-7.
6. Jones M. *Nurse Prescribing: Politics to Practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall; 1999.
7. Newton H. Nurse Prescribing – Implications in Practice. *Nursing Standards*. 1999; 13, (42): 49.
8. Robinson F. Delivering safe and effective nurse prescribing. *Practice Nurse*. 2009; 37(5): 22-24.
9. Courtney M, Berry D. Comparing Doctors` and nurses` views of nurse prescribing: a questionnaire survey. *Nurse Prescribing*. 2007; 5(5):1-6.
10. Courtney M, Carey N, Burke J. Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *International Journal on Nursing Studies*. 2007; 44(7): 1093-101.
11. Wells J, Bergin M, Gooney M, Jones A. Views on nurse prescribing: a survey of community mental health nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2009; 16(1): 10-17.
12. Ryan-Woolley B, McHugh GA, Luker KA. Prescribing by specialist nurses in cancer and palliative care: results of a national survey. *Palliative Medicine*. 2007; 21(4): 273-278.
13. Nola P, Haque S, Badger F, et al. Mental health nurses` perceptions of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(4): 527-534.
14. Robinson F. Was nurse prescribing a step to far? *Practice Nurse*. 2006; 32(9): 10-12.

AUTORES/AUTHORS:

Marisa Lourenço, Paulino Sousa

TÍTULO/TITLE:

Gains in autonomy in self-care in an inpatient rehabilitation unit

Aim: Identify gains in autonomy in an inpatient of the rehabilitation unit.

Identify needs for nursing care of patients admitted to the rehabilitation unit.

Method: This is a quantitative, exploratory and transversal study. The theoretical framework is founded on the "self-care deficit theory of nursing" from Dorothea Orem. The study ran in a rehabilitation unit in northern of Portugal. The 108 Participants admitted that unit, following the inclusion criteria: being dependent on self-care and show interest in participating. Information was collected through a questionnaire that assesses the ability for self care, applied at two different times of hospitalization, admission and discharge, between October 2009 and May 2010. Data analysis with SPSS version 19 IBM (Statistical Package for the Social Sciences).

Results: The eleven areas of self-care that were assessed (self bathing, self dressing or undressing, self feeding, self grooming, self hygiene, self lifting, self toileting, self transferring, self turning, wheelchair use and walking), the participants became more autonomous in the hospitalization, at the areas: wheelchairs use; walking and self transferring and were less autonomous, at the areas: self bathing, self dressing or undressing. The overall analysis of the gains in autonomy shows that 10,2% clients at discharge, are autonomous in all areas referenced to self-care and that 88,9% of the sample continues to need help in at least one of the areas self-care.

Discussion: When comparing the dependence on self-care at the time of admission and discharge, show gains in autonomy in the inpatient. But the existence of a high number of patients with dependence in some areas of self-care at the time of discharge, leading to reflection on the need to create a model of care that values the promotion of autonomy in different areas of self care.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. (1999) – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*; 30(3), 564-572: Blackwell Science Ltd.
- CHARLES, E.; LEWIS, R.; VIEWEG, V.; TUCKER, R. (1996) – Group and single-subject evaluation of a programme to promote self-care in elderly nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*; 24, 1207-1213: Blackwell Science Ltd.
- Department of Health. Self Care – A Real Choice. Self Care Support - A practical option. Improving Care Improving lives. In <http://www.ich.ucl.ac.uk/cypph/downloads/learning/Self-Care.RealChoice.pdf>.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoa Idoso. Circular Normativa nº13/DGCG. 12 de Julho de 2004.
- FAUCETT, J. (1990) - The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home setting. ; *Journal of Advanced Nursing*, Jun; 15(6): 659-66 PMID: 2114429 CINAHL AN: 1990115241.
- FURLOG, S. (1996) – Self-Care: the application of a ward philosophy. *Journal of Clinical Nursing*; 5, 85 – 90: Blackwell Science Ltd.
- GEORGE, J. (2000) – Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- GESAWORLD (2005) - Relatório final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual.
- JAARSMA, T.; ABU-SAAD, H.; DRACUP, K.; HALFENS, R. (2000) - Self-care behaviour of patients with heart failure.; *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Set; 14(2): 112-9 PMID: 12035274 CINAHL AN: 2000079954.
- MELEIS, A. (2007) – Theoretical Nursing Development & Progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Official Journal of the International Orem Society - Self-Care & Dependent-Care Nursing. Volume 15, No. 1, June 2007. In

<http://www.scdnt.com/download/Vol15No1.pdf> http://www.unisa.edu.au/nur/arc_project/

OREM, D. (1983) - Normas Práticas en Enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

PORTUGAL (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. DRI Série A.109. Lisboa.

PORTUGAL (2005). Cuidados de saúde e cuidados de longa duração . Relatório Preliminar. Lisboa

RNCCI. Política, estratégia e qualidade . [Online] Março de 2009. [Citação: 12 de Maio de 2009.]

http://www.rncci.min-saude.pt/docs/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar 2009.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:

Delia González de la Cuesta, M Jesús Barrado Narvi3n, M Paz Mainer Sanmartin, Isabel Cano Mateo, Nieves L3pez Ibort

TÍTULO/TITLE:

PROCESO DE DONACI3N DE 3RGANOS: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCI3N FORMATIVA

OBJETIVOS

- 1.-Evaluar la efectividad de realizar un curso de formaci3n de "Actualizaci3n del proceso de Donaci3n de 3rganos" en un grupo de profesionales, tanto m3dicos como enfermeros del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) en Noviembre de 2010.
- 2.- Actualizar y ampliar los conocimientos de los profesionales de enfermer3a y medicina en el proceso de donaci3n de 3rganos
- 3.- Divulgar el nuevo Protocolo de muerte encef3lica desarrollado en la comisi3n de muerte encef3lica del HUMS
- 4.-Evaluar por parte de los alumnos la satisfacci3n el curso "Actualizaci3n del proceso de Donaci3n de 3rganos"
- 5.-Reevaluar y mejorar el curso de formaci3n.

M3TODO

Estudio cuasi-experimental con grupo control pre-test/pos-test, realizado con los alumnos del curso "Actualizaci3n del proceso de Donaci3n de 3rganos" llevado a cabo en el HUMS en Noviembre de 2010, con grupo control realizado con los profesionales de enfermer3a y medicina de los servicios implicados en el mismo momento.

El test de conocimientos fue elaborado por los profesores del curso con un total de 21 preguntas y en el que cada uno incluy3 de 2 a 3 preguntas sobre la materia impartida.

Se evalúa la satisfacci3n de los alumnos que han realizado este curso a trav3s de encuesta formalizada por el Servicio Aragon3s de Salud (SALUD).

Se analizan los resultados con el programa estadístico EPIDAT 3.1.

RESULTADOS

El n3mero de alumnos del curso fue de 20, en su mayor3a mujeres (90%).

La distribuci3n por servicios fue: Cuidados Intensivos (16), Quir3fano (2), Neurofisiolog3a (1) y Nefrolog3a (1). La media de edad fue de 32 a3os.DE

Dos de ellos eran m3dicos (10%) y el resto enfermeras (90%).

En el pretest se demostr3 que los conocimientos sobre el proceso de Donaci3n de 3rganos estaban en un 11,3 de media, DE 2,86, con una amplitud de 8.

En el postest el resultado fue de 16,73 como media, DE 1,286 y amplitud de 4 de un total de 19 alumnos que lo contestaron siendo exactamente el mismo test que al comienzo del curso.

En cuanto al grupo control el resultado en el momento previo al curso fue de un 11,77 de media y DE 2,66 con una amplitud de 15, cifra que se mantuvo en el postest con un 11,62 de media, DE 2,64 y amplitud de 14.

Aplicando la t de Student para la diferencia de medias, con un nivel de significaci3n del 95%, el resultado fue estadísticamente significativo, es decir, la intervenci3n (el curso) cumpli3 los objetivos previstos.

La valoraci3n del curso estudiada mediante encuesta de valoraci3n de calidad establecida por el SALUD revel3 un gran inter3s por la materia impartida, y un grado de satisfacci3n de 8 sobre 10 en la evaluaci3n total del curso, donde los recursos estructurales fueron bien valorados y s3lo se ech3 en falta la entrega de documentaci3n escrita.

Los profesores fueron muy bien valorados, siendo todos profesionales en ejercicio del HUMS de los distintos departamentos que intervienen en la evaluaci3n del posible donante de 3rganos y en su atenci3n directa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El resultado alcanzado demuestra que la actividad formativa fue muy útil y ampliamente aprovechada en cuanto a conocimientos. Como demuestra la bibliografía, la formación es imprescindible en ciencias de la salud; es un medio de divulgación y actualización continua de conocimientos y sensibilización en procesos tan delicados como la donación de órganos.

La satisfacción de los alumnos respecto al curso fue muy alta, así como la de los profesionales que actuaron como profesores. Por ello se van a realizar dos nuevas ediciones del curso con las modificaciones aprendidas de la evaluación de los alumnos, para dar cabida a todos los interesados en el tema, pues se recibieron muchas más solicitudes para cursarlo que las plazas disponibles. Los profesores realizaron esta actividad fuera de su horario laboral y de forma altruista, demostrando un gran interés y generosidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Martinez A, Zabalza M. Cuidados de enfermería en el mantenimientos del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva* 2001; 12(1): 10-20.
- 2.-Lardiés F, Costa E, Ortiz I. Protocolo de Cuidados en Donantes de Órganos. [Internet]. Consultado Abril 2010. Disponible en: www.seden.org/files/art515_1.pdf
- 3.-Calvo P. Cuidados de Enfermería en el mantenimiento del donante.Universidad de Salamanca. [Internet: consultado Abril 2010]. Disponible en: www.gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/75634/1/TG_CalvoFlores_Pedro_CuidadosEnfermeriaMantenimientoDonanteOrganos.pdf
- 4.-Protocolo para elaborar el pretest y el postest de una acción formativa. [página Web]. Consultado Abril 2010. Disponible en: <http://www.google.es/search?q=pretest-postest&hl=es&lr=&sa=N&tab=sw&aq=f&aqi=g1&aql=&oq>

AUTORES/AUTHORS:

Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc, ISABEL ANGULO RAMIREZ, GLORIA LORENTE GRANADOS

TÍTULO/TITLE:

Elementos motivadores en los alumnos de enfermería para la realización de practicas clínicas voluntarias en vacaciones

Introducción: El desinterés demostrado por los alumnos universitarios, el bajo rendimiento académico, la prolongación de años de estudio y el abandono de éstos, son problemas preocupantes.

Esta preocupación no se circunscribe únicamente al plano académico, sino también al tema económico y social, ya que se esta comprobando como el gasto público en educación no produce los resultados deseados.

Recientes estadísticas demuestran una tasa de abandono de los estudios universitarios entre el 10 y el 40%; en enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional es de 8- 26%.

Las razones de los estudiantes para tomar la decisión de abandonar los estudios han sido estudiadas y se refieren a la motivación como uno de los factores que mas influye. Un alumno motivado logrará rendimientos académicos más satisfactorios.

La motivación y las expectativas de los estudiantes son elementos clave para predecir la decisión de continuar con los estudios o abandonarlos.

Como hemos visto, las carreras de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional cuentan con una tasa de abandono entre el 8 y el 26% (INE), sin embargo nos encontramos con hechos que podrían parecer contradictorios al observar como cada año, alumnos de dichas carreras solicitan realizar prácticas clínicas de forma voluntaria durante su periodo vacacional de verano, reduciendo su periodo de descanso de forma importante. Nos preguntamos por ello, que mueve a estos jóvenes a no solo no abandonar sus estudios, sino a ampliar voluntariamente su formación académica.

Objetivo del estudio: El objetivo de este estudio es conocer la motivación de los estudiantes de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional para solicitar ampliar de forma voluntaria su formación práctica y realizar prácticas clínicas voluntarias (PCV) durante su periodo vacacional y aquellas circunstancias que constituyen fuentes o elementos motivadores para los alumnos.

Material y método: estudio realizado desde una aproximación cualitativa vinculada a un enfoque interpretativo, realizada en el Hospital General La Mancha-Centro, en Alcázar de San Juan, provincia de Ciudad Real.

Participaron los 15 alumnos que solicitaron de forma voluntaria hacer PCV en su periodo de vacaciones del verano de 2010.

Debían utilizar la fenomenología aplicada a las prácticas clínicas (PC), mediante la realización de un diario reflexivo de prácticas.

Para el análisis de contenido latente de los diarios se procedió a identificar, codificar y categorizar patrones primarios en los datos para trabajar su abstracción e interpretación.

La recogida de datos y el análisis se hizo de forma concurrente, seguida de una fase de interpretación mas profunda, así como el

proceso de emerger los significados a partir de los datos.

Validez y confiabilidad: Siguiendo a Morse et al. (2002), se implementaron métodos de control integral y autocorrección durante el proceso de investigación, en base a las estrategias de verificación propuestas por ellos, obteniendo validez y confiabilidad de forma activa y como parte de la investigación cualitativa. Se seleccionaron todos los participantes que solicitaron realizar prácticas voluntarias en el periodo de vacaciones de verano de 2010, lo que garantiza la saturación de las categorías con información de calidad.

Resultados:

El tema que emerge como principal elemento motivador es la oportunidad. 1. Oportunidad de “vivir el hospital” : su nuevo mundo y la construcción de su identidad. 2. Oportunidad académica: aprender “de verdad”. 3. Oportunidad de mejora clínica : “coger soltura”, trabajar en “mi hospital”. 4. Oportunidad de crecimiento personal: mejora de “mi vida personal”, toma de decisiones y apoyos. 5. Oportunidad para establecer relaciones: “disfrutar” con las enfermeras, los pacientes pueden “confiar en mí”.

Discusión: el mayor elemento motivador para los alumnos es tener retos y oportunidades de logro de objetivos, como adquirir autonomía, destreza, un nivel superior a sus iguales, construir su identidad, reconocimiento y autoestima, asumir responsabilidades, tomar decisiones y establecer relaciones.

Los diarios reflexivos estimulan su capacidad de pensamiento crítico y fomentan la reflexión en la práctica. Hablar y expresar lo que les preocupa de las prácticas alivia sus miedos y hablar de sus progresos les motiva.

Las fuentes de estrés que encuentran en sus prácticas clínicas van disminuyendo a medida que el alumno adquiere experiencia y esto les motiva a ampliar su periodo de prácticas, aun siendo a costa de invertir su tiempo de vacaciones.

Las PCV suponen un elemento motivador al poder disfrutar de ellas sin la presión de ser evaluados y de tener que compaginarlas con los estudios teóricos, poder relacionarse de forma mas eficaz con los profesionales y los pacientes, por la menor presencia de estudiantes en las unidades y aumento por tanto de las posibilidades de comunicación entre ellos.

Implicaciones para la práctica: creemos deberían ampliarse el número de horas y periodos de realización de PC y combinar teoría y práctica a lo largo del curso académico, contemplar la posibilidad de que los alumnos pudieran elegir algunas de las unidades o servicios y centro en las que desean llevar a cabo sus PC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Álvarez Álvarez B. (2005). Adaptación del método docente al Espacio Europeo de Educación Superior: La motivación de los alumnos como instrumento clave. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. Estudios sobre Educación. 9: 107-126.

Álvarez Pérez P. R, Cabrera Pérez L, González Alfonso M.C, Bethencourt Benítez J.T. (2006). Causas del abandono y prolongación de los estudios universitarios. Paradigma, vol.27, num.1: 349-363

Antolín Rodríguez R, Pualto Durán Mª J, Moure Fernández L. (2006). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Libro de ponencias. X Encuentro de investigación en enfermería

Cabrera L, Tomás J, Álvarez, P, Gonzalez, M. (2006). El problema del abandono de los estudios universitarios. RELIEVE, v. 12, n. 2, p. 171-203.

- Creswell J W. (2003). Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd edition EUA: SAGE:196
- Elias Andreu M . (2008). Los abandonos universitarios: retos ante el Espacio Europeo de Educación Superior. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. Estudios sobre Educación 15: 101-121..
- López Medina I M, Sánchez Criado V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Rev. Enfermería Clínica 15 (6): 307-313
- Mayan M. (2001). An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta, Canada: Qual Institute Press
- Morse J, Barret M, Mayan M, et al. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. Int J Qual Meth. Vol 1, num. 2: 13-20
- Tejedor Tejedor F.J, García-Valcárcel Muñoz-Repiso A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marco del EEES. Revista de Educación, 342: 443-473
- Zupiria X, Uranga MJ, Alberti MJ, Barandiaran MT, Hutizi X, Sanz X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la Diplomatura. Enferm. Clin. 16(5):231-7.
- Zupiria Gorostidi X., Uranga Iturriotz M.J., Alberdi Erize M.J., Barandiaran Lasa M. (2003). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Rev Gac Sanit

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Silva, Ernestina Silva, Susana André

TÍTULO/TITLE:

TRANSFORMACIÓN DE LOS VALORES EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Cada escuela tiene dimensiones físicas, factores de organización y clima social diferentes, que pueden influir en el comportamiento psicológico, interpersonal y en su propio sistema de valores de los estudiantes.

Si las escuelas de enfermería desean desarrollar ciertos valores, es necesario que se presenten de una manera coherente y rigurosa, que reconozcan la estructura de valores de los estudiantes, y frente a ella, encontrar estrategias educativas que permitan su esclarecimiento y debate, a fin de que la integración y el desarrollo de su propio sistema de valores, esté en consonancia con la orientación de actitudes y comportamientos a lograr.

OBJETIVOS

En nuestro estudio hemos tratado de identificar los valores de los estudiantes de enfermería al comienzo del curso y analizar su transformación en el transcurso de los cuatro años.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal con un intervalo de 4 años. La muestra en el inicio del curso fue de 61 estudiantes que se inscribieron por vez primera en ESSV.

El instrumento utilizado fue la escala de valores finales e instrumentales de Rokeach (1979), traducido al portugués por Figueiredo (1988).

Se calculó la mediana (Md) de la orden asignada a cada uno de los valores y la significación estadística de las diferencias se calculó mediante las pruebas de Mann-Whitney y Wilcoxon.

RESULTADOS

Al comienzo del curso, 27,9% de los participantes eran varones con una media de 18,3 años y 72,1% eran mujeres con una media de 18,6 años.

Valores finales (objetivos de la vida)

Aparecen diferencias entre sexos: la dignidad y seguridad de la familia son más valorados por las chicas y la libertad, el placer, un mundo de belleza y una vida apasionada, son más valorados por los chicos.

Desde el principio hasta el final del curso, se encontró que los valores de la dignidad, la libertad, la igualdad y el amor adulto son más valorados al final del curso y los valores de un mundo de paz y una vida excitante son menos importantes.

Los valores instrumentales (modos de conducta)

Los varones son más valorados por ser valientes, ambiciosos y controlados. Las chicas dan más importancia a ser honesto, responsable, cariñoso, amable y tolerante.

Desde el principio hasta el final del curso, se encontró que se vuelven más importantes los valores capaces, independientes, intelectuales y controlados. Por otra parte son menores los valores de tolerancia y obediente.

DISCUSIÓN

En las mujeres emergen los valores finales de dimensión relacional o social, por el contrario, los varones tienen una mayor

relevancia en la dimensión más personal.

Los valores instrumentales predominan en los varones, como los valores auto afirmativa, auto-realización y la competencia. En las mujeres son más privilegiado el carácter relacional y emocional o moral.

Dado que la mayoría de los estudiantes de enfermería son mujeres, ¿estos resultados confirma el pensamiento de algunos autores (Gilligan, 1982; Alcon, 1993) que el "cuidado" es inherente en las mujeres?

Los valores han sido considerados factores importantes que influyen en la práctica y en la formación de las enfermeras. Las escuelas de enfermería tienen, pues, un papel importante en la educación de valores en los jóvenes que optan por estudios de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

Alcon, C. D. 1993. La percepción del cuidar. Rev. Rol de Enfermería, 127, p. 25-27.

Figueiredo, E. 1988. Portugal os próximos 20 anos. Conflito de gerações, conflito de valores. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gilligan, C. 1982. In a different voice: psychological theory and women's development. Massachusetts: Harvard University Press.

Rokeach, M. 1979. Understanding human values: individual and societal. New York: Free Press.

AUTORES/AUTHORS:

MARTA RAURELL TORREDA, ANNA BONMATÍ TOMAS, CARMÉ MALAGON AGUILERA, SANDRA GELABERT VILELLA, CONCEPCIÓN FUENTES PUMAROLA, ANGEL ROMERO COLLADO, DAVID BALLESTER FERRANDO, CRISTINA BOSCH FARRE, ROSER FERNANDEZ PEÑA

TÍTULO/TITLE:

APRENDIZAJE DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS

Objetivo:

El contenido docente de la asignatura son los planes de cuidados de enfermería relacionados con las diferentes patologías y procedimientos quirúrgicos según el lenguaje estándar de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Se describen cuales son los diagnósticos e intervenciones enfermeras (NIC -Classification Nursing Interventions-) así como los resultados deseables (NOC -Classification Nursing Outcomes-). Nuestro estudio pretende evaluar la aplicación del aprendizaje mediante análisis de casos en uno de los grupos en los que se imparte la docencia de esa asignatura.

Métodos:

Estudio experimental comparativo en estudiantes de la asignatura Enfermería clínica del adulto de la Facultad de Enfermería, Universidad de Girona. Desarrollo del bloque temático en dos grupos: turno mañana con clases expositivas según metodología docente tradicional (grupo control) y turno tarde con aprendizaje basado en el estudio de casos combinado con clases expositivas (grupo experimental). Análisis de satisfacción de los alumnos mediante encuestas. Comparación de notas de exámenes basados en el análisis de un caso en el mismo grupo a lo largo del curso y calificaciones medias entre grupos. Análisis estadístico con SPSS v.16, prueba U de Mann-Whitney o Wilcoxon para variables cuantitativas y Chi cuadrado para cualitativas

Resultados:

Se analizaron 130 estudiantes, 71 en el grupo control y 59 en el experimental. Ambos grupos eran comparables en cuanto a edad, experiencia laboral en el ámbito de la salud, estudios universitarios previos y vía de acceso a la universidad pero hubo predominio del sexo femenino en el grupo experimental (80.3% vs 93.2%, p=0.04). Las notas de los exámenes basados en el análisis de un caso del 1º semestre respecto el 2º en el grupo experimental no presentaron diferencias significativas (6.3(5.2-7.8) versus 7.5(5.5-8.1), p=0.13) pero se encontraron diferencias al comparar grupos entre sí (control 7.3(6.9-7.7) vs experimental 8.1(7.6-8.4), p= 0.001). Las encuestas revelaron que la satisfacción con la metodología de aprendizaje (3(2-6) versus 8(7-9), p=0.001) y con la asignatura (3(1-5) vs 8(8-9), p=0.001) era más alta en el grupo experimental, con diferencias significativas. En cuanto a la adquisición de habilidades diagnósticas (4(2-6) vs 9(8-10), p=0.001) y desarrollo de planes de cuidados (3(2-5) vs 9(8-10), p=0.001) también fue más alta la satisfacción en el grupo experimental, así como también en relación al nexo entre teoría y práctica (4(2-6) vs 9(8-10), p=0.001)

Discusión:

El aprendizaje basado en el estudio de casos reflejó un aumento de las calificaciones a lo largo del curso, a medida que los conocimientos teóricos se integraron en la resolución de los problemas del caso. Se trata de una habilidad que requiere tiempo para su desarrollo y que los estudiantes valoraron bien, para conectar la teoría con la práctica y ejercitar la ejecución de planes de cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Imbernon, F. Millorar l'ensenyament i l'aprenentatge a la universitat. Barcelona: ICE UB; 2009
2. NANDA diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación. 9ª edición. Madrid: Harcourt [Elsevier]; 2001

3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
4. Moorhead S. Clasificación de resultados en enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009
5. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007
6. Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008; 19(4):158-62. Review
7. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona : Elsevier Masson; 2011
8. Henning JE, Nielsen LE, Hauschildt JA. Implementing case study methodology in critical care nursing: a discourse analysis. *Nurse Educ.* 2006 Jul-Aug;31(4):153-8.
9. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010; 21(2):82-8
10. Hofsten A, Gustafsson C, Häggström E. Case seminars open doors to deeper understanding - Nursing students' experiences of learning. *Nurse Educ Today.* 2010; 30(6):533-8
11. Beyer DA. Reverse case study: to think like a nurse. *J Nurs Educ.* 2011; 50(1):48-50
12. Oermann MH. Using active learning in lecture: best of "both worlds". *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2004: article 1
13. Williams B. Case based learning- a review of the literature: is there scope for this educational paradigm in prehospital education? *Emerg Med J.* 2005; 22:577-581
14. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert. *Nurse Educ.* 2006; 31(1):40-6
15. Cruz DM, Pimenta CM, Lunney M. Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs.* 2009 Mar;40(3):121-7.
16. Tomey AM. Learning with cases. *J Contin Educ Nurs.* 2003; 34(1):34-8
17. DeSanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nurs Sci Q.* 2007; 20(4):324-9.
18. Baumberger-Henry, M. Cooperative learning and case study: does the combination improve students' perception of problem-solving and decision making skills? *Nurse Education Today.* 2005; 25: 238-246

AUTORES/AUTHORS:

Diana Jiménez Rodríguez, M. Carmen Barbera Ortega, Rafael Ruiz De San Martín, M. Carmen Muñoz Ruiz, Juan Jurado Bellón

TÍTULO/TITLE:

Visión del alumno respecto a la metodología docente ABP

Introducción:

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es considerado una metodología de innovación docente constituyendo una de las distintas estrategias de enseñanza-aprendizaje que se están desarrollando en diferentes universidades para conseguir alcanzar los desafíos planteados por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Es una metodología orientada a promover el desarrollo intelectual, científico y socio-cultural del estudiante¹. Dicha metodología se remonta a la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster (Canadá) donde hace ya más de treinta años decidieron optar por una metodología alternativa a la educación tradicional centrada en el profesor para pasar a estar centrada en el alumno^{2,3}. De esta forma, mediante dicha metodología docente cambiamos la clásica clase magistral, para promover una forma de trabajar en grupo, desarrollando habilidades de aprendizaje e interpersonales y fomentando el trabajo interdisciplinar.

Tras una experiencia de cuatro años trabajando con metodología ABP, en Diplomatura y Grado de Enfermería de la UCAM, nos planteamos conocer la percepción de los alumnos acerca de esta metodología con el fin de mejorar la calidad de la misma.

Objetivos:

1. Conocer la visión general que tienen los alumnos acerca del ABP
2. Identificar las principales razones que generan motivación en el alumno que realiza ABP
3. Conocer las habilidades que los alumnos consideran haber desarrollado a través del ABP
4. Identificar la existencia de dificultades para los alumnos en el desarrollo de la metodología ABP

Metodología:

Estudio descriptivo, observacional, transversal. La población objeto de estudio está formada por el total de alumnos de primero y segundo de Enfermería de la Universidad Católica "San Antonio" de Murcia (UCAM) que en el momento de la realización del estudio se encontraban finalizando la metodología ABP.

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 18.0 para la realización de los diversos análisis estadísticos.

Resultados:

Del total de la población tenemos que existe un mayor porcentaje de mujeres (75,7) que de hombres. A los alumnos se les exhortó acerca de la nota que ellos le darían a dicha metodología y de los 212 sujetos sólo un 8% de los sujetos les adjudican una nota inferior a 5. La nota media de ABP fue de 6,81.

Para la mayoría de los alumnos que trabajan con ABP, esta metodología es considerada enriquecedora (86,8%).

Para el 68,7% es una metodología motivadora que fomenta el desarrollo de habilidades para el 94,3% y les genera dificultades para el 78,7% de los alumnos. Asimismo, entre las principales razones para que el ABP sea motivante se encuentra que los temas tratados sean actuales y cotidianos seguida de la existencia de un buen ambiente en el grupo. Entre las habilidades que el ABP desarrolla la más destacada es hablar en público y la búsqueda de información en fuentes documentales científicas. Por último, entre las dificultades que se encuentran en dicho aprendizaje la más subrayada es la falta de tiempo para dedicar a la realización de las tareas que se demandan en el ABP.

Discusión:

Los alumnos están satisfechos con dicha metodología por considerarla enriquecedora y motivante. Coincidiendo con nuestros resultados, Branda⁴ indicó que una de las ventajas clara del ABP respecto a la metodología de aprendizaje tradicional es que aumenta la motivación en los estudiantes. Al mismo tiempo, los alumnos son conscientes de los beneficios que genera el ABP, una

serie de habilidades difíciles de desarrollar a través de otras metodologías más tradicionales como la clase magistral. Estas habilidades que los alumnos consideran desarrolladas coinciden con las que se especifican en la literatura científica que promueve dicho aprendizaje 5,6. Asimismo, a partir de este proceso de aprendizaje hemos observado que se trabajan con las competencias adecuadas. Les capacita a alcanzar la mayoría de estos requerimientos y les enseña a la búsqueda de la excelencia profesional favoreciendo la adquisición de competencias de conocimiento, habilidad y de saber hacer necesarias en la práctica clínica diaria⁷. Por último, es lógico que estas metodologías creen dificultades para el alumno como la falta de tiempo, puesto que, ellos son la parte activa y es lo que hace que su aprendizaje sea más significativo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López Cuachayo MA. El aprendizaje basado en problemas. Una propuesta en el contexto de la educación superior en México. *Tiempo de Cuidar*. 2008; 9(18): 1-35.
2. Branda L. Aprendizaje Basado en Problemas en la formación en Ciencias de la Salud. *El Aprendizaje Basado en Problemas, una herramienta para la vida*. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2004
3. Morales Bueno P, Landa Fitzgerald V. Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*. 2004 (13): 145-157
4. Branda L. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. En: *Aportes para un cambio curricular en Argentina. Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2001.p.79-101.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Faro Basco, Olga Isern Farrés, Joan Carles Casas Baroy

TÍTULO/TITLE:

Actitudes ante la muerte de los estudiantes de enfermería

Objetivo: el objetivo del presente estudio es explorar las actitudes, creencias y emociones de los estudiantes de enfermería de tercer curso ante la muerte propia y el morir.

Metodología: el diseño del estudio es cualitativo fenomenológico de carácter exploratorio.

La muestra de estudio estuvo constituida por un grupo clase de 24 estudiantes de tercer curso de la diplomatura en Enfermería de la Universitat de Vic (Barcelona), con edades comprendidas entre los 20 i los 42 años. El estudio se realizó el mes de mayo de 2011. Los criterios para la selección de los participantes fueron estar matriculados en la asignatura Enfermería en Cuidados Paliativos durante el curso 2010-2011.

Para la recogida de datos se realizaron entrevistas escritas semiestructuradas que se analizaron según la técnica de análisis de texto. Las entrevistas se distribuyeron al finalizar la asignatura.

Las preguntas de interés que se realizaron fueron las siguientes: ¿Cuánto tiempo y esfuerzo has dedicado para examinar tus sentimientos, creencias, esperanzas y temores en relación a la etapa final de tu vida?, ¿Qué pasaría si te comunicasen que te queda poco tiempo de vida?, ¿Hay cosas que crees que tendrías que hacer antes de morir?, ¿Sientes miedo al pensar sobre cómo será tu muerte?, ¿Puedes identificar las causa u origen de tus miedos?, ¿Has hablado con tu familia del tema de morir y de la muerte?, ¿Con qué frecuencia?, Hay alguna cosa especial que te parece que tendrías que hacer con tu familia, amigos,..., antes de tu propia muerte o la de alguno de ellos?

Resultados

En el análisis del discurso de los distintos temas planteados han emergido 5 categorías que se describen a continuación.

A- Que se siente ante la propia muerte. En relación a esta categoría se identifican 3 actitudes:

- 1- los que piensan en la muerte, generándoles sentimientos de ansiedad, tristeza, temor al sufrimiento físico, psicológico y a la agonía, miedo a una muerte por accidente o traumática, a lo que hay después de la muerte, a que "esto pueda pasar". También se identifican voluntades de donación de órganos, de ser incinerados, morir sin sufrimiento, a una edad avanzada y acompañado de los seres queridos.
2. Los que no piensan en la muerte porque no les gusta, porque es un hecho inimaginable, o porque es un hecho que les queda muy lejos.
3. Los que evitan pensar en la muerte porque les genera incomodidad. Los factores que han desencadenado pensar en la muerte ha sido el cursar la asignatura de Enfermería en Cuidados Paliativos, estudiar la carrera de Enfermería y experiencias de muertes de familiares o de enfermos durante la realización de las prácticas.

B- Cambios que harían en su vida si supieran que van a morir próximamente destacan los aspectos emocionales, el poder estar y disfrutar de aquellos que quieres y te quieren, con el miedo y la tristeza que ello implicaría, y la negación de los que prefieren no conocer el tiempo de vida que les queda.

C- Cosas que harían antes de morir destaca extraordinariamente el formar una familia, expresando el deseo de tener hijos y pasar el máximo de tiempo con los que aman, el deseo de viajar para conocer nuevos lugares y nuevas gentes, sobre todo a países extranjeros y dejar definidos los aspectos legales y del entierro. Sobre

D- Afrontar la muerte y la forma de morir destaca como elemento central el miedo a como morir, al sufrimiento, a la agonía, a lo desconocido, a ser una carga, a ser joven para morir. Se identifican como causas del miedo a morir 3 momentos: 1. El antes de morir, por experiencias previas vividas, no haber hecho lo que quería hacer antes de morir; 2. Durante el momento de morir: la

ansiedad que produce saber que estás muriendo, morir en soledad, no ser atendido cuando más se necesite, el sufrimiento, el ser sedado, el dolor y 3. Después de la muerte: la irreversibilidad de la muerte, no poder estar más con las personas que quieres, no saber qué hay después de la muerte, “no poder sentir mi interior como ahora siento”.

E- Hablar del tema del morir y de la muerte en casa, con la familia; no es habitual hacerlo pues genera actitudes de rechazo y de negación. Las necesidades de hacer algo especial antes de morir, con la familia pasan por pasar el máximo de tiempo con los miembros de la familia, dedicarles más tiempo, reforzando los vínculos afectivos, agradecer todo lo que han hecho por uno y abrazarse, pedir disculpas, poder despedirse diciendo lo que uno siente. Emerge en este tema la categoría de no querer pensar en ello.

Discusión

Los resultados del presente trabajo podrán ser útiles para profundizar en la comprensión de las actitudes y las emociones de los jóvenes ante la muerte y así poder obtener información que permita diseñar programas de formación que ayuden a capacitar personal y profesionalmente para ejercer una futura atención profesional más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Álvarez, C. (2004). Las diferentes concepciones de la muerte en las principales culturas de la humanidad. Origen de su significación en la sociedad actual [Documento en línea] Disponible: <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/byb/article/viewFile/264/168>. [Consulta: 2010, Marzo 18]

Álvarez, L. (2009). Actitudes ante la muerte en Adolescentes y Adultos Jóvenes. [Documento en línea] Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74112142005.pdf>. [Consulta: 2010, Marzo 18]

Clavé, E. (2000). Ante el dolor: Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Colell, R (2005) Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. Tesis Doctoral. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.tesisred.net/handle/10803/4753>. [Consulta: 2011, Enero 14].

Grau Abalo, J. Llantá Abreu, M.C. Massip Pérez, C. Chacón Roger, M. Reyes Méndez, C. Infante Pedreira, O. Romero Pérez, T. Barroso Fernández, I. Morales Arisso, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, 27-58

Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez, José M. Merino Escobar. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, XV (1), 39-48

Raja Hernández, R. Gala León, . F.J. González Infante, J.M. Lupiani Giménez, M. Guillén Gestoso, C. Alba Sánchez, I. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*, Nº 29, 21-36

Ramió, A (2005). Valores y actitudes profesionales: Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis Doctoral. [Documento en línea]. Disponible: <http://tdx.cat/handle/10803/2867>. [Consulta: 2010, Noviembre 18].

Talavera Medina, CC. (2010). Actitudes ante la muerte en estudiantes Universitarios. Un estudio comparativo. Tesis Doctoral. [Documento en línea]. Disponible: <http://tdx.cat/handle/10803/13270>. [Consulta: 2011, Febrero 14].

Uribe, A y Valderrama, L. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. [Documento en línea]. Disponible: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_3212_v11n1-art11.pdf. [Consulta: 2010, Enero 7].

AUTORES/AUTHORS:

M^a Henriqueta Figueiredo, Palmira C. M. Oliveira, Ana Isabel P. Vilar, Zaida B. Charepe

TÍTULO/TITLE:

Percepciones de los estudiantes en la utilización del Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar

Objetivos: Comprender los factores valorados por los estudiantes en la experiencia de utilización del Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar (MDAIF); Describir la percepción de los estudiantes sobre estrategias optimizadoras de la puesta en marcha del MDAIF como contribución para la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería con las familias. **Método:** Estudio cualitativo y descriptivo. **Población:** 25 estudiantes del Máster en Enfermería Comunitaria de una Universidad Portuguesa, cuyo plan de estudios integra el MDAIF (Figueiredo, 2009) como marco teórico de enfermería de familia, siendo desarrollados role-playing de entrevista familiar con base en las definiciones conceptuales y operativas do modelo (Figueiredo & Moreira, 2009). Se ha utilizado un cuestionario de preguntas abiertas, siendo propuesto a los estudiantes que describiesen que aspectos valoran más de su experiencia en la utilización del MDAIF y quién o qué debería estar involucrado para que su puesta en marcha contribuyese a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería. Os datos fueron sometidos a un análisis del contenido. Se han atribuido códigos a la información permitiendo la delimitación de unidades de significado. La reconstitución de los temas centrales obtenidos ha permitido la formación del índice temático. **Resultados:** El análisis del índice temático permitió acceder a una estructura interactiva de los factores valorados por los enfermeros en su ensayo de utilización del MDAIF y las estrategias potencializadoras de su puesta en marcha. En lo que a ensayos valorados se refiere, surgieron tres temas: Concepciones sistémicas de la familia – “La visión de la familia como un todo parece, sin duda, un principio fundamental” E1; Sistematización del proceso de cuidados- “Elaboración de diagnósticos de enfermería teniendo como foco de atención la familia y en simultáneo remitir para intervenciones” E3; Terminología de enfermería - “La utilización del lenguaje clasificado CIPE” E13. Del análisis organizativo de la estructura temática que ha surgido de las percepciones de los enfermeros sobre estrategias de optimización del MDAIF en los contextos de interacción, resultaron dos temas: Formación especializada – “Formación sobre el Modelo a los enfermeros de Cuidados de Salud Primarios sobre el Modelo” E2; “Idealmente debería ser realizado por el enfermero de familia especializado en salud familiar” E11; Sistema de Información – “La disponibilidad de la estructura operativa en formato informático para demostrar mejoras en la salud” E20.

Discusión: Apoyado en el pensamiento sistémico como referencial filosófico, los presupuestos de este modelo se sitúan en un enfoque sistémico y colaborativo en el que la familia se constituye como unidad de cuidados (Figueiredo, 2009; Figueiredo & Martins, 2009). Su utilización, en lo referente a la estrategia de aprendizaje reflexivo y experiencial (Oliveira, 2010; Melo, Figueiredo, Oliveira, Silva, Feiteira & Silva, 2010), ha producido un cuadro detallado de significaciones que sugieren contribuciones en los conocimientos y habilidades para actitudes centradas en la intervención familiar. Como implicaciones para la práctica se evidencia en la utilización del MDAIF, el desarrollo de competencias en salud familiar (Oliveira, Figueiredo & Monteiro, 2011) que permitirán la mejoría de la calidad de cuidados de enfermería a las familias con prácticas fundamentadas en referencias de enfermería de familia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev. esc.*

enferm. USP, 43 (3), pp. 612-618. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>

Figueiredo, M., & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: da concepção á documentação dos cuidados. Revista Mineira de Enfermagem, Jan/Mar 2009, 13(1), pp.56-64.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=17847&indexSearch=ID>

Melo, P.; Figueiredo, M.; Oliveira, P.; Silva, S.; Feiteira, D.; Silva, D. (2010). Competências de avaliação e intervenção na Família: contributos da utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar. Trabalho apresentado em II Congresso Bienal ORASI - Crise e Trauma no SÉC. XXI, In Livro de Resumos/Actas II Congresso Bienal ORASI - Crise e Trauma no SÉC. XXI, Porto. <http://www.orasi.pt/congresso/ficheiros/Resumos%20II%20Congresso%20ORASI%20-%205%20e%206%20Nov%202010.pdf>

Oliveira, P. (2010). Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique. <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/255/1/TME%20412.pdf>.

Oliveira, P.; Figueiredo, M. H.; Monteiro, M. J. (2011). Educar para a competência em enfermagem de saúde familiar: perspectivando uma matriz conceptual. Trabalho apresentado no V seminário de investigação em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, I Seminário Internacional de Investigação em Saúde.

http://www.porto.ucp.pt/twt/ICS/MyFiles/MyDocuments/2011_SemInvestigacao/Programavsem_Vfinal.pdf

AUTORES/AUTHORS:

José Manuel Dias, Maria João Monteiro, Conceição Rainho, Elza Maria Lemos, Ana Romano, Amâncio Carvalho, Isabel Barroso

TÍTULO/TITLE:

Vulnerabilidad Y Gestión del Estrés en Estudiantes de Enfermería

1 - Objetivos

El estrés, una de situaciones de las más complejas del siglo, se encuentra bajo investigación de la cuantificación y cualificación. Varios autores (Greenberg, 2002; Vaz Serra, 2002; Velez, 2003; Sadock, Sadock, 2007; Amaral & Vaz Serra, 2009; Dias, Monteiro, Romano y Lemos, 2010), estudiaron el estrés en sentido de su comprensión e las estrategias de enfrentamiento. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Vila Real de Trás-os-Montes y Alto Douro, en el curso de grado en Enfermería (segundo año) ocurrió la asignatura optativa "Gestão do stress" – gestión del estrés en el año académico 2010/2011. Pretendíamos conocer cómo la gestión de la vulnerabilidad y el estrés, contribuyen al desarrollo personal y de competencias de los estudiantes, para intervenir con los demás.

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar la vulnerabilidad al estrés en estudiantes de enfermería;
- Analizar las fuentes de los inductores del estrés, el desarrollo personal y las experiencias de los estudiantes de enfermería;
- Describir las estrategias que los estudiantes de enfermería utilizan para gestionar el estrés y el desarrollo de competencias.

2 - Métodos

En el estudio partimos de una perspectiva fenomenológica (Dias y Marcos, 2007), con el fin de describir un fenómeno particular y el significado de "experiencias..." (Fortin, 2009, p.242). Se estudió el fenómeno de "estrés" y la importancia atribuida por los estudiantes, a través de entrevista semi-estructurada, nos hemos centrado en un modelo cualitativo exploratorio, en esta parte del estudio. El estudio integró una componente cuantitativa para analizar la vulnerabilidad al estrés, a través de un cuestionario "Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse" (23 QVS) de Vaz Serra (2008); en el 23 QVS se considera vulnerabilidad al estrés, cuando el score total es ≥ 43 . La población ha sido constituida por 26 estudiantes. Los datos fueron recogidos en enero de 2011 y la participación fue voluntaria.

3 - Resultados

Las entrevistas fueron sometidas a análisis de contenido, de la que surgieron las categorías: Desarrollo Personal (subcategorías: autoconocimiento, conocimiento, experiencias y factores) y de desarrollo profesional (subcategorías: estrategias, gestión del tiempo, gestión de conflictos, técnicas de relajación y el cambio).

Análisis de los cuestionarios se obtuvieron los siguientes promedios:

F1: Perfeccionismo e intolerancia a la frustración - 2.561, F2: Inhibición de la dependencia y funcional - 1,057; F3: La falta de apoyo social - 0,492; F4: adversas de vida - 0.616; F5: Papel de la existencia - 1.939; F6: Subyugación - 1.102; F7: La privación de afecto y rechazo - 0.737.

Los resultados muestran que 5 estudiantes presentaron la puntuación global (23 QVS ≥ 43) y 21 estudiantes la puntuación global (23 QVS < 43).

4 - Discusión

Todos los estudiantes reportaron la importancia de "El conocimiento del tipo de personalidad."B4, en la adquisición de conocimientos sobre el estrés y los factores desencadenantes. Las experiencias son variadas, los interpretan a través de los conocimientos que han

aprendido y justifican las estrategias utilizadas. La contribución de la gestión del estrés fue hecho a "... desarrollar habilidades, destrezas y competencias..." B26. Los temas fueron exploradas más allá: estrategias, gestión del tiempo, gestión de conflictos y técnicas de relajación. Los cambios fueron evidentes en los comportamientos y las actitudes sobre el estrés. Llegamos a la conclusión que cinco estudiantes se presentan vulnerables al estrés y veinte uno, no lo eran.

Con el desarrollo deste estudio en el curso académico 2010/2011, limitado a un grupo de 26 estudiantes; un estudio similar en el año escolar 2009/2010, con un grupo de 24 estudiantes y otro estudio similar en el año académico 2008 / 2009, se limitó a un grupo de 37 estudiantes, y la evaluación general que produjo en el asignatura "Gestión del estrés", es posible deducir su relevancia y pertinencia en la educación de las futuras enfermeras y su inclusión como asignatura fundamental del plan de estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- Amaral, A. P., & Vaz Serra, A. (2009). Saúde mental, vulnerabilidade ao stress e experiências traumáticas precoces: Resultados de um estudo. *Psiquiatria Clínica*, 30 (3/4), 71-78.
- Dias, J. M., & Marcos, L. J. (2007). A importância do desempenho dos enfermeiros na reabilitação dos doentes mentais. In III Encontro de Investigação e I^{as} Jornadas de Saúde Materno-Infantil. Livro de Actas (pp. 153-160). Vila Real: ESEnfVR.
- Dias, J. M. M., Monteiro, M. J. F., Romano, A. M., & Lemos, E. M. (2010). Gestão do stress (GS) no ensino superior. In C. Sequeira, & L. Sá (Coords.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da SPESM* (pp. 193-199). Lisboa: SPESM.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Greenberg, J. S. (2002). *Administração do estresse* (6^a ed.). São Paulo: Manole.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2^a ed.). Coimbra: Autor.
- Vaz Serra, A. (2008). 23 QVS: Questionário de Vulnerabilidade ao Stress. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. 3, pp. 39-55). Coimbra: Quarteto.
- Velez, C. (2003). Gestão de stress nos profissionais de enfermagem. *Nursing*, 15 (179), 10-13.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Cristina Berral Jiménez, María del Carmen Casas Moyano, Antonio Ramón Martínez Moreno, Juan Manuel Carmona Torres, José Alberto Laredo Aguilera, Ana María Baena Serrano

TÍTULO/TITLE:

¿Qué conocen la última promoción de diplomados de enfermería sobre RCP?

INTRODUCCIÓN

Los estudiantes de enfermería se espera que tengan competencia en la reanimación cardiopulmonar (RCP): pueden atender a los pacientes en riesgo de paro cardíaco y pueden surgir otras situaciones de emergencia en su práctica clínica. En los Estados Unidos, los estudiantes pueden tomar un soporte vital básico (BLS) curso antes de entrar en un programa de enfermería o de comenzar su experiencia clínica. Numerosas investigaciones han demostrado, sin embargo, que los conocimientos de RCP y habilidades disminuyen de forma rápida, pocas semanas después de completar un curso.

El objetivo principal del estudio es conocer los conocimientos sobre RCP de dos amplios grupos de estudiantes de tercero de enfermería, tanto de Córdoba como de Osuna (Sevilla) para poder conocer sus conocimientos sobre esta maniobra y comprobar si se le está impartiendo de manera correcta y con la profundidad necesaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral se calculó usando el programa EPIDAT 3.0 para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 8% y una proporción esperada del 50%, con un total de 77 casos. Para ello se distribuyó una encuesta durante el mes de marzo de 2011 a un total de 77 estudiantes de tercer curso de la Diplomatura Universitaria de Enfermería de las escuelas de Córdoba y Osuna, mediante un muestreo aleatorio simple.

Hemos usado como material una encuesta para valorar el grado de conocimiento sobre RCP en los estudiantes de las EUE de Córdoba y Osuna (dicho cuestionario consta de 15 ítems, 11 para evaluar el conocimiento de RCP y 4 sobre la experiencia de los estudiantes). Como variables hemos usado el sexo, edad, centro de estudio, número de respuestas correctas del cuestionario y lugar donde han practicado la RCP.

Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS:

- El porcentaje de hombres encuestados es 26.8 % mientras que un 73.2% son mujeres.
- La edad media de los estudiantes encuestados es 22.57 años con una desviación típica de 4.693.
- Un 26.8% de los estudiantes tienen menos de 9/11 ítems correctos, por lo cual poseen conocimientos medios sobre RCP, mientras que un 73.2% tienen 9 o más ítems correctos sobre 11, por lo cual poseen conocimientos altos sobre RCP.
- Destacar que un 97.6% de los estudiantes consideran que deberían de aumentar sus conocimientos sobre RCP y un 97.6% han aprendido RCP durante su formación universitaria.
- Por último, un 84.1% de los estudiantes han realizado RCP en maniqués, un 7.3% han realizado RCP en personas y un 8.5% nunca han realizado RCP.

CONCLUSIONES:

Tras la realización de este estudio, llegamos a la conclusión de que aunque los resultados sobre los conocimientos de RCP han sido aceptables, consideramos que se debe aumentar la formación sobre dicha técnica, ya que la consideramos imprescindible en el área de la salud y debería ser conocida por todos los profesionales sanitarios.

Por último, pensamos que se debería de aumentar la formación sobre la RCP entre los estudiantes de enfermería ya que hay un porcentaje de ellos que nunca la han realizado, teniendo en cuenta que dentro unos meses comenzarán a desarrollar su labor profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Rodríguez-Ledesma Mde L , Rueda, Montero JC. Influencia del grado académico y experiencia en el aprendizaje en el rendimiento básico de reanimación cardiopulmonar guía. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008 Jan-Feb; 46 (1) :3-10.

- Miró O, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Coll-Vinent B, Bragulat E, Jiménez S et al. Basic cardiopulmonary resuscitation program for high school students (PROCES). Results from the pilot program. Med Clin (Barc). 2005 Jan 15;124(1):4-9.

- Sastre Carreraa, MJ; García Garcíaa, LM; Bordel Nietoa, F; López-Herce Cidb, J; Carrillo Álvarezb, A; Benítez Robredoc, MT. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. Aten Primaria. 2004;34:408-13. - vol.34 núm 08

- Uribe M, Bianchi V, Carvajal C, Kauffman R. Assessment of knowledge of cardiopulmonary resuscitation. Rev Med Chil. 1992 Nov;120(11):1231-4.

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZA DEL PINO, MARGARITA VEIGA DEL PINO

TÍTULO/TITLE:

COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE DE TRADICIÓN MUSULMANA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO (FIS PS09/1449)

En la Sanidad, el aumento de pacientes extranjeros está suponiendo un importante reto para todo el sistema y para los profesionales (Plaza del Pino, 2010). Este estudio se centra en pacientes de tradición musulmana, en Almería se estima que viven alrededor de 100.000 musulmanes (INE, 2010).

OBJETIVOS

Valorar la comunicación enfermera-paciente de tradición musulmana en el entorno hospitalario.

MÉTODOS

Utilizamos metodología cualitativa al ser el método más adecuado para entrar en el nivel de los discursos y lograr una comprensión profunda y rica de los fenómenos (de la Cuesta, 2006).

Recogida de datos

Entrevistas en profundidad. El periodo de recogida de datos ha sido de mayo de 2010 a Mayo de 2011.

Informantes

Pacientes musulmanes de hospitales almerienses de distintas nacionalidades, nivel de conocimiento del castellano, situación administrativa en España, etc.

Los informantes han sido 20 hombres y 18 mujeres; 21 habla español, 9 no y 8 sabe algo.

RESULTADOS

Encontramos 31 códigos relacionados con la comunicación que agrupamos en torno a dos ejes:

Traductores informales:

Ante la falta de comunicación por existir barrera idiomática los pacientes acuden a traductores informales al no existir (casi en la totalidad de los casos) traductores profesionales ofertados por el hospital.

TH5 Había cosas que entendía y cosas que no. A veces un amigo me traducía (...) Los que venían a visitarme sí, me traducían las cosas que decía el médico que yo no entendía. (Hombre marroquí, 33 años, 9 años en España, entrevista en árabe, sabe poco español).

Ausencia de traducción:

Con demasiada frecuencia encontramos informantes que no hablan castellano y que han estado hospitalizados sin que nadie les traduzca.

Reproducimos parte de una entrevista que refleja esta situación de "incomunicación":

TH4 No, no entendía, no.

P ¿Tú no entendías nada?

R No.

P ¿Alguien traduce o no?

R No.

P ¿Alguien te explica en bambara?

R No, nada. La gente habla, pero en soninké o bambara no.

P Te lo dijeron en español y tú no entendías nada.

R Sí, en español y ya está. La otra gente no. Yo, para mí, de Mali, no ha preguntado a otra gente, a mí sólo (...) Sí, yo no preguntaba lo que hablaban. (Maliense de 25 años, entrevista en bambara, no habla español, ingreso por TBC, en la entrevista nos dijo que

sabía la enfermedad que padecía)

En muchos casos se verbaliza que no han necesitado traducción por la confianza que depositan en el sistema sanitario y sus profesionales.

PH2 Yo la verdad es que no entendía nada, pero confiaba en que lo que hacían era lo mejor para mí. Yo me encontraba sometido a lo que decía el personal, a lo que me querían hacer, de verdad que no tenía decisión personal para decir u oponerme, pero realmente la confianza en que ellos sabían lo que tenían que hacer era todo (...) solo tenía que confiar en ellos sabiendo que son profesionales que me iban a sanar (...) no tenía ninguna preocupación, sólo pensaba en el futuro; que me iban a curar, sanar y ya está. (Senegalés de 34 años, 4 años en Almería, entrevistado en wolof, no habla español)

DISCUSIÓN

La barrera idiomática imposibilita la comunicación y una relación normalizada entre el paciente y la enfermera cuando no existe la figura del traductor-mediador intercultural, esto obliga al uso de traductores informales, personas sin conocimientos en el campo de la salud y, en muchos casos, sin un buen nivel de español.

La participación de traductores informales en la comunicación en el entorno sanitario conlleva unas consecuencias como:

- Falta de rigor en la transmisión de la información clínica; puede producir traducciones erróneas, provocar malentendidos, etc.
- Pérdida de confidencialidad del secreto de la información clínica; un traductor informal no es personal del hospital, puede ser desde la pareja a un hijo menor de edad, cualquier otro familiar, amigos o incluso personas totalmente ajenas al entorno del paciente como es el caso de acompañantes de otros pacientes o miembros de asociaciones u ONGs.
- Riesgo de manipulación de la información transmitida; sobre todo en el caso de traductores informales cercanos al paciente.

Cuando el paciente y su entorno no hablan español, la ausencia de la figura del traductor-mediador intercultural conlleva la imposibilidad de traducción lo que vulnera el principio de autonomía del paciente al no tener información sobre su proceso y no participar en la toma de decisiones clínicas que le afectan, esto puede tener consecuencias imprevisibles:

- Para el paciente; al no conocer su diagnóstico, pronóstico, tratamiento ni cuidados a seguir tras el alta hospitalaria se dificultará su recuperación y facilitarán recaídas y reingresos.
- Para su entorno; en el caso de enfermedades infecto-contagiosas la falta de traducción impedirá tomar medidas preventivas de contagio en su entorno lo que puede llegar a ocasionar problemas de Salud Pública.

Proponemos la contratación de traductores-mediadores interculturales, esta figura complementa la superación de la barrera idiomática con el conocimiento cultural del paciente, estos profesionales, ya utilizados en diversos servicios públicos, consiguen crear puentes de entendimiento cultural entre trabajador y usuario (Plaza del Pino, 2008).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- de la Cuesta, C. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 9(5), 50-55.
- INE. Población a 1 de enero de 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>. Consultado el 6/09/2010.
- Plaza del Pino, FJ (2008). Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes. Almería; Universidad de Almería.
- Plaza del Pino, FJ. (2010). Cuidando a pacientes musulmanes. *Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural*. Almería; Universidad de Almería

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Maynegre Santaulària, Joaquín Tomás-Sábado, Carmen Sánchez López, Virginia Porcel Navarro, Rosa Isidro Abad, Esperanza Martínez Simón

TÍTULO/TITLE:

Actitud hacia los inmigrantes en enfermeras de Atención Primaria

Objetivos. El cambio que se ha producido en la composición étnica y cultural de nuestra sociedad en los últimos años, ha supuesto un incremento de población extranjera, con unas condiciones de vida difíciles y que acceden a los servicios sanitarios públicos modificando sustancialmente el perfil de las personas a las que las enfermeras prestan cuidados, sin que, por lo general, estos profesionales hayan recibido información ni formación específica para trabajar la interculturalidad.

A partir de la idea de que la actitud de los profesionales de la salud ante las personas inmigradas puede modificar la calidad de los cuidados que prestan, el objetivo de este trabajo es evaluar cuantitativamente la actitud ante la inmigración y factores personales asociados, en una muestra de profesionales de enfermería de Atención Primaria, perteneciente a 10 Equipos de Atención Primaria (EAP) del Servicio Atención Primaria (SAP) Mataró-Maresme, del Institut Català de la Salut (ICS) que atienden a una población de 208.861 habitantes.

Método

Sujetos. Los participantes fueron 107 profesionales de enfermería, 100 mujeres y 7 hombres, con una edad media de 45,48 (DT = 11, 01) años y un rango de edad de 22 a 64. La media de experiencia laboral era de 21,67 (DT = 11,33) años, con un rango de 1 a 42.

Instrumentos. Los sujetos respondieron voluntariamente un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de datos sobre sexo, edad, experiencia laboral y porcentaje de inmigrantes atendidos, las siguientes escalas de medida: Escala de Actitud ante la Inmigración para Enfermería (EAIE), Escala de Autoestima de Rosemberg (RSES), Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP), Escala de Depresión de Zung (SDS) y Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (KUAS).

Procedimiento. El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal, correlacional. Los datos se tabularon y analizaron estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows, calculándose estadísticos descriptivos, coeficientes de correlación r de Pearson y regresión lineal múltiple.

Resultados. Se obtuvieron coeficientes de correlación positivos y significativos entre las puntuaciones de la EAIE y la Autoestima ($p < 0,05$) y la subescala de Apoyo Directivo de la CVP ($p < 0,01$). La correlación fue negativa y significativa entre la EAIE y la escala de Depresión ($p < 0,01$) y el porcentaje de inmigrantes atendidos ($p < 0,05$).

No obstante, el análisis de regresión lineal múltiple identificó el Apoyo Directivo como única variable predictora significativa de la actitud de las enfermeras ante los inmigrantes.

Discusión. Los resultados ponen en evidencia la necesidad de la implicación de las direcciones sanitarias en la formación en competencia cultural del personal sanitario y en procurar un adecuado clima laboral, de manera que las enfermeras que son el colectivo que mantiene un contacto más directo y continuado con las personas inmigradas, se constituyan en agentes de cambio para conseguir que los centros de salud sean lugares de tolerancia y convivencia, donde no aparezcan conductas discriminatorias ni actitudes negativas y prejuiciosas. En este sentido, es fundamental que el personal de enfermería perciba que el esfuerzo de adaptación que supone trabajar en la interculturalidad, es valorado y respaldado por la organización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Antonín M, Tomás-Sábado J. La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enferm Científica*. 2004; 262-263: 77-82.

Antonín M, Tomás-Sábado J. Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería; valoración antes y después del 11-M. *Educ Méd*. 2006; 9:17-20.

Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004; 18: 207-13.

Leishman J. Perspectivas of cultural competente in health care. *Nurs Stand*. 2004; 19: 33-9.

Pallarés A, Rifà R. Enfermería y multiculturalidad; estrategia docente para afrontar la diversidad. *Metas Enfermería*. 2005; 8:16-9.

Pincus T. Will racial and ethnic disparities in health be resolved primarily outside of standard medical care? *Ann Intern Med*. 2004; 141: 224-5.

Plaza del Pino FJ. Actitud ante la inmigración: estudio entre profesionales de enfermería. *Rol de Enfermería*. 2009; 32: 60-4.

Plaza del Pino FJ, Soriano Ayala E. Formación de los profesionales de enfermería: cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*. 2009; 18: 190-4.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Arilla García

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los pacientes extranjeros ingresados en el hospital Asepeyo de Coslada sobre los cuidados de enfermería

OBJETIVO GENERAL: Conocer, desde las percepciones de los pacientes extranjeros ingresados en el hospital Asepeyo de Coslada, si los cuidados de enfermería que reciben son culturalmente congruentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) Distinguir las culturas extranjeras mayoritarias de los pacientes ingresados. 2) Estudiar las diferencias entre las culturas extranjeras mayoritarias de los pacientes ingresados, que sustentan la necesidad del cuidado cultural. 3) Conocer las percepciones que tienen los pacientes extranjeros sobre los cuidados de enfermería.

MÉTODO: El escenario fue el hospital Asepeyo situado en Madrid, mutua de accidentes laborales considerada un entorno multicultural, puesto que gran parte de la población extranjera de Madrid son inmigrantes económicos.

Se utilizó la metodología cualitativa apoyada por la cuantitativa. Se concedió importancia al dato descriptivo, pues se persiguió recoger las percepciones de la realidad concreta de los sujetos estudiados.

Las variables de estudio relacionadas con la salud y con los cuidados de enfermería fueron: costumbres sociales/prácticas de salud, familia, dieta, comunicación/relaciones, religión/creencias. Se definieron teniendo en cuenta los modelos de V. Henderson y de M. Leininger.

La muestra fue constituida por 30 pacientes extranjeros ingresados, elegidos al azar y que representaban los grupos culturales mayoritarios. El tamaño muestral fue determinado por el agotamiento del discurso. Criterios de inclusión: pacientes que fuesen de otra nacionalidad diferente a la española, que hubieran vivido al menos durante 15 años en su país y que se identificasen con la cultura de su país de procedencia, que fuesen capaces de contestar la entrevista, y que hubieran tenido contacto previo con el sistema sanitario de su país. Criterios de exclusión: pacientes españoles o que pudieran anular alguno de los criterios de inclusión, pacientes que no quisieran participar.

El calendario de trabajo (12 meses) tuvo 3 fases: 1) Búsqueda de información para la contextualización, 2) Consecución de las autorizaciones, contactos y validación por parte del personal directivo, gerente y del comité investigador de la Mutua. Observación y recogida de la información en un cuaderno de campo mediante la técnica de observación directa y participante, con entrevistas-cuestionarios semiestructurados, y organización y análisis de estos datos según interés temático o por selección de conductas, comentarios o situaciones relevantes, con el apoyo de la búsqueda bibliográfica en bases de datos, bibliotecas, programa Chamán, Servicios de Informática y Administración 3) Estudio general, organización y exposición global de resultados.

RESULTADOS: De 3302 ingresos anuales 1143 fueron pacientes extranjeros, (un tercio de los pacientes ingresados). Los grupos mayoritarios fueron: de países centro y sudamericanos (16'84%), seguidos de Europa del Este (11'04%) y de países árabes y africanos (4'58%). El resto de pacientes extranjeros (2'15%) provenían de Europa occidental y de países asiáticos.

Del estudio de las culturas de estos tres grupos mayoritarios se obtuvieron diferencias culturales en relación con las variables de estudio que sustentaban la necesidad de contemplar unos cuidados culturales por parte del personal de enfermería. Atendiendo a las percepciones que tenían estos tres grupos mayoritarios de pacientes extranjeros con respecto a los cuidados de enfermería que recibían, se obtuvo que los cuidados que mejor percibían eran con respecto a la variable "familia" (agradecían que se la involucrara en el cuidado del paciente), y los cuidados que peor percibían eran con respecto a la "religión" (referían que primaba la dinámica hospitalaria sobre rezos y rituales, que sólo existía una capilla para la religión cristiana). La percepción de las variables "dieta" y "comunicación/relaciones" fue calificada entre buena y regular con bastantes aspectos susceptibles de mejora, y la percepción sobre los cuidados de la variable "costumbres sociales/prácticas de salud" fue buena (valoraban el fomento y la educación para la salud y la prevención de accidentes y enfermedades, aunque también echaban en falta la combinación de los cuidados tradicionales con los

convencionales).

DISCUSIÓN: Los profesionales de enfermería y los pacientes realizan un esfuerzo continuo de adaptación y aceptación mutua con el fin de que cada uno mantenga su propia cultura y se produzca una integración, evitando la separación, marginación o asimilación de unas culturas con otras. Para ello, es importante que cada profesional de enfermería sea consciente de su propia cultura (percepciones, estereotipos, prejuicios...) y que reflexione sobre las diversas culturas de los pacientes para poder admitir un dinamismo en los planes de cuidados que llegue a evitar conflictos, malentendidos y daños en la salud de cada persona.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Motivar futuras investigaciones similares en los diferentes servicios hospitalarios para replantear los planes de cuidados y elaborar modelos propios en los que los cuidados fueran competentes y congruentes con las diferentes culturas que conviven en cada entorno. Esta investigación también da pie a otras investigaciones de carácter cultural con otros colectivos o en otros entornos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Amezcua, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Granada: Rev. Index Enferm; 30: 30-15.
- Aparicio Mena, AJ. (2003). Salud y multiculturalidad. Madrid: Natural; 48: 126-127.
- Aparicio Mena, AJ. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud: una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. Universidad de Salamanca: Gazeta de Antropología; 23, texto 23-14.
- Felip, N; Gayoso, S; Guerra, A; Martín, C; Ruíz-Escribano, E; Zúñiga, A. (2009). Inmigrantes y atención sanitaria en España. Universidad Autónoma de Madrid: Departamento de Medicina Preventiva.
- Gómez García, P. (2000). Globalización cultural, identidad y sentido de la vida. Universidad de Granada: Gazeta de Antropología; 16, texto 16-02.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2007). Datos disponibles en: Inmigración y gasto social en España. Análisis de las funciones: sanidad, educación y desempleo. Granada (2009): XVI Encuentro de Economía Pública.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942044>
- Instituto Nacional de Estadística (INE), datos del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2010. Disponible en INEbase – www.ine.es. Todas las notas de prensa en www.ine.es/prensa/prensa.htm
- Kuerten, P; Lenise, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿qué es y cómo elaborarlo?. Granada: Index Enferm; 17 (2).
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Alicante: Cultura de los cuidados; 6: 5-8.
- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Hospital Comarcal Ciudad de Coria, Cáceres: Gazeta de Antropología; 22, texto 22-32.
- Malgesini, G; Giménez, C. (2000). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Marriner Tomey, A; Raile Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier, 6ª ed.
- Memoria Hospital Asepeyo Coslada (2009). Disponible en: www.asepeyo.es.
- Navora, M. (2000). El cuidado enfermero. Un arte. Rev Enferm IMSS; 8(1):1-2.
- Sanabria, L; Otero, M; Urbina, O. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Cuba: Rev Cubana Educ Med Super; 16 (4).
- Tarrés Chamorro, S. (2001). El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural. Universidad Católica San Antonio, Murcia: Gazeta de Antropología; 17: 1-9, texto 17-15.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Ángeles González Fernández, M^a Mar González Gallego, Alberto Pérez Morán, M^a José Ramos Carbajo, Rosa M^a Álvarez Díez

TÍTULO/TITLE:

Trabajo materno en el periodo de lactancia, relación con el inicio y mantenimiento de la alimentación con leche materna

Objetivo

Conocer si el trabajo materno fuera del hogar y determinados aspectos asociados se relacionan con el inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna.

Para ello conocimos:

El porcentaje de madres que alimentaron a sus hijos con leche materna exclusivamente antes de la incorporación a su trabajo tras el descanso maternal.

El porcentaje de madres que dejaron de alimentar exclusivamente con leche materna a sus hijos tras incorporarse al trabajo.

La posible relación entre la duración del periodo de descanso y la duración de la lactancia materna y su exclusividad.

La posible relación entre determinadas características del entorno laboral y la duración de la lactancia materna y su exclusividad.

Relación entre el apoyo familiar o externo y la continuidad de la lactancia materna.

La posible relación entre la educación sanitaria recibida sobre lactancia y el mantenimiento de la lactancia materna.

Las diferencias con el grupo de madres que no trabajaba fuera del hogar

Método

Ámbito: Atención Primaria. Zonas Básicas Ponferrada II y Ponferrada III del Área El Bierzo. Estudio subvencionado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Diseño: Observacional descriptivo transversal

Sujetos estudio: madres trabajadoras y no trabajadoras de niños mayores de 6 meses.

Muestra oportunistas: Todas las madres de niños nacidos del 1 de Octubre de 2009 al 31 de Marzo de 2010 que acudieron a control de salud de 7^o mes a dos Centros de Salud.

Variables

De resultado: Inicio LM, Tiempo total que la madre alimentó con Lactancia Materna (LMT) y Tiempo con Lactancia Materna Exclusiva (LME). Medidas:

Prevalencia Inicio LM/ LME

Prevalencia de LME en el momento de la incorporación al trabajo.

Prevalencia de LME tras la incorporación.

Prevalencia de LME durante los seis primeros meses de vida

Duración LMT y LME

Independientes: tiempo de descanso laboral, tipo de trabajo y horario, ofrecer leche materna en horario de trabajo, práctica de autoextracción de leche, experiencia previa en lactancia, ayuda crianza, haber recibido educación maternal, sociodemográficas.

Recogida datos: en la visita mediante encuesta a las 128 madres que acuden y datos previos de Historia infantil por enfermeros investigadores asistenciales en sus consultas, en Hoja diseñada con criterios consensuados

Se informó a madres y obtuvo su consentimiento. Garantía de confidencialidad y anonimato.

Análisis datos: Diferenciado para madres trabajadoras y no trabajadoras. Análisis univariable, bivariable y correlacional. Uso de Varianza ANOVA y HSD de Tukey para comparaciones múltiples.

Resultados

Inician Lactancia Materna 109 madres (85,2%) con duración media de 4,5 meses (DM 2,52).

El 70,3 % (90) trabajaban. Inició LM el 87,8% (79) y de forma exclusiva el 71,1% (64). Continuó con LME hasta reincorporación el 39,1%. De ellas el 48% (12) abandonan la LME al retornar al trabajo en los 15 primeros días. Las que continúan LME lo hacen durante un tiempo medio de 1,85 meses. Media LME en madres trabajadoras: 3,6 meses. Media LMT : 4,3 meses. LME durante los seis primeros meses de vida 25%.

La duración media del periodo de descanso maternal fue de 4,9 meses. El 30,4% (24) lactaron durante un periodo superior a su descanso y 46,8% (37) un periodo inferior. Se hallaron diferencias significativas para la duración total de la Lactancia Materna. El 20,3% (13) mantuvo LME durante un tiempo superior al de su descanso (el 69,2% con práctica de extracción de leche) y 61% (39) durante un tiempo inferior. No hubo diferencias significativas para la lactancia materna exclusiva en relación a la duración del descanso, a excepción de 20 casos con descanso superior a 7 meses por excedencia voluntaria.

El 29,7% (38) no trabajaba fuera del hogar. Inició LM el 79% (30) y de forma exclusiva el 68,4% (26). Media LM en no trabajadoras: 4,7 meses. Media LME: 3.8 meses. El 30,7% de las que iniciaron LME la mantuvieron durante los seis primeros meses de vida.

Discusión

Numerosos estudios indican que el trabajo materno obstaculiza el amantamiento. En el nuestro observamos que el inicio de lactancia materna, exclusiva o no, es mayor en las madres que trabajan fuera del hogar y que la duración media es similar en los dos grupos, si bien una de cada dos madres trabajadoras abandonó la exclusividad de la lactancia en tiempo breve tras el regreso al trabajo y es menor la tasa de LME al 6º mes. El número de madres no trabajadoras estudiadas fue sensiblemente menor lo que es una limitación del estudio.

Se encuentra relación directa de la duración total de la LM y el descanso maternal.

Ofrecer tomas de leche materna durante horario trabajo se relacionó con mayor duración de LMT y LME y hay significación entre duración LMT y LME con la autoextracción leche materna.

En madres con LMT superior al descanso maternal, ésta es mayor si han recibido educación maternal.

Mayor duración del descanso maternal y autoextracción de leche guardan relación con la continuidad de la lactancia.

Para la práctica del cuidado, los resultados aportan cierta evidencia de la necesidad de intervenciones que ayuden a la madre trabajadora en la autoextracción porque contribuirán a una mayor duración de su lactancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abdulwadud OA, Snow ME. Intervenciones en el lugar de trabajo para apoyar la lactancia materna en las mujeres que trabajan. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.

2. Cerda Muñoz L. La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas Prof.* 2008; 9(1):21-26

3. Martínez Fernández MR, Gonzalo Hombrados J, Sanz Rosado A, Hindi y EL Kassis B, Martín Aranda MP, Canicatti Galiano AM. Influencia del trabajo materno sobre la lactancia natural. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003; 5:385-394.

4. Andrés González I, Huespe Auchter MS. Lactancia materna exclusiva, factores de éxito y/o fracaso. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina.* Nº 177- Enero 2008

5. Arrues SM, Harris MA. Efectos del Retorno al Trabajo de las Madres Sobre la Continuidad de Lactancia Materna Exclusiva: un

Análisis Integral. Beca Carrillo- Onativia 2007-2008.

6. World Health Organization (WHO). Nutrition home. Disponible en: [http:// www.who.int/nutrition/en/](http://www.who.int/nutrition/en/) (entrada 10/02/2010).

7. Recomendaciones de la OMS. Informe de recomendaciones en alimentación. Informe FAO.

8. Manual de Cartera de Servicios en Atención Primaria. Sacyl. 2008. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Primaria.

9. Serra Hernández E, Solarana Ortiz J, Cruz Pérez R, Parra Hijuelos C, Serra Hernández Y. Intervención educativa sobre efectividad de la lactancia materna en la policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Correo científico médico de Holguín 2008;12(1)

10. Claves para compaginar lactancia materna y trabajo. Alba Lactancia Materna, Lactaria y Amagintza. Pamplona 2000.

11. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2008

12. Navarro Estrella M, Duque López MX, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública de México/ vol 45, nº. 4, julio- agosto de 2003.

AUTORES/AUTHORS:

Maria del Mar Sánchez Sánchez, Raquel Sánchez Izquierdo, Maria Pilar Fraile Gamo, Susana Barba Aragón, Maria Pilar García García, Emilio Lillo Montero, Saúl García Gonzalez, Susana Arias Rivera

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA RETIRADA ACCIDENTAL DE DISPOSITIVOS INVASIVOS COMO CONTROL DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN INTENSIVOS.

En el año 2005 la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) definieron los indicadores de calidad en el enfermo crítico¹, entre los que se encuentran la extubación no programada, reintubación, retirada de sonda nasogástrica y la retirada accidental de catéteres vasculares.

En 19942, en la Unidad de Cuidados Intensivos y Grandes Quemados del Hospital Universitario de Getafe, como parte del programa de control de calidad del servicio, se realizó una evaluación de la retirada accidental de dispositivos invasivos. Este análisis conllevó la aplicación de medidas correctoras cuya eficacia fue evaluada posteriormente³.

OBJETIVOS

Conocer las tasas actuales de retiradas accidentales de los dispositivos y comparar los resultados con los estudios previos realizados tanto en nuestra unidad como en los encontrados en la bibliografía.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo realizado en una unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 18 camas y en una unidad de Grandes Quemados de 6 camas. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes ingresados de Abril a Diciembre de 2010. Se recogieron datos demográficos, diagnósticos, índice de gravedad mediante Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II, Baux Score para pacientes quemados, fecha de inserción y retirada del dispositivo y motivo de la retirada.

Consideramos como retiradas accidentales, la autorretirada y la retirada durante una maniobra. Autorretirada es cuando un paciente se retira a si mismo, de forma voluntaria o no, uno de los dispositivos y retirada durante maniobra, la retirada accidental por parte del personal sanitario.

Los datos fueron recogidos por el equipo investigador en los diferentes turnos y unidades. Se utilizó estadística descriptiva con media y desviación estandar o mediana y rango intercuartílico, según proceda y tasa de incidencia por 1000 días de dispositivo. La comparación de las tasas de incidencia se realizó mediante X^2 (chi cuadrado) de Pearson y T de Student.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 679 pacientes, con una edad media (DE) de 60 (17) años, 32% fueron mujeres. El motivo de ingreso fue postquirúrgico 47%, médico 44%, politraumatizado 1% y grandes quemados 8%. La mediana (RIC) de estancia fue de 2 días (1 – 6). La mediana (RIC) de gravedad en UCI fue SAPS II: 23 (13 – 39) y en pacientes grandes quemados Baux Score de 7 (4 – 10) puntos. Exitus global del 8%.

Las tasas de autorretirada (AUT) por 1000 días de tubos endotraqueales (TET) fue de 3; catéteres venosos central (CVC) 1,6; catéteres arterial (CA) 7,6; sondas enterales (SE) 35,7; sondas vesicales (SV) 0,7. Tasas de retirada por maniobra (MAN) por 1000 días: TET 1,3; CVC 3,7; CA 1,7; SE 10,8; SV 0,5.

Si comparamos estas tasas con las previas de nuestra unidad (2001 vs 2010), hallamos diferencias significativas en la AUT de SE (20 vs. 35,7; $p=0,003$); y en MAN de CVC (0,8 vs. 3,7; $p=0,005$).

La comparación con los estándares de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) muestran que nuestras tasas actuales están por debajo de las recomendadas en TET, CVC y CA (15; 6 y 15 respectivamente). En SE y SV no

hay referentes.

DISCUSIÓN

Si comparamos nuestros resultados con indicadores de calidad publicados en el 2005 y los del 2011, pendientes de publicar, nuestras tasas de retirada son inferiores a las tasas de referencia marcadas por la SEMICYUC y la SEEIUC para tubos endotraqueales y catéteres vasculares.

Al compararlo con el estudio previo realizado en nuestra unidad por Carrión y col3, las tasas de retirada de CVC también son inferiores a las publicadas.

Aunque los resultados son relativamente buenos, la excelencia en la administración de cuidados en el paciente crítico debe ser el objetivo de nuestra labor diaria por lo que es necesario implantar medidas correctoras que hagan disminuir la incidencia de estos eventos adversos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 2005. Mayo.
2. Carrión MI, Ayuso D, Gonzalez B, Marcos M, Muñoz F, Robles MP et al. Diseño de un programa de control de calidad de enfermería en una UCI. *Enferm Intensiva* 1995;6 (2): 63 – 68.
3. Carrión MI, Ayuso D, Marcos M, Robles MP, de la Cal MA, Alía I et al. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. *Crit Care Med* 2000;28:63-66

AUTORES/AUTHORS:

Carla Fernandes, Maria Manuela Martins, Barbara Gomes, Julia Martinho, Maria Céu Barbieri, Margareth Angelo

TÍTULO/TITLE:

UN JUEGO COMO ESTRATEGIA PARA ENSEÑAR ENFERMERÍA DE LA FAMILIA

La evolución del concepto y el marco de la familia en la diversidad socio-cultural ha dado lugar a un cambio en la familia, dando lugar a cambios en su estructura y su función. Sin embargo, en un ambiente hospitalario es a menudo olvidada o ignorada, o si se valora sólo afectó a un recurso. Está emergiendo de este contexto cambiante de la atención, porque "La enfermería tiene un compromiso y la obligación de incluir a las familias, cuidado de la salud" (Wright y Leahey, 2002, p. 13) Consciente de este problema, los autores proponen una visión en profundidad se centran en el cuidado de la familia y de enfermería en los hospitales como una estrategia con el uso de un juego en un programa educativo, llamado family nursing Game. Este estudio tuvo como objetivo comparar la experiencia de usar un juego, con otras estrategias de enseñanza / aprendizaje. El juego es una estrategia importante para el aprendizaje en los adultos, el placer causas, la interacción del grupo, los retos, lo que permite el aprendizaje a través del auto-descubrimiento. La literatura indica que las enfermeras primero en interesarse en los juegos como estrategia de enseñanza de principios de los 80. (Barber y Norman, 1989). Su aplicabilidad a la educación de enfermería han sido reconocidas, son pocos los estudios en este nivel (Cesario, 1987; SeaLover y Henderson, 2005, Royce y Newton, 2007; Skiba, 2008; Hodges, 2008, Figueiredo et al, 2010), haciendo caso omiso de su aplicabilidad a la educación de enfermería en la familia.

Objetivo: Consciente de la importancia de incluir a la familia en el contexto de la atención, los tiempos de formación se han programado, con la inclusión de un juego de mesa llamado juego de la familia de Enfermería que tuvo como objetivo enseñar a la enfermería de familia. Este trabajo tuvo como objetivos:

- Promover la implementación de un juego para la enseñanza de la Enfermería Familiar.
- Evaluar la eficacia del juego en relación con otras estrategias de enseñanza para enseñar la familia de enfermería

Material y métodos: Este documento es un estudio descriptivo correlacional realizado en un hospital central en el norte de Portugal, junto con 85 enfermeras de los servicios médicos. Se utilizó un juego a la par con las estrategias de enseñanza, incluyendo una formación cinematográfica en el aula, y e-learning, haciendo uso de un correo electrónico creado específicamente para este propósito. El Family nursing game es un juego de mesa donde el progreso se determina por la habilidad del jugador / equipo para responder a las preguntas sobre el contenido de Enfermería Familiar. El juego se aplicó en grupos no superiores a 20, y jugó cerca de 1 hora. La enfermera se dirigió a las estrategias de enseñanza de acuerdo a sus intereses, después de implementar todas las estrategias, un cuestionario fue puesto en libertad.

Resultados: De las 85 enfermeras que respondieron al cuestionario de servicios, un 17,64% participó en e-learning, 37,64% en la película, 55,27% en la enseñanza formal en clase y 68,23% en el juego. La caracterización de la población hay que señalar que el 56,5% tienen edades comprendidas entre 26 y 30 años, llegando a la edad promedio de 30, 28 y modas que la distribución se produjo a la edad máxima y mínima de 48 a 22, para Además el 76,5% de este grupo son mujeres. En cuanto a la caracterización de los profesionales de enfermería son generalistas y especialistas en el 88,2% del 11,8%, en el que la experiencia profesional de un rango de 1 año a 25 de pie en el promedio de 7,68 años. Sobre la cuestión de la existencia de una formación específica en la familia, el 37,6% informó que nunca había hecho, pero el 38,6% dice que la capacitación sobre el tema en un contexto académico. En la evaluación de las estrategias de formación en una puntuación de 0 a 100, dice que en promedio el juego tiene una calificación de 81,4, seguido por la formación presencial 80,5, después de la película con 73,9 y E-learning pasado con 64,2.

Discusión y conclusiones:

Los resultados de la evaluación de estrategias de aprendizaje hace hincapié en que los mejores resultados muestran el juego,

seguido por la formación, después de la película y, finalmente, el e-learning. De los resultados se observa que el juego sigue siendo la estrategia más popular y mejor evaluado. Según Royce y Newton, 2007, ahora se enfrentan a la necesidad de mantener el proceso de enseñanza / aprendizaje atractivos e interesantes. Las estrategias tradicionales que se han utilizado en la educación de enfermería, incluyendo el uso de conferencias, a menudo descrito como sordo. (Spielvogel y Rowell, 1996). Por lo tanto, un juego puede ser una estrategia eficaz para mejorar la enseñanza y motivar el aprendizaje. (Cesario, 1987) Por lo tanto, reflexionar, elaborar y aplicar conocimientos de las enfermeras de la familia a través de un juego, puede ser una experiencia enriquecedora y motivadora de la pertinencia, la representatividad y la exigencia del tema, con el objetivo final, la mejora de la atención la familia en el hospital. Por lo tanto, revisar el juego, un gran aliado en la formación, en la creencia de que este proceso puede contribuir a los debates y reflexiones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, y muy específico sobre la familia de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BARBER, P., & NORMAN, I. (1989). Preparing teachers for the performance and evaluation of gaming-simulation in experiential learning climates. *Journal of Advanced Nursing*, vol.14, 146-151.
- CESSARIO, L.(1987) – Utilization of board gaming for conceptual models of nursing. *Journal of Nursing Education*, vol.26, p.167-169
- FIGUEIREDO; TONINI; TAVARRS; ARAÚJO (2010) – Enfermagem e o jogo dramático: Reflexões de enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem através da imagem, revista referência, dezembro de 2010.
- HANSON, S(2005)- *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família Teoria, Prática e Investigação*, 2ª edição Loures: Lusociência.
- HODGES, T. (2008) *Education of gaming in nursing education and the effects of learning and retention*, dissertação de candidatura ao grau de doutorem ciências de educação, Auburn, Alabama.
- ROWELL, S., SPIELVOGLE, S. (1996).Wanted: "A Few Good Bug Detectives," a gaming technique to increase staff awareness of current infection control practices. *Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 2 7(6), 274-278.
- ROYSE, NEWTON M.A.A, S.E.B (2007)- How gaming is used as an innovative strategy for nursing education, *Revsita Nursing Education Perspectives*, vol.28, p.263-267.
- SEALOVER, P; HENDERSON (2005) Scoring rewards in nursing education with games. *Nurse Educator*, vol.30, p.247-250.
- SKIBA, D (2008) *Nursing Education- games as pedagogical platforms*, Junho 2008, vol.29, nº 3, p.174-175.
- WRIGHT, L; LEAHEY, M. (2002) – *Enfermeiras e famílias*, São Paulo: Editora Roca.

AUTORES/AUTHORS:

Elisa Sánchez Torres, Susana Toro Molina, María Luisa Mota Boada, Dolores Marín Morales

TÍTULO/TITLE:

LACTANCIA MATERNA Y TIPO DE PARTO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al niño y unida a una alimentación complementaria apropiada, contribuye a su correcta nutrición, desarrollo y salud. Las iniciativas para proteger, promocionar y apoyar a la lactancia materna se deben basar en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, aceptada por la OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002

Los elementos que favorecen o dificultan el inicio y desarrollo del amamantamiento se engloban en las áreas: madre, niño y familia, sistema social de salud, políticas de salud pública, cultura y políticas sociales

Numerosas investigaciones sobre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva, encuentran un riesgo de fracaso de lactancia materna incrementado dependiendo del tipo de parto, aumentado en cesáreas y en partos instrumentales (1) (2). No existe diferencia entre cesáreas programadas y urgentes, se relacionan con una disminución en la lactancia materna exclusiva (3). Las madres sometidas a cesárea, perciben el proceso de lactancia más estresante y a los nueve meses del nacimiento informan de más problemas de lactancia (4). Otros estudios, encontraron que una mayor estancia hospitalaria en cesáreas mejoraba el éxito de lactancia materna (5)

En partos por cesárea, existe un retraso en el inicio de la lactancia en comparación con los partos vaginales (6)

La educación prenatal influye sobre el amamantamiento. Un programa prenatal de lactancia en mujeres con cesárea electiva, mejora su actitud hacia la lactancia, e incrementan la lactancia materna exclusiva en el primer mes postparto (8)

El nacimiento por cesárea se relaciona con mayor necesidad de apoyo por el profesional (9). Siendo un factor influyente, el peso del bebé, asociándose un peso menor de 2,5 kg a una menor proporción de éxito de lactancia (7)

Según los trabajos expuestos y trabajando en un hospital IHAN, nuestro objetivo es analizar la asociación entre el tipo de parto y el inicio de lactancia materna exclusiva

Método. Se elaboró un diseño correlacional retrospectivo. Recogiéndose los datos de gestantes que habían participado en un estudio de investigación más amplio en relación con la valoración de diferentes variables referidas a la salud psicosocial de la madre entre Enero del 2007 a Enero de 2008.

Las variables: dependiente: tipo de lactancia (materna y artificial); independiente: tipo de parto (parto vaginal y cesárea); otras variables: paridad, pH neonatal (variable continua), peso del neonato (bajo peso, peso adecuado y peso elevado)

La muestra resultante: 218 mujeres, el 50,7% nulíparas y 49% multíparas

77,1% fueron partos vaginales y 17,3% cesáreas. 6,1% de los neonatos tenían bajo peso al nacer (<2500) y 3,5% pesaron 4000 gr o más

Un 90,9% de las mujeres mantenían una lactancia materna al alta y 9,1, lactancia artificial El análisis estadístico incluyó el estadístico X² para valorar la independencia entre variables categóricas y la prueba t de Student para evidenciar diferencia de medias en la variable continua

Se utilizó la razón de ventajas (OR) para estimar el riesgo asociado de acuerdo a la influencia de la variable independiente sobre la dependiente, a un intervalo de confianza del 95%

Resultados. Tras realizar una tabla de contingencia para analizar la independencia entre las variables de tipo de lactancia y modo de nacimiento, se encontró una asociación significativa entre el tipo de parto y el establecimiento de lactancia materna eficaz al alta (X² =6,89, p=0,009)

El coeficiente de contingencia, es de 0,175, por lo que la asociación entre variables es moderada. Para tener en cuenta la posible

influencia de las otras variables, se utilizó tablas de contingencia para las variables peso del neonato y paridad, así como un contraste de medias para la variable pH neonatal, sin encontrarse significación en ninguno de los análisis.

Se elaboró un análisis de razón de ventajas, para evaluar el riesgo de fracaso en lactancia materna en cesáreas. Observándose que la cesárea incrementa el riesgo de fracaso en la lactancia materna, teniendo un OR de 3,458, (IC 95% 1,309-9,135)

Discusión. Según los resultados obtenidos, este estudio se encuentra en la línea de otras investigaciones en las que se ha encontrado mayor dificultad en conseguir una lactancia materna exclusiva tras una cesárea

Encontrándose que un parto vaginal ofrece condiciones más idóneas para que la madre pueda iniciar de manera eficaz el amamantamiento. A pesar de no haberse encontrado relaciones entre las otras variables recogidas y la lactancia, la asociación entre el tipo de parto y el éxito en la lactancia materna es una asociación no demasiado intensa, por lo que sería interesante el estudio de otras variables como dolor, hemorragia postparto, etc, así como el análisis de las experiencias vividas por la madre en estos primeros días tras el nacimiento.

Conclusiones. A pesar de que el hospital es un hospital acreditado por la IHAN, se ha hallado que la cesárea continúa siendo una barrera importante en el establecimiento de la lactancia materna.

Sería necesario realizar futuros estudios dirigidos a analizar exhaustivamente qué factores contribuyen a explicar el fracaso de la lactancia materna en cesáreas y qué cuidados enfermeros podrían reducir dicho fracaso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

- (1) Chien L.Y., Tai C.J. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007 Jun; 34 (2):123-130.
- (2) Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact* 2008 Aug; 24(3):293-302.
- (3) Zanardo V., Nicolussi S., Favaro F., Faggian D., Plebani M., Marzari F., et al. Effect of postpartum anxiety on the colostral milk beta-endorphin concentrations of breastfeeding mothers. *J Obstet Gynaecol* 2001 Mar; 21(2):130-134.
- (4) Carlander AK, Edman G, Christensson K, Andolf E, Wiklund I. Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sex Reprod Healthc* 2010 Feb; 1 (1):27-34.
- (5) Patel R.R., Liebling R.E., Murphy D.J. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth* 2003 Dec; 30(4):255-260.
- (6) Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002 Jun; 29(2):124-131.
- (7) Hwang W.J., Chung W.J., Kang DR., Suh M.H. Factors affecting breastfeeding rate and duration. *J Prev Med Public Health* 2006 Jan; 39(1):74-80.
- (8) Lin CH., Kuo S.C., Lin K.C., Chang T.Y. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *J Clin Nurs* 2008 Nov; 17(21):2838-2845.
- (9) Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud* 2007 Sep; 44(7):1128-1137.
- (10) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: guía para Profesionales*. Barcelona. 2004.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Goreti Silva Ramos Mendes, Ana Filipa Oliveira Monteiro, Filipa Daniela Cruz Barbosa

TÍTULO/TITLE:

Artículo La experiencia de los estudiantes de enfermería en la entrevista al adolescente hospitalizado

Introducción y Objetivos

El estudiante del 3º Año de Enfermería en formación clínica en pediatría, tiene que desarrollar una entrevista cuyo contexto sea el atendimento a un niño, a un adolescente o cuidador y demostrar la capacidad de evaluación diagnóstica para el proceso de cuidados de enfermería. Fue en este contexto que nació en nosotros la convicción de que sería importante conocer la experiencia de los estudiantes en la realización de la entrevista al adolescente. De ahí resultó la formulación de la pregunta de investigación: Como experimentan los estudiantes la realización de la entrevista al adolescente hospitalizado? Frente a la problemática del estudio el artículo tiene como objetivo, comprender la experiencia de los estudiantes de enfermería en la entrevista al adolescente hospitalizado, cuya consecución fue orientada por los siguientes objetivos específicos: identificar las dificultades encontradas en la realización de la entrevista; analizar la percepción de los estudiantes con relación a la importancia de la entrevista; identificar los contribuyos del Guía orientador de buenas prácticas de enfermería de salud infantil e pediátrica: la entrevista al adolescente¹

Metodología

Entendiendo que para reconocer la experiencia ella tiene que ser reflejada y comunicada², solicitamos a siete estudiantes que a través de la narrativa escrita representasen la experiencia vivida. Consideramos ésta la herramienta adecuada para acceder, a través de la voz de los protagonistas, a lo que muchas veces queda oculto. La narrativa es el mejor camino para acceder a la experiencia que se quiere conocer³, siendo la enfermería particularmente fértil para el uso de estos temas⁴. Es un estudio de naturaleza cualitativa de carácter descriptivo. A partir de las narrativas fue efectuado el análisis de contenido y extraídas las "esencias" de las experiencias

Resultados

En el plano de fondo de las experiencias surgieron las categorías.

Dificultades y limitaciones: el tema principal de las narrativas se centró en la dificultad en el abordaje de la sexualidad. La dificultad de abordar estas cuestiones surge asociada con el perfil de comportamiento de los adolescentes y con la proximidad de la edad estudiante/adolescente. Los estudiantes se manifiestan sintiéndose confrontados con los límites del saber comunicar y en la diversidad de los hallazgos, se encuentra la evidencia que acabe en el sentimiento de estar solo en la situación. La falta de un espacio que garantiza la privacidad del momento es expresada como una limitación a la realización de la entrevista.

Importancia de la entrevista en la interacción del proceso de cuidados: los estudiantes describen la entrevista como básica para el desarrollo del proceso de cuidados. Al mismo tiempo de las dificultades sentidas, la consideran un momento que proporciona la posibilidad de expresar un genuino interés en la relación con el adolescente. Es potenciadora de la confianza, autoestima y autonomía del adolescente y un momento particular de participación del mismo. Posibilita expresar sus puntos de vista sobre los problemas y preocupaciones. Al promover el compartir de la información contribuye para la percepción de riesgos y propicia un atendimento personalizado.

Contribuciones de Guía orientador de buenas prácticas: los estudiantes reconocen la utilidad del guía como soporte de la actividad. Lo consideran una ayuda para la obtención de respuestas más satisfactorias, estando una de las contribuciones asociada a la orientación en la estructuración de las fases que componen la entrevista.

Necesidades de formación expresadas: los estudiantes exponen como posible contribución, la práctica simulada de la entrevista en función de la edad del adolescente.

Discusión

Los resultados del estudio confirman que en la atención al adolescente la entrevista constituye un momento privilegiado de conocimiento, un espacio para la expresión y captura de necesidades¹. La entrevista al adolescente, siempre teniendo en cuenta su complejidad e dificultades, es un momento crucial para obtener la participación necesaria al desarrollo del proceso de cuidados. A través de la entrevista se puede optimizar sus recursos y ayudar a comprender mejor lo que está aconteciendo⁵. Cuando es hospitalizado el adolescente se vuelve vulnerable y se siente reducido en su mundo factual⁶. Es necesario escucharlo y obtener del mismo el orden de consentimiento para promover la responsabilidad en torno de sus procesos de vida y salud¹. Hay cambios complejos de personalidad que generan alteraciones en su comportamiento y inestabilidad en su manera de relacionarse^{7,8}. La relación interpersonal que se establezca debe basarse en la confianza mutua permitiendo un diálogo flexible y abierto⁹. Mientras las implicaciones en la práctica, se eleva la actividad de la entrevista. Se debe garantizar un servicio personalizado y un espacio privado con el fin de obtener una mayor participación del adolescente. Se recomienda la utilización del Guía orientador de buenas prácticas de enfermería ya que hay sido considerado por los estudiantes como un soporte fundamental para la configuración y conducción de la entrevista. Se sugiere también como una estrategia de capacitación el recurso a ensayos de entrevista con adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) – Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Vol 1. ISBN: 978-989-8444-00-4.
2. Ordaz, O. (2011) – O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. Revista pensar Enfermagem. Vol. 15(1), p: 70-87.
3. Frid, I. (2000). On the use of narratives in nursing research. Journal of Advanced Nursing. Vol. 32 (3), p: 695-703.
4. East, L., Jackson, D., O'Brien, L., Peters, K. (2010). Storytelling: an approach that can help to develop resilience. Nurse Researcher. Vol. 17 (3), p: 17-25.
5. Benjamin, A. (2001) - A entrevista de ajuda. 9.ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
6. Saito, M.I. (2000) - Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. Pediatria. Jul-Set. Vol. 22(3) p. 217.
7. Zagonel, I.P.S. (1998). O ser adolescente em transição existindo um enfoque de cuidar-pesquisar sob a ótica da enfermagem. [Tese de Doutorado]. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.
8. Guzman C. R, Aparecida, M., Cano, T. (2000) - O adolescente e a hospitalização. Rev. Eletr. Enf. [em linha]. Vol 2(2). [Cons. Em 28-08-11] [Disponível en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.html].
9. Roehrs, H., Maftum M. A., Mazza, V. A., Borille D. C. (2007) - Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no espaço escolar Cienc Cuid Saude. Jan/Mar. Vol.6(1), p: 110-119.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, África Sáez Bueno, María Dolores Guerra Martín, Vicente Fernández Rodríguez, Beatriz Bohorquez Jiménez, Antonio Morales Romero

TÍTULO/TITLE:

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES SEVILLANOS.

Introducción:

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (HRQoL) puede ser definida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. En el campo de la infancia y la adolescencia, este indicador ha permitido complementar evaluaciones del estado de salud, poniendo el énfasis en su funcionamiento cotidiano y aportando información comprensiva a medidas de morbilidad y mortalidad (1-3).

La población adolescente está expuesta a riesgos causados por estilos de vida no saludables, siendo principales los relacionados con la alimentación, la realización de ejercicio físico, la sexualidad, el consumo de sustancias adictivas o la seguridad vial. Estas conductas y otros factores ambientales como las características sociodemográficas o elementos psicosociales pueden tener un impacto en la HRQoL (4-8).

Este trabajo identificó la relación existente entre variables sociodemográficas y comportamentales y la autopercepción sobre HRQoL en adolescentes.

Método:

Se realizó un estudio epidemiológico transversal, con 187 adolescentes de cuarto de ESO de IES de Sevilla.

Para valorar la autopercepción sobre HRQoL se utilizó el cuestionario del grupo KIDSCREEN en su versión de 27 ítems, y para determinar las variables comportamentales se administró el cuestionario Health Behaviour School Children Age (HBSC). Ambos son autoadministrados y validados para la población española, y equiparables con la población europea.

El KIDSCREEN mide la HRQoL en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años, en cinco dimensiones: Bienestar Físico (PHY), Bienestar Psicológico (PWB), Relación con Padres y Autonomía (PAR), Apoyo Social y Pares (SOC) y Ambiente Escolar (SCH). Puntajes más altos indican mejor HRQoL y bienestar (2).

Del HBSC se tomaron preguntas referidas a la alimentación y dieta, la actividad física, el consumo de sustancias, y la salud sexual (6). Se añadieron y validaron preguntas relacionadas con la seguridad vial.

Se recogieron características sociodemográficas: sexo/género, edad, nivel de estudios de padres y madres, percepción de la economía familiar y funcionalidad familiar (Test Apgar Familiar).

La recogida de información fue realizada entre octubre y noviembre de 2010, siguiendo las indicaciones del estudio HBSC, por una investigadora, y previo consentimiento informado.

Se realizó un estudio descriptivo y bivalente, utilizando las pruebas t de Student y la r de Pearson. Se midió el tamaño del efecto (r^2 y coeficiente de correlación). Se propuso un $\alpha=0.05$. Se apoyó el análisis con SPSS 18.

Resultados:

El 56.7% (106) fueron chicas. La edad media fue 15.53, DT=.77 años. El 63.2% (100) de las madres y el 44.9% (75) de los padres tenían estudios primarios. El 41.9% (75) afirmaba que en su casa “apenas llegaban a fin de mes”. La puntuación media del Apgar familiar fue de 8.41, DT=1.47 (normofuncional).

El índice de masa corporal (IMC) fue 21.48, DT= 3.09. Los/as encuestados realizaban ejercicio físico una media de 3.58 días a la semana (DT=1.78). El 29.9% (56) había mantenido relaciones sexuales con penetración. El 46.5% (87) había fumado. El 79.7% (149) había consumido alcohol. El 19,3% (36) había consumido cannabis. El 59.4% (111) utilizaba siempre el cinturón de seguridad,

el 65.1% (121) el casco. El 48.7% (91) había conducido bajo efectos de alcohol u otras drogas.

Se encontraron relaciones significativas entre características sociodemográficas y KIDSCREEN. Las chicas obtuvieron puntuaciones menores en PHY, PWB y PAR. Quienes percibían su economía familiar deficitaria en PAR, y quienes percibían su familia disfuncional en PAR, SOC y SCH.

Valores menores en el IMC se relacionaron con menores puntuaciones en PWB. Se observaron correlaciones significativas entre conductas de riesgo y puntuaciones bajas en KIDSCREEN: Entre baja frecuencia de realización de ejercicio físico y PHY; el consumo de tabaco, PHY y SCH; el consumo de alcohol, PHY, PWB, PAR y SCH; el consumo de cannabis y SCH; el uso del cinturón y SCH; y la conducción bajo efectos de alcohol u otras drogas, PHY y PWB. En muchos casos el tamaño de efecto fue medio-alto.

Discusión:

Se coincide con estudios previos, en los que se constata que las chicas suelen percibir una menor HRQoL. También se ha encontrado anteriormente relación entre variables socioeconómicas y HRQoL, siendo esta menor en personas con bajos ingresos o en las pertenecientes a familias problemáticas (3, 9-11). En el estudio, la falta de correlación con la edad puede ser debida a que el rango estudiado es limitado.

Aunque se encuentran escasos trabajos sobre la asociación entre variables comportamentales y la HRQoL, previamente se ha demostrado la relación entre comportamientos de riesgo relacionados con la sexualidad o el consumo de alcohol y tabaco y valores inferiores en la HRQoL (8).

Esta información que puede tener implicaciones prácticas en conexión con la valoración clínica, al proporcionar claves útiles para centrar la intervención en prevención y promoción de salud, y puede mostrar el papel del sexo/género, las desigualdades socioeconómicas, la familia en la HRQoL, así como la asociación entre conductas de riesgo y HRQoL, en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003; IX (2): 9-21.
2. Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, Rajmil L, Bruil J, Power M, et al (KIDSCREEN Group). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research* 2007; 16 (8): 1335-45.
3. Urzúa A., Cortés E, Prieto L, Vega S, Tapia K. Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (3): 238-244.
4. Dirección General de Salud Pública y Participación. *Guía Forma Joven*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2004.
5. Escuela Andaluza de Salud Pública. *Forma Joven. Una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía* [internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008 [citado 14 de junio de 2011]. Disponible en: <http://mago.easp.es/formajoven/download/RESUMENWEB2.pdf>
6. Moreno Rodríguez C, Muñoz Tinoco V, Pérez Moreno PJ, Sánchez Queija I, Granado Alcón MC, Ramos Valverde P, et al. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. A World Health Organization crossnational study [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 14 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/nacional_hbsc.htm
7. Topolski TD, Patrick DL, Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Mount KK. Quality of life and health-risk behaviours among adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29:426-35.
8. Gerhardt CA, Britto MT, Milss L, Biro FM, Rosenthal, S. Stability and predictors of health-related quality of life of inner city girls. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24:456-8.
9. Vélez R, López S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit* 2009; 23(5):433-439.

10. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al (KIDSCREEN Group). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research* 2007; 16 (8): 1347-56.
11. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U (KIDSCREEN Group). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 130-135.

AUTORES/AUTHORS:

Laia Capellades Wennberg, Lidia Segura Garcia, Joan Colom Farran

TÍTULO/TITLE:

Análisis del impacto de la exposición a la publicidad de alcohol en el consumo de jóvenes catalanes

Introducción: Los jóvenes son uno de los grupos con mayor riesgo de padecer problemas con el alcohol. Cada vez hay más estudios europeos que evidencian que la publicidad de bebidas alcohólicas incide en su consumo.

Estos estudios abren puertas a enfermería para poder tener nuevas herramientas a la hora de realizar promoción y prevención de la salud en cuanto al alcohol en la población juvenil.

Objetivo: Conocer la relación entre el nivel de exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol en jóvenes residentes en Cataluña de 14 a 17 años, mediante un estudio realizado de Marzo a Junio de 2009

Objetivos secundarios

- Describir el consumo de alcohol en menores.
- Describir el nivel de exposición de los menores a la publicidad de bebidas alcohólicas.
- Describir el consumo de los menores en función de la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas, de las variables sociodemográficas (sexo y edad) y de las variables sobre: nivel de exposición a los medios de comunicación, consumo de tabaco, etc.
- Determinar la asociación entre la exposición de los menores a la publicidad de bebidas alcohólicas y su consumo de alcohol, ajustando por las posibles covariables confusoras.

Método: Estudio transversal mediante un cuestionario de 29 preguntas incluyendo variables sociodemográficas, de consumo, percepción de riesgo, nivel de exposición a los medios de comunicación y recuerdo espontáneo de la publicidad de bebidas alcohólicas. Se administró a 350 jóvenes entre 14 y 17 años participantes en actividades de tiempo libre y en un instituto.

Resultados: El consumo de alcohol y de medios de comunicación de los jóvenes es elevado y similar entre sexos. El 93% recuerdan anuncios de bebidas alcohólicas. Beber alcohol, hacer consumos de riesgo y embriagarse está asociado significativamente con ver menos la televisión durante el fin de semana. No se encuentra asociación significativa entre el recuerdo de la publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol de los jóvenes.

Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio no muestran una relación significativa entre la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol en los jóvenes. Sin embargo se evidencia que los jóvenes catalanes de entre 14 y 17 años recuerdan anuncios de bebidas alcohólicas con facilidad. Este estudio aporta elementos a tener en cuenta en futuras propuestas de modificación de la normativa vigente sobre promoción de bebidas alcohólicas y del control de su cumplimiento en cuanto a la protección de la exposición por parte de los menores, y también se debe de tener en cuenta cuando enfermería trabaja nuevas estrategias de promoción y prevención para realizar una buena educación sanitaria a los jóvenes en los institutos y centros de atención primaria.

Método: Estudio transversal mediante un cuestionario de 29 preguntas incluyendo variables sociodemográficas, de consumo,

percepción de riesgo, nivel de exposición a los medios de comunicación y recuerdo espontáneo de la publicidad de bebidas alcohólicas. Se administró a 350 jóvenes entre 14 y 17 años participantes en actividades de tiempo libre y en un instituto.

Resultados: El consumo de alcohol y de medios de comunicación de los jóvenes es elevado y similar entre sexos. El 93% recuerdan anuncios de bebidas alcohólicas. Beber alcohol, hacer consumos de riesgo y embriagarse está asociado significativamente con ver menos la televisión durante el fin de semana. No se encuentra asociación significativa entre el recuerdo de la publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol de los jóvenes.

Discusión: Los resultados obtenidos en este estudio no muestran una relación significativa entre la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol en los jóvenes. Sin embargo se evidencia que los jóvenes catalanes de entre 14 y 17 años recuerdan anuncios de bebidas alcohólicas con facilidad. Este estudio aporta elementos a tener en cuenta en futuras propuestas de modificación de la normativa vigente sobre promoción de bebidas alcohólicas y del control de su cumplimiento en cuanto a la protección de la exposición por parte de los menores, y también se debe de tener en cuenta cuando enfermería trabaja nuevas estrategias de promoción y prevención para realizar una buena educación sanitaria a los jóvenes en los institutos y centros de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Anderson,P, Baumberg, B. L'alcohol a Europa. Prespectiva de la salut pública. Londres: Institute of Alcohol Studies; Juny 2006.
2. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol. EB122/10 de 10 enero de 2008. Consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). [en línea] 2008 [citad el 20 de gener 2009]. Disponible a:
http://www.who.int/gb/ebwhal/pdf_files/EB122/B122_10-sp.pdf
3. Departament de salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006. Generalitat de Catalunya. [en línea] Octubre 2008 [citad el 20 de desembre 2008]. Disponible a:
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc11898.html>
4. Plan Nacional sobre Drogas.Ministerio de sanidad y consumo. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES), 1994-2006. [en línea] 2007 [citad el 20 de desembre 2008]. Disponible a:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006.pdf>
5. PallarésJ, Barruti M, Espluga J, Oró DP, Canales G. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil.Informe 2007. Barcelona, Institut Genus, Generalitat de Catalunya. [en línea] 2007 [citad el 10 de gener 2009]. Disponible a:
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/alcohol/obs2007.pdf>
6. Sabaté F. Jóvenes, alcohol y publicidad. Gac Sanit. 2003 Feb; 17(1): 88-89.
7. Alcohol Marketing in Europe. Strengthening Regulation to Protect Young People. ELSA PROJECT. 2007. STAP
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Regulación de venta, Consumo y Publicidad de Bebidas Alcohólicas. [en línea] [citad 23

deseembre 2008]. Disponible a:

<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/alcohol/legislaciónAlcohol.html>

9. Asociación de Usuarios de la Comunicación (AUC). La regulación de la publicidad de alcohol.[en línea] Maig 2004 [citad 8 gener 2009]. Disponible a :

<http://www.auc.es/Documentos/Documentos%20AUC/Docum2004/docu09.pdf>

10. Pascual,F. Imagen social de la bebidas alcohòlicas. Adicciones.2002;14 (supl.1): 115- 122.

11. Villalbí JR, Granero L, Brugal MT. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. Gac. Sanit. 2008;22(supl.1):79-85.

12. Smith L, Foxcroft D. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal behaviour in young people: systemic review of prospective cohort studies. BMC Public Health.[en línea] 2009[citad 10 Febrer 2009]; 9:51. Disponible a :

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/51>

AUTORES/AUTHORS:

Zaida Borges Charepe, Margarida da Silva Vieira, Luis Miguel Vicente Afonso Neto

TÍTULO/TITLE:

Modelo de Intervención en Ayuda Mutua Promotor de la Esperanza: Oportunidades y Processos

Objetivos: Contribuir para el desarrollo de un modelo de intervención en ayuda mutua, para fomentar la esperanza en los padres de niños con enfermedades crónicas en los grupos de ayuda mutua.

Método: Estudio cualitativo (Streubert e Carpenter, 2002; Lacey, 2008; Fortin, 2009; Vilelas, 2009), sostenido por el método de investigación apreciativa (Hammond, 1996; Cooperrider, Whitney e Stavros, 2003; Cooperrider e Whitney, 2005; Reed, 2007; Moore, 2008). Desarrollado en dos hospitales y un grupo de centros de atención primaria. La muestra (no probabilística), corresponde a los padres de niños con enfermedades crónicas y técnicos de grupos de ayuda mutua. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas apreciativas (Cooperrider, Whitney e Stavros, 2003; Reed, 2007), de observación en grupos de ayuda mutua (Pearce, 1994; Barge, 2004; Wasserman, 2005), y de discusión reflexiva con los técnicos. Para el procesamiento de datos se utilizó la estadística descriptiva/inductiva y analítica.

Resultados: Los participantes tienen una edad comprendida entre 30-39 años (65%), el hogar se limita a la familia nuclear (75%), tienen un empleo remunerado (55%), afiliación religiosa en el catolicismo (60%). Los principales motivos de ingreso a los grupos de ayuda mutua son: compartir (50%), aprendizaje (40%), buscar el apoyo (40%) y ayudar a otros padres (30%). Del análisis de contenido de las entrevistas apreciativas, surgió tres áreas clave: factores de promoción de la esperanza, la esperanza como un factor de resiliencia y los factores de amenaza a la esperanza (Charepe et al, 2010). Las prácticas y principios de funcionamiento de los grupos de ayuda mutua, mostró la influencia percibida del apoyo social en la esperanza de los padres. Los resultados de la investigación fueron complementares a la discusión reflexiva de diez episodios de comunicación, registrados de la observación en los grupos de ayuda mutua, permitiendo una acción de colaboración entre sus miembros. Las oportunidades para la acción, fueron clasificadas por los técnicos en cuatro factores: el fuerte sentido de grupo, el orgullo y el entusiasmo en la intervención, el establecimiento de una relación horizontal y oportunidades para el aprendizaje y el crecimiento del grupo. En estas oportunidades, la énfasis en la familia como fuente de esperanza, la colaboración con los recursos de la comunidad, el intercambio de experiencias y buenos recuerdos, como medio de promover la adaptación de los padres a la enfermedad crónica de sus hijos.

Discusión: De una estructura operativa que figura en el marco conceptual del modelo de intervención en ayuda mutua promotor de la esperanza, las propuestas de intervención se describen en introducción, formación, (re) construcción de la esperanza y gestión de la vida social del grupo. El modelo es de esta manera, una base para poner en funcionamiento las reuniones convocadas por los grupos de ayuda mutua, permitiendo a los técnicos tomar decisiones orientadas para la promoción de la esperanza entre los padres. Se asume en la continuidad, la preservación de una función horizontal y flexible, basada en un enfoque que apunta a la búsqueda de soluciones en un proceso dinámico y continuo de colaboración, centrado en las relaciones en reciprocidad (Ribeiro, 2002; Guerra e Lima, 2005; Figueiredo e Charepe, 2010). Como implicaciones para la práctica asistencial, la expansión de las intervenciones que promueven la esperanza y su evaluación en el desarrollo del trabajo en grupo entre los padres y técnicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barge, J. (2004) – Articulating CMM as a practical theory. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 15(X), pp. 187-198.

Charepe, Z. et al (2010) – Grupos de ajuda mútua como estratégia de promoção da esperança nas mães de crianças com doença crónica. Livro de programas e resumos do I Seminário Internacional “Contributos da psicologia em contextos educativos”. 13p.

Cooperrider, D.; Whitney, D.; Stavros, J. (2003) – *Appreciative Inquiry Handbook*. The first in a series of AI workbooks for leaders of

- change. 1ª ed. United States of America: Lakeshore Communications; Berrett-Koehler Publishers.
- Cooperrider, D.; Whitney, D. (2005) – Appreciative Inquiry: a positive revolution in change. 1ª ed. United States of America: Berrett-Koehler Publishers.
- Figueiredo, M.; Charepe, Z. (2010) – Processos adaptativos da família à doença mental: os grupos de ajuda mútua como estratégia de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*, 3, pp. 24-30.
- Fortin, M-F. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1.ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Guerra, M.; Lima, L. (2005) – Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hammond, S. (1996) – The Thin Book of Appreciative Inquiry. 1ª ed. United States of America: Kodiak Consulting.
- Lacey, A. (2008) – El proceso de investigación. In Gerrish, K.; Lacey, A. – Investigación en enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España. pp.16-30.
- Moore, M. (2008) – Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Practice Development in Health Care*, 7(4), pp. 214-220.
- Pearce, B. (1994) – Interpersonal Communication: Making Social Worlds. 1.ª ed., New York: Harper Collins College Publishers.
- Reed, J. (2007) – Appreciative Inquiry: research for change. 1ª ed. United States of America: Sage.
- Ribeiro, N. (2002) – A família enfrentando a doença grave da criança. In Elsen, I; Marcon, S.; Silva, M. – O viver em família e a interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem. pp.199-220.
- Streubert, H.; Carpenter, D. (2002) – Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. (2009) – Investigação. O processo de construção do conhecimento. 1.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wasserman, I. (2005) – Appreciative Inquiry and Diversity: The Path to Relational Eloquence. *AI Practitioner*, pp. 36-43.

POSTER 2**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Sánchez Ocaña, Rosario Vigo Ortega

TÍTULO/TITLE:

Percepción de estudiantes de primero de enfermería sobre cuidados a la población inmigrante.

Objetivos:

- Conocer las opiniones que tienen los alumnos de primero de enfermería sobre cuestiones de salud y cuidados en población inmigrante.
- Identificar las emociones que les generan la población inmigrante.

Método:

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante el curso académico 2010/2011 en el marco de la Asignatura "Enfermería Psicosocial".

Sujetos: La muestra fue elegida por conveniencia y participaron 49 estudiantes de 1º de Enfermería.

Instrumentos: Elaboramos una encuesta autoadministrada y semiestructurada, de 8 preguntas cerradas que se respondían en una escala Likert de 5 puntos, desde 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo y a las 4 primeras se les solicitaba justificar la respuesta. Los ítems se basaron en el estudio realizado por Moreno (2006) y exploraban la percepción sobre necesidades y estado de salud de los inmigrantes; utilización y adaptación de los servicios sanitarios; y necesidades de formación de los estudiantes en este tema. También se incluía un listado de emociones negativas, positivas y neutra, en el que los alumnos tenían que marcar la frecuencia con las que la habían experimentado, desde nunca a muchas veces.

Procedimiento: Todos los sujetos respondieron a la encuesta de manera anónima y esta les fue administrada de forma grupal en la clase. Previamente se les advirtió que la participación era voluntaria y se les garantizó la confidencialidad.

Análisis de datos: Los datos fueron tabulados con el programa estadístico informático SPSS 17.0

Resultados:

El 83% de la muestra son mujeres y la media de edad es de 20,33 (DT: 2,46).

De los resultados obtenidos hay que destacar que el 32,7% de la muestra manifiesta estar de acuerdo en que las necesidades de salud de la población inmigrante son distintas a las de la población autóctona. El resto opina que pueden poseer el mismo estado de salud, porque este depende del estilo de vida de cada uno y no del país de origen.

El 22,4 % está de acuerdo en que tiene un peor estado de salud y el 42,9% manifiesta una opinión neutra (ni acuerdo ni desacuerdo). En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, el 51% está en desacuerdo con que utilicen más los servicios de salud que la población autóctona y el resto (42,9%) una respuesta neutra. Así mismo, el 53,1% está de acuerdo con que los servicios sanitarios se ajustan a las necesidades específicas de la población inmigrante. Por otra parte, el 57,1% de la muestra está de acuerdo en tener una formación específica en la carrera sobre cuidados a población inmigrante y, al 79% le gustaría trabajar con esa población.

Además, piensan que todos reciben el mismo trato, o deben recibirlo; y que cuidar al inmigrante no tiene porqué ser más problemático que hacerlo al resto de la población.

En cuanto a la frecuencia con que han experimentado emociones hacia los inmigrantes, diferenciando el que fueran positivas, negativas o neutras, se obtuvieron los siguientes resultados:

Positivas: un 77,1% de los alumnos han sentido bastantes veces admiración; el 91,7% simpatía; el 75% afirman respetarlos habitualmente; un 64,6% han sentido muchas veces solidaridad; curiosidad un 85,4% en numerosas ocasiones y, también, ternura, un 72,9%.

Negativas: un 79,2% ha sentido escasas veces resignación; un 81,2% apenas han sentido ira; la inseguridad, un 80,3% la han sentido más de una vez; un 50-52% ha sentido miedo y desconfianza respectivamente algunas veces; incomodidad, un 50% más de una vez; y un 77,1% nunca ha sentido odio hacia ellos.

Neutra: un 70% nunca o alguna vez ha sentido indiferencia.

Discusión:

Las opiniones ponen de manifiesto la necesidad de formarse en cuidados en población inmigrante e interés de trabajar en un futuro con esta población por las siguientes razones:

Observamos que aproximadamente la mitad de los estudiantes encuestados presentan un desconocimiento de los problemas de

salud de los inmigrantes y de la utilización que hacen de los servicios sanitarios. No obstante, quieren formarse en inmigración, además les gustaría trabajar con ellos.

Por otra parte, existe un predominio de emociones positivas aunque casi la mitad también ha sentido miedo y desconfianza alguna vez, lo cual puede estar relacionado con el desconocimiento hacia sus culturas.

En conclusión, consideramos necesario que los futuros profesionales, para afrontar el cuidado, no sólo deben ser capaces de comunicarse eficazmente con el paciente, sino que deberán tener en cuenta las diferencias culturales respecto al proceso de salud-enfermedad y uso de los servicios. Esta formación les permitirá adquirir una mayor sensibilidad hacia otras culturas y ser capaces de reconocer sus propias actitudes para gestionarlas adecuadamente.

La sociedad está en continuo cambio y cuidados de enfermería deben adaptarse a las nuevas necesidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Antonin Martín, M y Tomas- Sabado, I. Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11M. Educación Médica, 2006; 9(1): 17-20

Lillo, M y Casanova, I. Fenómenos migratorios. Competencia Cultural y cuidados de salud. Cultura de los Cuidados, 2006, Año X, nº20

Moreno Preciado, M. Formación y Transculturalidad: el cuidado del paciente inmigrado desde la perspectiva del estudiante de enfermería de primer año. Cultura de los Cuidados, 2006, Año X, nº20.

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

RAQUEL PALOMERO RUBIO, AZUCENA PEDRAZ MARCOS, EMILIA SUAREZ DOMINGUEZ, RICARDO CORELL PLANELLES, AMELIA ANGLAS ZARAGOZA, MANUEL SEBASTIAN PAMOS NAVAS, RODRIGO MUÑOZ BALADA, JAVIER QUINTANA BELLMUNT

TÍTULO/TITLE:

Aproximación a las percepciones de los pacientes con cáncer de colon en el proceso de adaptación a la colostomía. Influe

Introducción: El 1,5 por mil de la población española convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de unas 60.000 personas. Es indudable que el impacto social de esta discapacidad es enorme, dado el volumen de población a la que afecta y los problemas en la vida diaria que deben afrontar los afectados. Dado que la colostomía es un proceso que altera la calidad de vida de los sujetos, se considera fundamental para un abordaje holístico del proceso de enfermedad, el conocimiento de las percepciones sobre su adaptación al estoma para procurar intervenciones específicas atendiendo a sus necesidades, dimensión escasamente abordada en la literatura revisada.

Objetivo: Este estudio pretende analizar la percepción que tienen los pacientes con cáncer de colon en el proceso de adaptación a la colostomía.

Método: Se realizará un abordaje descriptivo de corte cualitativo mediante entrevistas abiertas que serán grabadas y posteriormente transcritas en pacientes colostomizados del Hospital La Plana de Vila-real.

Los criterios iniciales de selección de los informantes serán:

1. Paciente con cáncer de colon
2. Edades comprendidas entre 35-75 años.
3. Portadores de una colostomía temporal o definitiva secundaria a una intervención por patología colon-rectal.

Los datos se obtendrán de la información generada en las entrevistas y se utilizará el programa Atlas ti para los procesos automáticos que implica un análisis cualitativo.

Implicaciones para la práctica clínica: Este trabajo será de gran utilidad para detectar las necesidades de los pacientes con cáncer de colon portadores de una colostomía.

La detección de estas necesidades justificará a los sistemas sanitarios la importancia de la figura de la enfermera experta en estomaterapia en nuestros medios sanitarios para la mejora de la calidad de vida de los pacientes ostomizados y su posterior repercusión en aspectos económicos, sociales, laborales...etc

De este modo el objeto es conseguir la implementación de la consulta de enfermería experta en estomaterapia dentro de la cartera de servicios de nuestros hospitales para proporcionar un seguimiento y control del paciente con estoma en todo el proceso de enfermedad.

Este trabajo permitirá promocionar la búsqueda de nuevas estrategias dirigidas a la elaboración de una intervención enfermera apropiada para los pacientes con cáncer de colon portadores de una colostomía basada en el análisis de los mecanismos de afrontamiento del paciente.

Proporcionará al equipo multidisciplinar una mayor comprensión del proceso de enfermedad para dar respuesta a las necesidades del paciente con cáncer de colon portador de una colostomía y aumentar así su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:473-82.

De Frutos Muñoz R et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Metas de enfermería. 2011 Marzo; 14 (2):24-31.

Barbero FJ, Martín FJ, Galbis V, García J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. Nure Investigación 2004; 7:1-10.

Marti WR, Arpagaus G, Hamel ChT. Patient with a stoma. 2007 Sep;64 (9):545-8. [Pubmed abstract]

Instituto Nacional del cáncer. Información general sobre el cáncer de colon. Disponible en : <http://www.cancer.gov/espanol> (Acceso 3 de Diciembre del 2010)

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

ANGELES PASTOR LOPEZ, GEMA URBANO GOMEZ, MARTIN PINILLA FERNANDEZ- CASTAÑÓN, EDUARDO VAZQUEZ DE LA TORRE ALVAREZ

TÍTULO/TITLE:

Estudio descriptivo sobre caídas en pacientes con demencia, en una unidad de estancia diurna

INTRODUCCION: La Unidad de Estancia Diurna (UED) de enfermos de Alzheimer y otras demencias San Rafael, fue inaugurada en septiembre 2008 en su actual ubicación. A la unidad de día acuden un total de 60 pacientes. Se organizan en 4 grupos (I, II, III, IV) según el nivel cognitivo y de dependencia, siendo el grupo I de mayor autonomía y el del grupo IV de máxima dependencia. Desde el Distrito Sanitario de Córdoba se presta atención a la UED con un Medico de Familia, especialista en geriatría y con una Enfermera Gestora de Casos (EGC) para dar respuesta al Plan Andaluz de Alzheimer (1). De forma semanal se acude a la unidad, tanto para la valoración de los pacientes como para consultas puntuales de los mismos. Los pacientes que acuden al centro son de toda la ciudad siendo sus centros de salud de referencia los de todo el Distrito Sanitario de Córdoba, de ahí la coordinación a través de la EGC con el centro de salud de referencia de cada paciente. En la bibliografía consultada El riesgo de caídas en la población mayor es frecuente, con una prevalencia de al menos una caída al año del 33%, siendo aún más elevada en pacientes con demencia sobre todo en estadios leves y moderados ya que en los estadios finales suelen tener menos movilidad y disminuye el número de las mismas. Muchas caídas se podrían evitar sobre todo si se instauraran protocolos de caídas en los centros y se instruyera a familiares y cuidadores.(2,3,4,5,6,7)

OBJETIVOS: Conocer el perfil del paciente que acude a la UED e Identificar los factores que contribuyen a prevenir las caídas

METODOLOGIA Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acuden a la Unidad de día San Rafael durante Octubre 2010 y Marzo 2011 Las variables estudiadas son: edad, sexo, grupo al que pertenecen (I, II, III, IV), Test Mini-mental (de examen cognitivo/ MEC- 35 de Lobo(8). Escala de deterioro global de Reisberg (GDS) (9) Escala de Tinetti (10),. Escala del riesgo de caídas múltiples (11), Deambulación si la realiza solo, con ayuda de otra persona ó dependiente de ayudas técnicas, y patologías crónicas como hipertensión y/o diabetes. Tipo de demencia, se contempla si presentan Alzheimer u otro tipo de demencia.

RESULTADOS En total se estudian 60 pacientes que son los que acuden a la UED Los resultados obtenidos son los siguientes: Sexo: 41 mujeres y 19 hombres. Edad: < 65años 1, de 65 a 70 años: 4, de 71 a 80 años 30, de 81 a 90 años 23, > 91 años 2 pacientes. Patologías crónicas: Diabéticos 20 pacientes y 41 tiene HTA. De todo este grupo 18 tienen ambas patologías. Grupo al que pertenecen: Grupo I 35 pacientes, Grupo II 11 pacientes , Grupo III 10 pacientes , Grupo IV (de total dependencia) 4 pacientes. GDS: 2 a 3 puntos 2 pacientes, de 4 a 5 puntos 21 pacientes, de 6 a 7 puntos 37 Según Mini-Mental/ MEC (LOBO): 0 a 10 puntos 25 pacientes, de 11 a 20 puntos 16 pacientes y de 21 a 28 puntos 19 pacientes, >28 puntos ningún paciente Son diabéticos 20 pacientes, con HTA 41 y con HTA+DM 18 Escala de Tinetti: <19 puntos 24 pacientes, de 19 a 25 puntos 28 pacientes y de > 26 puntos 8 pacientes. El 51'5% de pacientes que han tenido caídas presentaron el valor inferior a 19 (presenta 5 veces mayor riesgo de caídas que el resto) el 38% de los pacientes presentaron valores entre 19 y 26 y tan solo un 9'5% valores por encima de 26 puntos. Escala de riesgo de caídas múltiples: < 7 puntos 20 pacientes, entre 7 y 10 puntos 26 pacientes, y > 10 puntos 14 pacientes.

DISCUSION/CONCLUSIONES

- El perfil del paciente que sufre caídas es un hombre, 75 años, del grupo III, con GDS 7, MEC con un valor de 0 o de no poder realizarse debido a su estado de deterioro cognitivo mas evolucionado. Riesgo de caídas múltiples 15. Tinetti con valor a 5 puntos
 - Es significativo el porcentaje de pacientes que acuden a la asociación que tiene 5 veces mas riesgo de tener caídas, según escala de Tinetti, un 40%. Importante también el 47% que presenta valores entre 19 y 25 puntos.
 - No existe relación entre sexo, edad o tipo de demencia. Las caídas que se han valorado en el estudio no se contemplan que hayan sido en el domicilio o en el centro, así como la causa de la misma.
 - Nos parece interesante plantear el estudio realizado, por experiencia y por conclusiones NO significativas pero si orientativas para el manejo de este tipo de pacientes con riesgo de caídas. Si bien a la hora de trabajar con ellos para la prevención de caídas seria de forma individual conociendo factores de riesgo que presenta cada uno de los pacientes (MEC, GDS, Tinetti, Caídas previas...).
- Esto nos permite identificar las medidas adecuadas para prevenir las caídas, en caso de poder evitarlas, medidas tanto en el centro (UED) como para trabajar con el cuidador principal.(12)
- Se trabaja como diagnostico enfermero (NANDA) de forma estandarizada con intervención multidisciplinar:
 - 00155 Riesgo de caídas m/p valores alterados en escalas aplicadas (Tinetti y Riesgo de caídas múltiples)

- NOC:1902 Control del riesgo y seguridad
- NIC: 6654 Conocimiento y conducta en salud

Otras intervenciones: Vigilancia, Apoyo al cuidador principal. Derivación a centro de salud de referencia para seguimiento. Medidas de seguridad personal

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Plan Andaluz Alzheimer. Plan de apoyo a las familias andaluzas. Junta de Andalucía. Decreto 137/2002, de 30 de abril
- (2)Neurological examination findings to predict limitations in mobility and falls in older persons without a history of neurological disease. Ferrucci L, Bandinelli S, Cavazzini C, Lauretani F, Corsi A, Bartali B, Cherubini A, Launer L, Guralnik JM- Am J Med, 2004 Jun 15; 116 (12):807-15
- (3)Gait and balance disorders in older adults. Salzman B. Am Fam Physician 2010 Jul 1; 82 (161-8)
- (4)Evaluacion de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. Vera M, Campillo R. Pubmed- indexed for medline
- (5)Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. Hernandez SS, Coelho FG, Gobbi S, Stella F
- (6)Falls associated with dementia: how can you tell? Micelli DG. Geriatr Nurs 2005 Mar-Apr; 26 (2): 106-10
- (7)Walking problems and falls in patients suffering from Alzheimer's disease. Hermabessiere S, Barro- Belaygues N, Rolland Y, Vellas B. Soins Gerontol, 2010 May. Jun; (83);33-6
- (8) <http://www.centro-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/test-mini-mental/gmx-niv54-con136htm>
- (9)<http://www.hipocampo.org/reisberg.asp>
- (10)http://es.search.yahoo.com/search?fr=greentree_ff1&ei=utf-8&type=867034&p=tinetti
- (11)<http://www.hipocampo.org/caidas.asp>
- (12)Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn LW, Gier M, Esselink RA, Olde Rikkert MG. Aging Ment Health. 2010 Sep; 14 (7):834-42
- (13)NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) /NOC/ NIC.

POSTER 15**AUTORES/AUTHORS:**

ANA RODRÍGUEZ GONZALO, M^a JESÚS MUÑOZ LOBO, NURIA TRIGUERO DEL RIO, ESTHER REY CUEVAS, JOSE LUIS GARCÍA GONZALEZ

TÍTULO/TITLE:

Estrés Laboral y Agotamiento en los Supervisores. ¿Influye la Personalidad?

Introducción

Los rápidos y profundos cambios de las organizaciones, junto con la sobrecarga, se señalan como causa de estrés en los profesionales, afectando a su salud. Esta forma de estrés ocupacional afecta de forma significativa a la salud de las personas, no solo porque se produzca de forma crónica, sino también porque el trabajo constituye un factor de enorme importancia en nuestras vidas.

Una importante consecuencia del estrés laboral es el agotamiento, no afectando por igual los estresores a todas las personas, influyendo en dicha percepción, rasgos de la personalidad como el optimismo.

Objetivo

Evaluar el papel del optimismo en la relación entre el estrés laboral crónico y el agotamiento.

Metodología

Estudio descriptivo observacional, realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid, en Junio de 2010. La población a estudio fueron todos los supervisores de enfermería de unidades asistenciales, que dan su consentimiento verbal para participar en el estudio.

Las variables principales que se han medido en el estudio son: el estrés laboral crónico, el agotamiento vital y el optimismo. Los Instrumentos empleados son: Evaluación del agotamiento laboral tras el trabajo a través de dos preguntas, con respuesta dicotómica: sí/no (12). Puntuaciones de 0 o 1 consideran que los sujetos presentan agotamiento y puntuaciones de 2 que no presentan agotamiento. Escala de Estrés UNCAHS, en su versión española adaptada por B. Sandín: compuesta por 5 ítems y una escala de respuesta de 5 puntos. Los dos primeros ítems puntúan de forma directa y los tres últimos de forma inversa (1=5, 2=4, 4=2, 5=1). Se obtiene una puntuación global de estrés laboral. Evalúa la percepción que tiene la persona de los estresores psicosociales. La puntuación mínima que se puede obtener en la escala es de 5 puntos y la máxima de 25 puntos. Escala de Optimismo Disposicional DIOP, en su versión española adaptada por P. Chorot: compuesta por 12 ítems y una escala de respuesta de 4 puntos. Los ítems 8,9 y 12 puntúan de forma inversa (0=3, 1=2, 2=1, 3=0). Evalúa una variable disposicional de la persona. La puntuación mínima que se puede obtener en la escala es de 9 puntos y la puntuación máxima de 27 puntos.

Procedimiento: Un miembro del equipo investigador invita a los supervisores a participar en el estudio, citándoles, en una sala de reuniones al día siguiente, donde se administran los cuestionarios a todos aquellos que hayan decidido participar en el estudio. Los cumplimentan en un mismo momento, de forma anónima y confidencial. Los participantes darán su consentimiento verbal para formar parte del estudio.

Análisis de datos: las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes. Las cuantitativas en media y desviación típicas. Para el análisis bivariante se emplearán la prueba chi-cuadrado si se trata de variables cualitativas o el análisis de regresión logística para variables cuantitativas. Se empleará el programa SPSS. V18.0

Resultados

Se recogieron 40 cuestionarios, el 81% del total de la población.

Los participantes tienen una edad media de 46,45 años y una DT de 8,25 años. El 82,5% eran mujeres. El 67,5% están casadas y tienen personas a su cargo. . El 90% de los participantes están vinculados laboralmente a la institución de forma fija.

Se ha comprobado la normalidad de las variables: estrés, optimismo con la prueba de Shapiro-Wilk, cumpliendo criterios de

normalidad.

En relación al estrés la puntuación media de los sujetos es de 18,02, con una DT de 2,70. Estos valores medios están por encima de la puntuación media de la escala.

En relación al optimismo la puntuación media de los sujetos es de 23,95, con una DT de 3,62. Son valores medios elevados. El 87,5% (n=35) de los sujetos encuestados refleja agotamiento vital.

Se ha analizado la relación de dependencia entre el estrés laboral crónico, el agotamiento vital y el optimismo, así como entre el estrés y el agotamiento, mediante un análisis de regresión logística binaria. No hay una relación significativa entre dichas variables. Ningún valor de p es < de 0,05. n.c 95%. Para explicar el agotamiento vital desde las dos variables predictoras: estrés y optimismo, empleamos la prueba Chi Cuadrado (4,204, p=0,122), no se da significatividad estadística entre estas variables.

Conclusiones

A diferencia de estudios como el de Grau (12), no podemos establecer que exista una relación entre el estrés, el agotamiento vital y el optimismo, existe sin embargo un alto porcentaje de supervisores, que refieren estar agotados y muestran estrés, siendo a su vez optimistas.

Este es un dato importante que convendría tener en cuenta dada la asociación que se ha hecho en otros estudios, como el de Sihm (11) o el de Kop (13), entre el agotamiento vital y futuras lesiones miocárdicas.

Por otro lado, hubiera sido interesante estudiar una muestra más amplia de supervisores y evaluar factores causantes de estrés, para planificar estrategias de que ayuden a los profesionales a mejorar su bienestar y calidad de vida laboral. Se podrían estudiar también otras dimensiones de la personalidad que puedan estar influyendo en la manera en que la persona se enfrenta al estrés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Appels, A. Estrés laboral y salud. En J. Buendía (Ed.), Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. 1998. Madrid: Biblioteca Nueva.
2. Brisette I., Scheier M., & Carver C. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol.* 2002. 82, 102-111.
3. Brydon L., Walker C., Wawrzyniak A., Chart H., & Steptoe. A. Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain Behav Immun.* 2009.23, 810-816.
4. Davidson, K. & Prkachin D. Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and social Psychology Bulletin.* 1997. 23, 616-625.
5. Garrosa E., Rainho C., Moreno-Jiménez B., & Monteiro M.J. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies.* 2010. 47, 205-215.
6. Garrosa E., Moreno-Jiménez B., Liang Y., & González J.L. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies.* 2008. 45, 418-427.
7. Hernangómez L. Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2002. 7, 227-242.

8. Martínez Correa A., Reyes del Paso G.A., and García-León A., González-Jareño M.I. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*. 2006. 18, 66-72.
9. Sandín B. El estrés crónico (I): estrés crónico ocupacional. 1999. En S.Klinik (Ed.), *El estrés psicosocial* (pp. 115-141). Madrid.
10. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003. 3, 141-157.
11. Sihm I., Dehlholm G, Hansen E, Gerdes L, & Faergeman O. The psychosocial work environment of younger men surviving acute myocardial infarction. *European Heart Journal*. 1991. 12, 203-209.
12. Grau A, Suñer R, & García M.M. El Optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial*. 2005. 20, 370-376.
13. Kop, W. K., Haymulyak, K., Pernot, C., & Appels, A. Relationship of blood coagulation and fibrinolysis to vital exhaustion. *Psychosomatic Medicine*. 1998. 60, 352-358.

POSTER 16**AUTORES/AUTHORS:**

DAVID SANCHO CANTUS, CARMEN SOLANO RUIZ, ANTONIO MARTINEZ SABATER, BELÉN SÁNCHEZ ESTEBAN, LUCÍA PRIETO CONTRERAS

TÍTULO/TITLE:

Enfermedad coronaria en la mujer tras el alta hospitalaria. ¿Y ahora qué?

Introducción y Objetivo

El afrontamiento de la enfermedad coronaria en la mujer posee unas características diferenciales a la del varón (McSweeney, 2004; Baena et al, 2003, Arnetz et al, 2009). La actitud que adopta la mujer ante su enfermedad está relacionada a diversos factores como pueden ser el nivel de conocimientos previos o su rol como cuidadora principal de la familia (McInness, 2006; López et al, 2003). Estos aspectos condicionan su respuesta ante la enfermedad. Este estudio se plantea como objetivo analizar las expectativas de la mujer respecto a los aspectos relacionados con la calidad de vida que se ven afectados por la enfermedad coronaria tras sufrir un evento cardíaco agudo.

Material y Método.

Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. La muestra está compuesta por mujeres que habían sufrido Síndrome Coronario agudo y que precisaron hospitalización por dicha causa. El tamaño muestral se determinó por el criterio de saturación de la información. La recogida de los datos se efectuó a través de entrevistas semi-estructuradas, realizadas con ocasión de una visita de seguimiento en consultas externas tras ser dadas de alta hospitalaria. Esto permitió recabar de forma temprana la información, lo que minimiza el sesgo del olvido. Las entrevistas se centraron en explorar la percepción de las mujeres sobre las repercusiones de la enfermedad coronaria sobre su calidad de vida al volver a su vida habitual y las expectativas sobre las que pudieran darse en un futuro. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad. Para el análisis de los datos se empleó el método propuesto por Giorgi.

Se incluyeron 17 pacientes de entre 42 y 85 años, siendo la edad media 68. Respecto al diagnóstico, 8 presentaron Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST y 9 con elevación del mismo. En 15 de los casos fue necesaria la realización de coronariografía y 14 de las pacientes requirieron ingreso en UCI.

Resultados

A corto plazo, las mujeres identifican principalmente las consecuencias negativas de la enfermedad sobre su calidad de vida con las dificultades para llevar a cabo las tareas propias su rol habitual. Para paliar dichas dificultades se plantean modificaciones en sus estilos de vida con el objetivo de conseguir una mejoría en su estado de salud que les permita volver al nivel funcional anterior al episodio cardíaco.

Con respecto a las expectativas futuras, las participantes se muestran preocupadas especialmente en lo relativo al mantenimiento o agravamiento de las limitaciones que comporta la enfermedad. Como mecanismo de defensa ante tal caso intentan asumir las posibles consecuencias de la misma en su vida. La resignación se convierte en una actitud habitual ante la baja concienciación e implicación de su entorno en su situación de salud.

Conclusiones

Las mujeres identifican las consecuencias inmediatas de la enfermedad coronaria sobre su calidad de vida con las limitaciones para desempeñar su rol habitual. Las modificaciones en los estilos de vida es el primer mecanismo defensivo que ponen en marcha para intentar recuperar el nivel funcional previo al evento cardíaco.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arnetz J, Arnetz, B. Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8 (2009): 174-181.
2. Baena JM, Del Val J, Tomàs J, Martínez J, Martín R, González I, Raidó E, Pomares M, Altés A, Álvarez B, Piñol P, Rovira M, Oller M (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev. Esp. Cardiol.*

2005; 58 (4): 367-73.

3. Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gómez MJ, Roig C, Merino O, Junca C. (2004). La percepción del paciente con CI a los dos años del primer evento coronario. *Rev. Enferm. Cardiol* 2004; 31: 30-35.
4. Higgison R (2008). Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infraction. *British Journal of Nursing* 2008; 17 (1): 10-14
5. McSweeney J (2004). Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infraction. *MEDSURG Nursing* 2004; 13 (1): 49-56.
6. Sjöström-Strand A, Fridlund B (2008). Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care et the time of a first myocardial infraction: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008): 1003-1010

POSTER 17**AUTORES/AUTHORS:**

Zaida Coromoto Colmenares Robles, Leída Cecilia Montero Carballo

TÍTULO/TITLE:

VISION TEORICA y EPISTEMOLOGICA DEL CUIDADO HUMANO PROPORCIONADO POR LA ENFERMERA (O) EN LA CLÍNICA PRENATAL

El presente estudio se ubica en la línea de investigación, embarazo y sífilis del programa de Maestría en Enfermería Mención Obstetricia. El mismo tuvo como objetivo general: Determinar el cuidado humano proporcionada por la enfermera en la clínica prenatal en relación con las prácticas de autocuidado de la embarazada con sífilis en el Hospital Nuestra Señora de la Caridad en el Estado Aragua. El estudio, se realizo en el Hospital Nuestra Señora de la Caridad en el Estado Aragua. La muestra fue seleccionada por muestreo no Probabilístico por conveniencia, estuvo conformada por dos muestras: 09 enfermeras del Hospital y 8 embarazadas que acudieron a la clínica prenatal. La recolección de información se hizo a través de dos instrumento, uno aplicados a las enfermeras con 28 preguntas y el otro para las embarazadas con 31 preguntas, para ambos instrumentos se les aplico el índice de confiabilidad el Kuder Richarson el cual arrojó 0,85 y 0,83 respectivamente, lo que demostró un índice de confiabilidad alto para ser aplicado a la muestra final antes descrita. Es un diseño No experimental, transeccional descriptivo de campo,. Los Resultados mostraron que proporciona la enfermera en la clínica prenatal en relación las prácticas de autocuidado (factor conocimiento) de la embarazada con sífilis, se obtuvo que indica que las embarazadas presentan un nivel porcentual medio del factor conocimiento referido a lo que es la sífilis, signos y síntomas, diagnostico y tratamiento, factores de riesgo para la madre y el feto distinto al nivel porcentual medio de cumplimiento de las enfermeras en las actividades incluidas en el factor denominado asistenciales. El cuidado humano proporcionada por la enfermera en la clínica prenatal en relación con las prácticas de autocuidado (factor creencias) de la embarazada con sífilis se evidenció las embarazadas presentan un nivel porcentual medio del factor creencias similar al nivel porcentual medio de cumplimiento de las enfermeras en las actividades incluidas en el factor denominado asistenciales y docentes. El cuidado humano proporcionada por la enfermera en la clínica prenatal en relación con las prácticas de autocuidado (factor sentimiento) de la embarazada con sífilis, indica que las embarazadas presentan un nivel porcentual medio del factor sentimientos distinto al nivel porcentual medio de cumplimiento de las enfermeras en las actividades incluidas en el factor denominado docentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Medina (2.002), conocimiento de la población mayor de 15 años sobre infecciones de transmisión sexual y Sida. Universidad Rómulo Gallegos. Tesis de Grado
- Pérez (2003), Efectividad de un Programa Educativo proporcionado a un grupo de madres sobre los cuidados del Recién Nacido Pretérmino. Universidad Rómulo Gallegos. Tesis de Grado
- Phaneuf (1993). Proceso de Atención de Enfermería. España: Interamericana Mc Graw Hill
- Pickering y Otros (2.003). Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Edición 25. Buenos Aires.
- Perry y Potter: (2.002). Fundamentos de Enfermería. Volumen I. Quinta Edición.
- Polit (1994). Investigación en Ciencias de la Salud. (3ª Ed.) España: Interamericana Mc Graw Hill
- Pacheco, E.(1995). Administración de los servicios de enfermería Ed. Síntesis. Madrid. ISBN 84-7738-339-1.
- Rosas y Colbs (1.985). Iniciación al Método Científico Experimental, Editorial Trillas, México
- Sánchez Moreno (2.000). Enfermería Comunitaria. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill.
- Tamayo y Tamayo (1.999). Metodología de la Investigación. Editorial Interamericana. México
- Tapia, José Luis (2000). Manual de Neonatología. Madrid - España. Editorial Mediterráneo, S.A
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2.003). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría de tesis Doctorales.
- Zambrano de Guerrero y Román de Cisneros (2003), El Cuidar de Sí mismo Como valor en Enfermería. Tesis de Grado. Universidad de Carabobo.

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**NÚRIA PUIG GIRBAU, ROSER RIERA TORRES, M^a MAGDALENA LLADÓ BLANCH**TÍTULO/TITLE:**

GESTIÓN INTELIGENTE, GASTO SOSTENIBLE

Introducción:

La atención a los pacientes con heridas cutáneas, es un problema de salud que repercute en la morbi-mortalidad, en la demanda asistencial y en el gasto sanitario. En el tratamiento a pacientes con heridas crónicas, se utilizan muchos recursos, humanos, materiales y de tiempo, que encarecen el proceso y representan una sobrecarga en el trabajo del profesional y del paciente/cuidador, con el consecuente aumento del gasto sanitario. En la atención integral al paciente con úlceras, elaborar un plan de curas y elegir el tratamiento adecuado es esencial. Se consigue con los apósitos estériles de cura en ambiente húmedo.

Objetivos:

Calcular el consumo de apósitos de los Centros de Atención Primaria (CAP) de una Área de Gestión por compra directa durante 2006-2007-2008.

Saber el número total de apósitos dispensados por receta médica, de proveedores y principios activos utilizados en cada CAP.

Comparar los PVP de los apósitos, con los precios de los mismos apósitos negociados directamente con los proveedores del Servicio de Atención Primaria (SAP).

Conocer el ahorro teórico.

Metodo:

Ámbito: Atención Primaria, 8 CAP de una Región Sanitaria de Cataluña.

A partir de los datos facilitados por la Unidad de Farmacia del SAP y de los PVP a farmacia, se ha hecho un análisis comparativo de la cantidad y variedad de apósitos que se utilizan en estos ocho CAP y del gasto en euros que ha representado para el Institut Català de la Salut (ICS), durante 2006-2007-2008. Se han estudiado los 21 apósitos que facilita el SAP a todos los EAP por compra directa.

Resultados:

Desde los CAP se han dispensado en tres años 64.594 recetas de apósitos, con una media de 10 proveedores, utilizado 34 marcas comerciales y 110 medidas y presentaciones distintas y con tan sólo 15 principios activos. Esta dispensación han supuesto 1.150.973,41€.

El gasto para el ICS de los 21 apósitos comparables con los servidos por el SAP durante los tres años ha sido de 382.794,03€.

Si todos los apósitos hubieran sido gestionados por el SAP su precio hubiera sido de 73.906,71€ lo que habría supuesto un ahorro de 308.887,32€. Gestionar directamente consigue reducir hasta el 81% sobre el precio farmacia.

Discusión:

Del estudio cabe resaltar la falta de uniformidad en el perfil de prescripción de los CAP. La farmacopea actual y las constantes innovaciones científicas hacen que exista un elevado número de apósitos diferentes con el mismo principio activo, lo que dificulta su conocimiento y manejo. Una gestión eficiente en la compra de bienes y servicios, es la clave para el ahorro del gasto público sanitario.

La llave para el control del gasto está tanto a nivel de la microgestión, de la gestión clínica (mejora de la prescripción), como en el ámbito de las negociaciones de los precios, llevadas a cabo a escala central. Los medicamentos, como tales, tienen un especial seguimiento mediante indicadores indirectos de calidad de prescripción, pero no ocurre así con los productos sanitarios, ni tampoco de la repercusión que supone este grupo para la AP. Cabe remarcar, que un 87% de las novedades aportadas en los últimos 5 años son apósitos. En el año 2010 la comisión de farmacovigilancia del ICS con la colaboración de diversos facultativos, elaboró la Guía Farmacoterapéutica común, tanto para los hospitales, como para la AP, y de los apósitos ni se hace mención.

Demostrada la efectividad clínica y las ventajas en coste/beneficio de la técnica de cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional, es totalmente imprescindible conseguir la compra de estos apósitos por gestión directa ya que la compra centralizada abarata los costes.

Para llevar a cabo un buen control de los diferentes tipos de apósitos, es preciso un consenso sobre su utilidad, según el tipo de

herida y estadio, así como el estado de la piel perilesional. Por lo que se hace del todo imprescindible estandarizar los procedimientos de curas, unificar criterios de actuación, sistematizar la información facilitando el registro, mediante un protocolo de curas con renovación sistemática, condición "sine qua non" para el control del gasto en apósitos. Animamos a seguir realizando estudios similares a este, muy necesarios para convencer de que el ahorro nos beneficia a todos, que lo que se ahorra en una mejor gestión del gasto, c ha de poder revertir a los equipos y darles así capacidad de maniobra en las partidas presupuestarias, lo que contribuirá, a una gasto sostenible.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Saniline. Estudio del gasto sanitario público. Marzo 2007.
- García Córdoba, JA. Ruiz Marín, M. Lopez Hernández, FA. Determinantes del gasto farmacéutico. El caso de la región de Murcia. Economía de la Salud: ¿Donde estamos 25 años después? (AES). Barcelona 2006
- Vilardell, M. i col. Document del grup de treball per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2005
- Segura Vinuesa, A. Garrido Pulido, T. Cabrera León, A. Hernández Morales, JA. Evolución de la eficiencia y la calidad asistencial en una empresa pública hospitalaria. Análisis de la asociación entre eficiencia y calidad. Economía de la Salud: ¿Donde estamos 25 años después? (AES). Barcelona 2006
- Solera Armengol, MC. Los contratos de gestión como herramienta para mejorar el uso racional del medicamento.
- Seco Salcedo, MC. Puig Girbau, MN. Calidad de Vida y Cicatrización es Posible. Caso Clínico. Enfermería Clínica 2004 ; 14(4) : 249-259
- Winter G. Formation of scab and the rate of epithelialisation of superficial wounds in the skin. Nature 1962; 193: 293-8.
- Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Atención Primaria 2002; 29 (8): 502-506
- Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, Torres de Castro OG, Galindo A. Apósitos. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). Atención Integral de las Heridas Crónicas, 1ª Ed. Madrid: SPA 2004, 91-120 [Links]
- Orueta R, Romero Saiz A y col. Propuestas para mejorar el uso racional del medicamento y racionalizar el gasto farmacéutico. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. Noviembre 2003.
- Casals D. El ICS ahorra más de 47 millones en tres años en una central de compras. El País, 25/11/2006. Edició Catalunya
- Gutierrez Perez, I. Sangrador Rasero, A. Perez Hernández, F. Diseño de indicadores cualitativos de prescripción y utilización de apósitos estériles. FAP. Vol. 2, Nº 3, Pag. 89-93. 2004
- Cabrero J, Richart M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Enf Clin 1996; 6(5): 212-217.
- Martinez-Brocal I, Rojas Corrales MO, López Palomino J, Ramos Guerrero RM, Márquez Ferrando M. Uso racional del medicamento: productos sanitarios, los grandes olvidados. 2008,18; 4:23-28
- Comissió Farmacoterapèutica. Guía Farmacoterapèutica. 1ª Edició 2010. Disponible:
http://10.80.217.110/intranet_ics/media/upload/arxiu/farmacia/Guia-Farmacoterapeutica-10.pdf

POSTER 20**AUTORES/AUTHORS:**SIERRA REDONDO GARCÍA, M^a TERESA PÉREZ Y PÉREZ-MEDRANO**TÍTULO/TITLE:**

Caídas intrahospitalarias: "Resultados de sensibilización al profesional". Centrado en indicadores de proceso

OBJETIVOS:

1. Analizar la situación de partida en Hospital Santa Cristina y revisión bibliográfica, estado de la cuestión.
2. Realizar un plan para la prevención de caídas y cuidados al paciente con metodología de mejora continua o ciclo PDCA.
3. Diseño del registro para evaluar el riesgo de caídas (Escala Downton).
4. Diseño del registro para estandarizar el plan de cuidados del paciente con riesgo de caídas
5. Sensibilización a todos los profesionales de enfermería, sobre prevención de caídas intrahospitalarias, en pacientes ingresados.

MÉTODOS:

1. Implantación Método GAP: "GAP3". •GAP 3: Diferencia entre los planes de calidad de servicio y el nivel de servicio realmente ofrecido (plan de prevención caídas intrahospitalarias). (www.Clubexlcelencia.org): Gestión de la innovación, Gestión del talento emprendedor.
2. Brainstorming, diagrama de afinidades, diagrama de flujo, diagrama causa efecto o Ishikawa, comité de expertos para la identificación de problemas.
3. Determinar áreas de mejora mediante parrilla de priorización de problemas
4. Revisión bibliográfica sobre la prevención y cuidados en pacientes ingresados, con riesgo de caídas en Metabuscadores: Pubmed, Cuiden, Tripdatabase, Cochrane Plus, Embase, Best-practice, Joanna Briggs.
5. Análisis punto de partida.
 - Universo: Pacientes ingresados en todas las plantas de Hospitalización del Hospital Universitario Santa Cristina (HUSC)
 - Ámbito de estudio: Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid. Hospitalización.
 - Población de estudio: 19 pacientes han sufrido caídas. Todos los pacientes hospitalizados, que han sufrido una caída= 100%. Entre Enero y Mayo 2009, 2460 pacientes ingresados
 - Tipo de estudio: Observacional retrospectivo.
 - Circuito de notificación caída.
 - Sensibilizaciones profesionales: clases expositivas y prácticum utilización Escala Downton y PCS.
 - Variables: Dependiente: episodio de caída.
 - Variables: Independientes: Edad, sexo, Factores extrínsecos ambientales (cama, sillón, reposapiés) Factores intrínsecos (alteraciones cardiovasculares, depresión, desorientado, estado paciente dependiente, independiente, con ayuda...). Lugar de la caída, hora de la caída-turno, Unidad o servicio dónde se producen más caídas, meses del año con más incidencia-personal contratado,

RESULTADOS:

1. Realizado informe del análisis de la situación de partida: 100%.
2. Utilizada la metodología del ciclo de mejora continua o ciclo PDCA: 100%
3. Realizado diagrama de afinidades relacionado con caídas: 100%
4. Realizado el plan para la prevención de caídas y cuidados al paciente: 100%
5. Diseñado el registro para evaluar el riesgo de caídas (Escala Downton): 100%.
6. Diseñado el registro para estandarizar el plan de cuidados del paciente con riesgo de caídas: 100%
7. Profesionales sensibilizados en prevención de caídas intrahospitalarias pacientes ingresados: 116 es el 57,71% de los profesionales.
8. Disminución incidencia caídas pacientes hospitalizados: año 2010 = 0,56% y año 2009 = 0,59%.

Conclusiones y Discusión:

Como lecciones aprendidas e impacto para la práctica se ha obtenido como acciones de mejora:

- Aprendizaje utilidad ciclo de mejora continua de la calidad: PDCA (Deming).
- Nombramiento de un líder para la prevención y análisis de caídas intrahospitalarias.
- Control y disminución de la incidencia de caídas intrahospitalarias,
- Sensibilización a los profesionales en MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE referidas al cuidado de pacientes con riesgo de caídas.
- Aprendizaje y utilidad medios de contención mecánica.
- Sensibilización de los profesionales en la notificación de caídas intrahospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.J. Minaya-Saíz, A.Lozano-Menor y R.M.Salazar-de la Guerra "Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia." RevCalidAsist.2010;25(2):106–111.
- 2.Caídas en hospitales. Best Practice. 1998; 2(2) 1-6. Actualizado 15-03-2007. ISSN 1329-1874 [6 mayo 2009]
- 3.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert, http://www.jcaho.com/about+us/news+letters/sentinel+event+alert/sea_8.htm [Febrero 2009].
- 4.Olga María Fernández Moya.Lucía García-Matres Cortés Hospital Fuenlabrada. Madrid. Caídas de pacientes en una Unidad hospitalaria de Medicina Interna: validez de los registros de enfermería de detección del riesgo. [10 mayo 2010] [Disponible en http://www.codem.es/Docs/Noticias/caidas_pacientes_unidad_hospitalaria.pdf]
- 5.Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero, 2006. [Disponible en http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf].
- 6.Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. [Disponible en www.conamed.gob.mx recomendaciones@conamed.gob.mx, 07 Mayo 2009]
- 7.The assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Clinical Excellence, London. Clinical Guideline 21.
- 8.National Guideline Clearinhouse. Guideline of Use of restraints in the acutecare setting. Disponible en:http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3515&nbr=2741 [febrero 2009].
- 9.White S. 1999. Helpful Hints on Preventing Injury Related to Restraints. OAHHS. Disponible en: <http://www.oahhs.org/issues/safety/restraintshints.htm> [Octubre 2006].
- 10.Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ, 2004. Vol. 328.
- 11.Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age and Ageing, 2004.
12. Prevention of falls among older patients in the hospital environment.2004 British journal of nursing. Vol. 13.

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Isabel Cobo-Cuenca, Encarnación Villanueva-Velasco, Rocío Granell-Calvo, Blanca García-Iglesias, Noelia Martín-Espinosa

TÍTULO/TITLE:

LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERIA EN EL QUIRÓFANO.

Desde la psicología de la personalidad se concibe la ansiedad en términos de ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR). La AR se define como una disposición a responder de forma ansiosa, se tiende a interpretar de forma relativamente estable las situaciones como amenazantes, esto hará elevar la AE de los sujetos(1). La AE es una condición transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, inquietud, preocupación e hiperactividad de sistema nervioso autónomo, pudiendo variar en el tiempo e intensidad. La reacción emocional puntual es desencadenada por un contexto amenazante o situación estresante y tiene una duración limitada(2).

El estrés es considerado como el resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, a diferencia de la ansiedad que sería la reacción emocional ante una amenaza, constituye la principal respuesta emocional asociada al estrés.

El estrés es uno de los riesgos laborales más importante de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.), pudiendo generar el síndrome de burnout (3,4)

El estrés laboral al que están expuestos los profesionales sanitarios deteriora su salud, aumentando la sintomatología depresiva y/o ansiosa (5, 6, 7).

Aunque el estrés laboral está asociado a un deterioro de la salud, no afecta por igual a todos los profesionales sanitarios. Determinados servicios (Unidad de Cuidados Intensivos, el servicio de Urgencias, Trasplantes, Quirófano, Oncología, etc...), en los que se encuentran enfermos en situaciones límites, pueden propiciar el síndrome de burnout con más facilidad(4,8,9). Los profesionales sanitarios que trabajan en estas Unidades suelen sufrir más trastornos depresivos y absentismo laboral.

El objetivo de nuestro trabajo es:

- 1) Evaluar la ansiedad estado de enfermeros que trabajan en Quirófano.
- 2) Conocer la relación entre la edad, sexo y tiempo trabajado en el servicio quirúrgico y la ansiedad.
- 3) Valorar las diferencias de ansiedad estado ante distintas situaciones (comienzo de turno con cirugía de urgencia o comienzo de turno con cirugía programada)

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se ha realizado en el servicio de Quirófano del Hospital "Virgen de la Salud" de Toledo, con diseño descriptivo, longitudinal y correlacional, desde marzo 2009 a Enero del 2010.

Participaron 38 enfermeras de 45 que tiene la plantilla. Las variables de estudio son: sexo, edad, años de experiencia profesional en el servicio de quirófano, ansiedad rasgo, ansiedad estado, turno de cirugía programada y turno de cirugía de urgencia.

Instrumentos:

1. Cuestionario sociodemográfico: edad, sexo, años de experiencia en el servicio.
2. Cuestionario STAI (10) contiene 40 ítems, los 20 primeros evalúan la ansiedad estado y los 20 últimos la ansiedad rasgo.

Procedimiento:

Se recogen los datos en la Unidad de Quirófano durante tres situaciones distintas: a la entrega del material para conocer el estado basal, antes de iniciar el turno de cirugía programada de dificultad media (artroplastia de cadera, colecistectomía laparoscópica...) y antes de empezar el turno de cirugía de urgencias.

Análisis de datos: Frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, de dispersión, correlación de Pearson y t de student.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 38 enfermera/os, cuya media de edad es de 34.56 (DT: 8,43), el 93,33% son mujeres, con una experiencia profesional media en quirófano de 10,96 años (DT: 7.5). La puntuaciones medias de Ansiedad Rasgo Basal (ARB) fue 11,16; La Ansiedad estado basal (AEB) fue 9.7, la Ansiedad Estado Cirugía programada (AEP) 19.6 y ansiedad estado en cirugía de urgencia (AEU) 25.53

Tras realizar el análisis de correlación de Pearson, se obtiene que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre AR y AEU $r = 0,41$, y entre AR y AEP $r = 0,49$.

El análisis estadístico mostró una diferencia significativa en ansiedad estado en cirugía programada pero no se encontró tal, en situaciones de urgencia.

No se encuentra relación significativa entre la edad, sexo y los años de experiencia profesional en el servicio de quirófano.

Conclusiones

Aunque la ansiedad estado aumenta en las dos situaciones, ante todo pronóstico aumenta significativamente más la ansiedad estado antes de empezar el turno de cirugía programada que antes del turno de urgencias. Esto podría ser debido a que la cirugía estresa sea programada o no y que cuando se empieza un turno de urgencias no es necesario que haya urgencias de alta dificultad, la mayoría de las veces suelen operarse apendicitis, cesáreas, fracturas de caderas...

Como en otros estudios (1, 2, 3), las personas que puntúan alto en ansiedad rasgo, tienden a experimentar más ansiedad ante cualquier situación quirúrgica.

En cuanto a la edad, el sexo y los años de experiencia profesional en quirófano apenas influye en la ansiedad estado ante las distintas situaciones quirúrgicas.

Proponemos la realización de talleres sobre habilidades de comunicación, autocontrol emocional y técnicas de control de estrés. Esto puede ayudar a mejorar el estado de la enfermería, prevenir el burnout y a mejorar en consecuencia los cuidados prestados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Miguel-Tobal JJ. La ansiedad. 1996 Madrid: Santillana.
- 2) Santed MA, Sandín B, Chorot MP, Olmedo M. Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: Un estudio prospectivo. *Ansiedad y Estrés* 2001; 6: 317-329
- 3) Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El enfoque burnout: variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. *Psiquis* 2001; 3: 117-129.
- 4) Del Río-Moro O, Perezagua-García MC, Vidal Gómez B. El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enferm Cardiol* 2003; 10(29): 24-29.
- 5) Angelini G, Cascio B, Papa A. Burnout in the helping professions: Physicians and nurses. *Riv di Psichiatria* 2000; 35 (3): 121-125.
- 6) Maurier WL, Northcott HC. Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. *Western J Nursing Research* 2000; 22 (5): 623-641.
- 7) Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences* 2003; (2), 69-71.
- 8) Pérez-San Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Gallego Corpa A, Correa-Chamorro E, Pérez Bernal J. Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en Equipo de trasplantes. *C. Med. Psicossom* 2003; 66: 19-31.
- 9) Santana Cabrera L, Hernández-Medina E, Eugenio-Robaira P, Sánchez Palacios H, Pérez-Sánchez R, Falcón-Moreno R. (2009). Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica* 2009; 19(1), 31-35.
- 10) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R E. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). 2008. 7ª Ed. Madrid: TEA.

POSTER 22**AUTORES/AUTHORS:**

Sara Jimeno Arce, Isabel Pérez Campos, Miriam Barreu Milanés, Juan Manuel Guerrero Expósito, Jaume Guitart Hormigo

TÍTULO/TITLE:

UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Objetivo

Conocer la eficacia de las Unidades de Cuidados Intermedios en la gradación asistencial del paciente crítico.

Material y Método

Estudio retrospectivo descriptivo realizado entre el 1 de enero y el 30 de marzo de 2009 (período de 90 días) en la Unidad de cuidados Intermedios de Medicina Interna del Hospital Universitari de Bellvitge.

La selección de la muestra se hizo a través de un muestreo no probabilístico accidental de toda la población de los enfermos que ingresan en la unidad de cuidados intermedios de medicina interna. Para la muestra, se excluyeron los enfermos que ya estaban ingresados.

Se recogieron datos demográficos, clínicos y de evolución mediante observación directa y de su historia clínica. Estos datos fueron estudiados mediante un análisis cuantitativo descriptivo, utilizando el paquete estadístico de Excel 2007.

Las variables del estudio fueron: edad, sexo y diagnóstico; fecha de ingreso y alta; procedencia y destino, índice Apache III y SAPS II al ingreso, índice de Barthel y Pfeiffer al ingreso y al alta; UPP; portador de dispositivos (SNG, SV y cánulas de traqueostomía).

Resultados

Se valoraron un total de 15 pacientes (10 hombres y 5 mujeres) con una media de edad de 61,1 años (entre 24 y 95).

Todos provenían de unidades de cuidados intensivos, un 60% de unidades quirúrgicas y un 40% de unidades médicas.

Media de los índices APACHE III y SAPS II de 73,5% y 34,8% respectivamente.

En el momento del ingreso, los pacientes presentaban una dependencia total (10.67) de la escala Barthel y mejoraba a una dependencia severa (28.33) en el momento del alta.

La Escala Pfeiffer era no valorable en 13 pacientes a su ingreso, por presentar estado comatoso. Al alta, 6 de esos pacientes fueron valorables, con resultados de 0 a 1.

En cuanto a los dispositivos externos, al ingreso el 80% portaban SNG, el 93,3% SV, el 86,7% cánula de traqueostomía. Durante su estancia se pudo retirar la SNG al 58.3%, la SV al 21.4% y la cánula de traqueostomía al 23%.

A su ingreso el 26.7% presentaban úlceras. Si la estancia fue de +/- 14 días (estancias comprendidas entre 1 y 41 días) se solventaron el 14.3% de las úlceras.

La mortalidad fue del 6,7% (n=1) y ninguno de los pacientes tuvo que reingresar en servicios especiales por complicaciones.

De los 14 pacientes restantes, los principales servicios de destino al alta fueron: NRC (50%), MIR (14,3%), ORL (7,1%), CMF (7,1%) y otros centros asistenciales (14,3%).

Conclusiones

Las Unidades de Cuidados Intermedios son un dispositivo de mejoría en la gradación asistencial del paciente crítico después de largas estancias en Unidades de Cuidados intensivos, pero nunca como sustitución de las unidades de cuidados intensivos.

Esto se demuestra mediante la observación de una clara mejoría en las actividades de la vida diaria, según escala Barthel, la mejoría del nivel cognitivo, según escala Pfeiffer, la retirada de dispositivos externos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Blinder, A.S.: "Economic Policy and the Great Stagflation". New York: Academic Press, 1979.

2. Martínez Estadella, G.: "Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios.". Revista Enfermería Intensiva. 2002; 13 (3): 113-124.
3. Alfonso-Megido, J.; Cárcaba Fernández, V.: "Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos". Revista Clínica Española. 2007; 207 (3): 144-146.
4. Torres, A.; Ferrer, M.; Blanquer, J.B., Calle, M.; Casolive, V.; Echave, J.M.; et al.: "Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios. Definición y características." Archivos de Bronconeumología. 2005; 41: 505-512.
5. Corrado, A.; Roussos, C.; Ambrosino, N.; Confalonieri, M.; Cuvelier, A.; Elliot, M.; et al.: "Respiratory intermediate care units: a European survey." European Respiratory Journal. 2002; 19: 1159-1166.
6. Kanauss, W. A.; Wagner, D. P.; Draper, E. A.; Zimmerman, J. E.: "The range of intensive care services today." JAMA. 1981; 246:2711-2716.
7. Draper, E. A.; Wagner, D. P.; Kanauss, W. A.: "The use of intensive care: A comparison of a University and Community Hospital." Health Care Financing Review. 1981; 3:49-64.
8. Castillo, F.; López, J.M.; Marco, R.; González, J.A.; Puppo, A. M.; Murillo, F.; et al: "Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios." Medicina Intensiva. 2007; 31(1): 36-45.

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Isabel Pérez Campos, Miriam Barreu Milanés, Juan Manuel Guerrero Expósito, Sara Jimeno Arce, Jaume Guitart Hormigo

TÍTULO/TITLE:

INFLUENCIA DE LOS ESTEREOTIPOS EN LA OBESIDAD

OBJETIVO:

Identificar los estereotipos asociados a las personas obesas así como la influencia en la percepción de la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica a través de base de datos Dialnet.

Los criterios de inclusión fueron trabajos científicos que aborden en su título o resumen la temática sobre los estereotipos en las personas con problemas de obesidad, así como aspectos psicosociales, datando de 2000 al 2010. Las palabras de búsqueda fueron: "estereotipo, obesidad"; "psicología y obesidad"; "efectos psicosociales en la obesidad". Obtuvimos un total de 14 artículos, de los que seleccionamos 6.

Excluimos los artículos de sobrepeso que únicamente mencionaban aspectos físicos.

Valoración crítica de artículos según CASPe.

RESULTADOS:

-Jáuregui Lobera (2008): "Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad:" Los resultados dejan ver que existen estereotipos de que los obesos son personas vagas, poco activas, excluidas socialmente o poco exitosas, aunque por el contrario las personas obesas no tienen esa percepción sobre ellos mismos. Un 67% de los participantes en el estudio utilizaban el adjetivo de "pasivo" para definir a una persona obesa.

Así que conocer la influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad es fundamental para el acercamiento, sin prejuicios, al paciente de cara a su tratamiento.

-Jáuregui Lobera (2008): "Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria": Las personas con obesidad fueron calificadas, como inhibidas, cooperadoras e introvertidas. En general hay una visión negativa de las personas con obesidad

En este estudio podemos ver que entre los adjetivos más elegidos destacan: excluido, tímido, susceptible, ansioso, rechazado, inseguro y pasivo, siendo este último el más repetido en ambas muestras.

-Verónica Vázquez Velásquez, Juan Carlos López Alvarenga, (2001) "Psicología y la obesidad": Es frecuente visualizar alteraciones de personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas. La obesidad puede verse como consecuencia de un problema psico-social, debido a las características estigmatizadas de la sociedad.

-Rebecca Puhl (2009) "El estigma de la obesidad: causas, efectos y algunas soluciones": La percepción de los profesionales sanitarios sobre la obesidad tienen una incidencia sobre sus actitudes. Asumen que se puede prevenir mejorando el autocontrol y está provocada por trastornos emocionales. Esto puede perpetuar el sesgo y la estigmatización.

CONCLUSIONES:

Los resultados del trabajo demuestran que la sociedad en general estereotipa a la persona con obesidad, otorgando actitudes o adjetivos en su gran mayoría negativos. Adjetivos como "pasivo", "vago", "poco exitosas".

Conocer los estereotipos en la percepción de la obesidad es importante para el tratamiento de estos pacientes, e intentar que el personal sanitario se mantenga al margen de estos estereotipos y así no incida sobre sus actitudes respecto a las personas con obesidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jáuregui Lobera, I; López Polo, I. M. ;Montaña González, M. T.;Morales Millán, M. T. Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria* 2008;23(3):226-233

2. Jáuregui Lobera, I; López Polo, I. M. ;Montaña González, M. T.;Morales Millán, M. T. Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria* 2008;23(4):319-325
3. Rebecca Puhl. El estigma de la obesidad: causas, efectos y algunas soluciones. *Práctica clínica* 2009 Marzo 1; 54(1):25-28.
4. Vázquez V, López J C. Psicología y obesidad. *Revista endocrinológica y Nutrición* 2001, 9 (2) 91-96.

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

José Manuel Robles Brabezo, Salvador Alfredo Saura Lucas, Solanger Hernandez Mendez, Victoria Martín Muñoz, Catalina Mula Lagares, David Guevara Baraza, Jesús Manuel Jimenez Murcia, Isabel Chuecos Morales, María Angeles Olmos Molero

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS EN EL ÁREA III- LORCA

OBJETIVO

- Conocer la población de pacientes que precisan cuidados paliativos ingresados en el hospital Rafael Mendez, provenientes del Área III de Salud durante el año 2011.

METODO:

Estudio Descriptivo, Prospectivo.

Los sujetos de estudio son la totalidad de los nuevos pacientes ingresados en hospital de referencia del Área III del Servicio Murciano de Salud, y que reúnen condiciones de inclusión como pacientes de paliativos, según criterios previamente definidos. La muestra incluye a los pacientes ingresados desde las 0 horas hasta las 24 horas del día determinado, ingresados en los distintos servicios incluyendo pacientes de programación, gestantes ingresadas desde paritorios y pacientes pediátricos. Se realiza un análisis de las historias clínicas de todos los nuevos pacientes ingresados en hospitales: se revisan las Hojas de Evolución de enfermería y del personal facultativo, comparando ambas y comprobando si reúnen criterios paliativos. La revisión se realizó por los Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH), entrenadas adecuadamente en la valoración e identificación de pacientes paliativos.

El periodo de recogida de datos comprende los meses de Marzo a Septiembre de 2011, dividido en dos periodos. Se realizan dos cortes de tres meses, un primer corte entre Marzo y Mayo de 2011 y un segundo corte entre Junio y Agosto de 2011.

La recogida de información se efectuó durante dos de los tres meses que incluyen cada uno de los dos periodos. El listado de variables a analizar incluye variables sociodemográficas y patología principal de ingreso del paciente.

Antes de comenzar el estudio se ha realizado un pilotaje con el objetivo de soslayar posibles fallos en la validez y fiabilidad de las mediciones.

RESULTADOS

Se han evaluado un total de 517 pacientes, en 16 cortes entre el 15 de marzo y el 19 de agosto de 2011, encontrándose un total de 23 pacientes que cumplen criterios de inclusión, lo cual supone el 4,83% del total de los ingresos. De éstos, el 70% eran hombres, la edad media era de 76, la moda 77 años y la mediana 76. El 47% ingresaron por motivos oncológicos, un 22% eran pacientes con EPOC avanzado y otro 13% con insuficiencia cardiaca. Finalmente, un 9 % de los pacientes presentan enfermedad del SNC de cualquier etiología y otro 9% son pacientes con otras patologías, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos. En cuanto a la distribución por servicios, el 79% de los pacientes ingresan a cargo de Medicina Interna, el 13% en Cirugía General y Digestiva y comparten un 4% del total Intensivos y Urología.

DISCUSIÓN

Desde la puesta en marcha del Plan Regional de Cuidados Paliativos se ha evaluado y constatado anualmente la escasa inclusión de pacientes en cuidados paliativos suponiendo solo entre el 0,07 y 0,77 % respecto a los ingresos en todos los hospitales en los dos últimos años, todo ello contrasta con los porcentajes de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales que presumiblemente han de tener ingresos periódicos en nuestros hospitales, y siendo estos alrededor del 10 % según los estudios de variabilidad en los hospitales en el SNS. Esto nos hace suponer una falta de atención al paciente terminal que coincide con la escasa cultura paliativa que suponemos impregna nuestro sistema de salud.

La evaluación de las necesidades de Cuidados Paliativos hospitalarios requiere por tanto de más estudios que profundicen en el objetivo de establecer la prevalencia de enfermos ingresados que precisan esta atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2010-2013. Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 9/12/2010.

Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a French university hospital. Palliative Medicine 1999; 13: 105–117

“Equidad y Accesibilidad en el desarrollo de cuidados paliativos en el SNS” de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 16/03/2010

POSTER 30**AUTORES/AUTHORS:**

Kurebayashi Leonice Fumiko Sato, Gnatta Juliana Rizzo, Borges Talita Pavarini, Maria Júlia Paes da Silva

TÍTULO/TITLE:

La aplicabilidad de la auriculoterapia en el estrés y como estrategia de coping en profesionales de enfermería

¿Por qué cuidar al cuidador? ¿Es necesario que los que proporcionan atención y asistencia a los pacientes, sean equilibrados y saludables para llevar a cabo sus actividades? El personal de enfermería ha estado expuesto a ambientes de trabajo insalubres, a condiciones de trabajo deficientes con baja calidad de vida.

Hay consenso de que los factores psicológicos y sociales pueden llevar a problemas de salud física y las estrategias de coping en situaciones de estrés pueden ser cruciales para el desarrollo físico, mental y social de las personas (Krantz, 2002).

La evidencia científica de la eficacia de la auriculoterapia

La disminución de la intensidad del dolor en la hernia de disco lumbar (Suen, Wong, 2008) ; La disminución del estrés y de la ansiedad de los estudiantes universitarios (Nakai, 2008); La mejora en los trastornos de ansiedad generalizada (Zaragoza Peña Vidal Faure, 2008); La disminución de la ansiedad y del estrés en los pacientes en el transporte prehospitalario (Kober et al., 2008); La disminución del estrés en profesionales de enfermería de CTI de un Hospital privado (Giaponesi, Leão, 2009).

Las ventajas de la auriculoterapia

Se puede hacer sin perforar la piel cuando se utilizan materiales tales como imanes magnéticos y semillas; El tratamiento, después de realizar el diagnóstico clínico, se puede aplicar con una duración promedio de 10 a 20 minutos; Es de gran valor preventivo y terapéutico, porque el paciente puede estimular los puntos en el momento de la aparición de los primeros síntomas (Díaz Ontiveros, 2006).

Objetivos

Verificar los niveles de estrés en los profesionales de enfermería del Hospital Universitario; Identificar los distintos ámbitos de las estrategias de coping de acuerdo con el Inventario de Lazarus y Folkman (1980); Evaluar la aplicabilidad de las semillas y agujas semi-permanentes en la obtención de la reducción de los niveles de estrés y cambios en los dominios de las estrategias de coping.

Material y Método

- Se trata de un ensayo controlado aleatorio, con una muestra de 75 profesionales de enfermería de diferentes sectores del Hospital;
- Se dividieron en tres grupos: control (sin tratamiento), aguja (semi-permanentes) y semillas;
- El Comité de Ética de Investigación del Hospital de la Universidad de São Paulo ha aceptado el proyecto de investigación;
- El número del Clinical Trial: NCT01424072;
- La investigación de campo y la selección de datos utilizados se llevó a cabo de enero a marzo de 2010 y contó con la participación de las puntuaciones medias y altas de la lista de los síntomas de estrés de Vasconcellos;
- Se la aplicó antes del tratamiento (LSS1), después de cuatro sesiones (LSS2), después de 8 sesiones (LSS3); 15 días después de todas las sesiones (LSS4);
- Los grupos de intervención recibieron 8 sesiones (una por semana), con una duración de 5-10 minutos cada sesión, en los puntos Shenmen, riñón y tronco cerebral;

Resultados

El análisis de variancia de medidas repetidas (ANOVA) mostró una diferencia estadística entre los niveles de estrés de LSS3-1($p=0.023$) y LSS4-1 ($p=0.003$). En la prueba post-hoc de múltiples comparaciones de Bonferroni, se encontró que esta

diferencia se situaba entre los grupos control y aguja ($p=0.020$), entre los niveles de LSS3-1 ($p=0.020$) y LSS4-1 ($p=0.003$). El grupo de semillas no mostraron diferencias significativas en los niveles de estrés.

La evaluación positiva (promedio:15,05) fue el dominio más utilizado del Inventario de Coping de Folkman y Lazarus. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa para el dominio de alejamiento entre el grupo control/aguja ($p=0.039$). Al evaluar cada uno de los campos en el tiempo, se encontraron diferencias en Tukey, para la confrontación ($p=0.029$) en LSS4-1 y para apoyo social en LSS3-1 ($p=0.022$).

Conclusiones: La auriculoterapia fue positiva para reducir los niveles de estrés en el personal de enfermería y consiguió cambiar las estrategias de coping en los dominios Alejamiento, Confrontación y Apoyo social, lo que indica que puede ser útil para producir un impacto positivo como una estrategia de coping en el equipo de enfermería. Sin embargo, se necesitan más estudios para conocer el alcance de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Diaz Ontivero CM. Papel de la auriculoterapia en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad [Internet]. Cuba; 2006 [citado 2010 mai.5]; [cerca de 4 p]. Disponible em:

<http://www.monografias.com/trabajos41/auriculoterapia/auriculoterapia.shtml>

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of Coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Beh.* 1980; 25:229-44.

Giaonesi ANL, Leão ER. A auriculoterapia como intervenção para redução do estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. *Nursing (São Paulo).* 2009;12(139):575-79.

Kober A, Scheck T, Shubert B, Strasser H, Gustorff B, Bertalanffy P et al. Auricular acupressure as a treatment for anxiety in prehospital transport settings. *Am Soc Anesthesiol.* 2003;98(6):1328-32.

Krantz DS. Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Ann Rev for Psych.* 2002; 53:321-69.

Nakai LS. Eficácia de auriculoterapia no tratamento de estresse e ansiedade de estudantes universitários [Internet]. 2008 [citado 2010 jul.2]. Disponible em: <http://www.usp.br/siicusp/Resumos/16Siicusp/1763.pdf>

Suen LKP, Wong EMC. Longitudinal changes in the disability level of the elders with low back pain after auriculotherapy. *Complemen Ther Med.* 2008;16:28-35.

Zaragoza Peña H, Faure Vidal A. Auriculoterapia y Fitoterapia en los trastornos generalizados de ansiedad. *Rev Hosp Psiq Habana [periódico na Internet].* 2008 [citado 2010 mai.6]; 5(1):[cerca de 7 p.]. Disponible em:

<http://www.revistahph.sld.cu/hph0108/hph01208.html>

POSTER 31**AUTORES/AUTHORS:**

constancio martinez lopez, carmen olmo alonso, irene orojeza torres, sierra redondo garcia, ana isabel castro san pedro, dolores heras agudo, rosa lopez jorquera, maria teresa perez y perez medrano, ascension robledo gonzalez

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO EN LA INCIDENCIA DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS DE UN PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS

ANTECEDENTES:

Dentro de los objetivos institucionales de nuestro hospital el aumento de la seguridad del paciente es prioritario, en 2009 desde la dirección de enfermería se inicia un plan para reducir la prevalencia de caídas instaurando un plan de cuidados estandarizado:

VALORACIÓN: NECESIDAD(9ª) DE SEGURIDAD-Uso de escala de Dowton para identificar el grado de riesgo de caída.

DIAGNÓSTICO (NANDA): 00155 RIESGO CAIDAS

RESULTADOS (NOC):1828 -Conocimiento: prevención de caídas ,0208 -Movilidad ,1909 -Conducta de prevención de caídas,1902 -Control del riesgo ,1908 -Detección del riesgo.

INTERVENCIONES (NIC): 6490 -Prevención de caídas, 0221 – Seguridad, 6486 -Manejo ambiental Terapia de ejercicios: ambulación, 2380 -Manejo de la medicación, 0226 -Terapia de ejercicios: control muscular.

OBJETIVOS:

1. Conocer el impacto de la instauración de un plan estandarizado de cuidados en la prevalencia de caídas intrahospitalarias.
2. Identificar los factores relacionados con las caídas.
3. Identificar el porcentaje de pacientes con alto riesgo de caídas mediante la escala de valoración Dowton.
4. Valorar el grado de utilización de la escala Dowton desde enfermería en la valoración al ingreso del paciente.

MÉTODO

Ámbito: Pacientes ingresados durante un mínimo de 24 horas desde enero 2009 hasta diciembre 2010 en el Hospital Universitario Santa Cristina.

Diseño: realizamos 2 estudios,

Estudio descriptivo de tipo transversal con recogida de datos de forma retrospectiva mediante hoja de registro específica. N= 100% ingresos en el periodo de estudio(9816) n=100%(56) pacientes ingresados con registro de una caída intrahospitalaria.

Estudio analítico de tipo transversal con recogida de datos de forma retrospectiva con un nivel de confianza del 95% un error p=0.05 con una N=4203 (pacientes ingresados durante 2010) y n=96 , donde evaluamos la utilización o no de la escala de Dowton y el grado de riesgo de caída de nuestros pacientes.

VARIABLES:

Cuantitativas: número de pacientes que han sufrido una caída.

Cualitativas: factor relacionado con la caída, paciente con alto riesgo de caída y uso de escala Dowton,

ANÁLISIS DE DATOS:

Volcado de hoja Excel en programa estadístico SPSS.18.

RESULTADOS

- Tendencia en la prevalencia de caídas: junio 09: 0.77%(19), diciembre09 0.41%(13), junio 10 0.69%(16), diciembre10 0.42%(8).
- Principales factores relacionados con la caída: baño del paciente 19.6% (11), cama 32.1%(18), uso del sillón 16%(9), desorientación 7.1%(4), calzado inadecuado 10.7%(6), medicación 5.3%(3). Turno: noche 42.8% (24), tarde 30.3%(17), mañana 21,4%(12).
- Pacientes con alto riesgo de caídas: el 15.9%(7) de los pacientes presentaban un Dowton ≥ 3 .
- Uso de escala de Dowton en la valoración del paciente: el 49.4%(44) del las valoraciones enfermeras lo incluían.

CONCLUSIONES

- 1.-La implantación de un Plan de cuidados estandarizado de enfermería en la mejora de la seguridad del paciente favorece un abordaje basado en la evidencia enfermera, incidiendo en la disminución de la prevalencia de caídas intrahospitalarias en comparación con el resto de Hospitales de la comunidad.
- 2.-Hemos identificado los factores relacionados con la caída mas prevalentes (bajada de cama, uso del baño y sillón) y el turno horario (noche), con lo que hemos elaborado procedimientos y planes de sensibilización específicos para evitar la aparición de estos factores de riesgo.
- 3.-El porcentaje de pacientes con alto riesgo de caídas (15.9%)es sensiblemente menor al reflejado en la literatura, puede estar

relacionado con una infrutilización de la escala Dowton en la valoración de enfermería(49.4%), por lo que debemos potenciar la sensibilización al profesional con la importancia de esta escala en detección precoz de riesgos en caídas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 M. Lozano Menor, R. M. Salazar De La Guerra, J. Minaya Saiz, M. Fernandez Busnadiego. Prevencion DE caídas. Hospital de guadarrama. 2008
- 2 Ruiz Pedro. Protocolo de caidas hospital 12 de Octubre. Madrid. 2009
- 3 Silvano, A. Resultados e intervenciones enfermeras en el riesgo de caídas. 2007
- 4 Dirección general de enfermería hospital Ramón y cajal. Protocolo general de caídas. 2005
- 5 Cordoní Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario "Clínica del Carme". Vilafranca del Penedés. 1.996.
- 6 AM Tromp et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54:837-844. www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band91/b91-8.html
- 7 Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. Int J. Nurs Stud 1998;35(3):184-913
- 8 Physical restraint – Part1: use in acute and residencial care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. www.joannabriggs.edu.au.
- 9 US Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety 2004 Falls Toolkit [online]. 2004 [Accessed 16 August 2007]. Available from URL: <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html>.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

Francisco Manuel Carrasco Cebollero, Raúl Ceballo García

TÍTULO/TITLE:

Los padres y la fiebre en pediatría, ¿Saben manejarla?, Experiencia en un Servicio de Urgencias.

Introducción

Podemos definir fiebre como una elevación de la temperatura corporal por encima de 37,9 °C. Por tanto todo lo que esté entre 37°C-37,9 °C no podemos considerarlo como fiebre sino que lo denominaremos febrícula.

Uno de los principales motivos por los que se consulta en los Servicios de Urgencias de pediatría es la presencia de fiebre. En muchas ocasiones nos encontramos que el motivo en sí no es la propia fiebre sino el miedo que se produce en los padres.

Este miedo produce un aumento de la demanda asistencial produciendo un colapso en los servicios de urgencias.

Percibimos que la gran mayoría de los cuadros de fiebre que son atendidos en nuestro centro finalmente acaban dados de alta y muy pocas veces requieren ingreso hospitalario o posterior derivación.

Durante el año 2010 se atendieron un total de 16427 urgencias pediátricas. De todas las urgencias, 3794 tuvieron como motivo de consulta fiebre y solo 275 requirieron ingreso. Todas las demás recibieron el alta.

Por parte del personal de enfermería del área de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe nos propusimos realizar un estudio para ver si realmente la demanda asistencial estaba justificada y posteriormente valorar la realización de educación sanitaria hacia los padres.

Objetivos

- Analizar si existe justificación para la elevada demanda asistencial que existe por motivo de la fiebre.
- Conocer grado de manejo de medicamentos antitérmicos y conocimiento de estos.
- Identificar perfil del acompañante.
- Analizar reconsulta por mismo motivo y uso de recomendaciones al alta.
- Identificar la necesidad de educación en el manejo de la fiebre a los padres.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo transversal que se prolonga desde Enero 2011 a Abril de 2011 dirigido a los acompañantes de pacientes pediátricos que acuden a nuestro servicio de urgencias con motivo de consulta "Fiebre".

Se elabora una encuesta que va rellenando el personal de enfermería mientras va realizando el triaje.

Durante los 4 meses de duración del estudio se analizaron un total de 74 encuestas.

Posteriormente se analizaron los datos con Microsoft Excel.

Este estudio es realizado íntegramente en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe (Consortio Sanitario Publico del Aljarafe).

Resultados

- Un 88% de los acompañantes de los pacientes pediátricos que acuden a urgencias de nuestro servicio son mujeres mientras que el 12% restante que lo hacen son hombres.
- Un 87% de los familiares encuestados son madres seguido de un 12% que son padres y solamente un 1% que es abuela.
- En un 51% de los casos los niños llevan entre 0-1 días de fiebre, seguido de un 36% que llevan entre 2-3 días de evolución. En un 12% los niños llevan entre 4-7 días con fiebre, terminando en un 1% que son los que llevan más de 7 días de evolución.
- En un 69% de los casos el familiar acompañante conoce el peso del paciente, seguido de un 22% que lo conoce aproximadamente y un 9% que desconoce el peso.
- En un 63% de los pacientes encuestados la medicación que manejan es Ibuprofeno+Paracetamol.

- Un 44% de los pacientes que consultan por fiebre reciben una dosis correcta medicamentosa mientras que un 51 % no la recibe (15% Exceso y 36% defecto).
- Un 54% de los niños que acuden a urgencias no tiene fiebre.
- Un 60% de los pacientes que acuden a urgencias ha tomado hace menos de 3 horas por última vez algún tipo de antitérmico.
- Un 59% de los pacientes atendidos en urgencias ha acudido anteriormente en alguna ocasión a nuestro servicio.
- Un 93% de los acompañantes que acuden a nuestro servicio refiere haber sido informados sobre cómo manejar adecuadamente la fiebre.
- Un 93% de los pacientes atendidos en nuestro servicio ha recibido por parte de enfermería un Informe de recomendaciones al alta sobre la fiebre.
- Un 81% de los acompañantes que acuden a nuestro servicio manifiesta haber recibido algún tipo de indicación sobre la fiebre, mientras que un 18% manifiesta que nunca ha recibido información que no sea en urgencias.
- Un 39% de los pacientes que son dados de altas tienen como diagnóstico final "Fiebre".

Discusión-Conclusiones

- El tiempo de evolución de la fiebre es menor a un día por lo que no hay un foco claro que produzca la fiebre.
- La mayoría de los encuestados alternan medicación y lo hacen cada cuatro horas. Los fármacos estrella son el Ibuprofeno y Paracetamol.
- Los pacientes analizados no reciben una dosis correcta de medicación, en muchas ocasiones esto genera que el paciente tenga fiebre por dosis insuficiente.
- Un 54% de los pacientes que acuden a urgencias en el momento del triaje NO tiene fiebre.
- Un alto porcentaje ha acudido en otras ocasiones a nuestro servicio por el mismo motivo. En un 93% se les proporcionó información acerca del manejo de la fiebre con un informe de recomendaciones al alta de enfermería.
- El principal diagnóstico al alta es "Fiebre".
- Se detecta por parte de los padres un manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Una vez analizado los datos se propone la organización de sesiones formativas a través de talleres dirigidas a los padres para conocer el manejo de la fiebre y otros aspectos básicos de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Martín Reina, M et all. ¿Saben manejar los padres la fiebre de los niños? Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Nº 11, Enero-Febrero 2010.
- JBIEBNM, 2001 Management of the child with fever, Best practice Vol 5 Iss 5, Blackwell Science-Asia, Australia.
- Recomendaciones sobre la fiebre de la Asociación Española de Pediatría.
- Ugarte EM, Orue C, Samudio-D GC, Weber E. Los Padres y la Fiebre: ¿Qué Creen y Hacen? Pediatr. (Asunción), Vol. 36; Nº 3; 2009.
- Martos Valverde, L. et all. "Medidas terapéuticas prestadas por enfermería en el síndrome febril derivado desde atención primaria a las urgencias hospitalarias". Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Diciembre 2008.

POSTER 49**AUTORES/AUTHORS:**

INÉS CASADO VERDEJO, LAURA MUÑOZ BERMEJO, M^a PILAR MARQUÉS SÁNCHEZ, SALVADOR POSTIGO MOTA, M^a ISABEL GALÁN ANDRÉS, JOSÉ ANTONIO IGLESIAS GUERRA

TÍTULO/TITLE:

Análisis del optimismo como determinante de la salud autopercebida por las personas mayores.

1. Objetivo.

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación existente entre el optimismo, medido a través del Cuestionario de Orientación Vital Revisado (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges, 1994, y la salud autopercebida por las personas mayores, medida a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) de Goldberg y Williams, 1996, a nivel global, y a nivel de cada una de las cuatro escalas que lo componen (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) para estudiar problemas de salud psicológica más específicos.

2. Métodos**Participantes.**

Han sido 154 las personas que han contestado a los cuestionarios, 62 varones y 92 mujeres, entre los 48 y los 87 años de edad. Se formaron tres grupos de edad según se describen a continuación.

Participantes en la investigación = 154 (62 varones y 92 mujeres)

Grupo 1: 48-58 años Grupo 2: 59-69 años Grupo 3: 70-87 años

Media: 52.78 (Dt = 2.87) Media: 63.48 (Dt = 3.26) Media: 76.15 (Dt = 4.70)

Varones = 29 Varones = 24 Varones = 9

Mujeres = 41 Mujeres = 28 Mujeres = 23

Total grupo 1 = 70 Total grupo 2 = 52 Total grupo 3 = 32

Instrumentos de medida o cuestionarios.

- Cuestionario de Salud General, de Goldberg (GHQ-28). El GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) lo componen 7 ítems por escala, 28 ítems en total. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos, puntuando más según sean mayores los problemas de salud. Las escalas son las siguientes por este orden: Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, Depresión. El GHQ-28 se puede utilizar de forma global para cuantificar la salud psicológica de los individuos, o bien se pueden utilizar las medidas de cada escala por separado para estudiar problemas de salud psicológica más específicos.

- Cuestionario de Orientación Vital Revisado (LOT-R). Scheier y Carver (1985) desarrollaron inicialmente el test de optimismo denominado LOT para aportar un índice del optimismo disposicional. En un esfuerzo por mejorar las características internas del LOT, en 1994, Scheier, Carver y Bridges (1994) propusieron la forma revisada del LOT. La escala tipo Lickert de puntuación va de 0 (en total desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo). En este trabajo con el LOT-R, la variable de optimismo se ha dicotomizado dividiendo los resultados por la mediana para formar dos grupos: LOT-R1 (bajos en optimismo) y LOT-R2 (altos en optimismo).

Procedimiento.

El trabajo se ha desarrollado a través de una revisión de bibliografía y del análisis de los datos que se obtuvieron de los sujetos a través de estudiantes de la Universidad de León, que pasaban los cuestionarios grapados y anónimos entre sus familiares y amigos.

3. Resultados.

- A nivel global se muestra, como efecto principal, la mayor puntuación en problemas de salud psicológica autopercibida por las personas mayores que puntúan bajo en optimismo (LOT-R1).

- En cuanto al análisis de la relación existente entre el optimismo y las diferentes escalas del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), se obtienen como resultados principales ($p < .05$), más síntomas somáticos y más problemas de ansiedad e insomnio manifestados por los individuos más pesimistas, y también un efecto principal con la escala de depresión grave, por puntuar menos en ella los más optimistas.

- No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos para la escala de disfunción social en relación con el grado de optimismo.

4. Discusión.

El proceso de envejecimiento se acompaña de un progresivo deterioro de las funciones cognitivas así como de otros cambios tanto biológicos como sociales. Pero cómo éste se produce y cómo se experimenta y expresa en la salud subjetiva y objetiva de las personas mayores entraña una gran complejidad dadas las diversas variables que lo condicionan.

En lo que se refiere al optimismo en relación con la experiencia subjetiva de salud, así como del propio envejecimiento, diversos estudios (v.g., Smith y Spiro, 2002; Widiger y Seidlitz, 2002) muestran que dicha dimensión en las personas mayores actúa como protectora e indicadora de mejores resultados, no sólo en lo que se refiere a la salud subjetiva y autoinformada, sino como muestran otras investigaciones, con mejores resultados de salud objetiva (v.g., McInnes y Rabbit, 1997).

Parece demostrado que el optimismo constituye una disposición relevante del individuo en relación con la salud cognitiva y la salud global, así como en la percepción subjetiva y autoinformada de la misma, tal y como reflejan los resultados de otras recientes investigaciones (v.g., Isaacowitz, 2005; Lennings, 2000).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). Cuestionario de Salud General GHQ. Barcelona: Masson.

Isaacowitz, D. M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research Personality*, 39, 224-244.

Lennings, C.J. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 167-181.

McInnes, L. y Rabbit, P. (1997). Envejecimiento, salud y funciones cognitivas. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud* (pp. 95-114). Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Smith, T. W. y Spiro, A. (2002). Personality, health, and aging: prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36, 363-394.

Widiger, T. A. y Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality*, 36, 335-362.

POSTER 50**AUTORES/AUTHORS:**

Alica Hanzeliková Pogrányivá, Isabel Ruiz Huete, Fabiola Fernández Sánchez, María José Pardo Fernández, María Victoria García López, María Dolores F Pomares Martínez, José Luis Martín Conty, Rosa Conty Serrano, Beatriz López Ávila

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DEL HOSPITAL GERIÁTRICO VIRGEN DEL VALLE

Introducción

El cuidado de los pacientes geriátricos es complejo. Para ofrecer un cuidado idóneo hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes geriátricos tienen pluripatologías, con tendencia a deterioro funcional y cognitivo. Desde la Atención Especializada y Primaria se intenta detectar sus necesidades del cuidado.

Objetivo:

Conocer las características sociodemográficas de los enfermos geriátricos ingresados en el Hospital Virgen del Valle de Toledo.

Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Sujetos de estudio: Pacientes geriátricos ingresados en el Hospital Virgen del Valle en las Unidades de Agudos. Mediante muestreo aleatorio sistemático se eligieron los enfermos.

Análisis de datos: se calculó la media de las variables cuantitativas, la desviación típica y porcentajes en variables cualitativas.

Variables:

- Edad
- Género
- Disponen del cuidador
- Comparten domicilio con el cuidador
- Nivel de estudios
- Días de estancia en el hospital
- Motivo de ingreso
- Nivel de dependencia
- Dependencia de cuidados familiares previo al ingreso

Resultados

La muestra se constituyó de 267 enfermos: 53,6% hombres y 46,4% mujeres. Edad media: 84,5 años (DT 4,88). (entre 75 y 104 años). Estado civil; 44,2 % casado/a; 12, 7% soltero/a, 1, 5% divorciado/a y 41% es viudo/a. Nivel de estudios: 62,5 % no ha cursado estudios pero sabe leer y escribir, 21,3 % no sabe ni leer ni escribir, 12,7 % estudios primarios, 2,2 % estudios secundarios, 1,1% universitarios. Tipo de relación entre el cuidador y paciente: 28,5% hijo/a; 25,1%cónyuge. Comparte domicilio con el cuidador: 50,6 % sí, 10,5% no, 15% institucionalizado y sin cuidador, 2,2% institucionalizado y con cuidador, 21,7 %; sin cuidador en el hospital.

Dependencia de cuidados familiares previos al ingreso: sí 55,1%, 44,9 % no. Nivel de dependencia (Barthel): leve 68,16%, moderada 11,99%, independiente 8,61%, grave 5,99%, total 5,24%. La estancia media: 13, 54 días (DT 8,44).Ingresos anteriores: 65,2 % sí, 34,8% no. Motivo de ingreso: 88% enfermedad aguda, 12% enfermedad crónica.

Discusión

Los resultados ponen de manifiesto la edad avanzada de los pacientes y la dependencia asociada a la edad y a la pluripatología que

presentan. En relación con los niveles de estudios destaca la escasa formación. Los pacientes geriátricos para su autocuidado, para el correcto seguimiento del tratamiento y para poder tomar decisiones sobre su propia salud, requieren una orientación adecuada según sus capacidades funcionales, cognitivas y el ambiente social que les rodea. Hay que adecuar y ofrecer información a los pacientes en cuanto a su propio cuidado, que corresponda con lo que ellos consideren más idóneo a sus necesidades.

Implicaciones para la práctica clínica: Conocer el perfil del enfermo es sumamente importante para poder desarrollar estrategias de cuidados continuos y elaborar programas de educación en la búsqueda de la mejora de la calidad de la vida.

Palabras clave: perfil sociodemográfico, paciente geriátrico, hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Hancock K,Chang E, Chenoweth L, Clarke M, Carroll A , Jeon Yh :Nursing needs of acutely ill older people J. Adv. Nurs. 2003 dec. 44 (5) 507-163.
- 2.García López, M. V. Y OTROS: "ENFERMERÍA DEL ANCIANO". 2ª ed. Madrid. Ed. DAE 2009
- 3.DE BEAUVOIR, S.: "LA VEJEZ". Barcelona. Ed. Edhasa. 1983.
- 4.CARNEVALI, D.: "TRATADO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA". Barcelona. Ed. Interamericana 1996.

POSTER 51**AUTORES/AUTHORS:**

AZUCENA SANTILLÁN GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE UN BLOG COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

- 1-Describir el alcance y difusión de los contenidos del blog "Enfermería Basada en la Evidencia".
- 2-Identificar las vías de acceso utilizadas por sus lectores a los contenidos.

MÉTODOS

Estudio de caso descriptivo, observacional y retrospectivo de la evolución de los resultados analíticos de alcance de los contenidos del blog "Enfermería Basada en la Evidencia" (ubicado en www.ebevidencia.blogspot.com , abierto el 15 de Julio 2010 y con un total de 99 post publicados hasta la fecha de observación). Los datos han sido recogidos entre Septiembre de 2010 y Mayo de 2011 mediante la herramienta Google Analytics. Las variables estudiadas se agrupan en cuatro bloques: visitas, usuarios, fuentes de tráfico y contenidos.

RESULTADOS

Visitas: En el tiempo descrito se han registrado 21946 visitas (80,39 visitas/día) y 43267 páginas vistas (1,97 páginas /visita). El 73,03% de las visitas fueron de nuevos visitantes y el 26,97% de visitantes recurrentes.

Usuarios: 16161 usuarios han visitado el sitio del blog. La ubicación geográfica es en su mayoría España (63,21%), seguido de México (8,48%), Argentina (5,34%), Colombia (5,25%), Chile (4,25%), Perú (2,98%), Venezuela (2,72%), Ecuador (2,27%) y Estados Unidos (1,06%). En Europa el segundo país que más visitas registra es Inglaterra (0.18%).

Fuentes de tráfico: 431 orígenes distintos han producido el tráfico de visitas. Las principales fuentes de tráfico fueron Google (33,71%), el propio blog (20,66%), Facebook (12,47%) y Twitter (3,21%). Las palabras clave más utilizadas por los internautas para la localización del blog fueron "enfermería basada en la evidencia" (13,68%), "ebevidencia" (7,44%), "enfermería evidencia" (3,98%), "estrategia pico" (2,14%) y "ebe" (1,52%).

Contenidos: El contenido más visitado ha sido la página principal (28,18%) en donde se exponen los 5 últimos post publicados. Después, la página "Herramientas 2.0" (3,55%) seguido del post "Lecciones básicas de SPSS" (3,12%) y de la etiqueta "Guías de Práctica Clínica" (2,78%).

DISCUSIÓN

El alcance de los contenidos del blog dentro de la comunidad hispano parlante es significativo. Las redes sociales, en concreto Facebook y Twitter se describen como una importante fuente de tráfico de lectores. Los contenidos del blog se corresponden con las palabras clave utilizadas intuitivamente por los lectores en los motores de búsqueda de Internet, y los más visitados son los de la página principal.

El estudio describe la viabilidad del blog como herramienta de difusión de información así como su alcance geográfico y transcultural.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El presente estudio ayuda a mejorar nuestra práctica porque muestra la utilidad del blog para gestionar conocimiento y esto se puede aplicar al ámbito de la educación para la salud, de la formación continuada y de cualquier proceso que precise de un medio de comunicación. El blog descrito difunde la metodología de la enfermería basada en evidencias y fomenta su aplicación, así como el uso de las TIC como herramientas de mejora para la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Saba, V.K. Nursing informatics: yesterday, today and tomorrow. International Nursing Review. 2001. 48(3), 177-187.
- 2- Las TIC en la Sanidad del futuro. Madrid: Editorial Ariel. 2006 (Colección

Fundación Telefónica)

3- Lorca J, Jadad A. ¿Salud 2.0? Revista eSalud. 2009; 5(19).

4- Novillo D, Rivero P. Estrategias de Comunicación Corporativa 2.0 en el Ámbito Sanitario. Revista eSalud. 2009 Oct 14; 5(20).

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Mariana Godinho de Lima, Maria Gaby Rivero Gutiérrez, Mariana

TÍTULO/TITLE:

Identificación de los diagnósticos enfermeros en la consulta preoperatoria de enfermería en mujeres con cáncer de mama

Introducción: El cáncer de la mama en el mundo es la neoplasia de mayor incidencia entre las mujeres y en el Brasil, también la de mayor tasa de mortalidad. Uno de los tratamientos para el cáncer de la mama es la cirugía, que tiene un papel clave en el control loco-regional de la enfermedad, así como para definir los parámetros para la indicación de tratamiento adyuvante. Estudios describen que en el período pre-operatorio la paciente pasa por una serie de cambios emocionales, físicos y cognitivos que pueden influir en el intra y postoperatorio. En este contexto, la consulta de enfermería permite a las enfermeras aplicar sus conocimientos científicos y técnicos y las habilidades de comunicación interpersonal en el cuidado y la educación de las pacientes y sus familiares para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Objetivo: Identificar los diagnósticos enfermeros prevalentes en mujeres con cáncer de mama, en el período preoperatorio.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, desarrollado con base en los registros de 106 historias clínicas de enfermería de pacientes atendidas en el Ambulatorio de Mastología del Departamento de Ginecología de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil, en el período de 2008 a 2010.

Resultados: Se identificaron 41 diagnósticos enfermeros, agrupados de acuerdo con los patrones funcionales de salud de Gordon, siendo los más frecuentes los siguientes: en el patrón Percepción de Salud-Control de Salud, el diagnóstico más frecuente fue Disposición para conocimiento aumentado (50%); en el Actividad - Ejercicio, Riesgo de sangrar (51,9%); en el Cognitivo-perceptivo: Percepción sensorial visual perturbada (62,3%); en el de Auto percepción-Auto concepto, riesgo de baja autoestima situacional (42,4%) y en el de Afrontamiento-Tolerancia al estrés, Ansiedad (49,4%).

Discusión: Los resultados de este estudio confirman la observación de que problemas psicosociales son prevalentes en mujeres con cáncer de mama en el período preoperatorio, destacándose los relacionados al procedimiento anestésico-quirúrgico. De esa manera, la acogida de las preocupaciones de las pacientes y la comunicación efectiva por parte del equipo multiprofesional, representan importantes estrategias para auxiliarlas a empoderarse y afrontar mejor la situación que están viviendo. Se considera aún, que la consulta de enfermería representa un momento especial para impartir informaciones claras y objetivas, de modo a esclarecer dudas y proporcionar mayor confort y seguridad en la toma de decisiones.

Conclusión: La consulta enfermera para evaluación preoperatoria permitió identificar, además de los diagnósticos enfermeros de la esfera psicosocial, tales como disposición para conocimiento aumentado, ansiedad y riesgo de baja autoestima situacional, diagnósticos relacionados a la edad avanzada de las pacientes y a enfermedades pre-existentes como diabetes e hipertensión arterial, constituyendo elementos importantes para el planeamiento e implementación de acciones que atiendan de modo individualizado las demandas de cuidado de esas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. INCA. www.inca.gov.br. Acessado em 23 de maio de 2010.
2. Ações de enfermagem para o controle do câncer – uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA. 3ª edição, 2008.
3. Gutierrez, M. G. R.; Narchi, N. Z. Diagnóstico de enfermagem em mulheres com cancer de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica. Acta Paulista de Enfermagem. V10, n1, p33-42, 1997.
4. Suriano, M.L.F.; Lopes, D. C. F.;Macedo, G. P. O. S.; Michel, J. L. M.; Barros, A. L. B. L. Identificação das características

definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta paul. enferm*;22(spe):928-934, 2009.

5. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed 2008.

6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed 2010.

7. Gordon, Marjory. Nursing diagnosis: process and application. Mosby-Year book, Inc. 3ª edição, p69-100, 1994.

8. Avelar A.M.A.; Derchain S.F.M.; Camargo C.P.P.; Lourenço L.S.; Sarian L.O.Z.; Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Ver. Ciênc. Méd.* 2006; 15(1): 11-20.

9. Alves P.C.; Silva A.P.S.; Santos M.C.L.; Fernandes A.F.C. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4):989-95

10. Ferreira C.B.; Almeida A.M.; Rasera E.F. Sentidos do diagnóstico de câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface comun. saúde educ*;12(27):863-871, out.-dez. 2008.

11. Siqueira K.M.; Barbosa M.A.; Boemer M.R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. *Rev Lat Am Enferm.* 2007;15(4):605-11.

12. Bergamasco R.B.; Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2001, 47(3): 277-8

13. Ramos RL. Consulta de enfermagem a mulheres com neoplasias de mama: revisão de literatura (TCC). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.

POSTER 54**AUTORES/AUTHORS:**

PILAR BORDALLO MARTINEZ, PILAR VICIOSO RUIZ, CATALINA GUTIERREZ PALACIOS, M^a PEPA LARIO DE OÑATE, CARMEN GARCIA BENITO, ENCARNACION COELLO RODRIGUEZ

TÍTULO/TITLE:

VARIACIONES DEL DOPPLER EN ARTERIAS PERIFÉRICAS EN DIABÉTICOS TIPO2 FUMADORES,NO FUMADORES Y EXFUMADORES.

INTRODUCCION Y OBJETIVO. Los conceptos de fumador, no fumador y exfumador se ajustan a los criterios de la OMS. El % de la población española de los diferentes tipos de pacientes citados va variando favorablemente por las campañas de los efectos del tabaco y la nueva Ley antitabaco. Uno de los factores de riesgo más importantes en la aparición de la angiopatía diabética es el tabaco, que actúa a través de diferentes mecanismos etiopatogénicos. De otra parte, la coexistencia de Diabetes y tabaco incrementa de forma exponencial el riesgo vascular. Debido a la gran frecuencia de diabetes tipo2, al elevado número de fumadores y a la coexistencia mencionada de ambos procesos que potencian el riesgo vascular, hemos querido en nuestro Centro de Salud objetivar las posibles variaciones en arterias periféricas, en los tipos de diabéticos antes dichos.

PACIENTES Y METODO. Se han estudiado 90 pacientes con DM tipo 2

55 son hombres y 35 son mujeres. Fumadores son 30, exfumadores son 30 y no fumadores 30. La media de años que los pacientes conocen su diagnóstico es de 15 años. A todos se les ha realizado el Test de Doppler basal anotando la TA en miembros superiores e inferiores. Estos datos se introducen en un programa informático facilitándonos el índice tobillo-brazo de ambos lados y junto a ello uno de los siguientes valores: Mayor e igual a 1: normal; > 1'3 se recomienda tomar presión en el dedo. Igual o menos de 0'5 indica posible obliteración vascular. De 0'5 a 0'8 síntomas de claudicación intermitente. De igual a 0'8 a 1 enfermedad arterial periférica leve.

RESULTADOS. En el grupo de los EXFUMADORES los índices antes dichos oscilan entre 0'53 y 1'59, siendo la mayoría algo superior a 1. En el grupo de los FUMADORES, los índices oscilan entre 0'7 y 1'30, siendo la mayoría algo superiores a 1'2. En el grupo de los NO FUMADORES, los índices oscilan entre 0'65 y 1'37, siendo la mayoría superiores a 1'5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. En la valoración de los resultados llaman la atención varios aspectos. En primer lugar, que al comparar el grupo de los fumadores con el de los exfumadores, las diferencias no son del todo concluyentes. En segundo lugar, debe tenerse en cuenta que en el grupo de los exfumadores, la mayoría de los que no llegan al índice de 1 es

superior a los pacientes del grupo de los fumadores que no llegan al índice de uno. Dos aspectos pueden contribuir a explicar esta situación: de un lado, que los exfumadores ya tienen lesiones instauradas y son irreversibles y de otra parte, que en la mayoría de los exfumadores, la cantidad de cigarrillos que consumían era muy superior (del orden de 3 a 4 paquetes por día). En tercer lugar, sí existen diferencias entre los ex fumadores y los no fumadores (la mayoría superior a 1'5 de índice tobillo-brazo) lo cual aboga en la importancia como factor de riesgo del tabaco en los diabéticos, pero también hay entre este grupo no fumador índices en algunos pacientes bajos, quizás indicándonos como consta en la literatura que en la diabetes mellitus además del tabaco hay otros factores que intervienen en la patogenia de la afectación vascular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

II Plan Integral de diabetes en Andalucía 2009/2013

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

M^{ra} Carmen Serna Sotos, Fabiola Yonte Huete, Victoria Sánchez García, Longina Herraiz Mancebo, Marta Martín Gutiérrez, Ana Patricia Rodríguez Velasco

TÍTULO/TITLE:

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

El tratamiento con anticoagulantes orales se ha usado desde hace 70 años con demostrada eficacia en la profilaxis primaria y secundaria de la enfermedad tromboembólica, estando indicados en diversas condiciones clínicas, siendo las más comunes, las valvulopatías, las cardiopatías congénitas, las prótesis valvulares y cardiopatías isquémicas entre otras, mejorando notablemente el pronóstico de estos pacientes lo que ha hecho que el tratamiento con anticoagulantes orales haya pasado, en sólo unos años, de ser una opción terapéutica administrada con reservas, a convertirse en una práctica habitual ampliando las indicaciones, y a causa de un mejor conocimiento de sus efectos, ha logrado, administrarse a pacientes cada vez más mayores.^{1,2}

La OMS (Organización Mundial para la Salud) define a la calidad de vida como "la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social"³

La calidad de vida relacionada con la salud, se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes⁴

Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud³

Objetivo: Evaluar el impacto del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en la calidad de vida del paciente anticoagulado.

Método:

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes anticoagulados de la ciudad de Ávila.

Se obtuvo una muestra de n=20 por muestreo consecutivo telefónico, excluyendo a pacientes no residentes en Ávila y aquellos con dificultades de comunicación.

Para evaluar la calidad de vida de los participantes en el estudio utilizamos el cuestionario específico de la calidad de vida del paciente con anticoagulación oral: cuestionario Sawicki⁵.

La recogida de datos se realizó aprovechando una de las visitas programadas de los pacientes para el control digital de INR (Ratio Internacional Normalizado), se administró el cuestionario Sawicki y el cuestionario registro de variables de estudio, mediante entrevista personal por enfermería.

Se recogieron las siguientes variables:

Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios.

Control:

Indicación del TAO (Trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, fibrilación auricular (FA), infarto agudo de miocardio, valvulopatías, prótesis valvulares, otras)

Rangos terapéuticos de IRN; 2,5-3,5 prótesis valvulares mecánicas, entre 2-3 resto de indicaciones.

Registro de cinco determinaciones de INR previas al estudio.

Número de complicaciones: hemorrágicas, tromboembólicas y muerte.

Resultados: Grado de calidad de vida. Cuestionario Sawicki. ; consta de 32 ítems con 6 opciones de respuesta, tipo Likert, puntuadas en una escala cuantitativa 1-6.

El análisis de datos se realizará con el paquete estadístico SPSS Statistic 17.0.

Resultados

El número de muestras recogidas entre el 1 de Marzo y el 30 de Abril del presente año, para el estudio piloto, fue de 20 muestras en un Centro de Salud de Ávila.

La edad media de la muestra fue de 71,6 años (DE=8,4) con un rango de valores de 55 a 86 años, mediana 74 y RIQ (66-76,8). Del total de la muestra el 55% fueron hombres y el 45% fueron mujeres.

Los rangos de edad fueron del 11% para el rango entre 50-65 años, del 74% para el rango de 66-79 años, y del 15% para el rango de 80-89 años.

El nivel de estudios fue bajo en el 85% de los casos, y medio en el 15%. No tuvimos ningún paciente con estudios superiores.

La indicación del tratamiento anticoagulante se recodificó en una variable dicotómica: Fibrilación Auricular (FA) 70% y otras (30%).

Así mismo, debido a que existieron escasas complicaciones, y todas ellas menores, decidimos recodificar de forma dicotómica la variable Grado de Complicaciones; complicaciones (5%) y ausencia de complicaciones (95%).

Los niveles recomendados de INR en función de la patología que indico el TAO, se agrupaban en 3 rangos; de 80% para rango de 2-3, de 10% de 2,5-3,5 y de 10% excepciones individuales establecidas por el Servicio de Hematología.

El 70% de los valores de INR al inicio fueron dentro de rango y el 30% fuera de rango.

La variable cuantitativa cuestionario-Sawicki, además del histograma, nos confirman la dispersión de los resultados: (rango =50-134, media= 81,3 y DE= 28,6)

Discusión

Los resultados obtenidos no son extrapolables a población general, debido a que se trataba de una muestra muy reducida (estudio piloto).

El uso del cuestionario Sawicki en una población envejecida, que adapta su vida al TAO y con un nivel de estudios bajo, que dificulta la comprensión del cuestionario, deja de manifiesto la necesidad de crear cuestionarios adaptados al nivel socio- cultural de la población a la que va dirigido.

El estudio nos habilita para proceder a su desarrollo completo, mediante una intervención educacional, con el fin de valorar si esta, es, de forma objetiva capaz de aumentar la calidad de vida de los pacientes anticoagulados.

Así mismo, para valorar la necesidad de cambiar a nuevos tratamientos anticoagulantes, si estos son más eficaces, seguros y aumentan la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Quintana Díaz M, Carvalho M. Hemorragia por anticoagulantes orales y tratamiento con complejos protombínicos. [Citado: 10 Ago 2011]. Disponible en:

<http://intensivos.uninet.edu/27/2701.html>

2.- Zapata Sampredo MA, García Fuente S, Jiménez Gil A. Manejo del paciente anticoagulado en atención primaria. [Citado: 10 Ago 2011]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/protocolos_detalle.cfm?id_PROTOCOLO=86&id_menu=146

3.- Monés Xiol Joan, ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp. 2004; 76(2):71-77 [citado: 10 Ago 2011]

4- Consiglio E, Belloso W.H. Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. Medicina (B. Aires) [revista en la Internet].2003 Abr [citado 2011 Ago 10]; 63 (2):172-178. Disponible

en:<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?sci=arttex&pid=S0025-76802003000200014&ing=es>

5.- Sánchez González R, Álvarez Nido R, Yanes Baonza M, Cabrera Majada A, Ferrer García-Borrás JM, Barrera Linares E. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. Aten Primaria 2004;34(7): 353-359 [citado: 10 Ago 2011]

Financiación: Los datos de este estudio corresponden a un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Ángeles Velasco Sánchez, M^a Isabel Mariscal Crespo, Mercedes Barroso Vázquez

TÍTULO/TITLE:

AUTOCUIDADOS EN PERSONAS AFECTADAS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EL CASO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

INTRODUCCIÓN

Los TCA son un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, que afecta a mujeres en la edad adolescente.

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo. No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta (Proceso Asistencial TCA, 2003)

Existen multitud de definiciones de AN en la literatura: "La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar, etc..." (J. Toro 1999). En general esta definición recoge los criterios de CIE 10 (1992) y del DSM-IV-TR (2008).

El concepto de autocuidado es ampliamente utilizado en la bibliografía para indicar la responsabilidad de los individuos en su propia salud. A lo largo del Ciclo Vital, surgen problemas específicos de salud, que cambian las demandas de autocuidados. Cuando las personas no son capaces de dar una respuesta inmediata, se produce un déficit de autocuidados que es necesario compensar (Orem, 1993)

El autocuidado es la práctica, después de haberla reflexionado, de las actividades que mantendrán la salud y promoverán el bienestar de forma sostenida en la vida diaria (Cavanagh, 1993)

Las personas con TCA son especialmente sensibles a los déficits de autocuidados y por la revisión documental realizada se pueden afirmar que sería un buen marco teórico desde el que poder abordar los requisitos de autocuidados de estas personas, a través de la agencia de autocuidado, definida por Orem. Existen diferentes instrumentos para medir los autocuidados, contruidos con diversas orientaciones conceptuales (Muñoz et al, 2005)

Se trata de identificar los déficits más significativos entre las personas afectadas de AN, nos basaremos en cuestionarios validados como el CAESCAM, para facilitar posteriormente el diseño de programas de apoyo educativo. (Mariscal, MI., 2006)

OBJETIVOS

Describir los Autocuidados (Ac) desarrollados por las personas afectadas de Anorexia Nerviosa.

Describir las Demandas de Ac Terapéuticos en el proceso de Anorexia Nerviosa.

Identificar los déficits de Ac que presentan las personas con Anorexia Nerviosa.

MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo con metodología cualitativa de enfoque etnográfico (Taylor-Bogdan, 1990) en las personas diagnosticadas de Anorexia Nerviosa que en algún momento de su proceso han tenido contacto con los HHUU Virgen del Rocío de Sevilla. Las variables de estudio fueron:

- V. Sociodemográficas: edad, estudios actividad laboral, lugar de residencia e independencia económica y familiar.
- V. Clínicas: tipo de anorexia, años de evolución, ingreso hospitalario y tratamiento psiquiátrico.
- V. de Autocuidado: Conocimientos, actitudes y práctica de autocuidados.

La población de estudio fue una muestra de 104 personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria, con un rango de edad de entre 12 y 30 años, que formaron parte de una base de datos para el estudio descriptivo. De ésta muestra se eligieron intencionadamente tres personas para realizar sendas entrevistas en profundidad, una mayor de edad, otra menor de edad, y la madre de la menor.

También se hizo un grupo de discusión con profesionales sanitarios directamente relacionados con el cuidado y tratamiento de estas personas.

Se realizó análisis estadístico univariado con el programa informático SPSS 17.0 y por otro se ha categorizado y codificado los datos obtenidos de las transcripciones literales de las entrevistas semiestructuradas y del grupo de discusión.

RESULTADOS

Tras el análisis se desprende que: siguen siendo mujeres con una media de 24 años y una duración de la enfermedad de entre 1 y 3 años.

Centrándonos en el análisis cualitativo, las personas afectadas de trastorno de la conducta alimentaria tienen los siguientes déficits de Ac, enunciados como Diagnósticos Enfermeros NANDA: mantenimiento inefectivo de la salud, negación ineficaz, déficit de Ac: alimentación, conocimientos deficientes: dieta, ejercicio, proceso enfermedad, trastorno de la imagen corporal, afrontamiento familiar comprometido, ansiedad, aislamiento social y baja autoestima situacional

De los profesionales sanitarios el déficit que fue en conocimiento y en comunicación.

DISCUSIÓN

En cuanto a la parte cualitativa del estudio cabe decir que no hay estudios similares con los que poder comparar los resultados en el proceso de la AN, si bien los déficits identificados como el déficit de conocimientos, en el manejo de la enfermedad, en la ansiedad parecen comunes a los que se presentan en otros procesos crónicos como pueden ser la diabetes (Álvarez, 2005; Ávila, 2006), el cáncer de mama (Mariscal, 2005), la hipertensión arterial (Rivera, 2006), estudiados éstos desde la Teoría de los Ac de D. Orem. Se deja la discusión sobre los Ac en personas afectadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria: el caso de la Anorexia Nerviosa para cuando se disponga de otras investigaciones que versen sobre el mismo marco teórico, o para cuando este estudio se complete con una mayor muestra de personas afectadas de AN.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ávila Alpírez, H. et Al. (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cultura de los Cuidados. Año X: no 20.
- Cavanagh S.J. (1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica (1ª ed.) Barcelona: Masson Salvat.
- CIE-10. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Panamericana
- De Cos A, Gómez C, Muñoz E. (2005). Nutrición en los trastornos del comportamiento alimentario. En: Gil A, editor. Tratado de nutrición. (pp. 499-523). Madrid: Grupo Acción Médica.
- DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000). American Psychiatric Association (APA)
- Guirao-Goris JA. (2003) La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21; 2.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Mariscal, MI. (2006) Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. ProQuest Dissertations & Thesis
- Muñoz, C., Cabrero, J., Richart, M., Orts, M.I., Cabañero, M.J. (2005) La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. Enfermería Clínica, 15(2), 27-87
- NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007 – 2008.(2008). Elsevier España.
- Orem, D.O. (1993) Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica (4ª ed. Barcelona: Masson Salvat.
- Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. (2008). Autoayuda y autoayuda guiada para los trastornos alimentarios. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2.
- Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria (2003).Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla.
- Toro, J. (1999): "Anorexia y bulimia". Jano, vol. LVI, nº 1.289. Madrid.

POSTER 60**AUTORES/AUTHORS:**

Mercedes Barroso Vázquez, M^a Isabel Mariscal Crerspo, M^a Ángeles Velasco Sánchez

TÍTULO/TITLE:

AUTOCUIDADOS EN PERSONAS AFECTADAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es considerada como la primera causa de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta española tiene diabetes (Valdés, Rojo-Martínez y Soriguer, 2007). En Andalucía (PIDMA, 2009), se estima una prevalencia de diabetes de 13,5% (11,8% en mujeres y 15,6% en hombres). El tratamiento de la diabetes exige una participación activa de la persona afectada, que debe tener competencias específicas. El concepto de autocuidado (Ac) es ampliamente utilizado para indicar la responsabilidad que tiene cada persona en su propia salud.

Es considerado como una situación y una cultura específica; incluye la capacidad de seleccionar y actuar; está influenciado por el conocimiento, la habilidad o destreza, los valores, la motivación y la eficacia; y focaliza aspectos del cuidado de salud bajo el control individual (Wilkinson y Whitehead, 2009).

Según la Teoría del Déficit de Autocuidado (Orem, 1993), en la que se enmarca este estudio, para que una persona pueda cuidar de sí mismo, debe tener los requisitos conocidos como los "Componentes del autocuidado". El Ac consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001). También es definido como la práctica, después de haberla reflexionado, de las actividades que mantendrán la salud y también promoverán el bienestar integrándola de forma sostenida en la vida diaria (Cavanagh, 1993).

En una revisión de la bibliografía sobre la medición de los Ac, se analizaron instrumentos con muy diferentes características (Muñoz, 2005). Son de especial interés el Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-escale) (Evers et al, 1993) y Self-As Carer Inventory (SCI) (Geden y Taylor, 1999)

En nuestro entorno, disponemos de un cuestionario validado que mide Ac en las mujeres afectadas de cáncer de mama CAESCAM, (Mariscal, 2006).

Ante esta situación, podemos afirmar que no disponemos de instrumentos validados en nuestro entorno para medir Ac en personas con DM tipo2.

Disponer de instrumentos que permitan dirigir y medir los cuidados, permitirá en mayor medida desarrollar el conocimiento sobre la disciplina enfermera, aprender más sobre cómo los pacientes y los profesionales se pueden beneficiar de dicho conocimiento (Watson, 2008).

OBJETIVOS

- Adaptar y validar al entorno el cuestionario de Ac Self-As Carer Inventory.
- Identificar los Ac desarrollados por las personas afectadas de DM tipo 2.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal.

Para la valoración de los Ac, se ha utilizado el cuestionario "Self-As Carer Inventory" elaborado por Geden y Taylor en 1991, siguiendo el siguiente proceso:

- Traducción literal del cuestionario del inglés al español.
- Análisis de la adecuación de la traducción. Prueba de jueces.
- Aplicación del cuestionario a la muestra de la población objeto de estudio.

Finalizado el proceso de recogida de datos, se incluyeron en una base de datos diseñada con el programa Informático SPSS 17.0.

Se realizó: análisis descriptivo de variables sociodemográficas, análisis de la fiabilidad del cuestionario, mediante consistencia interna: alfa de Cronbach y análisis factorial exploratorio (método de componentes principales con rotación Varimax).

RESULTADOS

Se captaron a 37 personas en los centros de salud del Área Hospitalaria Virgen del Rocío

La muestra estaba comprendida entre 42 y 81 años, con una media de 63 años y desviación típica de 10,70. De los que 62,2% eran

hombres y el 37,8% mujeres.

El análisis descriptivo del cuestionario evidenció que todos los ítems habían sido identificados con una puntuación media superior a 3 (algo de acuerdo).

La consistencia interna del cuestionario se midió mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor para los 40 ítems de 0,976.

El gráfico de sedimentación de la varianza asociada a cada factor justifican la identificación de 3 componentes principales. La distancia a partir del tres es excesivamente pequeña, por lo que no aportan variación explicada relevante.

En el análisis de los componentes principales, aparecieron 4 factores latentes que justificaron el 71,9% de la variabilidad.

En la matriz de saturaciones de componentes rotados se puede observar una limitación de 4 variables latentes, que coinciden con los descritos en el análisis factorial.

DISCUSIÓN

Los requisitos de Ac definidos por Orem (1993) no se corresponden con los cuatro factores latentes que se evidencian en este trabajo. Sin embargo, sí tienen relación con las cuatro características específicas del Ac, descritas por Wilkinson y Whitehead.

Estas reflexiones nos hacen pensar que, en nuestro caso, este cuestionario, aunque con estudios de fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,976) y cierta validez (según el análisis factorial), no responde a un constructo teórico y no permite identificar las capacidades de Ac específicas de las personas con DM tipo 2.

Estos resultados sólo pueden ser considerados como un acercamiento a la realidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Achterberg, T., Lorensen, M., Isenber, M.A., George, C., Evers, M., Levin, E., Philipsen, H. (1991). The Norwegian, Danish and Dutch Version of the Appraisal of Self-care Agency Sacale; comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci*, 5(2), 1991
- Cavanagh, S.J. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson Salvat.
- Evers, G., Isenberg, M.A., Philipsen, H., Senten, M., Brouns, G. (1993). Validatin testing of the Cutch transalation of the Appraisal of Self-Care Agency ASA scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 331-342.
- Geden, E., Taylor, S. (1991). Construc and empirical validity of the self-as-carer inventory. *Nursing Reserch*, 40(1), 47-50
- Junta de Andalucía. (2009). II Plan Andaluz Integral de Diabetes de Andalucía 2008-2013. Sevilla. Consejería de Salud
- Mariscal, M.I. (2006). Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. ProQuest Dissertations & Thesis
- Muñoz Mendoza, C., Cabrero García, J., Richard Martínez, M., Orts Cortés, M.I., Cabañero Martínez, M.J. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enferm Clin*, 15(2), 76-87
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica (4ª ed). Barcelona: Masson Salvat
- Orem, D.E. (2001). Nursing: concepts of practice. (6ª ed). St Louis: Mosby
- Valdés, S., Rojo-Martínez, G., Soriguer, F. (2007). Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin*, 129, 352-355
- Watson, J. (2008). Assessing and measurint caring in nursing and health sciences. 2ªed. New York: Springer Plublishing Company
- Wilkinson, A; Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1143-1147

POSTER 66**AUTORES/AUTHORS:**

Esther González, M^a Teresa Moreno, Laura Albornos, Miguel Ángel Navas

TÍTULO/TITLE:

Uso y valoración de los recursos digitales online de práctica basada en la evidencia (PBE)

Introducción. El acceso a recursos científicos online permite impulsar la actividad investigadora de los profesionales de enfermería y afines, como que la práctica clínica se base en la evidencia. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad financia el acceso universal y gratuito a los recursos online del Instituto Joanna Briggs (JBI) para los cuidados de salud basados en la evidencia desde cualquier terminal conectado en el territorio español. Para promover el acceso a este tipo de recursos, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isci iii) establece vínculos con los profesionales(1), utilizando diversos métodos de consulta que permitan identificar las necesidades de los profesionales, el conocimiento y uso de los recursos disponibles y la aplicación de los mismos en su práctica clínica diaria.

Objetivo. Conocer la valoración y el uso de los recursos online de PBE por profesionales de enfermería.

Métodos. Estudio observacional descriptivo, con profesionales de enfermería de España de cualquier ámbito de trabajo. Se solicitó la participación a dos grupos, el primero (A) de asistentes al XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería en 2010, el segundo (B) a las personas registradas hasta finales de 2010 como usuario en la plataforma JBI CONNECT-España o que han visitado la página del Centro Colaborador español de JBI. Se diseñó un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas, variables sociodemográficas, laborales y una primera parte común a los dos grupos, con variables de disponibilidad, utilización de recursos online para la PBE y barreras percibidas para su uso; la segunda parte, específica para el grupo B, incluía la utilidad percibida de las herramientas de JBI CONNECT y uso de los recursos que contiene. El grupo A autocumplimentó el cuestionario durante el Encuentro de Investigación, el segundo lo hizo online desde la página del Centro Colaborador español de JBI, usando la herramienta Limesurvey(2) en su versión 1.9(3), que permite recoger información en tiempo real de las encuestas realizadas. Se realizó un análisis descriptivo (medias, DE, porcentajes y frecuencias); para comparar los dos grupos se utilizaron la t de Student y X². El nivel de confianza es 95%.

Resultados. En el grupo A respondieron 102 personas y 100 en el B; respectivamente el 93% (95) y 79% (79) eran mujeres; con edad media de 41 años (DE=11) y 48 (DE=8,5). En el grupo A cerca del 40% (33) trabajaba en atención especializada; en el grupo B lo hacían en atención primaria 73% (73). Más del 85% en ambos grupos disponían de acceso a internet en el trabajo pero tenían poco o muy poco tiempo para utilizarlo (67% en A; 75% en B). El recurso digital de PBE más utilizado por ambos fueron las bases de datos y revistas científicas, en el trabajo y en casa (>80% en todos los casos), y el uso en casa de los recursos digitales es frecuente o muy frecuente (61% en A; 55% en B). Sobre los recursos disponibles y su acceso, en el grupo A 45% (18) tenía una opinión favorable y 55% (49) en el grupo B. Las barreras percibidas entre los que tenían una opinión desfavorable fueron escasez de recursos (27% vs 40%), dificultad en el uso (18% vs 5%), el tiempo disponible (32% vs 3%), dificultad en la búsqueda (5% vs 10%), la accesibilidad (0% vs 8%), y limitación de los recursos de pago (18% vs 13%). No se han encontrado diferencias significativas en las barreras percibidas entre los dos grupos, excepto para la barrera tiempo (p=0.01).

Respecto al grupo B, 48% (48) conocían los recursos de JBI CONNECT, y de ellos utilizan: recursos de búsqueda 73% (35); de lectura crítica 23% (11); de elaboración de manuales de cuidados y/o evaluación del uso de la PBE 12,5% (6). Un 97,5% (42) los consideraba útiles para la PBE en su práctica diaria, especialmente los recursos de búsqueda (55%). Los recursos informativos más frecuentemente utilizados son las revisiones sistemáticas (28), seguido de los resúmenes de evidencia (25), procedimientos recomendados (25), best practice information sheets (18) y hojas informativas para usuarios (14).

Discusión. Existen diferencias laborales y sociodemográficas entre ambos grupos, pero se comportan de modo muy similar en el uso y utilidad percibida de los recursos online de PBE, desde el domicilio y accediendo a búsquedas. Se considera JBI CONNECT útil globalmente; pero, la utilidad percibida y el uso de herramientas distintas de la búsqueda es baja. La participación ha sido escasa y la muestra no es representativa; pero si el perfil de los respondientes, quizá más motivados para la búsqueda y uso de estos recursos, difiere del perfil general de los profesionales de enfermería, será necesario hacer mayor esfuerzo para mejorar la accesibilidad y facilidad de uso de los recursos online para la PBE.

Relevancia para la práctica clínica. Es necesario conocer con mayor profundidad las dificultades de acceso y utilización de herramientas para la PBE a las que se enfrentan los profesionales de enfermería, incluida JBI CONNECT, con el fin de mejorar aquellos aspectos que limitan su uso entre los profesionales y establecer mecanismos correctores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Investén-iscii. [homepage on the Internet]. [fecha de acceso 30 mayo de 2011]. Disponible en http://www.iscii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp
2. Limesurvey. [homepage on the Internet]. [fecha de acceso 30 mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.limesurvey.org/>
3. Encuesta JBI COnNECT. homepage on the Internet]. [fecha de acceso 30 mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.investigacionencuidados.es/cuestionarios/>

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

Teresa Sánchez Ciudad, Guayarmina Camacho Felipe, Sandra Esther Romero Batista, María Emma Alonso Poncelas

TÍTULO/TITLE:

EVOLUCIÓN EN LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL INGRESO DURANTE LOS AÑOS 2009-2010 EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer el número total de Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) emitidos al ingreso hospitalario desde Atención Primaria (AP) durante el periodo comprendido entre 2009- 2010.

Objetivos específicos:

- Conocer el número total de ICCEs al ingreso solicitados desde Atención Especializada (AE).
- Conocer el número de ICCEs al ingreso contestados por AP.
- Conocer el número de ICCEs emitidos al ingreso por Zonas Básicas de Salud (ZBS).

METODOLOGÍA

Población diana en el 2009: ICCEs solicitados a pacientes mayores de 65 años, ingresados, pertenecientes al servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria(SCCAD), valorados por Enfermería Comunitaria de Enlace (ECE)*1, y adscritos a las zonas donde existe la figura de ECE: Arrecife I, Arrecife II, Tías y San Bartolomé.

Población diana en el 2010: ICCEs solicitados a pacientes mayores de 65 años, ingresados, pertenecientes al servicio de SCCAD, valorados por ECE y todos los pacientes mayores de 80 aunque no hayan sido valorados por ECE adscritos a cualquier ZBS. Se evalúa toda la población diana, siendo el total de 557 casos. Se lleva a cabo un estudio descriptivo transversal, durante el periodo de evaluación comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010 en el área de Salud de Lanzarote. Las variables estudiadas son el número de ICCEs solicitados/ recibidos y el lugar de procedencia. Los datos se obtienen desde la base de datos de la aplicación informática diseñada específicamente para la emisión de estos informes. El circuito de solicitud/emisión ICCEs durante el año 2009 era: el paciente ingresa en el H. Dr. José Molina Orosa, si cumple los criterios establecidos, la coordinadora AE solicita informe al ICCE al ingreso a la ECE, a través de la aplicación informática diseñada para tal fin. La ECE recibe la solicitud a través de la aplicación informática y realiza el ICCE al ingreso en la historia electrónica de AP. La ECE envía el ICCE al ingreso a través del mismo sistema de recepción (en un plazo de 48 horas y 72 horas si es fin de semana). La coordinadora de AE recibe el ICCE al ingreso desde AP y lo entrega en papel al personal de enfermería responsable del paciente en la unidad de hospitalización. El circuito en el año 2010 varía en que la coordinadora de AE solita el informe a la Enfermera de la Unidad Familiar (EUAF), de aquellos pacientes que cumplen los nuevos criterios reseñados en la población diana del 2010. Es la EUAF la responsable de realizar el ICCE y de enviarlo a través de la aplicación informática.

Para la obtención de los datos se obtuvo la autorización de las Direcciones Médicas de AE y AP. Toda la información recogida durante el estudio fue tratada conforme a la legislación vigente, de acuerdo con la Ley de protección de datos de carácter personal*2-3. Los datos se analizan con el programa estadístico SPSS versión 12.0

RESULTADOS

El número total de ICCEs al ingreso solicitados y emitidos por AP en el año 2009 fue de 50 informes. En el año 2010 fue de 507 informes solicitados por AE y emitidos por AP de 484.

Por zonas básicas de salud en el año 2009 se solicitaron y emitieron el mismo número de ICCEs desde AP, quedando de la siguiente manera: ZBS Tías: 10 ICCEs, que equivale a un 20% del total; ZBS Arrecife I: 25 ICCEs, un 50%; ZBS San Bartolomé: 2, un 4%; ZBS Arrecife II: 13 ICCEs, un 26%.

En el año 2010 se solicitaron desde AE 507 ICCEs y se emitieron desde AP 484 desde las siguientes ZBS: Tegui: 47 desde AE y 45 desde AP; Tías: 53 AE y 53 AP; Arrecife I: 129 AE y 126 AP; San Bartolomé: 82 AE y 78 AP; Haría- Mala: 49 AE y 42 AP; Yaiza- Playa Blanca: 26 AE y 21 AP; Arrecife II: 121 AE y 119 AP.

DISCUSIÓN

El número total de informes emitidos al ingreso desde AP en el año 2009 fue de 50 y en el año 2010 de 484. Este aumento es debido a modificaciones en el circuito de transmisión- recepción de los informes entre los dos ámbitos asistenciales.

Durante el año 2009 el número total de ICCEs al ingreso solicitados desde AE fueron contestados en el 100% de los casos y en el año 2010 el porcentaje alcanzado fue de 95,5%. Durante el año 2009 se utiliza como recordatorio la llamada de teléfono de la

coordinadora de AP a ECE para la realización de los ICCEs solicitados. La modificación del circuito se debe a que el protocolo de Continuidad de Cuidados*4 establece que cada enfermera de UAF será la responsable de recibir y emitir el ICCE. La ZBS que emitió mayor número de ICCEs fue Arrecife I, con el 50 % del total en el año 2009 y del 25% en el año 2010.

En el año 2010, el porcentaje de ICCEs emitidos por ZBS del total de los solicitados por AE fue de: Teguiise 8'9%; Tías 10'5%; Arrecife I 24'8%; San Bartolomé 15'4%; Haría- Mala 8'3%; Yaiza- Playa Blanca 4'1%; Arrecife II 23'5%. Un 4'5% no fueron realizados

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA :

- La fluida comunicación entre las coordinadoras de AP y AE asegura, evalúa y modifica el circuito de transmisión de información.
- La implicación directa de la enfermera de la UAF acorta el circuito de transmisión y con ello la pérdida de información y a su vez, disminuye el tiempo de demora en las intervenciones a realizar y planificar con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Protocolo del Servicio de continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación.
www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpet a=0428f5bb
2. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.
3. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.
4. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud.
www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpet a=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

Joan Carles Casas Baroy, Azucena Pedra Marcos

TÍTULO/TITLE:

¿Los resultados provenientes de la investigación se utilizan en la práctica clínica enfermera?

Objetivo. Identificar y conocer el significado que le atribuyen las enfermeras a aquellos factores que intervienen en la posibilidad de innovar y en el uso de los resultados de investigación para la toma de decisiones en la práctica clínica .

Metodología. Se ha diseñado un estudio de tipo cualitativo, organizando 2 grupo de discusión y el correspondiente análisis del discurso. El ámbito de estudio fue la comarca de Osona y se realizó durante el año 2009. La selección de los participantes siguió criterios de representatividad en turno de trabajo, tipología de centro asistencial y años de experiencia profesional.

Resultados. Los resultados principales indican que las enfermeras disponen de un alto grado de motivación y una actitud positiva para proponer y llevar a cabo cambios en relación a los cuidados de salud en los respectivos centros asistenciales. Se verifica que en el desarrollo de su actividad cotidiana se generan dudas sobre los que deberá tomar decisiones y que estas deben de apoyarse sobre argumentos importantes. Las enfermeras manifiestan que estos argumentos los tenemos que ir a buscar en los resultados de la investigación y en la experiencia profesional, entre otros. La investigación se entiende como una necesidad importante para poder dar respuesta y avanzar en el conocimiento enfermero, pero hacer investigación no es fácil, las condiciones son poco alentadoras.. Volviendo al inicio, para hallar respuestas a las dudas las enfermeras buscan información y la búsqueda bibliográfica se convierte en un proceso difícil de pies a cabeza, manifestando que es necesaria una formación y competencia al respecto. En el discurso también emerge el tema de la lectura de documentos científicos y la dificultad en su comprensión.

Cuando los argumentos sugieren cambios, ¿es posible llevarlos a la práctica? En enfermería se innova, la enfermera innova y los cambios o intentos de cambio siempre son vividos con ciertas dificultades y estas pueden ser atribuidas a razones diversas; los más fáciles de llevar a cabo son aquellos que no implican a otras personas, que no necesitan recursos económicos y que no impliquen a la organización o institución, es decir, aquellos en que el ámbito de la decisión está circunscrita a nivel profesional individual. Una estrategia para incorporar la evidencia a la práctica es a través de los protocolos y la valoración que de ellos es por lo general nefasta. Se admite que podría ser muy buen sistema. A todo ello se identifican en el discurso una serie de factores que añaden dificultad: no es vivido bien el trabajo por objetivos, los cambios continuos en el puesto de trabajo de las enfermeras suplentes y el tiempo inexistente o difícil de conseguir dentro del horario laboral.

Discusión. Las enfermeras muestran dificultades para obtener los resultados de las investigaciones para resolver dudas. Existe una demanda y una necesidad de información científica pero no existen acciones que ayuden y faciliten este proceso.. Enfermería quiere y necesita innovar y llevar a cabo los cuidados de enfermería basadas en la evidencia, pero hay que mejorar una serie de factores condicionantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lee W, editor. Decision theory and human behavior. 1st ed. New York: Wiley; 1971.
2. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 1ª ed. Madrid: Elsevier España S.A.; 2004.
3. Tod A. Response: 'exploring the contribution of the clinical librarian to facilitating evidence-based nursing'. Journal of clinical nursing. 2008;17(14):1954.
4. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. 1ª ed. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
5. Bonfill X. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. 1ª ed. Madrid: Sanidad y Ediciones (SANED); 2000.
6. Sackett, Haynes, Guyatt, Tugwell, editors. Epidemiología clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1994.
7. Introducción a la EBE [homepage on the Internet]. Granada: Fundación Índex. 2009 20-04-09 [cited 20-04-09]. Available from: <http://www.index-f.com/oebe/introebe.php>.
8. Pearson A, Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. International journal of evidence-based healthcare. 2005;3(8):207.
9. Currey J. Review of nurses' clinical decision-making. Worldviews on evidence-based nursing. 2007;4(4):226.
10. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2000.

11. Actitudes de los profesionales de enfermería respecto a la investigación y barreras para el uso de sus resultados en la práctica [homepage on the Internet]. Madrid: Investen-ISCIII. 2009 01/03/2009 [cited 01/03/2009]. Available from: <http://www.isciii.es/investen>.
12. Percepción de las enfermeras sobre la cultura de la seguridad del paciente [homepage on the Internet]. Madrid: Investen-ISCIII. 2009 01/03/2009 [cited 01/03/2009]. Available from: <http://www.isciii.es/investen>
13. Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín Robledo E. In: Instituto de Salud Carlos III-Investen, editor. Evaluación de la formación en enfermería basada en la evidencia en el marco de la asignatura de enfermería infantil. Eliminando las barreras del conocimiento. libro de ponencias; 12-15 Noviembre 2008; Córdoba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III-Investen; 2008. p. 57-9.
14. Anonymous In: Instituto de Salud Carlos III-Investen, editor. Doors to manual. the journey of creating and embedding a local practice manual using JBI in scotland. Eliminando las barreras del conocimiento. libro de ponencias. 12-15 Noviembre 2008; Córdoba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III-Investen; 2008. p. 87-8.

POSTER 69**AUTORES/AUTHORS:**

María Emma Alonso Poncelas, Sandra Esther Romero Batista, Guayarmina Camacho Felipe, Teresa Sánchez Ciudad

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DEL PACIENTE CON INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL INGRESO

OBJETIVOS

El objetivo a conseguir es identificar el perfil del paciente al que se le ha realizado el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) al ingreso dentro de la población objeto de intervención por Enfermería Comunitaria de Enlace, en aquellos pacientes mayores o igual a 65 años ingresados en el Hospital Doctor José Molina Orosa durante el año 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Conocer los datos sociodemográficos (edad, sexo, residencia habitual)
- 2.- Conocer el número de pacientes confinados, no confinados y cuidadores del total de valorados.
- 3.- Conocer el motivo principal de ingreso hospitalario
- 4.- Conocer los antecedentes personales más habituales

METODOLOGIA

La población diana fue todo paciente mayor o igual a 65 años, ingresados en el H. Dr. José Molina Orosa durante el año 2009, perteneciente al servicio de continuidad de cuidados y valorado por la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), que gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada entre niveles asistenciales e interviene, entre otras, en la atención domiciliaria y en personas mayores de 80 años de las zonas básicas de salud de Arrecife I, Arrecife II, Tías y San Bartolomé, y al que se le ha solicitado el ICCE al ingreso*1

Se evalúa toda la población diana, siendo el total de 46 casos llevados a estudio.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, durante el período de evaluación comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

Se diseñó una hoja de volcado de datos con las siguientes variables: Edad, sexo, éxitus, Centro de Salud al que está adscrito; ¿Vive en domicilio o residencia; ¿Es paciente confinado, no confinado o cuidador?, motivo de ingreso según patología, antecedentes personales más relevantes.

Nuestra principal fuente de información ha sido el sistema de registro sanitario, haciendo distinción entre el sistema de registro hospitalario y el sistema de registro en Atención Primaria (DRAGO AP). Se revisaron las historias clínicas en formato papel (registro hospitalario) y las historias clínicas electrónicas (DRAGO AP).

Para la obtención de los datos se obtuvo la autorización de las Direcciones Médicas de Atención Especializada y de Atención Primaria. Toda la información recogida durante el estudio fue tratada conforme a la legislación vigente, de acuerdo con la Ley de protección de datos de carácter personal *2-3.

Los recursos humanos necesarios han sido dos observadoras, autoridades directivas de los dos ámbitos asistenciales, personal administrativo del servicio de historias clínicas hospitalarias y personal administrativo de tarjeta sanitaria.

RESULTADOS:

- La edad media se sitúa en 77 años, el rango mínimo de 65 años y el máximo de 95 años.
- Al total de casos estudiados, un 53% corresponde a mujeres y un 45% a hombres.
- En la variable éxitus, un 34% corresponden a ella en el momento del estudio.
- Un 45% está adscrito al C.S. de Titerroy, un 25% está al C.S. Valterra, un 13% al C.S. Tías, un 4% al C.L. Playa Honda, un 9% al C.L. de Puerto del Carmen y un 2% al C.S. San Bartolomé.
- El 92% reside en su domicilio habitual.
- Son pacientes confinados el 79% y cuidadores el 2%.
- A la variable "motivo de ingreso según patología", un 15% corresponde a cirugía general, otro 15% a respiratoria y otro 15% a la

cardíaca, siendo "otros" el principal motivo de ingreso con un 40% (diarrea, deterioro general, epístaxis,...)

- El 90% presenta algún tipo de antecedentes personales: 64% hipertensión arterial, 60% riesgos cardiovasculares, un 40% diabetes, un 36% dislipemia, un 23% problemas respiratorios, un 25% obesos, un 13% Accidente Cerebro Vascular y un 6% fumadores.

DISCUSIÓN

Como conclusión final podemos describir el perfil como: "mujer de 77 años, adscrita a una de las dos Zonas Básicas de Salud de Arrecife, residiendo en su domicilio habitual como paciente confinado y con problemas cardiovasculares. ?

Este perfil coincide en varios aspectos, como pueden ser el sexo y la edad con otros estudios realizados en el ámbito del análisis del ICCE *4.

Como limitación durante el estudio, podemos destacar la pérdida de datos de las variables estudiadas en pacientes fallecidos y/o desplazados a otras comunidades en el momento de estudio, así como el registro insuficiente por parte del personal sanitario.

Implicaciones para la práctica clínica:

El ingreso hospitalario puede incidir en "aumentar la dependencia" en las actividades básicas de la vida diaria, ya que muchas veces suelen omitirse por la rutina hospitalaria, como pueden ser el uso de dispositivos de ayuda, comer solos con vigilancia, aseos con ayuda, administrar el tratamiento crónico... Por todo ello y

una vez conocido el perfil del paciente objeto de nuestro estudio, es importante reseñar la aplicación práctica que tendría en la actividad enfermera diaria para planificar actividades dirigidas a la continuidad de cuidados, con la realización de protocolos, guías de actuación de forma consensuada, y todas ellas dirigidas a pacientes confinados con problemas cardiovasculares, con el fin último de alcanzar la mayor calidad asistencial, haciendo un mayor énfasis en aquellos adscritos a uno de los dos centros pertenecientes al municipio de Arrecife (C.S. Valterra y C.S. Titerroy).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Protocolo del Servicio de continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación.
www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpet a=0428f5bb
- 2.- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.
- 3.- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.
4. - Castillo Gómez, C; Pitarch Flors, T; García Bernabeu, MC. Análisis Informe Continuidad de Cuidados según criterio Enfermero. Enfermería Global. Nº 12. Febrero 2008. www.um.es/eglobal/

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

Alexandra Mota, Cristina Antunes, Alexandra

TÍTULO/TITLE:

Relación entre las estrategias de coping y el burnout en profesionales de salud en contexto hospitalar

Objetivos

El principal objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las estrategias de coping o afrontamiento y el burnout en médicos y enfermeros que trabajan en hospital. También fue objetivo el análisis de la estrategia de coping más frecuentemente utilizada por los profesionales.

El estrés es una situación frecuente en nuestra sociedad. El contexto de trabajo de los profesionales de la salud que trabajan en hospital los predisponen a ser un grupo de riesgo para el desarrollo de burnout. Estos deben adoptar estrategias ajustadas para afrontar las situaciones de estrés. La comunidad científica empieza a señalar la importancia del estudio del estrés y burnout en los profesionales de salud. Algunos estudios analizan la influencia del estrés ocupacional y las estrategias de coping o afrontamiento en la salud de los profesionales que trabajan en hospitales, en los distintos departamentos (Batista & Bianchi, 2006 ; Costa, Lima & Almeida, 2003; Ferrareze, Ferreira & Carvalho, 2006; Martins & Robazzi, 2009; McNeely, 1995; Sogaard et al., 2007; Ward & Cowman, 2007). Percibimos fácilmente que estos profesionales contactan diariamente con la muerte y el sufrimiento, luego presentan un riesgo más elevado para desarrollar burnout (Dorz, Novara, & Sica; Sanavio, 2003).

Métodos

Es un estudio descriptivo y de una sección transversal, realizado en un Centro Hospitalar de Norte de Portugal. La muestra es constituida por 59 profesionales de la salud. De estos 47 (79.7%) son enfermeros y 12 (20.3%) son médicos, el 69.5% de la muestra eran del sexo femenino.

La media de edad de la muestra es de 34.05 años, entre 22 y 60.

Se utilizaron el Cuestionario de Estrategias de Coping (Ribeiro y Santos, 2001, adaptado para el portugués de Lazarus y Folkman, 1985) y el Inventario de Burnout de Maslach (Sá, 2002; adaptado para el portugués de Maslach, 1981). Fue asegurado la participación voluntaria y anónima.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para la relación entre dos variables continuas (coping y burnout) y el análisis descriptivo y comparativo de las medias en las diferentes estrategias de coping.

Resultados:

Después haber sido efectuada el análisis de la correlación entre las estrategias de coping y el burnout, se concluye que la misma ocurre solamente entre algunas dimensiones del burnout y algunas estrategias de coping. Este resultado confirma, en parte, la literatura consultada cuyas conclusiones señalan que el uso adecuado de estrategias de coping parezca ser un factor protector del burnout, en los profesionales de la salud (Tamayo & Tróccoli, 2002; Dorz, Novara, Sica & Sanavio, 2003). Se observó la existencia de una correlación significativa y positiva entre la estrategia de coping "evitar y huir" y el dimensión "depersonalization" de burnout ($r = .12$; $p < .001$). Algunos estudios demuestran que esta estrategia de coping está asociada con la aparición del síndrome de burnout (Chang et al., 2006; Etzion & Pines, 1986; Tyler & Cushway, 1995). También se verifica la existencia de una correlación positiva y significativa entre la dimensión de coping "resolución planeada de problemas" y la dimensión "realización personal" del cuestionario de burnout ($r = .21$; $p < .05$). Este resultado nos indica que cuanto más el individuo utiliza la estrategia de centrarse en el problema, más realización personal sentirá. Dorz, Novates, Sica y Sanavio (2003) habían encontrado relaciones similares a esto. Los estudios diversos precisan que el uso de las estrategias que tienen como objetivo la resolución del problema (estrategias activas) está asociado a la "realización personal", y por otra parte, la negación de la existencia del problema resulta más relacionado con el "agotamiento emocional" y "depersonalization" (Dorz, Novara, Sica & Sanavio, 2003; Leiter, 1991; Tamayo & Tróccoli, 2002). Después de la normalización métrica de las variables se concluyó que las estrategias de coping más utilizadas por los profesionales de salud que constituyen la muestra son la "resolución planeada de problemas". En contrario, la estrategia "huir o evitar el problema" es la que los profesionales menos utilizan en su trabajo en hospital.

Discusión:

El burnout es una problemática muy frecuente en los profesionales de salud. Los mecanismos de coping, si adecuados, pueden prevenir el burnout. Las estrategias de coping no deben clasificarse en buenas o malas, antes en estrategias eficaces o ineficaces. Este trabajo evidenció que las estrategias de coping focalizadas en la resolución planeada del problema resultan más eficientes en la

atenuación de la tensión ocupacional en el hospital.

Conocer la relación entre los mecanismos de coping y el burnout en profesionales de salud permitirá la elaboración de programas psico-educativos más eficientes, con el objetivo de proporcionar soporte psicológico y social, para prevenir o controlar el estrés y el burnout, través de estrategias de coping más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Batista, K. & Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(4), 534-539.
- Chang, E., Daly, J., Handock, K., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V. & Lambert, C. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677-684.
- Etzion, D. & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: a psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.
- Ferreareze, M., Ferreira, V. & Carvalho, M. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista Enfermagem*, 19(3), 310-315.
- Isikhan, V., Comez, T. & Danis, M. Z. (2004). Job Stress and Coping Strategies in Health Care Professionals Working with Cancer Patients. *European Oncology Nursing Society*, 8, 234-244.
- Martins, J. & Robazzi, M. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: Sentimentos de sofrimento. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 17(1).
- McIntyre, T., McIntyre, S. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 513-527.
- McNeely, S. (1995). Stress and coping strategies in nurses from palliative, psychiatric and general nursing areas. *Employee Counselling Today*, 5, 11-13.
- Ramos, J. (2002). Stress e coping dos enfermeiros no hospital: contexto de urgência/ contexto de cirurgia. Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491-502.
- Rodrigues, A. & Chaves, E. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(1).
- Sogaard, K.; Ryan, P.; Hill, R. & Dawson, I. (2007). Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs community staff. *Soc Psychiatric Epidemiol*, 42(10), 794-802.
- Tattersall, A., Bennett, P. & Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress Medicine*, 15, 109-113.

POSTER 79**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Braña Marcos, Diego Carrera Martínez, Mónica De la Villa Santoveña, Estefanía Vegas Pardavila, Sara Avanzas Fernández, Maria Teresa Gracia Corbato

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida: mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama y supervivientes. Diferencias y factores influyentes

OBJETIVOS: Determinar la Calidad de Vida (CV) de mujeres con diagnóstico (dx) de cáncer de mama en 2008; las diferencias en su CV respecto a la de mujeres supervivientes (dx en 2004) y la influencia de factores sociodemográficos y clínicos en la CV de mujeres con cáncer de mama.

MÉTODO:

Estudio multicéntrico transversal. Encuesta autoadministrada (EORTC QLQ-C30 y BR23).

228 Mujeres con dx de cáncer de mama en 2008 (Grupo A) y 140 con dx en 2004 (Grupo B).

El EORTC valora diferentes áreas de la CV, a través de escalas de Funcionamiento (F) y de Síntomas (S). A mayor puntuación en áreas de F, mejor CV; a mayor puntuación en áreas de S, peor CV.

Estadística descriptiva, Test de Mann-Whitney y regresión lineal múltiple. SPSS 18.0. Nivel de confianza 95%

RESULTADOS:

En el Grupo A existió afectación importante en F. Sexual (23±26) y Preocupación por el futuro (48±34), entre otros.

Comparación intergrupala ($p>0,05$): Las participantes del Grupo B tienen mejores resultados en casi todas las áreas de CV estudiadas.

Análisis de factores influyentes ($p<0,05$): La asistencia a terapia, la cirugía, el tiempo desde dx y el nivel de estudios influyen en el F Emocional, Social, Imagen corporal, Síntomas de la mama y la Fatiga.

DISCUSIÓN:

El Grupo A mostró afectación en F. Sexual y Preocupación por el futuro (entre otros) y presenta peor CV que las supervivientes. En consonancia con otros estudios, la asistencia a terapia constituye un factor determinante para la mejora de la CV de las participantes. El tipo de cirugía condiciona el funcionamiento social y la imagen corporal. El tiempo desde el dx tiene efectos positivos sobre los S de la mama e Imagen corporal. El nivel de estudios influye positivamente en el F. Emocional, la Fatiga y los S de la mama.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA: El estudio de la CV de las pacientes con cáncer de mama permite identificar las áreas más afectadas (problemas de salud) sobre las que los profesionales de Enfermería deben intervenir a fin de restaurar su salud. Es importante que conozcamos qué factores influyen sobre la CV de nuestras pacientes para adaptar el proceso asistencial, estableciendo intervenciones más eficaces orientadas a la consecución de objetivos concretos. Instaurando medidas correctoras para los factores desfavorables e intensificadoras para los beneficiosos podremos mejorar las áreas afectadas y optimizar la CV de nuestras pacientes.

FINANCIACIÓN: FIS-FEDER(PI 08/1477) y PCTI (COF09-27)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Schmid-Büchi Silvia, Halfens Ruud J.G, Dassen Theo, Van den Borne Bart. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing* 2011;15(3):260-6
2. Díaz Rico M^a Á, Alcaide Amorós R, Reina Garfia MM, Bueno Ferrán M, Rivas Cerdeira R, Cantarero La fuente L. Afrontamiento en

cáncer de mama. Parainfo digital 2011;12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/161d.php>. Consultado el 12 de Julio de 2011

3. Härtl Kristin, Engel Jutta, Herschbach Peter, Reinecker Hans, Sommer Harald, Friese Klaus. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology* 2010;19(2):160–169
4. Mehnert Anja, Koch Uwe. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64(4):383–391
5. Arving Cecilia, Sjöden , Per-Olow, Bergh Jonas, Thalén Lindströmb Annika et al. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients—A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling* 2006;62(2):235–243
6. Font Antoni, Rodríguez Eva. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Pisicooncología* 2004;1(1):67-86.
7. Arndt Volker, Stegmaier Christa, Ziegler Hartwig , Brenner Hermann. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2008; 134(12):1311–1318.
8. Shozo Ohsumi, Kojiro Shimozuma, Satoshi Morita, Fumikata Hara. Factors Associated with Health-related Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery. *Jpn J Clin Oncol.* 2009;39(8):491–496.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Dilek Aygin, Ayse Cevirme, Tayfun Yucel, Hande Cengiz, Ayse Gedik, Seher Gul Oral

TÍTULO/TITLE:

THE INVESTIGATION OF THE FREQUENCY OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS AMONG THE STUDENTS OF SAKARYA UNIVERSITY

Introduction

Tuberculosis is a disease, that threaten human health on the earth for thousands of years which is important cause of deaths in young and middle-aged group, and yet a successful eradication of can not be provided (1,2).

Tuberculosis is a disease which affects all age groups. In developed country mostly elder people have been affected but in developing countries such as Turkey especially young adults have been affected. Because of this, our research have been performed among the students of Sakarya university in order to determine the frequency of this bacillus.

Methods

200 voluntary students elected randomly were included in this research. The students who were convenient for our research criteria were informed and approved forms were signed. Data were obtained by questionnaire forms. The possibility of Mycobacterium tuberculosis were determined by PPD skin test, and chest X-ray. If any suspicions were come into existence, sputum and blood analysis would perform. Statistical analysis of data were done by SPSS 11.00 programme. Chi-square, median and percentile values were done also.

Results or Findings

The average age of our students was 20.94 ± 1.98 (17-21), 62.5% was female (n:125) and 37.5% was male (n:75), mostly coming from Marmara (30%) and Karadeniz (25%) regions and mostly staying state dormitories (51%). According to family income, students stated that 65.5% of them were low (n:131), 32.5% medium and 2% high levels.

54.5% of our students (n:109) had positive PPD test. In 5 of 200 students, by evaluating chest X ray, tuberculosis were suspected. But further analysis (sputum and blood) could not approve of this diagnosis, only pulmonary infection therapy was started with antibiotics. Significant differences were not found between PPD positivity and demographic findings and symptoms. It has been joyful that nobody was diagnosed by tuberculosis and it has not to be forgotten that our research was done with narrow group.

Discussion

According to the control report of 2004 global tuberculosis (TBC), The World Health Organization (WHO), it was estimated that including 3.9 million of the 8.8 million new sputum positive TBC cases (3). According to 2007 report of tuberculosis control in turkey, %34,9 of patient is woman in 2005 years. Ratio of Pulmonary tuberculosis is %73. When Examining the rate of Age groups, it was found that groups of women between 15 and 24 years old and upon 55 years old had higher rates instead of the men starting between 15 and 24 years old and 65 years of age and older-onset group was(4). It is worthwhile that informing to students about the effects of tuberculosis could be beneficial for protecting and keeping their and neighbour health.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Özkara S. Tuberculosis Infection in Health Institutions and measures to be taken, Tuberculosis in Health Institutions, Respiratory Journal 2002;3(1):89-97
- 2- Coskun F, Özyardimci N. The Epidemiology Of Tuberculosis. Lung Archive, 2003; 4: 61-64
- 3- WHO. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004. [http:// www.who.int/tb](http://www.who.int/tb). WHO/HTM/TB/2004-331. (Erisim Tarihi; 30.12.2008)
- 4- Gümüslü F, Özkara S, Özkan S, Baykal F, Güllü Ü. . Tuberculosis Control Report in Turkey 2007. Ministry of Health, Department of Tuberculosis Control, Ankara, 24 Mart 2007.

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

Gulay YILDIRIM, Hatice PEK

TÍTULO/TITLE:

The Effect of Kangaroo Care on Nutrition and Development in Low Birth Weight Preterm New Borns

Objectives: This study was designed experimentally to investigate the effect of kangaroo mother care (KMC) on onset of breastfeeding, weight gain, duration of hospital stay and general physiological functions in low birth weight (LBW) preterm new borns. **Methods:** The randomized controlled trial was conducted in neonatal intensive care unit (NICU) of the Ministry of Health, Haseki Education and Research Hospital after obtained necessary permission between January 2008 and February 2009. 20 LBW preterm new borns received conventional incubator care (control group). 20 LBW preterm new borns was subjected to KMC for at least 1 hour per day (KMC group). Data were collected using the identifier information form of family, identifier information form of baby and kangaroo care tracking form. Data were analyzed using percentage distribution, Chi-square, student's t test and two tail variance analyze. P values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: The gestational age was 32.7 ± 2.80 and 32.9 ± 2.35 weeks for control and KMC infants, respectively ($p > 0.05$). The average birthweight was 1606 ± 395 in control group and 1684 ± 365 g in KMC group ($p > 0.05$). Infants in the KMC group started to breastfeeding at an earlier time and had higher average weight gain. However, there were no statistically significant differences in onset of breastfeeding, weight gain and general physiological functions (heart rate, body heat and oxygen saturation) between the control and KMC group ($p > 0.05$). Length of hospital stay was 34 ± 16.8 days for the control group and 25 ± 11.6 days for the KMC group ($p < 0.05$). In the KMC group, after KMC, heart rates and body heat were increased and these differences statistically significant ($p = 0.0001$). However, there were no significant differences on oxygen saturations ($p > 0.05$).

Discussion: Our results showed that KMC reduced length of hospital stay and supplied heart rates and body heat stability. These evidences support the use of KMC in LBW infants as an alternative to conventional incubator care particularly in hospital with limited health resources.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Hall D & Kirsten G. Kangaroo mother care. *Transfusion Medicine*, 2008; 18: 77–82.

Galligan M. Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 2006; 31(5):298-304.

Chapak N, Ruiz G.J, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, Cristo M, Anderson G, Ludington S, Mendoza S, Mokhachane M, Worku B. Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 2005; 94: 514–522.

Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *J. Pediatrics*, 2001; 138(2):193-197.

Doyle LW. Kangaroo mother care. *Lancet*, 1997; 350(9093):1721-1722.

Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol*, 1991; 11(3): 216-226.

POSTER 83**AUTORES/AUTHORS:**

Hatice Ayhan, Sevinc Tastan, Emine Iyigun

TÍTULO/TITLE:

The Effect of Active Learning in Nursing Education to Course Effectiveness and Student Satisfaction

Objectives The objective of this study is to determine the usage of active learning methods in nursing education to course effectiveness and student satisfaction.

Methods This research is made in 2010 education-training year as a semi-experimental study. The sample of this research is the first class students (n=107) of nursing high school of a military education and research hospital. Before the research is made, ethics committee and institution approval is taken. The application of this research is made in two steps. First of all the theoretical course with "care of bedridden patients" is described by the academician to the students by representation method. Then a questionnaire is delivered to the students including 6 questions concerning the effectiveness of the course and satisfaction of the course. The students are asked to mark their views concerning classical education under the numerical scale with 10 cm space under each question. According to this scale 0 (zero) means the least and 10 (ten) means the most. Then rotation technique among active learning techniques is used in order to strengthen the subjects taught in courses. Then a new questionnaire is delivered to the students including the same questions. The students are asked to mark their thoughts in terms of active learning on the scale. The obtained data is evaluated in Statistical Package for the Social Sciences 15.0 package program. Average and Paired sample t-test are used in data analyzing.

Results The average age of the students is 18.56. In the study, it is determined that the point averages it is determined that the point averages the students' understanding the subject are higher in active learning method (8.62) than classical method (5.16, $p<0.001$). It is detected that nursing student's point averages related to effective learning higher in active learning method (8.74) than classical method (5.30, $p<0.001$). It is found nursing student's point averages about permanent learning higher in active learning method (8.64) than classical method (5.36, $p<0.001$). It is determined that the point averages it is determined that the point averages learning with fun are higher in active learning method (8.99) than classical method (4.51, $p<0.001$). The satisfaction point averages of the students concerning active learning method (8.42) is found higher than classical methods (5.29, $p<0.001$).

Discussion The reason to have higher number of students in training classes makes the application of active learning methods harder. However as the same as the other training fields, the usage of active learning methods in nursing training increases the effectiveness of the course and student satisfaction. Intense memorization of endless facts from multiple textbook chapters and just tell teacher's course is ineffective, exhausting, and generally does not result in knowledge retention (1).

In the study by Hoke and Robbins (2005) the higher clinical grades achieved by students who had participated in active learning compared to the clinical grades for traditionally taught students within the clinical nursing setting (2). In the study by Schmidt et al (2009) the active-learning curricula graduated on average 8% more Dutch medical students per year, and these students graduated on average five months earlier than their colleagues from conventional curricula (3). Also Similarly with this study, Meedzan and Fisher (2009) found that nursing students were satisfied with the use of an active learning tool in the classroom (4). At the result of the study it was detected that Nursing students think course's both effective and fun with active learning methods. Using of active learning methods in nursing education is thought to increase the long-term learning.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bowles D.J. (2006) Active Learning Strategies...Not for the Birds!, International Journal of Nursing Education Scholarship, 3(1), Article 22. DOI: 10.2202/1548-923X.1184
2. Hoke M. M., Robbins L.K. (2005) The Impact of Active Learning on Nursing Students' Clinical Success, Journal Of Holistic Nursing, 23(3), 348-355.
3. Schmidt H.G, Cohen-Schotanus J., Arends L. R (2009) Impact of problem-based, active learning on graduation rates for 10 generations of Dutch medical students, Medical Education: 43: 211-218, doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03287.x
4. Meedzan, N., Fisher, K. (2009). Clickers in Nursing Education: An Active Learning tool in the Classroom. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 13, (2).

POSTER 92**AUTORES/AUTHORS:**

Botma Yvonne, Roets Lizeth

TÍTULO/TITLE:

Mentoring researchers to improve scholarship

The lack of postgraduate nursing programmes in Africa means that there are insufficient mentors who are capable of providing guidance on the scholarship of discovery while research outputs remain a critical factor for career progression.

Purpose: The aim is to describe how members of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Tau Lambda at Large Chapter want to be mentored to promote research outputs.

Design and methods: The unit of analysis were 28 members that attended the annual conference in Nairobi, Kenya. Participants represented five countries in Africa, namely South Africa, Malawi, Kenya, Swaziland and Botswana. Approval from the Ethics Committee of the local Faculty of Health Sciences was obtained and participants gave informed consent. A qualitative consensus seeking design was used. Data were gathered through two nominal groups. One consisted of members willing to be mentors and the other of members in need of mentoring. Data were analysed according to van Breda's seven-step method (van Breda, 2005).

Findings and discussion: Eleven participants had a doctorate degree while 13 only a Master's degree. In spite of the qualifications there was an overwhelming need for mentoring. Nineteen were willing to act as mentors and nine asked to be mentored. The biggest need related to the publishing of articles in accredited journals (18). Although 24 were qualified at minimally Master's level, 15 had never published.

Communication, expertise, support and workshops were identified as themes under the process category. Communication can take place face to face or electronically. It is the responsibility of the mentee to take ownership of and direct the relationship by scheduling appointments and by requesting feedback (Zerzan, Hess, Schur, Phillips, & Rigotti, 2009).

Participants identified the importance of a correct match between the mentor and mentee under the theme, expertise. The expertise of the mentor was specifically noted. The mentee must be knowledgeable of his/her goals, strengths and weaknesses. Aspects to consider when identifying a mentor are culture, educational level, seniority, personality and expertise in the areas where mentoring is needed. It may be necessary to identify more than one mentor because a single individual may not be able to mentor the mentee in technology, scientific writing, methodology, publishing, etc. Mentoring becomes a reciprocal developmental network where all members within the relationship can benefit from one another (Higgins, Dobrow & Roloff, 2010).

Although various individuals may participate in the mentoring process, the organisation to which the mentee belongs plays an important supportive role (Eby & Lockwood, 2005). Two organisations were involved in this study, the STTI Chapter as well the institution where the mentee and mentors work. All countries affiliated with the Africa Chapter fall into the low income category except for South Africa, which emphasises the importance of organisational support. In this context, mentoring is challenged by a lack of resources such as finances, electronic access, electricity, stationary and literature in the language of choice. Personal and professional support should be provided during mentoring. Career-related sponsorships that support mentoring contribute to a buffered feeling and offers protection from stressors (Higgins, Dobrow, & Roloff, 2010). A mentor must be placed within the mentee's local organisation as well as within the STTI. There must be sponsorship for the local mentor and mentee to attend workshops, conferences, and have access to electronic sources. A mentor in the local organisation may have a significant positive effect on organisational knowledge, job performance and the promoteability of the mentee (Carragher, Sullivan & Crocitto, 2008).

An important role of the mentor identified by participants was that of skills development. Hale (2000) is of the opinion that the focus is on developing insight which is more than just the transfer of skills or knowledge. Participants suggested that skills in research and writing may be developed by participating in the research of the mentor and by becoming a co-author in the publications.

Another function lies in the monitoring and evaluation of the mentoring process. It will be ineffective unless the mentee has identified the needs and goals. It is important to establish clear guidelines regarding outcomes, concrete measures and mutual expectations (Eby & Lockwood, 2005). The guidelines must be formalised by a contract between the parties.

Participants mentioned that group mentoring can be interpreted as one mentor with a number of mentees or vice versa. Within this study context, mentees may benefit from multiple mentors to gain exposure to a variety of styles, opinions, experiences, research and publication expertise (Lankau & Scandura, 2002). The lack of resources and electronic access are major challenges to mentoring within this context.

Conclusions: Developmental network mentoring is more appropriate for mentoring over vast geographical areas than dyad mentoring

relationships. Mentoring of research and dissemination of results in official accredited journals in sub-Saharan countries is crucial for scholarship development.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Reference list

- Carraher, S. M., Sullivan, S. E., & Crocitto, M. M. (2008). mentoring accross global boundaries: an imperical examination of home and host country mentors on expatriate career outcomes. *Journal of International Bussiness studies* , 39, 1310-1326.
- Eby, L. T., & Allen, T. D. (2008). Moving toward interdisciplinary dialogue in mentoring scholarship: An introduction to the special issue. *Journal of Vocational Behavior* , 159-167.
- Hale, R. (2000). To match or mis-match? The dynamics of mentoring as a route to personal and organisational learing. *Career Development International* , 5 (4), 223-234
- Higgins, M., Dobrow, S. R., & Roloff, K. S. (2010). Optimism and the boundaryless career: The role of developmental relationships. *Journal of Organizational Behavior* , 31, 749-769.
- Lankau, M. J., & Scandura, T. A. (2002). An investigation on personal learning in mentoring relationships: content, antecedents, and consequences. *Academy of Management Journal* , 45 (4), 779-790.
- van Breda, A. (2005). Step to analysing multiple-group NGT data. *The social work practitioner-researcher* , 17 (1), 1-14.
- Zerzan, J. T., Hess, R., Schur, E., Phillips, R. S., & Rigotti, N. (2009). Making the most of mentore: a guide for mentees. *Academic Medicine* , 84 (1), 140-144.

POSTER 93

AUTORES/AUTHORS:

Sukhpal Kaur, Amarjeet Singh, Mandeep S Dhillon, Manoj K Tewari, Indarjeet Walia

TÍTULO/TITLE:

Point prevalence of bedsore among the admitted patients in a tertiary care hospital

Introduction

Bedsore is a global problem concerning the bedridden, infirm, debilitated and malnourished patients and a serious health issue for patients in all the kinds of settings.1 Irrespective of tremendous strides made by health care providers in improving the quality of life of patients/people, the number of debilitated individuals with chronic morbidities is on the rise.2 Its prevalence in hospitalized patients has been reported as 3-11%3. Bedsores are associated with prolonged hospitalization.4 The development of bedsore reflects the quality of care the patient receives. Prevention of bedsores is seen to be a key quality indicator of nursing care.5 Their knowledge of the patient care is indispensable in order to improve the quality of care. Maintenance of skin integrity has been identified by the American Nurses Association as an important indicator of quality nursing care.6

The current study was undertaken to estimate the point prevalence of bedsore amongst the admitted patients.

Material and methods

A cross-sectional survey was undertaken among the admitted patients in various units of a tertiary care unit. A census of all the admitted patients in the selected units was done on a single day.

Demographic characteristics of the subjects were noted. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living7 was used to evaluate the level of functional dependence of patients. Braden Scale8 was used to assess the risk factors for the formation of bedsores. Site assessment check list was used to evaluate the site for the development of bedsore. Pressure ulcer staging scale was used to categorize the bedsores as per the stage.

Point prevalence (PP) was calculated as:

$$PP = \frac{\text{No. of patients with bedsore on the day of survey}}{\text{Number of patients observed/examined}} \times 100$$

Results

There were 751 patients in the selected wards on the day of data collection. A total of 74 (9.9%) patients were found to be having bedsore in different stages.

33.3% and 30% patients with bedsore were in the neuro medicine and neurosurgical wards; and orthopedic unit respectively. None of the patients had bedsore in intensive care units. The mean age of the subjects was 40.39 yrs ±19.38. Maximum were male. Mean duration of hospital stay was 26.27±35.04 days. 67.7% were dependent on the caregivers for the change of position. In 39% subjects the frequency of change of position was more than two hourly. Only 37.8% subjects were provided alternating air mattresses.

Mean score as per Katz Index of Independence in ADLs was 1.30±1.74. 62.2% had less than 1.30 score. Half (50%) of the subjects were completely dependent for bathing and dressing. As per Braden Scale, sensory perception was completely limited in 37.8% subjects; 77 % were bedfast. The mean score was 12.66±3.90. 51.4% had score less than 12.58. Degree of agreement was significant between Katz index and Braden score in assessing the bedsore risk amongst the patients. (X²=17.1, p=0.00; Kappa=0.47, p=0.00).

Sacrum was the commonest site (75%) for the presence of all the four stages of bedsores.

Discussion

10% patients were found to be having bedsore in different stages. A study carried out in 1998 on admitted patients of the same hospital, showed the overall prevalence rate as 7.7%. Thus, over last decade the prevalence of bedsore has been increased by 2.3%.

Prevalence was found to be higher in neuro-surgical ward (13.6%)9 which is consistent with the current study.

High prevalence (41%)10 and incidence (33%)11 of bedsore has been reported in critical care units from other countries. In the present study, none of the patient was found to be having bedsore from intensive care units. This may be because of the fact that, all these patients are provided with alternating air mattresses and are repositioned after every two hours. The nurse patient ratio is also better. On the other hand, in general wards, nurse patient ratio is poor and there is scarcity of items like alternating air mattresses. So,

the patients' needs remain unmet most of the time.

The incidence of bedsore can be reduced if the patients are assessed for the risk of bedsore.¹² Nurses must be made aware regarding the use of these scales for improving the quality of care.

The possible reason for the development of bedsore in the neurosurgery and orthopedic patients may be that majority of these patients are immobile. Lack of frequent posture change due to these conditions is a known causative factor of bedsore^{13,14} In fact if we look at the high prevalence of bedsore in certain wards, our data is self explanatory. The area with probably the sickest patients i.e. ICU, where bedsores in our study were nonexistent, the reason appears to be simple that these patients are provided meticulous and good care. These things if replicated in other wards, the prevalence of bedsore can be reduced.

There is a need to develop a strategy for reduction and prevention of bedsores in hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Cuddigan J, Berlowitz DR, Ayello EA. Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for future. An Executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. *Adv Skin Wound Care* 2001; 208-215.
- 2.Garcia AD, Thomas DR. Assessment and management of chronic pressure ulcers in the elderly. *Med Clin N Am* 2006; 90: 925-944.
- 3.Allman RM, Laprade CA, Noel LB et al. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1986; 105:337-342.
- 4.Allman RM, Goode PS, Burst N, Bartolucci & Thomas, D.R. Pressure ulcer, hospital complications, and disease severity: Impact on hospital costs and length of stay. *Advances in Wound Care* 1999; 12(1): 22-30.
- 5.Ven den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A, Aiken LH. International experts' perspectives on the state of nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(4): 290-97.
- 6.Duffy JR, Korniewicz DM. "Quality indicators," American Nurses Association, <http://nursingworld.org/mods/archive/mod72/ceomfull.htm> (accessed 13 Feb 2011).
- 7.Katz S, Down TD, Cash HR, et al. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10:20-30.
- 8.Bergstrom N, Braden BJ, Jaguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36: 205-210.
- 9.Vati J, Chopra S, Walia I. Nurses' role in the management and prevention of pressure ulcers: A study. *NJI* 2004; XCV (5): 111-12.
- 10.Robnett MK. The incidence of skin breakdown in a surgical intensive care unit. *J Nurs Qual Assur.* Nov 1986;1(1):77-81.
- 11.Bergstrom N, Demuth PJ, Braden BJ. A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Clin North Am.* Jun 1987;22(2):417-28.
- 12.Moody BL, Fanale JE, Thompson N et al. Impact of staff education of pressure ulcer development in elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2241-43.
- 13.Daniel RK, Priest DL, Wheatley DC. Etiological factors in pressure sores: An experimental model. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62: 492-98.
- 14.Cannon BC, Cannon JP. Management of pressure ulcers. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 1895-907.

POSTER 101**AUTORES/AUTHORS:**

Sevil Sahin, Kevser Ozdemir, Tijen Nemut, Dilek Aygin

TÍTULO/TITLE:

THE FEMALE STUDENTS OF SAKARYA UNIVERSITY AND THEIR GENITAL HYGIENE BEHAVIOUR

Introduction: Urogenital infections is one of common gynecological diseases in women. Incorrect and inadequate genital hygiene practices are known to cause many health problems and impair vaginal flora. Genital tract infections, greatly influences the health of the woman, her family and society.

Objectives: This survey was applied to the female students at Sakarya University about their genital hygiene habituation.

Methods: This survey was applied to the Sakarya University female students who are living in government and private hostels between February and March in 2011. The centre of this survey is totally 607 female students who are living in government and private hostels accepted it. Getting to the information, the researcher prepared questions according to research literature. Data was analyzed by computer in percentage permission average and x-square. Before starting this survey legal permission was taken.

Results or Findings: The average age of the females is $20.92 \pm 1,71$ (min –max : 16-27) majority of them is between age 20 – 22 that is % 62.8) , %61.8 of their mother had primary education. %47.9 their monthly income is between 500 – 1000 TL. If we check their genital hygiene habituations, in menstruation period near all of the girls used hygienic pad, that is %97.7 and %98 of them use cotton underwear and % 64.9 of them prefer white colour and %91.3 of them have a bath , % 92.1 them use paper + issue. Average pad changing frequency is 4.36 ± 2.43 daily and %58.3 use perfume for bad smell/scent %48.1 of them change their underwear once a two or three days. %71.8 of them use daily pad in except menstruation period and %68.2 of them clean the genital area front to back, the others clean randomly. Only %39 of them wash their hands before of after using toilet % 52.9 of them wash their hands after toilet and % 79.1 of them clean the genital area only by water. %53.7 of them use wax as a depilatory. At the moment %59.6 don't have itching, % 59.1 don't hane running but % 17.5 of them had genital infectious before %19.9 of them had urinary tract infectious , %55.7 of them had genital hygiene knowledge by TV, %36.7 had it by internet, But majority of them %61.6 wanted to get information from healt experts . At the go age of 20 or over group cleaning if genital area is contraty to exception is done less effective (p: 0.021) and at this age period infectious ratioi 2:8.993; p:0.011). On the other hand, the age group, income level isn't related to the genital hygiene habituation. and meaningful relation wasn't assigned.

Result And Suggestions: Majority of the female students used pads , but they didn't change padXwas found more than normal (or their underwear in an ideal period., the washing habituation wasn't expected level, 1/3 of them had itching and running complain shows that they didn't have enough knowledge. For this reason healt experts can solve this problem. They apply suitable education program and continue to research program regularly to every age group.

Key Words: genital hygiene, female, university students

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Ünsal A. 2010. Genital hygiene behaviors of female students studying in the university. *Firat Saglik Hizmetleri Dergisi* 5(13):79, 93.
2. Czerwinski B.S. 2000. Variation in Feminine Hygiene Practices as a Function of Age. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 29(6):625-633.
3. Dhital A.D., Badhu B.P., Paudel R.K., Uprety D.K. 2005. Effectiveness of Structured Teaching Program in Improving Knowledge and Attitude of School Going Adolescents on Reproductive Health. *Kathmandu Univ Med J.*, 3(4):380-383.
- 4.Czerwinski B.S. 1996. Adult Feminine Hygiene Practices. *Appl Nurs Res.* 9(3):123-129.

POSTER 102**AUTORES/AUTHORS:**

Sevil Sahin, Kevser Ozdemir, Döndü Sevimli, Dilek Aygin, Arif Serhan Cevrioglu

TÍTULO/TITLE:

THE PREFERENCES AND VIEWS OF WOMEN ABOUT BIRTH : A SAMPLE OF SAKARYA

Introduction: Although pregnancy and delivery is a physiological event, but it brings too much risk for women. The most important event in this process is to decide the shape of the birth. Caesarean section an alternative method of delivery vaginal birth is not possible or if vaginal birth carries a risk to the fetus. However, in recent years in Turkey has been observed a steady increase in cesarean sections.

Objectives: This study is a descriptive one aiming to demonstrate the birth preferences and views of the women who are admitted to Hospital.

Methods: The sample of the study, after getting the legal permissions from these institutions, consisted of the 260 mothers who were admitted to Research and Training Hospital and Birth and Child Care Hospital for birth between 20 March – 13 May and who volunteered to participate in the study. A survey form, which was developed by the surveyors and consisted of 31 questions, was filled in via face to face sessions. In the evaluation of the data, descriptive statistics and analysis methods to study the relationship were used. $p < 0.05$ was accepted as statistically meaningful.

Results or Findings: 75.4% of the women, and 60.9 % of their husbands were between the ages of 15-32. A total 4.6 % got married before 15, and 47.3 % got married between the ages of 15 – 20. Most of the subjects were graduates of primary school (47.3% women/ 39.2% men), housewives (83.5 %), spouses of workers (44.6%), having social assurance (85.8%) and having a middle-class economical level (60.4%). The percentage of smoking among women (8.1%) was less than their husbands (46.9 %). The percentage of women having three or more pregnancies was 27.8% while the percentage of the ones having three or more children was 17.3 %. The ones who had at least one miscarriage were 23.8 % and the ones who had stillborn babies were 6.2%. A percentage of 3.1 had disabled children. As for the previous birth type; 50.4% were spontaneous and 21.5% were cesarean section. Nevertheless, 49.6% of births are now cesarean section. Most of the women stated that they normally preferred spontaneous delivery (75.4%); however, they decided cesarean section with their doctors (48.8%). Most women expressed that it was a desired pregnancy (88.1%), they visited their doctors regularly (93.5%) , they started doctor controls in the first trimester (62.3%), and they had doctor tracking (76.2%). The mean weight of the babies were found to be between 3315.61 \pm 4300.96 grams. Women were asked why they preferred spontaneous labour or cesarean section. Most women answered “because of quick recovery after spontaneous delivery” (76.9%) and “because cesarean section is easier compared to spontaneous delivery” (50%). The women between the ages of 33-38 ratified “I prefer cesarean section for the recovery of the baby immediately in case a dangerous situation occurs.” as more meaningful ($p:0.037$). The women between the ages of 27-32 have mainly said “yes” to “I prefer cesarean section when I think I can’t manage with spontaneous delivery” ($p:0.004$) and “I prefer cesarean because I can determine the date of birth beforehand” ($p:0.045$). Among the women who were high school graduates the preference of cesarean was higher if they had another pregnancy ($p:0.030$). As a result, it was found out that one of the two deliveries was cesarean section, the more educated the women were, the more tendency they had to the cesarean section, and pregnancy checkups were not as frequent as desired. It is obvious that health professionals should inform the women in all subjects before and after pregnancies.

Key Words: birth preferences, cesarean section, spontaneous labour

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Akyol A., Gönen Yagci S., Tekirdag A.I. 2011. Comparison with non-health personnel of health personnel of the method of birth and the characteristics, JOPP Derg 3(2):55-63.
2. Hopkins K.. 2000. Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? Soc sci Med.; 99(4):557-80.
3. Hildingsson I., Radestad I., Rubertsson C., et al. (2002) Few women wish to be delivered by caesarean delivery. BJOG.;109(6):618-23.
4. Aslam M.F., Gilmour K.R., Fawdry D.S. 2003. Who Wants a Caesarean Section? A Study of Woman's Personel Experience of Vaginal and Caesarean Delivery. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 23(4), 364-66.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

Pinar Sercekus, Hatice Baskale

TÍTULO/TITLE:

Perceptions of the Turkish Nursing Students for Clinical Learning Environment

Objectives: Clinical environment consists of staff members, patients, nursing teachers and nursing students, and many different stimulants as well, which are actually difficult to control. In this sense, nursing instructors are important for the achievement of effective learning. Improvement of the clinical environment is certainly achievable by evaluating feedback of the students. The aim of this research was to determine the students' perceptions about factors that effect their learning in the clinical learning enviroment.

Methods: This qualitative study was carried out with 36 participants studying in the second and third classes of the School of Health of a university in Turkey. Data was collected by focus group interview method. Content analysis was used to assess the data obtained.

Results: Most of the participants emphasized that instructors are the most effective factor in the clinical learning environment. "Good behaving of teacher makes me willing to learn".

Most participants reported that communication with instructors, peers, and hospital staff may influence their clinical learning positively or negatively, but the hospital staff were reported not to support enough, as required.

"The attitudes of nurses are very important, may affect us really much."

" Instead of ordering as do it, bring it, asking mildly to do something would motivate me positively to fulfill my responsibilities, which I do in any case."

Some participants expressed that what they learn in the courses about applications may be different than what they generally practice in the clinics, which may lead to negative results in their clinical learning.

"It is lectured different in the courses when compared to the clinical environment. I believe this gap should be improved."

Most participants emphasized that the number of patients they care, patients' confidence in the students and their support, different problems caused by the physical environment, such as lack of a dressing room, and inadequate learning materials may also affect their learning.

Dicsussion: In this study, factors affecting the clinical learning process of the students were determined as educational, peer, hospital staff, patients and the physical environment factors. It is also reported in the literature that communication with the instructors, peer support, being accepted by the staff may influence students throughout clinical practice. It is also found that differences between the instructors and the nurses concerning clinical practice may affect the clinical learning process of the students negatively, as noted in the literature. Unlike other studies, patients and the clinical conditions were determined to affect the learning process of the students.

Implications for Practice: It is highly important to improve clinical learning environments in order to increase satisfaction of the students concerning clinical practice. Improved communication between the instructors and the students, and close collaboration between the instructors and the nurses working in the clinic should be ensured.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Elçigil, A., Yildirim-Sari, H., 2007. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey, *Nurse Education Today* 27, 491–498
- Papp, I., Markanken, M., Bonsdorff, M., 2003. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today* 23, 262–268
- Warne, T., Johansson, UB., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Van den Bossche, KV., Moreno, MF., Saarikoski, M., 2010. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today* 30, 809-815

POSTER 108**AUTORES/AUTHORS:**

Sukhpal Kaur, Mandeep S Dhillon, Indarjeet Walia, Sarvdeep Dhatt

TÍTULO/TITLE:

Demographic profile, morbidity and mortality of admitted road traffic accident victims with orthopedic injuries.

Introduction

Road traffic injuries are an important cause of morbidity and mortality worldwide, especially in low and middle-income countries. In 2004 it was ranked as 9th leading causes of death and is likely to be the 5th leading cause of death by 2030.¹ Although India has just 1% of the total vehicles in the world but it contributes to 6% of global road traffic accidents.² Pedestrians, bicyclists and motorized two wheelers have been identified as most vulnerable group constituting 60-80% of road fatalities in India.³ Road traffic accident is one of the major causes of disability and death all over the world. However, the magnitude of the problem in most of the developing countries is still unknown, though some epidemiological studies have been undertaken in some parts of India. The current study is planned to know the mortality and morbidity due to RTA in the orthopedic patients admitted at a tertiary care hospital.

Methodology

The study was carried out at emergency Trauma A where the patients with orthopedic injuries are admitted. Using the convenient based sampling technique 400 patients were enrolled in the study. A predesigned proforma was used to interview the patient /attendant. The information collected comprised of the socio-demographic profile, occurrence of accident including day and time of accident, alcohol consumption of the driver, type of vehicle involved (two, three or four wheeler), cause of accident, the protective gear worn and nature of injury etc. Information was also obtained regarding the financial implications and the fatality of the accident. Clearance was obtained from the Ethics Committee of the Institute. Informed written consent was obtained from each patient/attendant.

Results

58% of the patients were in the age group of 21-40 years. 90% were male. 65% belonged to Hindu religion. 69% were undergraduates. In 45% of the subjects the total family income was below Rs.5000. Around one third (32%) of the accidents had occurred during the evening. Almost equal percentage of accidents had occurred in the morning as well as in the night. Sunday was the day when most of the accidents (16.75%) had happened. Equal percentage (around 14%) had occurred on Friday and Saturday. Majority (94.5%) were not under the influence of alcohol at that time. 52.75% were themselves on the driver seat. 60.5% were driving two wheelers. Only 31.3% of the respondents reported to have been wearing protective equipment while driving. In 80.5% of the cases the cause cited for RTA was collision with another vehicle. 2.25% reported the cause to be over- speed. 33.5% reported their stay in hospital to be between 7-15 days. 4.75% had a prolonged stay of more than 2 months. 63.8% reported the expenditure on medicine and surgery to be between Rs. 10001-50000. Maximum (96.3%) were discharged from the hospital with various disabilities. Only one (0.8%) patients went LAMA (Left Against Medical Advice).

Discussion

Road traffic accidents are a major yet neglected public health problem in developing countries. An estimated 1.2 million people worldwide are killed as a result of road traffic injuries each year and as many as 50 million are injured, occupying 30 to 70% of orthopedic beds in developing countries hospitals. It has been reported in many studies that a majority of the accidents occur in the age group of 20-40 yrs and victims are male.⁴⁻⁸ In fact this is the most active and productive age group. Its involvement causes a serious economic loss to the community. In the current study also more than half of the subjects were in the age group of 20-40 yrs and were male.

Alcohol plays a great role in accident. However, in current study only 5.5% drivers had consumed alcohol at the time of accident. The corresponding figure was 40% and 30% from Kenya and Nigeria.^{9,10} Although the protective driving gadgets like helmets and seatbelts are recognized as important safety measure, their use still remains questionable in many countries. Seatbelts reduce the severity of injury caused by road traffic accidents by restraining vehicle occupants in their seats and thus decreases the morbidity and mortality.¹¹ In the current study only around one third of the respondents reported to have been wearing protective equipment while driving. The economic consequences of road traffic injuries include costs of prolonged medical care, loss of family breadwinner and loss of income due to disability, which together often push families into poverty. ¹² Around one third of the subjects in the current study reported their stay in hospital to be between 7-15 days and the stay was for more than two months in 4.75% of cases. 63.8% reported the expenditure on medicine and surgery to be between Rs. 10001-50000. Majority of the subjects were discharged from the

hospital with various disabilities and were still dependent on the other family members for some or the other help. Thus in the end it is emphasized that majority of the road traffic accidents may be preventable cause of death and disability. There is a need to plan and implement more strategic interventions with regard to traffic rules especially in the developing countries.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Global status report on road safety: time for action. Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009).
- 2.Madan VS. Road traffic accidents: Emerging Epidemic. Indian Journal of Neurotrauma 2006; 3: 1-3.
- 3.Dinesh M. The road ahead, traffic injuries and fatalities in India. TRIPP transportation research and injury prevention programme, WHO Collaboration centre.
- 4.Ghos PK. Epidemiological study of the victims of vehicular accidents in Delhi. J Indian Med Assoc 1992; 90: 309-12
- 5.Balogun JA, Aberejoje OK. Pattern of road traffic accident cases in a Nigerian University teaching hospital between 1987-1990. J Trop Med and Hygiene 1992; 95: 23-29.
- 6.Ganveer GB, Tiwari RR. Injury pattern among non-fatal road traffic accident cases: A cross-sectional study in central India. Indian J Med Sci 2005; 59: 9-12.
- 7.Desania NL, Pathak A, Verma R. Profile of Road Traffic accidents and Head Injury in Jaipur. J Indian Acad Forensic Med 2004; 30(1): 12-15.
- 8.Jha N, Srinivas DK, Roy G, Jagdish S. Epidemiological study of road traffic accident cases: A study from South India. Indian J of Community Medicine 2004 Jan-Mar 29(1): 20-24.
- 9.Odero W. Alcohol-related road traffic injuries in Eldoret, Kenya. East Afr Med J. 1998;75(12):708-11.
- 10.Oginni FO, Ugboko VI, Adewole RA. Knowledge, attitude, and practice of Nigerian commercial motorcyclists in the use of crash helmet and other safety measures. Traffic Inj Prev. 2007;8(2):137-41.
- 11.Cummings P. Association of seat belt use with death: a comparison of estimates based on data from police and estimates based on data from trained crash investigators. Inj Prev 2002, 8:338-41.
- 12.Mayou R, Bryant B. Outcome 3 years after a road traffic accident. Psychological Medicine 2002;32:671- 675.

POSTER 110**AUTORES/AUTHORS:**

Alexandre Favero Bulgarelli, Ione Carvalho Pinto, Fabiana Zacarias, Tania Silva Gomes, Teresa Cristina Scatena Villa

TÍTULO/TITLE:

Effectiveness of Tuberculosis control through partnership between Primary Health Care and organized civil society

Introduction: The Brazilian public health system, which is named Unified Health System (SUS/acronym in Portuguese language), developed itself offering universal access to health treatment and the epidemiological and sanitary surveillance. These facts allow the Brazilian people to be offered equal and integral treatment to diseases. The tuberculosis is a disease that still exists and mobilizes civil society and health workers to its control. Objectives: The aim of this study is to analyze the relation between the primary health actions and the participation of the civil society on the tuberculosis control in a large Brazilian city. The objective is related to answer the research question: Are the primary health care and the civil society participation effective to control the tuberculosis? Methods: It is a research with a qualitative approach developed with semi-structured interviews applied on 11 subjects from organized civil society (NGOs) and health workers from the Brazilian National Health System (SUS). It was developed Discourse Analyses with data interpretation based on Social Constructionism Theory. Results: According to the discourses and the social, historical and cultural contexts of their constructions it was observed three important relations that are associated with tuberculosis control. 1-) Commitment Relation, which are related to the profile of the people that are involved with the tuberculosis; 2-) Goals Relation, which is related to the achievement of good results related to tuberculosis treatment, 3-) Partnership Relation, related to access to the families and social support to the tuberculosis patient. Discussion: The partnership between public health service and the civil society is effective to control de Tuberculosis on the related case. Each of relation reflects different points that together reflect one important point to the clinic procedure to tuberculosis treatment. This point is the identification and awareness that professionals and civil society constructed through primary health care conversational space and actions. Being identified with tuberculosis, turns the professional and ordinary people committed with the search of new cases, family awareness, continuity of treatment and healing. The Primary health care concepts help and guide the public health workers to welcome and develop a longitudinal care aiming the cure of the tuberculosis patient. Conclusion: This study make an approach between the Primary Health Care, public health services and NGOs discourses proving that it is an effective way to control Tuberculosis and guide clinical procedures with the primary health care concepts.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

HANVORAVONGCHAI P, WARAKAMIN B, COKER R. "Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Thailand". Health Policy and Planning, v. n. 25, p. 53-57, 2010.

KIRONDEA S, KAHIRIMBANYIB M. "Community participation in primary health care (PHC) programmes: Lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa". African Health Sciences, v. 2, n. 1, p. 16-26, 2002.

LOPES ALM, FRACOLLI LA. "Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem". Texto Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.

MAZZEI AMA, MONROE AA, SASSAKI CM, GONZALES RIC, VILLA TCS. "Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade". Boletim Pneumologia Sanitária, v. 11, n. 2, p. 41-46, 2003.

NAGPAUL DR. NGOs as partners in national tuberculosis programme: indian urban experience. Ind.1 Tub, 1994,41(1),111-116.

NIAZI A, AL-DELAIMI AM. "Impact of community participation on treatment outcomes and compliance of DOTS patients in Iraq". Eastern Mediterranean Health Journal, 9(4): 709-717, 2003.

FILHO ETS, GOMES ZMS. "Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil". Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 1, p.111-116, 2007.

ZAFAR AN, NEWELL JE, AHMED JD, HYDER MKA, ISLAM A. "Government-NGO collaboration: the case of tuberculosis control in Bangladesh". Health Policy Plan. 21(2): 143-155. 2006.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Dilek Aygin, Hande Cengiz, Seda Hastaoglu, Ozlem Sandikci, Nilufer Deniz, Hudaverdi Kucuker, Hilal Turan

TÍTULO/TITLE:

THE INVESTIGATION OF THE VIEWS OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT SAFETY OF PATIENTS

Introduction: According to the National Patient Safety Foundation, the definition of patient safety is the prevention related to healthcare errors and the elimination or decreasing of patient injury caused by healthcare errors. The National Patient Safety Foundation was identified the error is related health service unexpected results with inadvertent having fault during the Health service providing for patient (1,2,3).

This study was to evaluate the views of health workers about the safety of patients and prevent the incidence of error.

Methods: 245 doctors and nurses who work for the Sakarya Education and Research Hospital have constituted the sample of research that is descriptive and cross-sectional. After receiving the permission of the institution, they have started to study. Datas have been collected with a questionnaire that was formed by researchers. The significance levels of the obtained data have been evaluated as $p < 0.05$ with descriptive tests

Results or Findings: The 73.5 % of people who have joined the study were women and the average of age was 30.7 ± 6.85 , the 67.7 % of them were associate-degree graduates, the 18.8% of them were doctors, the 81.2% were nurses and the 58.8% of them were working in surgical sciences. The 30.6% of them said they were hospitalized in public hospital, 6.5% of them said they were the subject of medical error whereas 13.5% of them had relatives who were subject to medical error. They also have indicated that the 45.7% of these errors were because of doctors and nurses. Nurses had higher rate. There were also some causes such as "insufficient number of nurses" ($p:0.009$), "communication disorders" ($p:0.044$), "illegible handwritings of doctors" ($p:0.000$) and medical errors. The 80.4% of health workers suggested that the errors should have been explained to patient, the 26.5% of them suggested that the people subjected to error should have been proceeded against health workers and 64.5% of them said that both the workers and the institution were responsible for the errors. They have indicated that patients are also responsible for the prevention of medical errors (62.4%); so in this way patients should protect themselves (71.4%). Nurses should apologize patients in case of an error and by requesting from doctors the treatment plan after discharge, they can prevent the errors or make them applicable ($p:0.01$). Nurses have said that; written procedure is not enough for drug application ($p:0.017$) and cutting and piercing instruments are not collected properly. Only 51.8% of people who joined this study have said that; "I trust my own knowledge and awareness for the prevention of medical errors". The most common medical error types are wrong diagnosis, treatment and drug applications, incorrect sampling and hospital infections due to maintenance deficiencies.

Discusson: According to working of Özata and Altuncan and view of health Professional, the medication error was first 5 made below; workload increase, insufficient staffing, off work, stres, fatigue (4). In working of collages had found the view of %96.9 in nurses, it was necessary to application of patient security, %93.3 in nurses have known this application and %92.3 in nurses had taken the task in this application (5).

Consequently, we have seen that health professionals and their relatives have been exposed to medical error. For this reason, we think that, for the prevention of medical errors; the creation of patient safety culture, the education of health personel in this regard and establishment of an active error reporting system are necessary.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org/ (21.04.2010).
2. Akalin, H.E.(2005). Patient Safety In Intensive Care. Intensive Care Journal. 5(3):141-146.
3. Akalin, H.E.(2007).Clinical Research And Patient Safety . Iku Journal.(17):32-35.
4. Özata, M.,Altuncan H.(2010). Frequency Of Medical Errors In Hospitals, Determination Of Medical Error Types And Medical Errors: Konya Sample Medical Research Journal.8(2):100 -111.
5. Çirpi , F., Merih, Y.D., Kocabey, MY(2009). Nursing Practices That Are Aims To Patient Safe And Determining The Nurses Point View Of This Topic Maltepe University Nursing Science And Art Journal.2(3):26-34.

POSTER 118**AUTORES/AUTHORS:**

Dilek Aygin, Gülgün Durat, Isik Atasoy

TÍTULO/TITLE:

EXAMINATION OF ANXIETY AND DEPRESSION STATES OF PATIENTS IN ORTHOPEDICS SERVICE

Objectives: It is known that physical disorders cause psychiatric disorders and especially anxiety disorder and depression. Psychiatric disorders negatively affect the adaptation, care, quality of life, length and cost of treatment period, recovery and well-being, mortality and morbidity of the patient. This study aims to evaluate the anxiety and depression symptoms of patients in Training and Research Hospital Orthopedics Service.

Methods: Before commencing this study, which is a descriptive one having the characteristics of cross-sectional research, institutional permissions were get. Its samples consisted of 153 patients, who were volunteers to participate in the study. In the study, the survey form enhanced by the researchers and Hospital Anxiety and Depression Scale were used. This scale was enhanced by Zigmond and Snaith (1983). In the study of Aydemir et al. (1997) in Turkey, cutoff score was found as 10/11 for anxiety and 7/8 for depression. Descriptive statistics and analysis methods for examining relations were used in data assessment. $p < 0.05$ was statistically found to be significant.

Results or Findings: The average of age of orthopedics patients was 47.74 ± 22.35 . 54.9% of them were male, most of them (66%) was living in village, 62% of them was primary school graduate and 83% of them had health insurance. They were staying in hospital generally for trauma and fracture (72.5%) and 62.7% of them were surgically treated (platinum was implanted to 42.7% of them). More than half of them were staying for more than 1 week and complaining from pain. Anxiety was detected in 21.6% of the patient and depression in 47.7% of them. There was anxiety in 26.1% of women and depression in 55.1% of them. And, there was anxiety in 17.9% of men and depression in 41.7% of them, and no significant relation was observed between genders. Significantly slight depression ($p:0.004$) was observed in primary school graduates compared to the ones who had higher or lower level of education. Depression was observed in groups with low and high income more than the ones with medium income ($p:0.007$). Depression was found to be significant in 76% of patients having no one to be nursed ($p:0.002$). Depression level was high in patients over the age of 65 ($p:0.008$). Again, depression level was higher in patients thinking that they would not be able to get on with after leaving hospital ($p:0.002$).

Discussion: Consequently, that anxiety and depression was observed in high levels in our patients and that there existed no relation of gender or living place with anxiety and depression were found compatible in literature. We are in the opinion that healthcare personnel will deal with the individual biopsychosocially as a whole and let him tell his feelings about operation, inform when needed and think that reinforcing the psychiatric consultation services will provide early diagnosis and treatment and the prevention of psychiatric disorders.

Depression is common among general trauma patients and is associated with a poor outcome. Depressed people are more likely than others to seek medical treatment in the general health sector where underdiagnosis and undertreatment of depression is common. According to working of Demirel et al. The two psychological pathologies observed in patients were anxiety (52%) and depression (61%). Subjects with complete lesions and quadriplegics tended to be more depressed than the others ($p < 0.001$). The patients single or divorced were more depressed ($p < 0.05$). Patients with severe complications such as pain spasticity, pressure sores and myozitis ossificans were significantly more anxious and depressed ($p < 0.001$). Patients who have lesser social support and whose functional status are poorer are more prone to psychological problems. Similar to the findings according to working of Nickinson et al. the results suggest that post-operative depression does occur in orthopaedic surgery. The prevalence may be higher than that reported in other surgical specialities. These findings emphasize the need for evaluation of patients' psychiatric state post-operatively.

Key Words: anxiety, depression, symptoms, orthopedic patient

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Demirel GG, Yilmaz H, Hacıhaliloglu S. Anxiety and depression in patients with spinal cord injury. www.ftrdergisi.com/tr/makale/1244/127/Tam-Metin
2. Kosar S, Seelen HAM, Hemmen B, Silvia, Evers SMAA, Brink PRG. Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multi-trauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multi-centre,

non-randomised clinical trial. *Journal of Trauma Management & Outcomes* 2009, 3:1

3. Nickinson RS, Board TN, Kay PR. Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty. *J Eval Clin Pract.* 2009 Apr;15(2):307-10.

4. Husain N, Humail SM, Chaudhry IB, Rahman R, Robinson H, Creed F. Psychological distress among patients of an orthopaedic outpatient clinic: a study from a low-income country. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9:9 doi:10.1186/1744-859X-9-9

POSTER 119**AUTORES/AUTHORS:**

Regina Pires, Margarida Reis Santos

TÍTULO/TITLE:

Clinical teaching of nursing students: strategies more used in clinical training

Nursing curricula includes a strong component of education in the context of practice. In this sense the role of clinical supervisor is extremely important to help students develop professional skills and linkage to the profession. In this process is essential to use appropriate supervision strategies.

Objectives: To identify the more common supervision strategies used by the supervisors during the clinical practice of nursing students.

Methods: We carried out a descriptive and exploratory study. Data collection took place between February-May 2011 and was done using a questionnaire (open, mixed and closed questions). The questions were intended to collect data for the characterization of the sample (age, sex, number of years of professional exercise, workplace) and about the supervision strategies used by each supervisor during the clinical practice of nursing students.

The sample consists of 34 nurses supervisors, aged between 23-46 years old, who were undertaking a Postgraduate Course of Clinical Supervision at Nursing College of Porto. Of these 82,4% (n=28) were female, 26,5% (n=9) had a nursing specialization, 8,8% (n=3) had a master degree in nursing and 8,8% (n=3) were master students, 94,1% (n=32) worked on hospital and 5,9% (n=2) at health care centre.

Results: After analyzing the data we concluded that strategies more used by the supervisors during the clinical training of nursing students were: observation, reflection on practice situations, reflexive questions, demonstrations, feedback, meetings, formative evaluation, learning diaries, case study, discussion of nursing care plans, analyze the documentation in hard & electronic media (patients records and activity logs) produced by the nursing students, discussion with the students about the solutions to problems they have during their practice and assessment of learning needs.

Discussion: The results obtained in our study are in accordance with those available from other works in this area, showing that supervisors used a large variety of strategies during their work with the students.

Observation is an excellent source for collecting data about students, but it is also important that supervisor help students to develop the ability to listen, to observe and to feel what is happening around them, to better identify customer needs and their own development needs (Bourbonnais & Kerr, 2007).

Writing is a way of expression, learning and reflection, important in the development of knowledge, is by nature a reflective act (Alarcão & Rua, 2005).

The learning diaries, case studies, nursing care plans, are strategies that involve writing, complex cognitive processes and promote the capacity of abstraction, conceptualization and problem solving (Alarcão & Rua, 2005; Garrido, Simões & Pires, 2008).

Reflection is an integral part of practice and students need time to develop this skill. Discussion for, on and after practice situations and meetings with supervisors and other colleagues, provide opportunities for reflection through which students can analyze their experiences and interventions, that can help future decision making more informed (Johns, 2000). To maximize learning through critical reflection is essential that supervisors oriented students to the scientific evidence available.

The integration of knowledge and experience allows students to understand the experience of different ways, in this sense, it is understood as referred by Schön (1983) and Zeichner (1993) that is not the practice that teaches, but the reflection on practice.

Reflection is the way to consolidate the skills achieving complete mastery of the proposed work, especially through repeated practice and confront challenging situations (Oliveira, 2010).

Reflexive questions are an excellent method for exploring the interpretations of events by students, to confront them with other ways of seeing and acting which contributes to the reconstruction of knowledge, attitudes or ways of thinking. They also help supervisors to identify and clarify issues that are not fully understood (Alarcão & Rua, 2005).

Formative evaluation and feedback from the supervisor are strategies crucial in clinical learning for the reason that help students understand their stage of development and progress in learning (Clynes & Raftery, 2008).

Clinical supervisors have a key role in developing the skills of the students, and tailor strategies to the uniqueness of each student.

This study contributes to the development of the profession in that it suggests some strategies to be used by supervisors to streamline the clinical training. The strategies identified contribute to the development of cognitive skills, technical, communicational,

relational, ethical and moral, and also for the construction of professional identity.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bourbonnais F, Kerr E. Preceptoring a student in the final clinical placement: reflections from nurses in a canadian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16:1543-1549.
- Alarcão I, Rua M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 2005 Jul-Set; 14 (3):373-382.
- Garrido A, Simões J, Pires R. *Supervisão clínica em enfermagem perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2008.
- Johns C. *Becoming a reflective practitioner*. Oxford: Blackwell Science; 2000.
- Schön D. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Philadelphia: Basic Books; 1983.
- Zeichner, K. *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: EDUCA; 1993.
- Oliveira, P. *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem [Dissertação]*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique Departamento de Ciências de Educação e do Património Porto; 2010.
- Clynes, M, Raftery, S. Feedback: An essencial element of student learning in clinical practice. *Nursing Education in Practice*. 2008; 8:405-411.

POSTER 120**AUTORES/AUTHORS:**

Hayat Yalin, Necmiye Sabuncu

TÍTULO/TITLE:**CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE LONDON HANDICAP SCALE FOR PATIENTS AFTER STROKE IN TURKEY**

Objective: Stroke is the most common neurological disease and the third common cause of death in the world. Developments in medicine and technology increase the number of post-stroke survivors living with their disabilities. Studies with stroke patients showed that, over time, even if their level of incompetence unchanged their quality of life decreased. Health Related Quality of Life (HRQoL) is an important indicator showing the utilization ratio of a patient during his/her therapy. There are many scales used for the determination of HRQoL of the stroke patients living in Turkey. However, none of them is specific for measuring their handicaps. Our aim was the cross-cultural adaptation of the London Handicap Scale (LHS), for stroke patients.

Methods: Patient-Disease Assessment Form, LHS and Modified Barthel Index (mBI) were used for data collection. LHS consists of six questions measuring the levels of handicap (scores ranging from "extreme disability-0" to "no disability-5") in six dimensions: mobility, independence, occupation, social integration, orientation and economic self-sufficiency. For the cross-cultural adaptation of the LHS firstly it was translated in to Turkish and then sent to the experts for their suggestions. After the translation and cultural adaptation the psychometric measurements, validity and the reliability of the LHS were done for stroke patients. Validity and reliability of the LHS was performed on 16 female and 14 male patients with mean age of 62.0 ± 14.65 years living in Turkey and had stroke at least 3 months before the study period. The scale reliability included internal consistency reliability, test-retest and parallel form techniques while validity part included validity, construct validity and scale-dependant validity measurements. The mBI, measures the daily living activities was used as parallel form at the scale reliability part and as similar scale at the validity part of the study.

Results: Chronbach's alpha was calculated as 0.901 both for test and retest. Differences between test-retest mean scores were not statistically significant. Scale-dependent validity correlation coefficient for test and re-test was calculated as 0.837 and 0.839, respectively. During construct validity study, both factor analyses, exploratory and confirmatory were performed. As a result of exploratory factor analyze the factor weights were calculated as 0.678-0.934 for test and 0.701-0.941 for re-test. As a result of confirmatory factor analysis goodness-of fit values found were Chi-square=17.36; df= 9; NFI=0.86; NNFI=0.86 and CFI=0.92.

Discussion: Adversely affected quality of life in neurological deficits is shown to be due to disability and in these patients' follow-up evaluation of their participation emphasized to be important. The main objective of nursing care is to affect all dimensions of QoL in a positive way. This approach is patient-centred and at this point nurses have an important role and LHS is an easy applicable tool while assessing their patients' status. We recommended LHS as a valid and reliable tool for the determination of handicap severity and quality of life in Turkish stroke patients.

Key words: Handicap, Health Related Quality of Life, Reliability, Stroke, Validity

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Harwood RH, Gompertz P, Ebrahim S (1994). Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 57: 825-9.
2. Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S (1994). Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Qual Health Care*; 3:11-6.
3. Harwood RH, Gompertz P, Pound P, Ebrahim S (1997). Determinants of handicap 1 and 3 year after a stroke. *Disabil Rehabil*; 19: 205-11.
4. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil A. (2000). Adaptation of modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med*; 32; 29: 87-92.
5. Lo RSK, Harwood R, Woo J, Yeung F, Ebrahim S (2001). Cross-cultural validation of the London Handicap Scale in Hong Kong Chinese. *Clin Rehabil*; 15: 177-85.
6. Mahoney FI, Barthel DW. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J*, 14:61-65.
7. Muus I, Petzold M, Ringsberg KC. (2009). Health-Related Quality of Life After Stroke: Reliability of Proxy Responses, *Clinical Nursing Research*, 18; 103-118.
8. Westergren A, Hagel P. (2006). Initial validation of the Swedish version of the London Handicap Scale. *Quality of Life Reserch*; 15: 1251-1256.

9. World Health Organisation (2001). International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF). WHO, Geneva.
10. World Health Organisation (2006). The WHO Stepwise approach to stroke surveillance, Geneva.

POSTER 121**AUTORES/AUTHORS:**

Gulay YILDIRIM, Gamze Sen, Bulent Zulfikar, Selmin Kose

TÍTULO/TITLE:

The activities of daily living and the status of loneliness in the elderly living in a nursing home and living at home.

Objectives : This study was designed as a descriptive study to determine the activity of daily living and the status of loneliness of elderly living in a nursing home and living at home.

Methods: The study was conducted after by the authorization of Izzet Baysal Nursing Home, Semiha Sakir Nursing Home and Zeytinburnu Village Clinic between October 2009 and April 2010. The study universe is composed of elderly living in Izzet Baysal Nursing Home, Semiha Sakir Nursing Home and elderly living at their homes in Istanbul, Turkey. The study sample is composed of 120 elderly who elder than 65 years old and approved to participate the survey. Data were collected using Sociodemographic Information Form, University of California Los Angeles Loneliness Scale (UCLA-LS) and Katz's Activities of Daily Living (ADL) Index. UCLA-LS is used to measure loneliness level of elderly and ADL index is used to collect information of elderly concerning their activities suh as bathing, dressing, grooming, transferring, continence and feeding. The higher total score of UCLA-LS shows that the individual perceives oneself alone. According to ADL index, a score of 0-6 indicates dependent individual, 7-12 indicates semi dependent individual and 13-18 indicates independent individual. Data were analyzed using percentage distribution, Chi-square and Mann Whitney U Test.

Results: In the study, it was determined that the mean value of activities of daily living for the elderly living in nursing home 15.6 ± 2.34 and 17.0 ± 1.37 for the elderly living at their home ($p < 0.01$). The mean value of loneliness score for the elderly living in nursing home is 40.5 ± 14.27 and 33.1 ± 9.55 for the elderly living at their home ($p < 0.01$). 1.7% of the elderly living at their home and 18.3% of the elderly living in nursing home were semi dependent in activities of daily living and this percentage difference is statistically significant ($p < 0.05$). In the both elderly living in nursing home and living at their home, 50% of the semi dependent and %10.2 of the independent elderly in activities of daily living perceive oneself alone, respectively ($p < 0.001$).

Discussion: In conclusion, it is determined that the elderly living in nursing home were more dependent in activities of daily living than the elderly living at their home and the loneliness level of these elderly were higher. In the elderly living in nursing home, physiological requirements should be supported by nursing care. Thus, loneliness of the elderly can be reduced.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kim O. Predictors of Loneliness in Elderly Korean Immigrant Women Living in the United States of America, Journal of Advanced Nursing, 1999 May;29(5):1082-8.

Page RM & Cole GE. Demographic Predictors of Self-Reported Loneliness in Adults. Psychological Reports 1991 Jun;68(3 Pt 1):939-45.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de comunicaciones 1: Cuidadores	Concurrent session 1: Caregivers	p. 1
Mesa de comunicaciones 2: Práctica Clínica	Concurrent session 2: Clinical Practice	p. 10
Mesa de comunicaciones 3: Promoción de la Salud	Concurrent session 3: Health Promotion	p. 19
Mesa de comunicaciones 4: Profesión/Gestión	Concurrent session 4: Nursing Profession/Management	p. 32
Mesa de comunicaciones 5: Metodología/EBP	Concurrent Session 5: Methodology/EBP	p. 38
Mesa de comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos	Concurrent session 6: Chronic Care	p. 50
Mesa de comunicaciones 7: Práctica Clínica	Concurrent session 7: Clinical Practice	p. 59
Mesa de comunicaciones 8: Metodología/EBP	Concurrent session 8: Methodology/EBP	p. 65
Mesa de comunicaciones 10: Profesión / Gestión	Concurrent session 10: Nursing Profession / Management	p. 87
Mesa de comunicaciones 11: Inmigración y grupos vulnerables	Concurrent session 11: Immigration and vulnerable groups	p. 102
Mesa de comunicaciones 12: Cuidados a pacientes críticos	Concurrent session 12: Critical Care	p. 118
SESIÓN PLENARIA: Nuevas tendencias en la prestación de cuidados	PLENARY SESSION: Innovate Nursing Care Models	p. 136
Mesa de comunicaciones 13: Docencia	Concurrent session 13: Nursing Education	p. 140
Mesa de comunicaciones 14: Cuidados materno-infantiles	Concurrent session 14: Mother and Infant Care	p. 148
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I	Session of Oral Brief Presentations I	p. 155
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II	Session of Oral Brief Presentations II	p. 185
Mesa de comunicaciones 15: Cuidados a pacientes crónicos	Concurrent session 15: Chronic Care	p. 207
Mesa de comunicaciones 16: Práctica Clínica	Concurrent session 16: Clinical Practice	p. 218
Mesa de comunicaciones 17: Profesión/Gestión	Concurrent session 17: Nursing Profession/Management	p. 226
Mesa de comunicaciones 18: Profesión/Gestión	Concurrent session 18: Nursing Profession/Management	p. 233
Mesa de comunicaciones 19: Cáncer / Cuidados paliativos	Concurrent session 19: Cancer / Palliative Care	p. 250
Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud	Concurrent session 20: Health promotion	p. 256
Mesa de comunicaciones 21: Cuidados en niños y adolescentes	Concurrent Session 21: Children and adolescent care	p. 266
Mesa de comunicaciones 22: Cuidados a pacientes crónicos	Concurrent Session 22: Chronic Care	p. 277
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III	Session of Oral Brief Presentations III	p. 281
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV	Session of Oral Brief Presentations IV	p. 295
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V	Session of Oral brief Presentations V	p. 303
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI	Session of Oral Brief Presentations VI	p. 313
Mesa de comunicaciones 23: Práctica Clínica	Concurrent session 23: Clinical Practice	p. 318
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII	Session of Oral Brief Presentations VII	p. 328
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII	Session of Oral Brief Presentations VIII	p. 368
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX	Session of Oral Brief Presentations IX	p. 388
POSTER 2		p. 433
POSTER 6		p. 435
POSTER 10		p. 437
POSTER 15		p. 439
POSTER 16		p. 442
POSTER 17		p. 444
POSTER 19		p. 445
POSTER 20		p. 447
POSTER 21		p. 449

POSTER 22.....	p. 451
POSTER 23.....	p. 453
POSTER 24.....	p. 455
POSTER 30.....	p. 457
POSTER 31.....	p. 459
POSTER 44.....	p. 461
POSTER 49.....	p. 463
POSTER 50.....	p. 465
POSTER 51.....	p. 467
POSTER 53.....	p. 469
POSTER 54.....	p. 471
POSTER 57.....	p. 472
POSTER 59.....	p. 475
POSTER 60.....	p. 477
POSTER 66.....	p. 479
POSTER 67.....	p. 481
POSTER 68.....	p. 483
POSTER 69.....	p. 485
POSTER 72.....	p. 487
POSTER 79.....	p. 489
POSTER 81.....	p. 491
POSTER 82.....	p. 492
POSTER 83.....	p. 493
POSTER 92.....	p. 494
POSTER 93.....	p. 496
POSTER 101.....	p. 498
POSTER 102.....	p. 499
POSTER 104.....	p. 500
POSTER 108.....	p. 501
POSTER 110.....	p. 503
POSTER 111.....	p. 505
POSTER 118.....	p. 506
POSTER 119.....	p. 508
POSTER 120.....	p. 510
POSTER 121.....	p. 512
ÍNDICE / INDEX	p. 513