

SALUD COMUNITARIA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA MIRADAS DIVERSAS DE UNA MISMA REALIDAD





La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RidEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RidEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RidEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RidEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RidEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/pagina/normas-de-publicacion/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTOR

Dr. Vicente Gea Caballero

DIRECTOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Dra. Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mireia Ladios Martín
 Dr. Raúl Juárez Vela

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M^a José Dasí García (Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrassa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoca (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M^a Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)



Sumario • Summary

Vol. 9 - nº 2 diciembre 2016-mayo 2017

Editorial

Mayorjóvenes	4
<i>José Ramón Martínez Riera</i>	

Originales

Estudio del patrón circadiano de la presión arterial <i>A study of circadian patterns in blood pressure</i>	6
<i>M^a Dolores Burguete Ramos, Jorge Alcalá Orzaez, Concepción Fernández-Pacheco Riesgo, Pablo Rico Berbegal, Jorge López Gómez, José Ramón Martínez Riera</i>	
La prevención como herramienta en la violencia de género <i>Prevention as a tool against gender violence</i>	15
<i>Sheila Elena Sancho Raimundo, Ana Hernando Gómez, Alicia Vallejo Del Río, Marta Gamarra Lousa</i>	
Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria <i>A program to prevent and detect events in eating disorders (ET) in adolescents in secondary education</i>	31
<i>David Sancho Cantus, Salvador Alberola Juan</i>	
Enfermedad crónica y vacunación antineumocócica <i>Chronic disease and pneumococcal immunization</i>	43
<i>Óscar Martín López, Teresa Nieto Hernández, Germán Durán Vivas, Mercedes Villaverde Rodríguez, Celsa María Torres López, María José Calderón Sánchez</i>	

Trabajo Fin de Grado

El papel de la enfermera comunitaria en el fomento de escuelas saludables: justificación e intervenciones <i>Role of community nurses in promoting healthy schools: rationale and interventions</i>	52
<i>María Soledad Campos Gutiérrez</i>	

Entrevista

Rosamaría Alberdi	61
-------------------------	----

Noticias RIdEC

El Dr. Vicente Gea Caballero, nuevo director de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC	66
--	----

Artículo especial

V Encuentro AEC Canarias 2016	69
-------------------------------------	----

Editorial

MAYORJÓVENES

Es curioso cómo se repite la historia y cómo se repiten los errores.

Hace ahora 40 años que un grupo de enfermeras realizó un ingente trabajo para lograr que la enfermería se desarrollase como disciplina en el ámbito de la universidad. Tras lograrlo, las primeras promociones de enfermeras tituladas por la universidad vinieron a denominarse DUE. Es decir, se cambiaban las denostadas y criticadas siglas de ATS por unas nuevas que ejercían idéntico resultado, la invisibilidad de la identidad enfermera, al ocultar, por razones que nunca he logrado entender, nuestra identidad más primaria, la denominación como lo que somos, enfermeras.

Pero este no fue el único ni posiblemente el error más grave que se cometió. Las nuevas generaciones de enfermeras, los DUEs, se creyeron diferentes, superiores a sus predecesoras, los ATS. Esto condujo a un enfrentamiento que no solo no solucionó nada, sino que contribuyó a seguir ocultando la aportación enfermera a las personas, las familias y la comunidad tras la batalla fratricida que tanto unos, DUEs, como otros, ATS, se empeñaron en mantener más allá de toda lógica. Los DUEs porque se creían en posesión del verdadero conocimiento enfermero avalado por la universidad. Los ATS porque consideraban que se estaba menospreciando su experiencia y sentían amenazados sus puestos de trabajo por las "nuevas enfermeras". Y tanto los unos como los otros perdieron tiempo, energía, credibilidad y reconocimiento en tan absurda batalla, a la que se sumó un daño colateral como fue el curso de nivelación.

El tiempo, y con él el olvido, remedio paliativo de muchos males, lograron que poco a poco se fuese normalizando la relación y que, además, se fuese recuperando la verdadera identidad enfermera dejando el lastre de las siglas como camuflaje de la batalla librada.

Sin embargo, ni el tiempo ni el olvido son capaces de eliminar cualquier vestigio de enfrentamiento y como si de un cáncer acantonado se tratase vuelven a aparecer los síntomas inequívocos de nuevos conatos amenazantes.

La creación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria fue, sin lugar a dudas, un logro fundamental resultado del trabajo, dedicación, ilusión, motivación e implicación de muchas enfermeras que durante mucho tiempo lucharon porque fuese una realidad. Enfermeras, ATS y DUEs que, olvidados los enfrentamientos pretéritos, se centraron en el presente para lograr lo que consideraban debía ser el futuro. Enfermeras que además lograron crear una sociedad científica como la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) que aglutinara, canalizara y gestionara todo ese trabajo para lograr que la especialidad fuese una realidad.

Conseguida la especialidad, se empezaron a formar enfermeras especialistas en las diferentes unidades docentes que actualmente ya existen en 14 de las 17 comunidades autónomas. Como resultado de estos periodos de formación las primeras enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria fueron una realidad.

Lamentablemente, la falta de planificación y la nula voluntad política, entre otros factores que escapan al objeto de este editorial, desembocaron en una creciente desilusión y frustración de las nuevas especialistas al no tener posibilidad alguna de desarrollar sus competencias en las organizaciones sanitarias ya que no se crean plazas específicas para ello. Se está abonando el terreno para una nueva, incomprensible, estéril y absurda batalla entre enfermeras.

Las especialistas, mayoritariamente "jóvenes", identifican a las enfermeras, mayoritariamente "mayores", como un obstáculo y un lastre a sus pretensiones de desarrollo profesional como especialistas. Por su parte, las segundas ven en las primeras una amenaza y observan como un agravio comparativo el no poder tener acceso a la especialidad como consecuencia de la parálisis de la prueba excepcional que las facultaría como tales.

En este escenario nos encontramos ya con discursos muy similares a los utilizados en su día por ATS y DUEs. Por una parte, la creencia o al menos el argumento totalmente demagógico y sin fundamento utilizado por algunas especialistas de que cuentan con el conocimiento que no tienen las enfermeras que llevan décadas desarrollando sus competencias como enfermeras comunitarias. Por otra parte, la postura de intransigencia, rigidez e inmovilismo incomprensible utilizado por algunas enfermeras comunitarias que, sin fundamento alguno, ven peligrar sus puestos de trabajo.

Así pues, empiezan a tomar forma nuevamente dos bandos, en esta ocasión especialistas y no especialistas. Bandos que, en lugar de intentar buscar los múltiples puntos de coincidencia para lograr fortaleza a través de la unidad, se dedican a emponzoñar y distorsionar la realidad con la creación artificial, artificiosa, interesada, populista y acientífica de falsos argumentos que alimenten el enfrentamiento en busca de un supuesto beneficio que no solo no es posible sino que además consigue justamente el efecto contrario, es decir, la parálisis, el desprestigio, la división y de nuevo la invisibilidad. Lo más doloroso es que, además, hay quienes desde determinados posicionamientos organizativos o institucionales alimentan esta disputa con el único objetivo de obtener beneficio propio. Luego, posiblemente, serán los primeros que huirán cuando la batalla haya dejado sembrado el escenario de cadáveres profesionales y de nuevo la enfermería tenga que lamerse sus heridas para recuperarse.

No es una cuestión de buenos y malos. Ni de especialistas y expertas. Ni de jóvenes y mayores. Es una cuestión de personalismos sin sentido que tan solo nos pueden abocar al fracaso y al ridículo. Es una cuestión que tan solo desde el sentimiento profundo, convencido y firme de sentirse enfermeras, por encima de ser o no especialistas, lograremos evitar.

Seamos inteligentes y hagamos de la especialidad una fortaleza común y un medio para lograr la unidad. Constituyámonos en MAYORJÓVENES y no caigamos de nuevo en viejos errores que nos conduzcan a nuevos fracasos.

Las enfermeras (especialistas o generalistas expertas) no son el problema; todo lo contrario, son la única solución posible a esta nueva batalla en ciernes que debemos ser capaces de parar, uniéndonos y trabajando conjuntamente al amparo de sociedades científicas como la AEC donde caben todas las miradas, opciones, opiniones, ideas y planteamientos desde el respeto, el análisis reflexivo y los argumentos científicos que huyan del enfrentamiento acrílico y sin sentido.

The image shows the logo of the Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), which consists of a red stylized heart shape with a white spiral inside. Below the logo, the text "ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA" is written in red. To the right of the logo is a handwritten signature in blue ink.

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Estudio del patrón circadiano de la presión arterial

¹ M^a Dolores Burguete Ramos
² Jorge Alcalá Orzaez
³ Concepción Fernández-Pacheco
Riesgo
⁴ Pablo Rico Berbegal
⁴ Jorge López Gómez
⁵ José Ramón Martínez Riera

¹ Profesora Facultad Enfermería Universidad Católica de Valencia.

² Enfermero.

³ Enfermera comunitaria. CS de Guillem de Castro. Valencia.

⁴ Enfermero. Socio de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

⁵ Profesor Titular Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia-Universidad de Alicante. Presidente Asociación Enfermería Comunitaria (AEC).

Dirección de contacto: dobur2001@yahoo.es

Resumen

El uso de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) permite conocer las cifras de la presión arterial durante el día y la noche.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de los patrones circadianos de la presión arterial en pacientes tratados y no tratados, a los que se ha indicado el uso de la MAPA. Se ha incluido a 77 pacientes, de los cuales el 66% no muestra una correcta relación de las cifras de la presión arterial día/noche. A su vez, dichos pacientes han tenido mayor frecuencia de lesión de órganos diana y se ha asociado con una mayor edad. En los pacientes más jóvenes este patrón se ha relacionado con un índice de masa corporal más elevado.

Palabras clave: patrón circadiano de la presión arterial; monitorización ambulatoria de la presión arterial; MAPA; enfermeras comunitarias.

Abstract

A study of circadian patterns in blood pressure

Abstract/Purpose: ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) allows blood pressure levels to be assessed both in daytime and nighttime.

We aimed at assessing the prevalence of blood pressure circadian patterns in treated and non treated patients by means of ABPM.

Methods: a retrospective descriptive study based on ABPM reports from January 1st 2014 to December 31st 2015, in the context of an urban health center.

Results: a total of 77 patients were included; 66% of them did not show an appropriate relationship between daytime and nighttime blood pressure levels. Such patients were more likely to have target organ lesions and were older. Presence of such a pattern in younger patients has been associated to a higher body mass index.

Conclusions: prevalence of an altered circadian pattern was high, resulting in a higher cardiovascular risk. Factors associated to an altered circadian pattern include older age. ABPM has allowed people with a white coat phenomenon to be detected. Community nurses play a major role in high blood pressure control using this methodology.

Key words: blood pressure circadian pattern; ambulatory blood pressure monitoring; ABPM; community nurses.

Introducción

La medida de la presión arterial en la consulta (PAC) es una práctica habitual que en muchas ocasiones se realiza de forma rutinaria, sin embargo, estas medidas en la mayoría de los casos no muestran con precisión una relación real con la presión arterial (PA), ya que, debido a su carácter dinámico, la PA está sometida a diferentes factores que pueden hacer que se eleve o disminuya. Uno de los factores que produce elevación (1) son las situaciones relacionadas con miedo, temor, duda, etc., sentimientos que cualquier persona puede experimentar al acudir a un centro sanitario. Además, la PAC aporta escasas medidas para poder afirmar que un paciente tiene una PA elevada y mantenida.

Con la introducción de la monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) se ha conseguido en gran medida superar estos problemas, ya que permite múltiples medidas lejos del entorno sanitario, en las actividades cotidianas, tanto de día como de noche, por lo que refleja de manera más real el perfil de la PA. La MAPA se basa en la colocación de un manguito de presión en el brazo no dominante del paciente, mediante el cual se recogen los valores de la PA durante 24 o 48 horas. El manguito está conectado a un pequeño dispositivo electrónico que debe acompañar al paciente durante el estudio, se hincha cada 30 o 60 minutos dependiendo del programa informático y guarda los valores para posteriormente emitir un informe sobre la PA a lo largo del día. A través del programa informático se imprime un documento que muestra una gráfica con todas las medidas registradas y calcula automáticamente los valores medios de la PA diurna, nocturna y durante las 24 horas, descartando los valores que pudieran ser erróneos cuando superan los 240 mmHg o están por debajo de los 40 mmHg. De esta forma son posibles más de 60 mediciones de la PA, número muy superior al presentado por la PAC que suele ser de tres.

Además de estas ventajas, existen otras razones que pueden justificar su uso. Es un instrumento clínico sencillo, no cruento y eficaz, del cual las enfermeras comunitarias deben hacer uso para la prevención de la hipertensión arterial (HTA) como parte de un programa más amplio en el que se incluya el control de factores asociados como el tabaquismo, el consumo del alcohol, el sedentarismo, etc., todos ellos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), que como se puede consultar en la base de datos de la OMS (2) son la primera causa de morbimortalidad en el ámbito mundial, atribuyéndose a la HTA el 40% de las mismas. Por otra parte, es el único método que permite medir la PA durante la noche (3), permitiendo observar si existe la hipertensión nocturna, identifica a pacientes con HTA de bata blanca, con HTA enmascarada, con HTA refractaria y es básico para confirmar el diagnóstico de hipertensión. Puede evaluar la eficacia del tratamiento, mostrando cuando hacen efecto los medicamentos a través de "picos y valles". Las sociedades científicas como la Sociedad Europea de HTA y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) (4), cuyos datos se basan en la evidencia clínica, se considera como punto de corte para diagnosticar de hipertensión cuando la PAS (PA sistólica) es mayor de 140 o PAD (PA diastólica) es mayor de 90 en la consulta (5). Sin embargo, cuando se utiliza la MAPA estos valores son ligeramente más bajos, ya que la medida de la presión arterial ambulatoria y los valores de la MAPA son más bajos que los obtenidos por la PAC (6). En la mayoría de las personas la presión arterial tiende a disminuir por la noche entre un 10% y un 20%, es lo que se conoce como patrón *Dipper*, sin embargo algunas personas experimentan descenso brusco >20% o no experimenta un descenso >10%, pudiendo incluso aumentar (7). Cuando se evaluó el patrón nocturno de la MAPA se estableció una relación significativa entre el descenso nocturno de la PA y la mortalidad cardiovascular, independientemente tanto de la monitorización de la PA que los pacientes presentaban durante 24 horas como de la presencia de otros factores de riesgo (6).

Las técnicas de medición de la PA es una labor que suele corresponder a las enfermeras comunitarias. Hay que señalar que es un instrumento de fácil uso y de mínimas complicaciones, sin embargo, estos dispositivos son más costosos que los métodos tradicionales, por lo que su uso debería ser entendido como complementario. En una primera instancia podrían usarse los métodos tradicionales para hacer una aproximación de los valores de la PA y en los casos que se considere oportuno hacer uso de la MAPA.

Entre los diferentes aspectos del uso de la MAPA se puede destacar que: esta establece un diagnóstico de HTA más preciso por lo que su uso evita los falsos diagnósticos (7). Por otro lado, al introducir medicación hipertensiva, la reducción de la PA diurna en pacientes hipertensos puede provocar un no descenso de la PA nocturna, por lo que se produciría un perfil de la PA aplanado, por ello es necesario evaluar dicha relación con el uso de la MAPA (8) y, por último, durante el control y seguimiento es necesario conocer también los valores de la PA nocturna, ya que en ocasiones dichos valores son pasados por alto y se tienden a representar únicamente los diurnos. De esta forma conocer los valores nocturnos de la PA y su relación con la PA diurnos ofrece un mejor control y seguimiento de los pacientes hipertensos. La duración de la MAPA generalmente es de 24 horas, aunque también puede prolongarse por periodos más largos. Aunque se afirma que la reproductibilidad de la MAPA se consigue mejor por estudios de 48 horas (9), otros indicaron que el prolongarlo más allá

de 48 horas tiene un aumento de la fiabilidad marginal (10). Las medidas de la presión arterial se ajustan en intervalos de cada 15-30 minutos durante el periodo de actividad y durante 30-60 minutos durante el periodo nocturno.

Antes de la medida, durante el periodo de actividad, suele haber una señal acústica para que el paciente cese las actividades que esté llevando a cabo. Durante la noche esta señal acústica se omite para permitir el descanso. Antes de iniciarse la medición debe elegirse el tipo de manguito adecuado para el diámetro del brazo, ajustándose en el brazo no dominante y para comprobar que valores obtenidos por la MAPA y por otros más convencionales (media de tres medidas) no se diferencian en más de 5 mmHg. A su vez se confirma que no existe diferencia superior a 10 mmHg en ambos brazos.

Objetivo principal

Conocer los perfiles circadianos de la presión arterial en los pacientes no hipertensos e hipertensos (tratados y no tratados) adscritos a un centro de salud urbano a los que se les realizó una MAPA por diferentes motivos clínicos.

Objetivos secundarios

- Relacionar las características asociadas con los patrones que no muestran un perfil circadiano normal.
- Valorar la capacidad de la MAPA como herramienta para el diagnóstico, control y seguimiento de la HTA.

Metodología

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos de un estudio descriptivo retrospectivo de los informes realizados por la MAPA entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, en el ámbito de un centro de salud urbano.

La metodología llevada a cabo por este estudio se ha basado en la recopilación de informes de la MAPA disociados de la historia clínica impresos por el programa informático Cardiorisc entre las fechas señaladas, se han digitalizado los informes impresos y convertido a tabla de cálculo con el *software* Microsoft Office Excel 2010 para su posterior análisis. Las pruebas estadísticas utilizadas han sido las correspondientes al tipo de variables que se han estudiado en la muestra. Los datos recogidos por parte del equipo de enfermería son:

- Sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), años de evolución de la HTA, nivel de estudios, situación laboral, entorno, consumo habitual de fármacos, tabaquismo, dislipemia, diabetes mellitus, antecedentes familiares y personales, hora de acostarse y de levantarse.

Los datos generados por el sistema informático que se han recogido son:

- Media de la PA diurna, nocturna y 24 horas, patrón circadiano y estratificación del riesgo cardiovascular total.

El IMC se ha calculado dividiendo el peso (kg) entre la talla al cuadrado (m²), y se clasificó en tres grupos diferentes:

- Normopeso: valores menores de 25 kg/m².
- Sobrepeso: valores comprendidos entre 25-30 kg/m².
- Obesidad: valores superiores a 30 kg/m².

Se ha considerado dislipémicos a pacientes con un valor de LDL mayor o igual a 130 mg/dl. Se ha considerado como fumador (tabaquismo) cuando se fuman cigarrillos a diario sin importar el número de cigarrillos consumidos. El consumo de alcohol se ha considerado positivo cuando se supera los 30 g diarios. El perímetro abdominal aumentado se ha considerado positivo cuando es mayor de 102 cm para varones y 88 cm para mujeres.

Criterios de inclusión/exclusión: pacientes mayores de 18 años de edad, con alguna de las siguientes indicaciones clínicas: sospecha de bata blanca, HTA refractaria, HTA de alto riesgo, HTA lábil, estudio de la eficacia del tratamiento, estudio del patrón circadiano, e HTA no tratada farmacológicamente. Se ha considerado la exclusión los pacientes con menos del 70% de lecturas de la presión arterial en algún periodo (diurno/nocturno). Los datos se recogieron disociados de las historias clínicas, no se requirió consentimiento.

Resultados

Se ha realizado la monitorización de la presión ambulatoria (MAPA) a un total de 90 pacientes de los cuales 13 casos han sido descartados por no ajustarse a los criterios de inclusión. En total el grupo está formado por un total de 41 varones y 36 mujeres: 77 sujetos en total con una edad media de 62,59, con diferentes valores recogidos en los Gráficos 1 y 2.

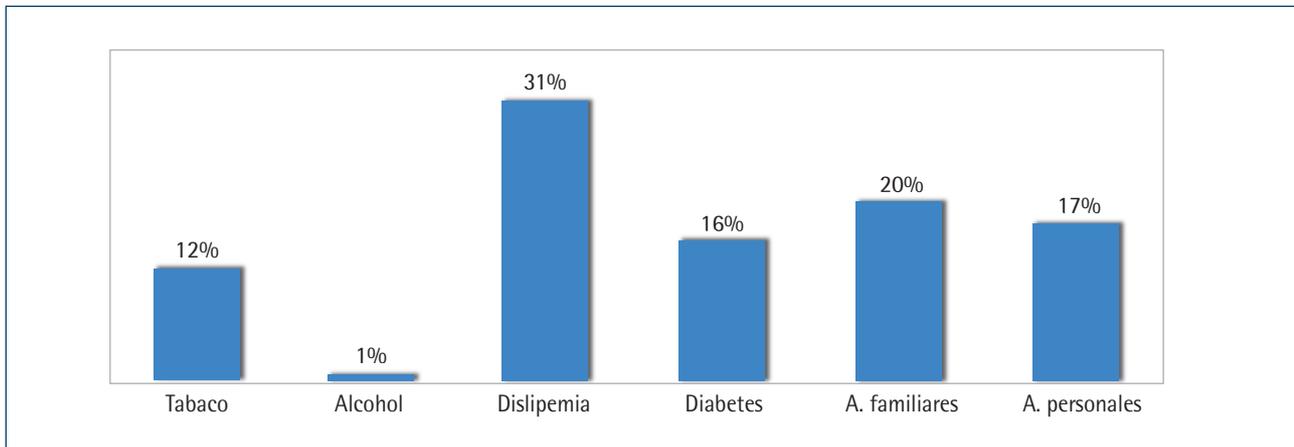


Gráfico 1. Características generales

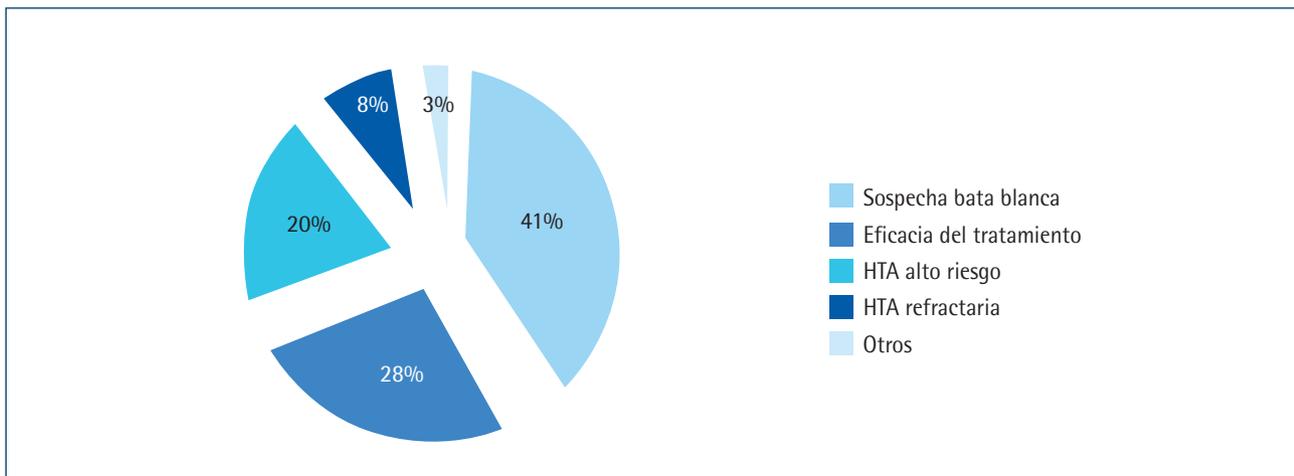


Gráfico 2. Indicaciones MAPA

El IMC del 36% de la población estudiada tiene sobrepeso y un 42% tiene aumentado el perímetro abdominal.

Respecto al patrón circadiano son de tipo *dipper*: 26 (33,7%), tipo *non dipper*: 38 (49,3%), tipo *extreme dipper*: 4 (5,1%) y tipo *riser*: 9 (11,6%).

La edad se muestra como una variable relevante en el tipo de patrón circadiano, siendo las medias de años de 54,19 +/- 16,8 (*dipper*) 63,86 +/- 13,66 (*non dipper*) 66 +/- 16,03 (*extreme dipper*) y 80 (+/- 6,7 *riser*). El patrón *dipper* se muestra más frecuentemente en edades jóvenes, por el contrario de los otros patrones.

Del mismo modo se observa una elevación del IMC para las alteraciones del patrón circadiano, considerándose la media *dipper* en ligero sobrepeso (26,58 +/- 4,42), un sobrepeso mayormente establecido en el patrón *riser* (26,8 +/- 3,75) y rozando la obesidad en el patrón *non dipper* y *extreme dipper* (28,12 +/- 5,2 y 29,5 +/- 4,9, respectivamente).

Al analizar el grado de IMC en relación al patrón circadiano se puede ver que cuando existe alteración circadiana hay mayor frecuencia de personas con obesidad, y que a pesar de que el porcentaje de sobrepeso es parecido, la media para dicho grupo también es mayor (*dipper*: 26,4 +/-1 (kg/m²) y alt. circadiana: 27,4 +/-1,5 (kg/m²). La mayoría de los pacientes *dipper* (73%) mantiene un perímetro abdominal por debajo los límites establecidos, y cuando existe una alteración del patrón circadiano, solamente la mitad mantiene un perímetro abdominal aceptado como normal (52%).

La dislipemia y los antecedentes familiares fueron más elevados en los casos *dipper*. Mientras que por el contrario la diabetes y los antecedentes personales están más relacionados con los casos de alteración circadiana (Gráfico 3).

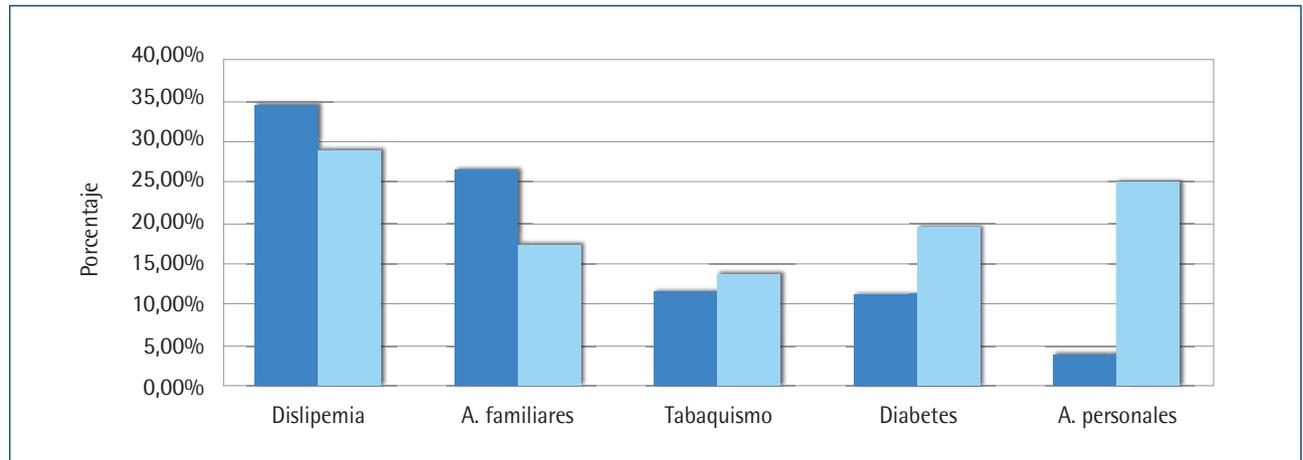


Gráfico 3. Otros factores

Los valores de la PA tomados en la consulta son valores más altos que los obtenidos mediante MAPA, estos valores se hacen más distantes en el periodo nocturno en el que difieren en más de 27,5 mmHg para la PAS y 20,03 para la PAD (Gráfico 4).

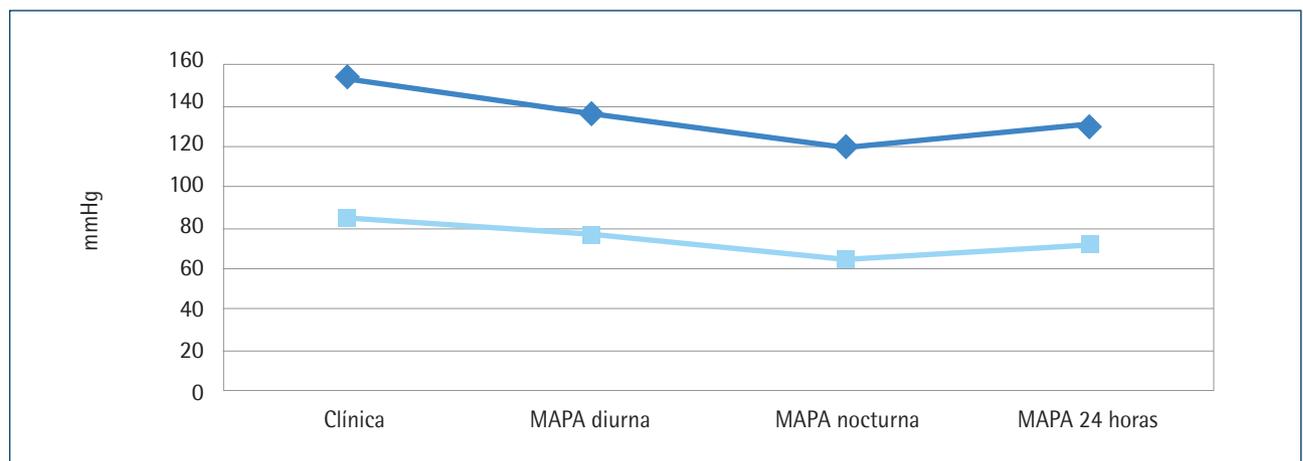


Gráfico 4. Comparación PA CLÍNICA - MAPA

Hay 17 personas las cuales presentaron HTA en la consulta, sin embargo, no presentaron hipertensión diurna/nocturna mediante MAPA. En contraposición hay seis personas que presentan algún tipo de hipertensión diurna o nocturna y que no está reflejado en la consulta (Gráfico 5).

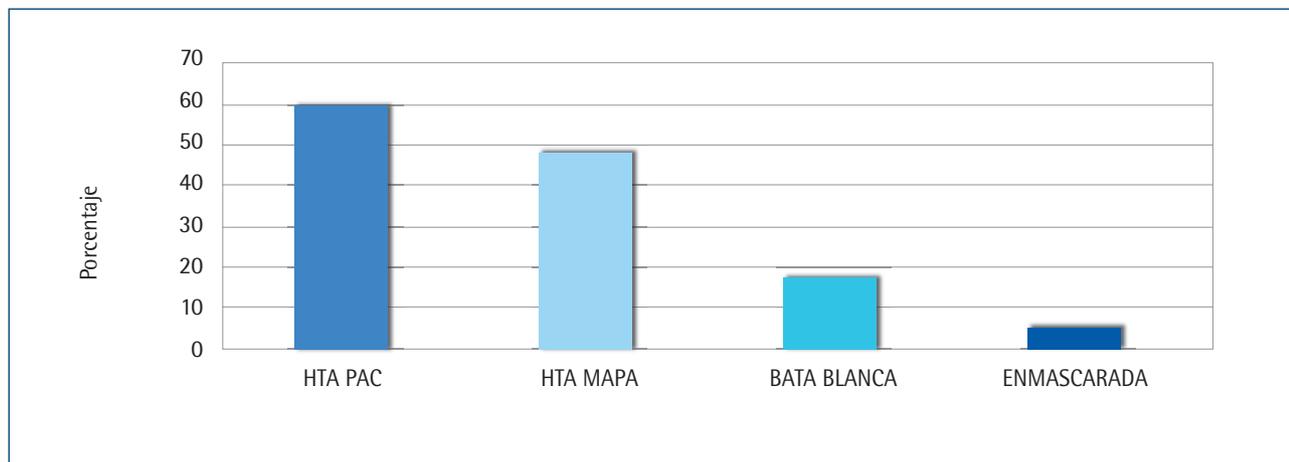


Gráfico 5. Normo-hipertensión enmascarada

48 personas presentan HTA de algún grado (60%) entre los cuales 16 de ellos (34% de los hipertensos) muestran una tensión arterial elevada solo durante el sueño. Así mismo, se puede observar que la mayoría de las veces se combina hipertensión diurna y nocturna. Los casos de HTA nocturnos se aproximan al 91%, mientras que el número de personas que solo presentan HTA durante el periodo diurno es pequeño 9%.

El análisis estadístico muestra una relación significativa entre el tipo de patrón circadiano y la edad y la lesión de órganos diana. Los pacientes no *dipper* son de mayor edad ($p= 0,001$) y tienen mayor frecuencia de afectación de órganos diana ($p= 0,02$). No se observa una relación significativa entre el tipo de patrón y el IMC. Aunque cuando se ha analizado esta variable excluyendo a las personas mayores de 70 años (las cuales presentan mayor prevalencia de un patrón no *dipper*) sí se observa significativa esta relación ($p= 0,045$). Por otra parte, el perímetro abdominal aumentado no se ha recogido en el 100% de la muestra, aún así se acerca bastante al valor de significancia ($p= 0,083$). La diabetes en cambio no parece acercarse a este valor ($p= 0,360$), aunque hay que tener en cuenta que la muestra de personas con diabetes es muy pequeña ($n= 12$).

Discusión

Uno de los aspectos que ha levantado interés en el uso de la MAPA en los últimos años es la valoración del descenso nocturno de la PA frente al periodo diurno. Diversos estudios (11-13) han puesto de manifiesto que los pacientes que no presentan una reducción adecuada de la presión arterial nocturna respecto al día tienen un mayor riesgo cardiovascular y mayor prevalencia de lesión de órganos dianas. En el mismo sentido se afirma (14) que incluso los pacientes con normotensión ambulatoria no *dipper* tienen el mismo riesgo cardiovascular que los hipertensos *dipper*. En las recomendaciones para el uso de la MAPA se plantea que la MAPA debe ser la nueva regla de oro para confirmar la hipertensión verdadera (15), porque permite descartar a personas con normo/hipertensión enmascarada en la consulta, a ello se le suma que es el único método para conocer el patrón circadiano y el posible uso de la cronoterapia para poder disminuir la PA de manera más fisiológica y no provocar un perfil aplanado.

En el presente estudio se ha observado una gran prevalencia de patrones no *dipper*, incluso en personas con normo-tensión ambulatoria, también se ha podido detectar un elevado porcentaje de valores de la PA falseados en la consulta, lo que implica un mal diagnóstico. Dicha prevalencia es ligeramente más alta en comparación a otros estudios (16-18) llevados a cabo en la población española. Esta diferencia puede ser entendida por el tamaño de las muestras que en el presente estudio es más pequeña, aunque sus valores son bastante aproximados. En relación a las características asociadas se puede observar que las personas de mayor edad presentan con más frecuencia patrones circadianos alterados; la media de edades para *dipper* y no *dipper* es de 54 y 67 años, respectivamente ($p= 0,001$). En el mismo sentido, diferenciando a personas con tratamiento y sin tratamiento de HTA, se relacionó la alteración del patrón circadiano con una mayor edad para ambos grupos (19).

Se ha encontrado mayor prevalencia del patrón no *dipper* en edades avanzadas (14,20,21), ya que la frecuencia de lesión de órganos diana es mayor en el patrón no *dipper* que en el *dipper*. También se han asociado los patrones no *dipper* con mayor prevalencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (17,22-24), junto con la obesidad (25). La frecuencia de personas con el perímetro abdominal aumentado es más elevado en los casos no *dipper* frente al *dipper*, sin llegar a ser significativos en el estudio actual. La relación entre el perímetro abdominal aumentado y los patrones no *dipper* sí se ha resultado significativa en los estudios (8,25) en el que se asoció a dichos patrones una mayor prevalencia de síndrome metabólico y se evidenció que el factor más relevante al analizarlos por separado fue el perímetro abdominal aumentado. Por otra parte, al aumentar el número de componentes del síndrome metabólico la prevalencia de no *dipper* es mayor (26).

No se encontró significación estadística entre las personas con diabetes y el tipo de patrón, pese a ello se observa una mayor frecuencia de estas en el grupo no *dipper* que en el *dipper* (17,6% y 11,5%, respectivamente) pero no se pudo establecer una relación significativa. Por el contrario, sí se puso de manifiesto esta asociación cuando la prevalencia de los patrones no *dipper* era significativamente más alta en pacientes diabéticos que los que no tenían diabetes (27). Además de ello, otros estudios (28,29) sugieren que las personas diabéticas de tipo no *dipper* tienen mayor riesgo de complicaciones micro/macro-vasculares con mayor progresión a retinopatía y nefropatía.

Los valores obtenidos en la consulta han sido más elevados que los obtenidos mediante MAPA. Cuando se ha realizado la medida en la consulta la media de los valores se sitúa en un HTA marcada, mientras que al realizarlo mediante MAPA la media de valores se sitúa en un HTA limitrofe. Estos datos concuerdan con estudios (5) en el mismo sentido, salvando naturalmente las distancias en cuanto al número de casos.

Se ha asociado una mayor elevación de la presión arterial clínica en mujeres que tenían una edad mayor y un mayor porcentaje de obesidad (30), en el presente estudio no hay diferencias entre hombres y mujeres, igual que tampoco que exista mayor diferencia en las personas que tienen obesidad. Sin embargo, sí se ha podido comprobar que cuando la medida de la presión en la consulta es alta la diferencia entre la medida de la PAC y la MAPA es mayor. Se ha confirmado el diagnóstico de hipertensión de bata blanca en (22% de la muestra), resultado bastante aproximado al estudio (31) en que la confirmaron en un 20%.

No se ha podido relacionar un patrón predominante para el fenómeno de bata blanca, puesto que se observa una muestra heterogénea. Se han detectado seis casos de hipertensión enmascarada, de los cuales todos presentan patrones no *dipper*, un resultado también bastante aproximado que el obtenido por el estudio anterior (31) en el que la proporción fue de 9% y en el que también se manifestó la gran prevalencia de patrones no *dipper* para dicho grupo.

Hasta hace poco el control de la HTA se ha basado en mantener unos adecuados niveles de la PA durante el día, sin embargo, los últimos estudios (15) proponen que el control de la PA nocturna podría ser un nuevo objetivo terapéutico, ya que asociaron con una PAS nocturna más elevada como mejor predictor de eventos cardiovasculares por encima de otros valores. Comprender la HTA de manera distinta a la que se ha tenido años atrás, será primordial vigilar la presión arterial durante la noche (32,33).

Conclusiones

La prevalencia de un perfil circadiano alterado ha sido alta, lo que implica un mayor riesgo cardiovascular.

Los factores asociados a los patrones circadianos alterados han sido una mayor edad y la presencia de lesión de órganos diana, junto con la relación con el índice de masa corporal elevado cuando se ha excluido a personas mayores de 70 años.

La MAPA ha permitido descartar a personas con fenómeno de bata blanca, ha evidenciado aquellas con hipertensión enmascarada y ha permitido detectar aquellos casos en los que la TA no estaba controlada durante la noche.

Las enfermeras comunitarias tienen un papel fundamental en el control de la HTA a través de este método y de esta manera contribuyen en el logro de una mejor calidad de vida y salud.

Conflicto de interés

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores en este estudio. El estudio no ha recibido ninguna financiación por parte de ningún organismo ni empresa para su realización.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (2008). Causas de muerte 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, [online] [citado 6 oct 2016]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf
- [2] Fagard RH, Celis H, Thijs L, Staessen JA, Clement DL, De Buyzere ML, et al. Daytime and nighttime blood pressure as predictors of death and cause-specific cardiovascular events in hypertension. *Hypertension* 2008; 51(1):55-61.
- [3] Hermida RC, Ayala DE, Crespo JJ, Mojón A, Chayán L, Fontao M, et al. Influence of age and hypertension treatment-time on ambulatory blood pressure in hypertensive patients. *Chronobiology international* 2013; 30(1-2):176-91.
- [4] European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension Guidelines* 2003; 21(6):1011-53.
- [5] Mancia G. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial 2013. [online] *Rev Esp Cardiol.* 2013 [citado 6 oct 2016];66(11). Disponible en: <http://www.revescardiol.org/es/guia-practica-clinica-esh-esc-2013/articulo/90249392/>
- [6] Bejarano JML, Royo-Bordonada MA, Cuixart CB, Walther LAÁS, García PA, Galán A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC 2008. *Revista española de salud pública* 2008; 82(6):581-16.
- [7] Banegas JR, Messerli FH, Waeber B, Rodríguez-Artalejo F, de la Sierra A, Segura J, et al. Discrepancies between office and ambulatory blood pressure: clinical implications. *The American journal of medicine* 2009; 122(12):1136-41.
- [8] Ohkubo T, Hozawa A, Yamaguchi J, Kikuya M, Ohmori, K, Michimata M, et al. Prognostic significance of the nocturnal decline in blood pressure in individuals with and without high 24-h blood pressure: the Ohasama study. *Journal of hypertension* 2002; 20(11):2183-9.
- [9] National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Management of hypertension in adults in primary care. *NICE Clinical Guidelines* 2008; 18.
- [10] Hermida RC, Chayán L, Ayala DE, Mojón A, Domínguez MJ, Fontao MJ, et al. Association of metabolic syndrome and blood pressure nondipping profile in untreated hypertension. *American journal of hypertension* 2009; 22(3):307-13.
- [11] Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Blunted sleep-time relative blood pressure decline increases cardiovascular risk independent of blood pressure level—the "normotensive non-dipper" paradox. *Chronobiology international* 2013; 30(1-2):87-98.
- [12] Shinagawa M, Otsuka K, Murakami S, Kubo Y, Cornelissen G, Matsubayashi K, et al. Seven-day (24-h) ambulatory blood pressure monitoring, self-reported depression and quality of life scores. *Blood pressure monitoring* 2002; 7(1):69-76.
- [13] Pickering TG, Kario K. Nocturnal non-dipping: what does it augur? *Current opinion in nephrology and hypertension* 2001; 10(5):611-6.
- [14] Alonso A, Sabán J. Control Global Del Riesgo Cardiometabólico. España: Díaz de Santos; 2009.
- [15] Imai Y, Hozawa A, Ohkubo T, Tsuji I, Yamaguchi J, Matsubara M, et al. Predictive values of automated blood pressure measurement: what can we learn from the Japanese population—the Ohasama Study. *Blood pressure monitoring* 2001; 6(6):335-9.
- [16] Hermida RC, Smolensky MH, Ayala DE, Portaluppi F, Crespo JJ, Fabbian F, et al. Ambulatory blood pressure monitoring recommendations for the diagnosis of adult hypertension, assessment of cardiovascular and other hypertension-associated risk, and attainment of therapeutic goals: joint recommendations from the International Society for Chronobiology (ISC), American Association of Medical Chronobiology and Chronotherapeutics (AAMCC), Spanish Society of Applied Chronobiology, Chronotherapy, and Vascular Risk (SECAC), Spanish Society of Atherosclerosis (SEA), and Romanian Society. *Chronobiology International* 2013; 30(3):355-410.
- [17] Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Decreasing sleep-time blood pressure determined by ambulatory monitoring reduces cardiovascular risk. *Journal of the American College of Cardiology.* 2011; 58(11):1165-73.
- [18] Segura J, Gorostidi M. Evidencias generadas por el proyecto CARDIORISC. *Hipertensión y Riesgo vascular* 2010; 27:4-8.
- [19] Mediavilla GJ, Fernández-Torres C, Arroyo A, Jiménez-Alonso J. Study of the circadian blood pressure profile in patient with arterial hypertension. *Anales de medicina interna* 2007; 24(2):61-6.
- [20] Garzón Quiñones M, Gallardo Gonzalo C, Padín Minaya C, López Pisa RM, Rodríguez Latre LM. Estudio descriptivo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. *Enferm Clin* 2013; 23(5):218-24.
- [21] De la Sierra A, Redon J, Banegas JR, Segura J, Parati G, Gorostidi M, et al. Prevalence and factors associated with circadian blood pressure patterns in hypertensive patients. *Hypertension* 2009; 53(3):466-72.
- [22] Qiu YG, Yao XY, Tao QM, Zheng P, Chen JZ, Zhu JH, et al. Profile on circadian blood pressure and the influencing factors in essential hypertensive patients after treatment. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi.* 2004; 25(8):710-4.

- [23] Salwa P, Gorczyca-Michta I, Kluk M, Dziubek K, Wożakowska-Kapłan B. Variability of circadian blood pressure profile during 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in hypertensive patients. *Kardiologia polska* 2013; 72(5):432-7.
- [24] Soylu A, Yazici M, Duzenli MA, Tokac M, Ozdemir K, Gok H. Relation between abnormalities in circadian blood pressure rhythm and target organ damage in normotensives. *Circulation Journal* 2009; 73(5):899-904.
- [25] Kario K, Matsuo T, Kobayashi H, Imiya M, Matsuo M, Shimada K. Nocturnal fall of blood pressure and silent cerebrovascular damage in elderly hypertensive patients. Advanced silent cerebrovascular damage in extreme dippers. *Hypertension* 1996; 27:130-5.
- [26] Westerståhl M, Marcus C. Association between nocturnal blood pressure dipping and insulin metabolism in obese adolescents. *International Journal of Obesity* 2010; 34(3):472-7.
- [27] Leal UA, Espinoza M, Ruiz N, Padilla D, Ochoa J, Nicita G. Blood pressure pattern during sleep-wake cycle in subjects with metabolic syndrome. *Rev Argent Cardiol* 2012; 80:33-9.
- [28] Vysoulis GP, Karpanou EA, Kyvelou SMG, Adamopoulos DN, Deligeorgis AD, Spanos PG, et al. Nocturnal blood pressure fall and metabolic syndrome score in hypertensive patients. *Blood pressure monitoring* 2007; 12(6):351-6.
- [29] Ayala DE, Moyá A, Crespo JJ, Castiñeira C, Domínguez-Sardiña M, Gomara S, et al. Circadian pattern of ambulatory blood pressure in hypertensive patients with and without type 2 diabetes. *Chronobiology international* 2013; 30(1-2):99-115.
- [30] Bauduceau B, Mayaudon H, Dupuy O, Palou M, Czerniak E, Bredin C, et al. The impact of dipper and non-dipper characteristics in the fluctuation of arterial blood pressure. A study of a population of 484 diabetic patients. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 2000; 93(8):969-73.
- [31] Knudsen ST, Laugesen E, Hansen KW, Bek T, Mogensen CE, Poulsen PL. Ambulatory pulse pressure decreased nocturnal blood pressure reduction and progression of nephropathy in type 2 diabetic patients. *Diabetología* 2009; 52(4):698-704.
- [32] Banegas JR, Segura J, Sobrino J, Rodríguez-Artalejo F, de la Sierra A, Juan J, et al. Effectiveness of blood pressure control outside the medical setting. *Hypertension* 2007; 49(1):62-8.
- [33] Sierra C, De la Sierra A, Sobrino J, Segura J, Banegas JR, Gorostidi M, et al. Ambulatory blood pressure monitoring (CABPM): clinical characteristics of 31,530 patients. *Medicina clinica* 2007; 129(1):1-5.
- [34] Fan HQ, Li Y, Thijs L, Hansen TW, Boggia J, Kikuya M. International Database on Ambulatory blood pressure in relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators. Prognostic value of isolated nocturnal hypertension on ambulatory measurement in 8711 individuals from 10 populations. *Journal of hypertension* 2010; 28(10):2036-45.
- [35] Syrseloudis D, Tsioufis C, Andrikou I, Mazaraki A, Thomopoulos C, Mihos C, et al. Association of nighttime hypertension with central arterial stiffness and urinary albumin excretion in dipper hypertensive subjects. *Hypertens Res.* 2011; 34:120-5.

¹ Sheila Elena Sancho Raimundo
² Ana Hernando Gómez
³ Alicia Vallejo Del Río
² Marta Gamarra Lousa

La prevención como herramienta en la violencia de género

¹ Enfermera. Máster Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería.

Dirección de contacto: chelica1@hotmail.com

² Enfermera.

³ Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Resumen

Introducción: la violencia de género (VG) es un grave problema de salud pública, por ello son necesarias intervenciones desde diferentes ámbitos basadas en la prevención.

Objetivo: identificar las mejores evidencias en intervenciones para la prevención de la violencia de género.

Método: búsqueda sistemática de la literatura de julio de 2015 a marzo de 2016 en bases de datos científicas.

Pregunta de investigación: intervenciones de prevención primaria en la violencia de género.

Revisados 928 artículos y seleccionando tres ensayos clínicos aleatorios y ocho revisiones de la literatura. La calidad metodológica fue valorada con el *Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)*.

La valoración del nivel de calidad y grado de recomendación de la evidencia científica se llevó a cabo según las recomendaciones de la clasificación del Instituto Joanna Briggs.

Resultados y conclusiones: la formación de los profesionales es fundamental.

Es necesario comenzar con intervenciones preventivas antes de la adolescencia para conseguir reestructurar el comportamiento social basado en la desigualdad de género.

Palabras clave: violencia; mujeres; prevención.

Abstract

Prevention as a tool against gender violence

Introduction: gender violence (GV) is a serious public health issue, with interventions being needed in various areas to promote prevention.

Purpose: identifying the best evidence on interventions aimed at preventing gender violence.

Methods: a systematic literature search from July 2015 to March 2016 in scientific databases.

Research question: primary prevention interventions in gender violence.

In total, 928 papers were reviewed and three randomized clinical trials and eight literature reviews were selected. Methodological quality was assessed by means of the Spanish Critical Appraisal Skills Program (CASPe)

Level of quality and grade of recommendations based on scientific evidence were assessed according to the recommendations by the Joanna Briggs Institute classification.

Results and conclusions: education of health workers is a critical issue.

Preventive interventions should begin before adolescence in order to rebuild social behavior based on gender inequality

Key words: violence; women; prevention.

Introducción

La violencia de género (VG) afecta a un gran número de mujeres en el ámbito mundial, convirtiéndose en un grave problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por las consecuencias que conlleva para la salud de las víctimas (1).

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en su declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer, la define como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (2).

Se ha comprobado que la violencia infringida por la pareja empieza en la juventud; los primeros signos de violencia de género en adolescentes, tales como celos, control del móvil, control de la forma de vestir y vida social suelen pasar desapercibidos ya que muchas adolescentes consideran estas actitudes como una muestra de amor. Por lo que se debe de hacer hincapié en este tema desde la edad escolar (1).

Para la realización de diferentes estrategias para prevenir la violencia de género es importante reconocer los diferentes factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los factores socioculturales, que se basan en la desigualdad entre hombres y mujeres en la que la VG es un instrumento de dominación y control social.

Factores individuales en los que destaca que el consumo de alcohol aumenta las conductas violentas.

Factores comunitarios en los que se muestra que un nivel socioeconómico diferente entre ambos cónyuges incrementa el riesgo de la violencia.

Factores protectores y familiares, ya que cuando la mujer no tiene dependencia económica del hombre, y además cuenta con una red familiar y social que le apoya, es más difícil que exista maltrato por parte de su pareja (3).

Las víctimas de violencia de género suelen presentar números síntomas físicos, en ocasiones con dificultad para su diagnóstico, como por ejemplo: dolores musculares, astenia, cefaleas, etc.

También suelen presentar síntomas psíquicos que incluyen la disminución de su autoestima, estrés, ansiedad y depresión. Además de embarazo no deseado, aborto, complicaciones ginecológicas, infecciones de transmisión sexual, trastorno de estrés postraumático y las propias lesiones físicas (4).

El daño causado por estas agresiones en la mayoría de los casos genera secuelas, no solo en la mujer víctima de violencia de género, sino también en su entorno, afectando en el ámbito físico, psicológico laboral y social. Por ello, sería fundamental reforzar actividades de prevención primaria con el objetivo de evitar la violencia (1).

Es importante tomar conciencia de que los servicios de Atención Primaria son la principal entrada para las mujeres víctimas de violencia de género y la necesidad de una detección precoz de malos tratos depende de los profesionales de la salud, los cuales, en ocasiones, no tienen la formación adecuada para detectar estos síntomas (5).

Desde una perspectiva de salud pública, las estrategias de prevención se pueden clasificar en tres tipos (1) (Dahlberg y Krug, 2002):

- Prevención primaria: comporta los enfoques que procuran evitar la violencia antes de que ocurra.
- Prevención secundaria: comporta los enfoques que se interesan en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencias o el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual después de una violación.
- Prevención terciaria: comporta los enfoques que se centran en la atención a largo plazo después de un acto de violencia, como la rehabilitación y la reintegración, y tratan de aminorar el trauma o disminuir la discapacidad prolongada provocada por la violencia.

La prevención primaria necesita programas preventivos que se inicien en escuelas, institutos y consultas de Atención Primaria impartiendo formación y educación en igualdad de género (1).

Los estados tienen la obligación de respetar los derechos de las todas las mujeres protegiéndolas y previniendo cualquier tipo de violencia hacia ellas. Estos tienen la obligación de crear leyes, tanto nacionales como internacionales, para la

protección de los derechos humanos de estas mujeres, puesto que en el caso de situaciones de violencia de género no se cumplen algunos de los derechos reflejados en la constitución, como por ejemplo: el derecho a la libertad, a la autonomía y seguridad de la persona, el derecho a la igualdad y a la discriminación entre otros (1).

En España, las víctimas mortales por VG en lo que va de año (última actualización que recoge los datos hasta el 20/04/2016) han sido 16, de las cuales habían presentado denuncia siete, es decir, un 43,8%. Además, habían solicitado medidas de protección cinco (31,3%) y cinco sí que la obtuvieron (31,3%) (6).

Dentro de las edades de las víctimas, el mayor porcentaje (37,5%) se encuentra entre los 41-50 años, seguido de 31-40 años (31,3%), 65-74 años (12,5%) y otros rangos como 18-20 años, 21-30 años y 51-64 años todos ellos con el 6,3%. En cuanto a la edad de los agresores, también coincide que el mayor porcentaje (37,5%) es entre los 41-50 años, seguido de 21-30 años y 31-40 años (ambos con un 18,8%) y 51-64 años y 75-84 años (con un 12,5%, respectivamente). En el 68,8% de los casos el país de procedencia del agresor es España y tras consumir la VG un 25% lleva a cabo el suicidio consumado, un 18,8% tuvo tentativa de hacerlo y el 56,3% no lo hizo (6).

En el 68,8% de los casos vivían juntos y en un 62,5% la VG se produjo en manos de su actual pareja frente al 37,5% en el que se lleva a cabo en fase de ruptura o por su expareja. El número de huérfanos por VG es de ocho casos (6).

En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género; la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta comprende "todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad" (7).

"El objetivo es establecer medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas" (7).

La ley establece directrices para concienciar e intervenir en el ámbito de la educación. Se intensifica una imagen que proteja y respete tanto la dignidad como la igualdad de las mujeres, en lo que al ámbito de la publicidad se refiere. Se implantan también estrategias de intervención en el ámbito sanitario para conseguir la detección precoz, así como la atención física y psicológica de las víctimas, ofreciendo un apoyo asistencial a estas de forma multidisciplinar. Además, se recogen protocolos sanitarios para su aplicación ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta ley, que se remitirán a los tribunales pertinentes con el fin de acelerar el procedimiento judicial (7).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es identificar las mejores evidencias en intervenciones para la prevención de la violencia de género.

Metodología

En este estudio se efectúa una revisión sistemática de la literatura publicada mediante un protocolo estandarizado (8). La estrategia de búsqueda comienza con la formulación de una pregunta de investigación sobre intervenciones de prevención primaria en la violencia de género, en función a las cuatro pistas de Sacketts (paciente-intervención-comparador-resultado/outcomes). En este caso se modifica el formato PICO al eliminar el comparador (9) (Tabla 1).

La pregunta de investigación se formula de acuerdo a la traducción de las palabras naturales a palabras clave, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) (9).

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura desde julio de 2015 hasta marzo de 2016 en las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Cochrane*, *Medline*, *Cuiden*, *SciELO*, *Dialnet*, *TRIP Data Base*, *Documed*, *Enfispo* y *LILACS*. Se llevó a cabo también una revisión de los diagnósticos de enfermería (10).

Posteriormente se amplía con una búsqueda intuitiva en *Google* y la bibliografía referencial de los artículos encontrados y seleccionados, además de literatura gris. El resumen de esta búsqueda aparece recogido en la Tabla 2.

Se encontraron un total de 928 artículos, de los cuales tras ser revisados mediante una minuciosa lectura y reflexión sobre su contenido, se seleccionaron un total de tres ensayos clínicos aleatorios (ECA) y ocho revisiones de la literatura por su relevancia y pertinencia con el tema así como por los criterios anteriormente citados.

Tabla 1. PICO

FRASE	PALABRA "NATURAL"	DECS	MESH
Paciente	Mujer maltratada	Mujer maltratada, maltrato conyugal, violencia doméstica, mujer adolescente, violencia de género, maltrato	<i>Battered woman, spouse abuse, domestic violence, family violence, adolescent woman, gender violence, abuse</i>
Intervención	Revisión	Prevención primaria, prevención de la violencia, apoyo social, cribado, prevención secundaria, escucha activa, empatía, enfermería	<i>Primary prevention, violence prevention, social support, straining, secondary prevention, active listening, empathy, nursing</i>
Outcomes/variable	Violencia de género	Control y prevención, protección, prevención primaria vs. secundaria	<i>Prevention and control, personal protection, primary prevention vs. secondary prevention</i>

Tabla 2. Combinación DECS-MESH

FRASE	PALABRA "NATURAL"	DECS	MESH
03-07-2015	<i>Scielo</i>	violencia de género / <i>woman, gender violence</i>	68/3
04-09-2015	<i>Biblioteca Cochrane plus</i>	Violencia/ <i>violence</i> <i>Gender violence</i>	19/ 3 43/4
07-09-2015	CUIDEN	Violencia AND mujer Violencia AND genero Violencia AND domestica Violencia	15/0 18/0 29/0 138/0
08-09-2015	<i>Dialnet</i>	Violencia AND género AND prevención	139/3
26-10-2015	<i>Pubmed</i>	<i>Primary prevention AND domestic violence (free full text en los últimos cinco años)</i>	5/1
28-10-2015	<i>Pubmed</i>	<i>Battered woman AND primary prevention (free full text en los últimos cinco años)</i> <i>Domestic violence AND primary prevention (free full text en los últimos cinco años)</i>	6/0 107/3
16-11-2015	<i>Medline</i>	Violencia de genero AND prevención primaria	19/0
17-11-2015	<i>TRIP date base</i>	<i>Gender violence prevention</i>	110/2
25-02-2016	<i>PUBMED</i>	<i>Partner violence</i>	139/1
7-03-2016	<i>DOCUMED</i>	Violencia AND género	0
7-03-2016	<i>ENFISPO</i>	Violencia AND género	45/1
7-03-2016	<i>LILACS</i>	Violencia AND género AND prevención	28/0

Los criterios de inclusión fueron:

- De homogeneidad clínica: que las intervenciones sean aplicables a la población estudiada, práctica profesional y que aporten evidencias sobre intervenciones de prevención primaria en la violencia de género.
- Según el tipo de estudio: estudios cuyo diseño fuera ensayos clínicos aleatorios (ECA), revisiones sistemáticas (RS) con o sin metaanálisis, y revisiones de la literatura con especial interés para el presente trabajo.
- De calidad interna y homogeneidad metodológica: para valorar la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos se empleó la herramienta de lectura crítica *Critical Appraisal Skills Programme* Español (CASPe) (11). Se seleccionaron aquellos estudios que obtuvieron una puntuación igual o mayor a siete, puntuación consensuada por los investigadores, previa a la revisión de los artículos.

La calidad metodológica de los artículos seleccionados fue evaluada, al menos, por dos revisores de forma independiente y las discrepancias se resolvieron por consenso con un tercer revisor. La comunicación entre revisores se llevó a cabo a través del correo electrónico y en sesiones presenciales periódicas. Para la valoración del nivel de calidad y grado de recomendación de la evidencia científica se siguen las recomendaciones de clasificación del Instituto Joanna Briggs (12,13).

Los criterios de exclusión fueron:

Quedaron excluidos todos los artículos anteriores al año 2010 que no estuvieran disponibles al completo y que no fueran publicados en inglés, castellano y portugués.

Resultados

- Taft et al. (14) obtuvieron como resultados que el cribado aumenta la identificación de las mujeres que sufren violencia de género, pero no consigue disminuir la prevalencia, por lo que se tendrían que realizar ensayos que sean capaces de evaluar los programas de detección seguido de una evaluación continua para comprobar si existe beneficio a largo plazo.
- Rangel da Silva et al. (15) analizan la relación de la violencia de género y sus implicaciones en el cuidado de la mujer, sin realizar ninguna intervención, y en cuyos resultados se observó que es necesario reestructurar el comportamiento social basado en la desigualdad de género, tanto en la familia, como en las escuelas fomentando actividades de prevención de violencia de género, así como capacitar a los profesionales de enfermería para que puedan dar un adecuado apoyo y acompañamiento, ya que el sistema de salud es una de las principales puertas de entrada para las mujeres que sufren violencia de género.
- Fellmeth, Heffernan, Nurse, Habibula y Sethi (16) muestran que en las intervenciones educativas, tanto de prevención primaria y secundaria, no se encuentra ningún tipo de evidencias sobre la efectividad de las mismas en lo que se refiere a la violencia de género ni tampoco a las actitudes, aptitudes y comportamientos, pero sí se encontró un pequeño aumento del conocimiento sobre la violencia de género.
- Gupta et al. (17) demostraron que la intervención basada en "grupos de diálogo de género", con un total de ocho sesiones, redujo significativamente la justificación para golpear a la pareja así como el abuso económico, mientras que la capacidad para rechazar relaciones sexuales no varió significativamente.
- Kelsey Hegarty et al. (18) reflejaron la utilidad de la página web www.idecide.org.au como herramienta para llevar a cabo una autorreflexión sobre los comportamientos de la pareja, evaluar el peligro/seguridad y llevar a cabo un plan de acción individualizado. La capacidad de la mujer de hacer frente a la situación aumenta y la depresión disminuye tras el periodo de intervención. Las acciones realizadas consiguen una mayor seguridad y bienestar.
- Miller E et al. (19) a través de formar a entrenadores deportivos en un programa de prevención sobre violencia de género basado en discusiones semanales y encuestas con los atletas, obtuvo como resultado que los deportistas que recibieron la intervención, mejoraron tanto en el comportamiento como en la capacidad de intervenir ante una situación de violencia de género, así como el reconocimiento de tales situaciones.
- Lundgren y Amin (20) reflejaron cómo en su revisión se llevaron a cabo diferentes intervenciones en diversos ámbitos de la comunidad dirigidas a niños y adolescentes expuestos a la violencia. También intervenciones en la familia para conseguir

normas equitativas de género. Los resultados de esta revisión indican que los programas con inversiones a largo plazo y la exposición repetida a las ideas entregadas en diferentes escenarios, con el tiempo, tienen mejores resultados que las sesiones individuales de sensibilización o de discusión.

- Van Parys, Verhamme, Temmerman, Verstraelen (21) muestran cómo a través de un programa de visitas domiciliarias en el periodo perinatal, e intervenciones de asesoramiento y apoyo en materia de violencia de género por parte de un trabajador social formado, se produce una disminución significativa de la violencia de pareja física, sexual y/o psicológica, además de reducirse el número de abortos y de recién nacidos de bajo peso así como la depresión postparto.
- De la Rue, Polanin, Espelage, Piggot (22) en su revisión a través de programas de prevención en escuelas, por medio de charlas, debates, conferencias, juegos de roles y vídeos, entre otros, obtuvo como resultado que los programas de prevención tienen un impacto en el conocimiento y las actitudes de la violencia de género entre adolescentes, ya que los estudiantes aumentaron sus conocimientos y actitudes en relación a la aceptación de la violencia en las relaciones. Tras la intervención también se redujo la aceptación de los mitos de violación e informaron de una mayor conciencia de enfoques apropiados para la resolución de conflictos. Sin embargo, los resultados para la perpetración de violencia en el noviazgo y la victimización indicaron que los programas de prevención no están afectando a estos comportamientos en gran medida.
- Jahanfar, Janssen, Howard, Dowswell (23) reflejaron cómo los programas de visitas domiciliarias perinatales, programas de asesoramiento individual y apoyo social tuvieron una evidencia limitada de los resultados primarios de la reducción de los episodios de violencia (física, sexual y/o psicológica) y la prevención de la violencia durante y hasta un año después del embarazo. Tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la intervención y el grupo control, con el riesgo de bajo peso al nacer del recién nacido, ni para la depresión en el embarazo ni el puerperio.
- Calvo González y Camacho Bejarano (24) en su revisión analizan las estrategias nacionales y autonómicas para la actuación sanitaria ante casos de violencia de género así como las consecuencias que sufren las mujeres afectadas y las implicaciones en el ámbito social y sanitario. Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la infradetección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados a pesar de que numerosos ayuntamientos y asociaciones de mujeres han puesto en marcha servicios de atención a mujeres maltratadas.

A continuación se muestra la Tabla 3 en la que se recoge el nivel de evidencia, grado de recomendación, puntuación CASPE y los principales resultados obtenidos, así como las intervenciones realizadas y la población.

Tras realizar una revisión de los diagnósticos de enfermería se pueden relacionar con la violencia de género los siguientes:

- Riesgo de trastorno de la identidad personal.

Definición: vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.

- Trastorno de la identidad personal.

Definición: incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

- Riesgo de baja autoestima situacional.

Definición: vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.

- Desempeño ineficaz del rol.

Definición: patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

- Relación ineficaz.

Definición: patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Tabla 3. Nivel de evidencia

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Año de publicación: 2013 Tipo de estudio: revisión sistemática que incluye un metaanálisis de una parte de los estudios CASPE: 10/10	13.027 mujeres ≥ 16 años pertenecientes a un centro socio-sanitario	Realización de diferentes tipos de <i>screening</i> llevados a cabo cara a cara, por escrito o mediante una encuesta computarizada	El cribado aumenta la identificación de las mujeres que sufren violencia de género pero no consigue disminuir la prevalencia. Sigue existiendo una necesidad urgente de realizar ensayos que sean capaces de evaluar los programas de detección seguida de una evaluación continua para comprobar si existe beneficio a largo plazo	El cribado es el punto de partida en la prevención secundaria, pero sin unas intervenciones eficaces que solucionen el problema, los resultados de agresiones por violencia de género no cambiarán	NE: 1 GR: A
Rangel da Silva L, Domingues Bernardes Silva M, Mota Xavier de Meneses T, Rodríguez Borrego, MA, Meneses dos Santos IM, Lemos A. Año publicación: 2011 Tipo de estudio: revisión de la literatura científica CASPE: 8/10	Mujeres y violencia de género	Analizan la relación de la violencia de género y sus implicaciones en el cuidado de la mujer. Cuantifican y explican el fenómeno de la violencia y su relación con el profesional de salud así como el aprendizaje de la violencia y la relación con el compañero	El hecho de que hayan aumentado el número de publicaciones sobre la violencia de género no implica que estas hayan servido para concienciar a la población. Es necesario reestructurar el comportamiento social basado en la desigualdad de género, tanto en la familia, como en las escuelas fomentando actividades de prevención de violencia de género.	Este artículo deja constancia de la importancia que tiene la formación de los profesionales para la prevención de la violencia de género generada por los hombres en las mujeres	NE: 3 GR: C

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
			Al ser el sistema de salud una de las principales puertas de entrada para las mujeres que sufren violencia de género, también es importante que los profesionales de enfermería estén capacitados para un adecuado apoyo y acompañamiento		
Fellmeth G, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Año de publicación: 2013 Tipo de estudio: revisión bibliográfica que incluye un meta-análisis de una parte de los estudios CASPE: 10/10	Jóvenes de 12 a 25 años (38 estudios con un total de 15.903 participantes)	Intervenciones educativas de prevención primaria y secundaria con el objetivo de reducir el nº de episodios de violencia, mejorar el bienestar mental, mejoras en el comportamiento y conocimiento sobre la violencia en el noviazgo y en el acceso servicios de apoyo	No hay evidencias sobre la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo en lo que se refiere a la violencia de género ni tampoco a las actitudes, aptitudes y comportamientos relacionados con la misma, pero sí se encontró un pequeño aumento del conocimiento sobre la violencia	Es necesario llevar a cabo intervenciones educativas desde edades tempranas para poder disminuir los episodios de violencia tanto en el noviazgo como en años posteriores	NE: 1 GR: A
Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M, Zimmerman C, Watts C, Annan J. Año de publicación: 2013 Tipo de estudio: ensayo controlado aleatorio CASPE: 10/11	Mujeres >18 años (47 grupos de 15-30)	Evaluar el impacto de la violencia del compañero íntimo tras la aplicación de "Grupos de Diálogo de Género" para la mujer y su pareja, que consistió en ocho sesiones	La justificación para golpear a la pareja se redujo significativamente así como el abuso económico, mientras que la capacidad para rechazar relaciones sexuales no varió significativamente	El diálogo como medida para abordar las desigualdades de género puede resultar útil para disminuir el número de casos de violencia de género, mostrando una evidencia de la necesidad de seguir	NE: 1 GR: A

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
				creando las intervenciones necesarias para radicar este problema social	
<p>Hegarty K, Tarzia L, Murray E, Valpied J, Humphreys C, Taft A, Oro L, Glass N.</p> <p>Año de publicación: 2015</p> <p>Tipo de estudio: ensayo controlado aleatorio</p> <p>CASPE: 10/11</p>	<p>Dos grupos de al menos 141 mujeres entre 16-50 años que sufren o han sufrido una relación abusiva y/o temor por parte de su pareja o expareja en los últimos seis meses y que tengan acceso a internet</p>	<p>El uso de la página web www.idecide.org.au como herramienta para llevar a cabo una autorreflexión sobre los comportamientos de la pareja, evaluar el peligro/seguridad y priorizar para llevar a cabo el plan de acción que mejor se adapte a cada situación y persona</p>	<p>Encontramos que la capacidad de la mujer de hacer frente a la situación aumenta y la depresión disminuye tras el periodo de intervención. Las acciones llevadas a cabo consiguen una mayor seguridad y bienestar</p>	<p>Este artículo propone el uso de Internet como una herramienta para hacer frente a la violencia de género, ya que en numerosas ocasiones no es fácil detectarlo en las consultas de AP pero sí a través de Internet debido al anonimato</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>
<p>Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MC, Anderson HA, Stetkevich N, Brown EW, Moideen F, Silverman JG.</p> <p>Año de publicación: 2012</p> <p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorio</p> <p>CASPE: 11/11</p>	<p>2.006 estudiantes varones incluidos en un programa de atletismo de educación secundaria de 16 escuelas</p>	<p>Se formó a los entrenadores para realizar un programa de prevención sobre violencia de género basado en discusiones semanales y encuestas con los atletas</p>	<p>Los deportistas que recibieron la intervención mejoraron tanto en el comportamiento como en la capacidad de intervenir ante una situación de violencia de género así como el reconocimiento de tales situaciones</p>	<p>La prevención a base de charlas y encuestas es una parte importante para hacer comprender que hay que evitar la violencia de género. En este estudio queda demostrada la efectividad de un programa de prevención primaria así como la facilidad para implantar un programa dentro de las actividades deportivas</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
<p>Lundgren R, Amin A.</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Tipo de estudio: revisión bibliográfica</p> <p>CASPE: 9/10</p>	<p>Niños y adolescentes de 10 a 26 años</p>	<p>Se llevaron a cabo diferentes intervenciones en diversos ámbitos de la comunidad dirigidas a niños y adolescentes expuestos a la violencia. También intervenciones en la familia para conseguir normas equitativas de género y no se encontraron intervenciones que abordaran el uso de alcohol</p>	<p>Los resultados de esta revisión indican que los programas con inversiones a largo plazo y la exposición repetida a las ideas entregadas en diferentes escenarios, con el tiempo tienen mejores resultados que las sesiones individuales de sensibilización o de discusión</p>	<p>Las intervenciones para prevenir la violencia de género llevadas a cabo desde la edad escolar suponen una mayor efectividad.</p> <p>Para crear conciencia sobre la necesidad de prevenir la violencia de género se deberían instaurar programas educativos en la escuela, en la comunidad en el ámbito familiar.</p> <p>Hace falta que se establezcan más medidas y que estén estandarizadas para los cambios de conducta</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>
<p>Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H.</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Tipo de estudio: revisión sistemática</p> <p>CASPE: 9/10</p>	<p>Mujeres embarazadas o puérperas</p> <p>Nueve estudios que incluían muestras desde 50 a 1054 mujeres</p>	<p>Programa de visitas domiciliarias en el periodo perinatal, e intervenciones de asesoramiento y apoyo en materia de violencia de género por parte de un trabajador social formado</p> <p>Algunos de los temas tratados fueron: relaciones abusivas, disputas</p>	<p>Las visitas domiciliarias con programas de asesoramiento indican una disminución significativa de la violencia de pareja física, sexual y/o psicológica</p> <p>Se redujo el número de abortos y de recién nacidos de bajo peso así</p>	<p>El aumento de la autoestima de las mujeres en el momento del embarazo a través de charlas y apoyo por parte de los servicios sociales, es fundamental para adquirir habilidades de protección frente a la violencia de género</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
		sin resolver, conflictos interpersonales, habilidades para gestionar sus sentimientos, depresión postparto y redes de apoyo social	como la depresión postparto. No hubo evidencia de un efecto negativo o perjudicial de las intervenciones		
De La Rue L, Polanin JR, Espelage DL, Piggot T. Año de publicación: 2014 Tipo de estudio: Revisión sistemática. CASPE: 10/10	Adolescentes de escuelas hasta secundaria. 23 estudios fueron incluidos en la revisión	Programas de prevención en escuelas, por medio de charlas, debates, conferencias, juegos de roles y videos entre otros, para aumentar el conocimiento sobre la violencia de género, cambiar actitudes y creencias que apoyen la violencia y reducir los incidentes de violencia de género. Se midió el impacto por test antes y después de la intervención	Los programas de prevención tienen un impacto en el conocimiento y las actitudes de la violencia de género entre adolescentes, ya que, los estudiantes aumentaron sus conocimientos y actitudes en relación a la aceptación de la violencia en las relaciones. Tras la intervención también se redujo la aceptación de los mitos de violación e informaron una mayor conciencia de enfoques apropiados para la resolución de conflictos. Sin embargo, los resultados para la perpetración de violencia en el noviazgo y la victimización indicaron que los	El conocimiento y el cambio de actitud son precursores importantes para abordar la violencia de género entre adolescentes. La sensibilización en este tema ayudará a los estudiantes a reconocer los comportamientos violentos y abusivos. Sin embargo, reducir el número de episodios de violencia de género no queda demostrado. Hacen falta más investigaciones con un periodo de seguimiento más amplio	NE: 1 GR: A

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
			programas de prevención no están afectando a estos comportamientos en gran medida (aunque sólo tres estudios se centraron en este tipo de resultados)		
<p>Jahanfar S, Janssen P, Howard L, Dowswell T.</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Tipo de estudio: revisión bibliográfica</p> <p>CASPE: 10/10</p>	10 ensayos con un total de 3.417 mujeres embarazadas (y en algunos casos, sus respectivas parejas)	<p>Programas de visitas domiciliarias perinatales, programas de asesoramiento individual y apoyo social.</p> <p>Se llevó a cabo una gestión individualizada de los casos y la derivación a un trabajador social así como múltiples sesiones de terapia durante el embarazo y postparto</p>	<p>Hay evidencia limitada de los resultados primarios de la reducción de los episodios de violencia (física, sexual y/o psicológica) y la prevención de la violencia durante y hasta un año después del embarazo.</p> <p>Tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la intervención y el grupo control, con el riesgo de bajo peso al nacer del recién nacido, ni para la depresión en el embarazo ni el puerperio</p>	<p>Está claro que cualquier intervención dirigida a evitar la violencia es válida. Se comprueba en este artículo que haciendo visible la presencia de una persona de apoyo a la mujer embarazada en su domicilio, sirve para aumentar la autoestima y sentirse protegida.</p> <p>Es de suma importancia prevenir la violencia de género durante el embarazo y postparto ya que supone un peligro tanto para la madre como para el bebé</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>
Calvo González G, Camacho Bejarano R.	43 artículos sobre la violencia de género	Búsqueda de las estrategias nacionales y autonómicas para la	Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las	Es necesario e importante que se lleve a cabo coordinación entre	<p>NE: 3 GR: C</p>

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características) Puntuación CASPE	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad: Nivel evidencia (NE) Grado Recomendación (GR)
Año de publicación: 2014 Tipo de estudio: revisión bibliográfica CASPE: 7/10		actuación sanitaria ante casos de violencia de género así como las consecuencias que sufren las mujeres afectadas y las implicaciones en el ámbito social y sanitario	mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la infra-detección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados a pesar de que numerosos ayuntamientos y asociaciones de mujeres han puesto en marcha servicios de atención a mujeres maltratadas	diferentes instituciones y también que se cumplan la normativa vigente por parte de dichas instituciones. Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo	

Conclusiones

La violencia de género es un grave problema de salud pública, por eso es necesario reestructurar el comportamiento social basado en la desigualdad de género, tanto en la familia, como en las escuelas fomentando actividades de prevención de violencia de género. Al ser el sistema de salud una de las principales puertas de entrada, también es importante que los profesionales de enfermería estén capacitados para un adecuado apoyo y puedan ayudar informando y educando.

Desde todos los ámbitos sociales se debe hacer hincapié en la prevención primaria para conseguir acabar con la violencia de género, ya que el cribado aumenta la identificación de las mujeres que sufren violencia de género pero no consigue disminuir la prevalencia, por lo que empezar a trabajar a partir de la prevención secundaria no conseguiría el objetivo de reducir al mínimo posible el número de víctimas de violencia de género.

Es necesario comenzar las intervenciones preventivas antes de la adolescencia, puesto que la media de edad para empezar una relación de pareja en España está disminuyendo y se debería formar a los jóvenes en relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

Los programas de prevención tienen un impacto positivo sobre los jóvenes, ya que aumentan los conocimientos y promueven actitudes de cambio con respecto a la violencia de género lo cual es fundamental para abordar el tema en cuestión y ayudar a los adolescentes a reconocer comportamientos violentos y abusivos.

Las intervenciones basadas en charlas, conferencias, encuestas, diálogo así como la realización de visitas domiciliarias como medidas para abordar las desigualdades de género, son útiles y de fácil aplicación en nuestro medio. Además, el uso de internet para hacer frente a la violencia de género es otra de las herramientas a destacar en la prevención debido al anonimato.

La dificultad en la detección de mujeres víctimas de violencia de género hace evidente la necesidad de una formación adecuada por parte de los profesionales que deben trabajar de forma interdisciplinar.

Mencionar también que pese a los esfuerzos realizados, así como los avances en materia jurídica, la aplicación legislativa en lo que se refiere a la violencia de género no siempre resulta efectiva.

La prevención primaria es una herramienta fundamental para lograr disminuir el número de víctimas que sufren violencia de género aunque las investigaciones realizadas indican que se ha de seguir trabajando en la búsqueda de evidencias sobre las intervenciones más efectivas.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
- [2] Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de Atención Primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Revista Española Salud Pública* 2012; 86:85-99.
- [3] Ruiz Pérez I, Blanco Prieto P, Vives Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria* [Internet]; 2004 [citado 15 nov 2016];18(2):4-12. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/violencia-contra-mujer-pareja-determinantes/articulo/13061990/>
- [4] Blanco P, Ruiz- Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* [Internet]; 2004 [acceso 21 marzo 2016];18(1):182-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004004400229
- [5] Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer y salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
- [6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2016. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasmortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2016_10_20_v25oct.pdf
- [7] Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (BOE), número 313, de 29 de diciembre de 2004.
- [8] Grupo EBE del área de Soria. Protocolo EBE de la Gerencia de Atención Primaria de Soria para búsqueda de evidencias. Soria 2010.
- [9] Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Cómo formular preguntas clínicas que usted pueda responder. En: Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (eds.). *Medicina basada en la evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- [10] Heather Herdman T. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2012-2014. NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [11] CASPe (Critical Appraisal Skills Programme). Programa de habilidades en lectura crítica y búsqueda de información científica. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>
- [12] New JBI Levels of Evidence. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- [13] New JBI Grades of Recommendation. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
- [14] Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Detección de mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja en ámbitos sanitarios. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 4. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9714945&DocumentID=CD007007>
- [15] Rangel da Silva L, Domingues M, Mota T, Rodríguez MA, Meneses dos Santos IM, Lemos A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. *Enfermería Global* [Revista en internet] 2011. [citado 15 nov 2016];(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011002200225
- [16] Fellmeth G, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults (Review). *The Cochrane Library* 2013. [citado 15 nov 2016];(6). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9714945&DocumentID=CD004534>
- [17] Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M, et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Côte d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC Internacional de Salud y Derechos Humanos* 2013. [citado 15 nov 2016];13(46). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9715312&DocumentID=CN-00915287>
- [18] Hegarty K, Tarzia L, Murray E, Valpied J, Humphreys C, Taft A, et al. Protocol for a randomised controlled trial of a web-based healthy

- relationship tool and safety decision aid for women experiencing domestic violence (I-DECIDE). *BMC Public Health*. 2015 [citado 15 nov 2016];15:736 .Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26231225>
- [19] Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MC, Anderson HA, et al. "Coaching Boys into Men": A Cluster-Randomized Controlled Trial of a Dating Violence Prevention Program. *Journal of Adolescent Health*. 2012 [citado 15 nov 2016];51. Disponible en: <http://www.biotechcochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9715312&DocumentID=CN-00749302>
- [20] Lundgren R, Amin A. Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness. *Journal of Adolescent Health*. 2015 [citado 15 nov 2016];56 (1 Suppl):S42-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528978>
- [21] Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. 2014; [citado 15 nov 2016]; 17;9(1):e85084. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482679>
- [22] De La Rue L, Polanin JR, Espelage DL, Piggot TD. School-Based Interventions to Reduce Dating and Sexual Violence: A Systematic Review Campbell Revisiones Sistemáticas. 2014. [citado 15 nov 2016];7. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:blM85PN7rHwJ:www.campbellcollaboration.org/library/download/394_a6b7a1b1e386d0e56077a402f480a645.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
- [23] Jahanfar S, Janssen P, Howard L, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb [citado 15 nov 2016];(2):CD009414. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450603>
- [24] Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global* 2014. [citado 15 nov 2016];13(33). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>

Feliz 2017



*Otro año más, desde Grupo Paradigma te deseamos una
Feliz Navidad y próspero Año Nuevo*

¹ David Sancho Cantus
² Salvador Alberola Juan

Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria

¹ Doctor en Enfermería. Profesor acreditado de la Facultad de Enfermería de la UCV San Vicente Mártir. Valencia.

Dirección de contacto: david.sancho@ucv.es

² Alumno del Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la UCV San Vicente Mártir. Valencia.

Resumen

Objetivo: en el presente artículo se mostrará la incidencia de casos en adolescentes que puedan sufrir un trastorno de la conducta alimentaria mediante la realización de un programa para contribuir a la prevención de su aparición.

Método: el programa se realiza en uno de los colegios de la Comunidad Valenciana, trabajando de manera activa con alumnos de 12 a 14 años, proporcionándoles estrategias para modificar comportamientos inadaptados. El programa se ha desarrollado en diversas sesiones tratando la imagen corporal, la autoestima, la repercusión negativa de la publicidad, los problemas que conlleva una incorrecta alimentación y el ejercicio físico.

Resultados: tras la evaluación realizada a cada alumno mediante los instrumentos utilizados se obtuvieron unos resultados donde se descubrió que existía una gran influencia sobre el modelo estético corporal, la apariencia y la conducta alimentaria.

Conclusiones: se puede afirmar que sería necesario insertar programas para fomentar la salud y bienestar de los adolescentes escolares.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; prevención; programa; adolescentes.

Abstract

A program to prevent and detect events in eating disorders (ET) in adolescents in secondary education

Purpose: the case incidence in adolescents having an eating disorder is assessed by means of a program aimed at contributing to prevent such disorders.

Methods: the program is implemented in a school in the autonomous region Valencian Community, through an active process in 12-14-years-old teenagers, with strategies being provided to modify maladjusted behaviors. The program was implemented through several sessions in which body image, self-esteem, negative impact of advertising, problems caused by a wrong diet, and physical exercise were discussed.

Results: an assessment using the provided tools was performed by each student. Results showed a substantial impact on cosmetic body models, appearance, and eating behavior.

Conclusions: programs to promote health and wellbeing among school teenagers are needed.

Key words: eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; prevention; program; adolescents.

Introducción

En la sociedad actual existe una excesiva preocupación por la apariencia física. La televisión, las revistas, los anuncios, los periódicos muestran diariamente cuerpos perfectos, donde los actores, modelos y presentadores se han convertido en un gran referente social, junto con las dietas y los productos milagrosos para adelgazar (1).

Estamos inmersos en una sociedad donde la delgadez se relaciona con la belleza, el éxito, la seguridad y ser aceptado. Esta preocupación por la apariencia física incrementa los problemas con la insatisfacción de la imagen corporal, y con ello los trastornos alimentarios (3).

La alimentación es una práctica primordial en el mantenimiento de la vida, condicionando la salud de la persona y su calidad de vida. En la etapa de la adolescencia, la alimentación es un tema relevante que debe tratar la disciplina de la enfermería escolar, debido al efecto que puede causar un rechazo en la alimentación, mediante la implantación de programas de prevención y promoción en la salud (4).

La alimentación entre los adolescentes ha sufrido cambios en los últimos tiempos, con una mayor preferencia hacia lo no saludable, incrementándose el consumo de comidas rápidas, gaseosas y azúcares y disminuyendo el consumo de verduras, frutas, leche y leguminosas. Como consecuencias de estos malos hábitos se desarrollan trastornos como la anorexia, la bulimia y la obesidad. Estos trastornos pueden llevar a la aparición de otras enfermedades crónicas, como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, osteoporosis y artritis, entre otras (4).

Los trastornos de conducta alimentaria han adquirido una gran relevancia sociosanitaria en las últimas décadas por su complejidad, gravedad y dificultad para poder establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones. Se trata de una patología de etiología multifactorial donde intervienen factores biológicos, familiares, factores genéticos y socioculturales que principalmente afectan a niños/as, adolescentes y jóvenes (5).

Todo lo mencionado anteriormente pone en evidencia la necesidad de fomentar programas de prevención e intervención para la aparición de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), generando programas de prevención primaria que ayuden a la reducción de la vulnerabilidad de la población ante los factores de riesgo que pueden llevar a este tipo de trastornos. De esta manera, se conseguirá reducir la incidencia de los TCA, disminuyendo su tasa de aparición e intentando detectar lo más precozmente este tipo de trastornos para conseguir un mayor éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento.

Revisión crítica del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos mentales que se caracterizan por una alteración de la conducta ante la ingesta alimentaria y un excesivo control por el peso (5).

Se trata de trastornos graves que afectan más a mujeres que a hombres y su aparición es más común en la adolescencia, en la etapa preadultez, y más frecuentes en sociedades desarrolladas donde la cultura que predomina enfatiza la delgadez, siendo una de las patologías psiquiátricas más preocupantes en la adolescencia por su alta incidencia y su alto índice de mortalidad (6,7).

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad basada en una distorsión de la imagen corporal, la persona se percibe a sí misma como obesa o con mayor peso del que en realidad tiene (8). Según Fairburn y Garner (7), la persona presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extrema de comida, pero también usan el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso.

Según Toro (9), la anorexia nerviosa es un trastorno polisintomático, donde al experimentar una pérdida de peso excesiva la persona sufre hipotermia y bradicardia; todo esto se produce porque su cuerpo se está defendiendo de la reducción de calorías procurando gastar menos.

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por el consumo desmesurado de grandes cantidades de comida en un periodo limitado de tiempo. Esta manera de comer no siempre está provocada por el apetito que tiene la persona por haber reducido la dieta, muchas veces tiene un comer emocional por problemas existenciales y emocionales, refugiándose de esta manera en la comida (1).

Estos atracones van seguidos de conductas para evitar aumentar de peso, estas conductas son: los vómitos provocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno y ejercicio físico desmesurado. A diferencia de la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa el peso no suele variar (6).

Los episodios bulímicos son descubiertos debido a las complicaciones médicas, como las lesiones dentales, un cuadro de intoxicación por el uso de vomitivos o anomalías en el ritmo cardíaco, sangrado esofágico, dolor abdominal, trastornos en los electrolitos corporales (el potasio), diarrea y deshidratación, entre otros (6).

Según Chabrol (11), a diferencia de la anorexia nerviosa, los signos físicos de la bulimia son escasos. Las fluctuaciones habituales del peso suelen ser en muchas ocasiones el único signo clínico evidente. El peso en la bulimia suele encontrarse en los límites normales, o ser inferior o superior (12).

Epidemiología

Según Turón (13), en las últimas décadas se ha multiplicado por cinco los casos de trastornos de la conducta alimentaria, según algunos estudios realizados la prevalencia entre adolescentes con anorexia nerviosa aumentan en un 0,5-1%. Este trastorno afecta en mayor número a mujeres que a hombres (9,5:0,5), según el DSM-5 (14) entre las mujeres existe una edad media de inicio del trastorno de 17 años, aunque existen estados subclínico en edades tempranas.

La prevalencia de bulimia nerviosa en la población es del 1-3%, igual que ocurre en la AN hay mayor número de mujeres afectadas. La edad de aparición de este trastorno suele ser más tardía que en la AN, entre los 18 y 25 años.

En algunos estudios españoles recopilados por Toro (9) se concluye que los adolescentes españoles se ven sometidos a una presión por adelgazar. En estos trabajos se utilizó el cuestionario EAT entre adolescentes de 12 a 19 años, donde se muestra que el 9,8% sufre de un trastorno alimentario (TA). Según Garfinkel y Garner (15), también se ha demostrado que hay poblaciones que son más susceptibles de padecer un TA que otros, en concreto aquellos países en desarrollo, pero según se ha observado cada vez existen más casos en las clases más desfavorecidas. No solo se basa en las clases socioeconómicas, sino que también existe una influencia en las profesiones, como afirma Toro y Villardell (16), por ejemplo, las gimnastas, modelos, actrices, etc., es decir, personas que tienen que mantener su cuerpo dentro de los cánones establecidos.

Comorbilidad

La comorbilidad de esta clase de trastornos es bastante alta. Según Braun, la depresión mayor es el trastorno más frecuente, debido a que aparece en un 40% de los casos, y como afirmó Halmi, la distimia la sigue con un 32%.

Como alegan Bullick, Sullivan, Fear y Pickering (17), la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes con anorexia nerviosa es del 60%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente con un 36%, seguido del trastorno de pánico con un 20% y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con un 16%. También se han observado síntomas característicos del TOC, como puede ser la preocupación obsesiva con la comida, y los hábitos de coleccionar recetas o almacenar alimentos. Por otra parte, la presencia de al menos un trastorno de personalidad en la anorexia nerviosa se presenta del 23% al 80%. Los trastornos de personalidad por evitación, dependencia y trastorno obsesivo compulsivo son los más frecuentes con un 30%.

Según Perpiña (18), en la bulimia nerviosa es habitual la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos. Otros síntomas del eje I se refieren a las conductas adictivas y al control de impulsos. En lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del eje II, los trastornos del cluster B: (histriónico, límite, narcisista y antisocial) son los más frecuentes en la bulimia nerviosa, con una prevalencia del 25%.

Factores determinantes del desarrollo de los trastornos alimentarios

La mejor forma de entender la complejidad de los TA es optar por un análisis multidimensional, considerando como determinantes los factores predisponentes, precipitantes y los perpetuantes.

Este enfoque se basa en la poca viabilidad que tiene el hablar de la causa en sí, hay que analizar las distintas circunstancias que se unen para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (19).

Cuando se habla de los factores predisponentes, se hace referencia a los factores individuales, familiares y culturales. En cuanto a los factores precipitantes son aquellos que inician el trastorno, relacionados con la derrota del individuo en adaptarse a ciertas circunstancias en momentos determinados como es el caso de antecedentes de sobrepeso, cambios físicos en la pubertad, las críticas por el aspecto o cambios bruscos en la vida.

El comienzo de un TCA coincide habitualmente con la experiencia real o subjetiva de algún fracaso personal. Este puede ocurrir en el rendimiento académico, los estudios de danza, en la práctica de deporte y en las relaciones personales, etc. (19).

Haciendo referencia a los factores de mantenimiento, se dice que son factores perpetuantes debido a las secuelas físicas y psicológicas de la limitación alimentaria.

Estos son los factores que conservan o alargan la evolución del trastorno una vez se ha desencadenado.

Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria son de gran relevancia en el campo sociosanitario por su gran complejidad, gravedad, dificultad, tratamiento y repercusión social.

Por todo esto, los trastornos de conducta alimentaria se han convertido en objetivo de estudio y preocupación de la Salud Pública, introduciendo programas preventivos para promover conductas de alimentación saludables en niños y adolescentes. La necesidad de destinar programas para contribuir en la prevención de los TCA en los adolescentes es apoyada por los estudios donde se observa el incremento de prevalencia que existe (1).

Prevención primaria

Es el primer de los tres niveles de prevención, en este nivel se intenta acercar a la población para conseguir un primer contacto, tiene como finalidad reducir o eliminar todos aquellos factores que contribuyen o causan la aparición del trastorno (23).

Según Turón (24), un programa de prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria debería plantear los siguientes aspectos: información, modificación de conductas precursoras de la enfermedad, identificación de los grupos de riesgo, acción sobre los estereotipos culturales y educación escolar.

Prevención secundaria

Este nivel de prevención está encaminado al diagnóstico precoz de la enfermedad en personas que aparentemente se encuentran sanas, pero que cumplen determinados requisitos para cierta enfermedad (25).

Prevención terciaria

Es el último nivel de prevención, en el cual su finalidad es restablecer la salud de la persona una vez haya aparecido la enfermedad (26).

Objetivos

Facilitar a los alumnos de ambos sexos y de edades comprendidas entre 12 y 14 años (1º ESO y 2º ESO) unos conocimientos sobre los TCA, sus tipos y características, dotándoles de pautas para prevenir su aparición y detectar la presencia de la misma. Todo ello evaluando las actitudes de los alumnos de secundaria, entrecruzando las variables de sexo y edad sobre las creencias de su apariencia física y la influencia de los factores socioculturales a los que están sometidos mediante instrumentos de evaluación.

Tipo de estudio

Por una parte el tipo de estudio que se realiza es un diseño descriptivo, observacional y transversal, se basa en situaciones que ocurren en condiciones naturales para conocer las características de los individuos, describiendo todas sus dimensiones,

describiendo el objetivo a estudiar, cómo identificar casos y examinando a la población según las variables del estudio en un momento determinado.

Muestra

La muestra a estudio está compuesta por 100 alumnos con edades susceptibles de padecer un trastorno de conducta alimentaria debido a su vulnerabilidad, pertenecientes a un centro educativo de la Comunidad Valenciana en el ciclo de educación secundaria obligatoria (ESO), con una población diana comprendida entre 1º y 2º ESO.

Se excluirán a todos los alumnos de educación primaria debido a que en su edad no está indicada la prevención en los trastornos de conducta alimentaria, ya que según su nivel de entendimiento y su desarrollo psicosocial no dan tanta importancia a su aspecto físico como los adolescentes.

VARIABLES A ESTUDIO

Las variables de estudio se encuentran recogidas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Variables de estudio

VARIABLE	ESTUDIO	TIPO DE VARIABLE
Sexo	Chicos y chicas	Cualitativa dicotómica
Edad	1º y 2º ESO	Cualitativa dicotómica
Imagen corporal	Sexo y edad	Cualitativa politómica
Autoestima	Sexo y edad	Cualitativa politómica
Conducta alimentaria	Sexo y edad	Cualitativa politómica

PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA

Para la implantación del programa se realizaron diversas sesiones donde se habló de temas que pueden producir susceptibilidad a la hora de desarrollar uno de los trastornos alimentarios conocidos (temas como la autoestima, la publicidad, la autoimagen, la alimentación y unos hábitos de vida saludable), sin informar de que este taller va dirigido a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria para no sesgar las respuestas de los cuestionarios.

Instrumentos

Inventario de Esquemas acerca de la Apariencia (ASI, Cash y Labarge, 1996)

El ASI (*Appearance Schemas Inventory*) es un instrumento que evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal. Consta de 14 afirmaciones que se puntúan de 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). A mayor puntuación, mayor valoración del aspecto físico. Las puntuaciones del inventario presentan una consistencia interna de .84 y una fiabilidad test-retest de .71 (28).

Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994)

El Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal es un instrumento con dos versiones diferentes, una para mujeres y otra para hombres, que se encarga de evaluar la relación entre el individuo y la cultura.

El CIMEC es un cuestionario que mide el impacto que determinados productos sociales (como puedan ser anuncios, revistas o televisión) tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. Está compuesto por 40 ítems.

Por otra parte, el CIMEC-26 presenta una aceptable consistencia interna tanto en población clínica como en población normal con una sensibilidad del 83,1% y una especificidad de 66,4% establecidos para un valor de corte de 16/17 puntos (29).

EAT- Cuestionario de actitudes ante la alimentación. *Eating Attitudes Test*. Versión española, (Gandarillas A, et al., 2003)

El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. El EAT es una herramienta autoaplicada de 26 ítems (EAT-26). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que va desde nunca a siempre. El rango de puntuación es de 0 a 78. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA. Con el punto de corte de 22 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7%, con un VPP del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8% (5).

Desarrollo del programa Cuadro 2.

Cuadro 2. Sesiones del programa

Sesión 1	La autoestima	Enseñar a mantener una adecuada autoestima
Sesión 2	La autoimagen	Aprender a no sobrevalorar la idea de la imagen corporal destruyendo las cualidades de la persona, facilitarles un conocimiento adecuado sobre la imagen y la influencia en su estado de ánimo
Sesión 3	La publicidad	Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y de su entorno
Sesión 4	La alimentación	Facilitar unos conocimientos adecuados sobre los problemas que conlleva en el organismo una incorrecta alimentación
Sesión 5	Hábitos de vida saludables	Facilitar información adecuada sobre la nutrición saludable
Sesión 6	Las dietas milagro	Descubrir la realidad de las dietas milagro y los problemas que conduce este tipo de dietas
Sesión 7	El ejercicio físico	Dar a conocer los problemas que puede llevar el exceso de ejercicio físico junto a una errónea alimentación

Resultados

Tras la aplicación de los cuestionarios realizados y los alumnos que participan en el programa que se implanta, se puede observar que de los 100 alumnos a estudio, el 52% son chicos (N= 52), y el 48% son chicas (N= 48). Se observa que se cuenta con 55,77% de alumnos chicos de 1º ESO (N= 29) y el 44,23% de 2º ESO (N= 23); y el 56,25% de alumnas chicas de 1º ESO (N= 27) y el 43,75% de 2º ESO (N= 21).

Según los datos obtenidos separando los sexos, las chicas son un total de N= 48, según los resultados obtenidos en el CIMEC tienen un rango de influencia del 33,3% (N= 16); y en los chicos con un total de N= 52 se obtiene unos resultados del 1,92% (N= 1), viendo un valor de influencia mayor en las chicas que en los chicos sin importar la edad (Tabla 1).

Además, esta diferencia alcanzó el nivel de significación estadística (p= 0) (Tabla 2).

En cuanto a los valores obtenidos en el cuestionario ASI, las chicas tienen una influencia alta del 6,25% (N= 3), y los chicos tienen una influencia alta del 1,925 (N= 1). Por eso se puede decir que las chicas tienen mayor influencia que los chicos, observando que se alcanzó un nivel de significación estadística (p= 0,578) (Tabla 3 y 4).

Tabla 1. Tabla cruzada de las variables genero * influencia CIMEC

		CIMEC		TOTAL
		Influencia	No influencia	
Sexo	Chica	16	32	48
	Chico	1	51	52
Total		17	83	100

Tabla 2. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	17,453 ^a	1	,000	,000	,000
Correlación de la continuidad ^b	15,298	1	,000		
Índice de probabilidad	20,189	1	,000	,000	,000
Prueba exacta Fisher				,000	,000
Nº casos válidos	100				

Tabla 3. Tabla cruzada de las variables genero * influencia ASI

		ASI			TOTAL
		Influencia alta	Influencia baja	Influencia media	
Sexo	Chica	3	23	22	48
	Chico	3	23	22	48
Total		4	48	48	100

Tabla 4. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	MONTE CARLO SIG. (DOBLE CIEGO)		
				Sig.	95% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Pearson Chi-cuadrado	1,259 ^a	2	,533	,670b	,578	,762
Índice de probabilidad	1,304	2	,521	,670b	,578	,762
Prueba exacta Fisher	1,204			,670b	,578	,762
Nº casos válidos	100					

Para finalizar, respecto a las variables del sexo y los cuestionarios realizados, el último es el EAT-26, las chicas obtienen unos valores con un alto riesgo ante la conducta en la alimentación de un 16,66% (N= 8) y los chicos presentan un riesgo alto del 5,76% (N= 3), alcanzando el nivel de significación estadística ($p= 0,112$). De este modo, se puede afirmar que las chicas tienen mayor riesgo que los chicos ante una conducta de riesgo alimentaria, pudiendo guardar una relación entre los diversos cuestionarios utilizados para poder verificar que existe una relación entre la imagen corporal, la apariencia y la conducta alimentaria para desarrollar en un futuro uno de los TCA (Tabla 5 y 6).

Tabla 5. Tabla cruzada de las variables genero * riesgo EAT-26

		AET26		TOTAL
		Alto riesgo	No riesgo	
Sexo	Chica	8	40	48
	Chico	3	49	52
Total		11	89	100

Tabla 6. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	3,028 ^a	1	,082	,112	,077
Correlación de la continuidad ^b	2,017	1	,156		
Índice de probabilidad	3,110	1	,078	,112	,077
Prueba exacta Fisher				,112	,077
Nº casos válidos	100				

A continuación se exponen los resultados obtenidos en cuanto a la edad, pero sin mantener la variable de sexo en cada momento.

Tras la evaluación de los resultados obtenidos en el CIMEC según la edad de los participantes, se puede observar que de 1º ESO tienen una influencia del 14,28% (N= 8) y los alumnos de 2º ESO presentan una influencia del 20,45% (N= 9), en este caso los alumnos de 13 a 14 años tienen mayor influencia en este aspecto (Tabla 7).

Tabla 7. Tabla cruzada de las variables edad * influencia CIMEC

		CIMEC1		TOTAL
		Influencia	No influencia	
Edad	12 a 13	8	48	56
	13 a 14	9	35	44
Total		17	83	100

Además, esta diferencia alcanzó el nivel de significación estadística ($p= 0,435$) (Tabla 8).

En cuanto a la influencia en el cuestionario ASI respecto a los alumnos de 1º ESO, tienen una influencia alta en un 0% ($N= 0$) y los alumnos de 2º ESO, del 9,09% ($N= 4$). Tras los resultados obtenidos se observa que los alumnos de 13 a 14 años presentan mayor influencia que los de 12 a 13 años, obteniendo el valor de significación estadística ($p= 0,02$) (Tabla 9 y 10).

Tabla 8. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	,665 ^a	1	,415	,435	,291
Correlación de la continuidad ^b	,299	1	,584		
Índice de probabilidad	,660	1	,417	,435	,291
Prueba exacta Fisher				,435	,291
Nº casos válidos	100				

Tabla 9. Tabla cruzada de las variables edad * influencia ASI

		ASI			TOTAL
		Influencia alta	Influencia baja	Influencia media	
Edad	12 a 13	0	29	27	56
	13 a 14	4	19	21	44
Total		4	48	48	100

Tabla 10. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	MONTE CARLO SIG. (DOBLE CIEGO)		
				Sig.	95% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Pearson Chi-cuadrado	5,472 ^a	2	,065	,070b	,020	,120
Índice de probabilidad	6,952	2	,031	,070b	,020	,120
Prueba exacta Fisher	5,114			,070b	,020	,120
Nº casos válidos	100					

Como último apartado de esta variable de edad con respecto a los cuestionarios llevados a cabo, se puede observar la correlación entre la edad y el EAT-26:

Los alumnos de 1º ESO presentan un alto riesgo ante la conducta alimentaria del 14,28% ($N= 8$) y los alumnos de 2º ESO, del 6,81% ($N= 3$). Se puede decir, por tanto, que la edad con mayor influencia en el rechazo a la conducta alimentaria son los alumnos de 12 a 13 años, alcanzando un valor de significación estadística ($p= 0,338$) (Tabla 11 y 12).

Tabla 11. Tabla cruzada de las variables edad * riesgo EAT-26

		AET26		TOTAL
		Alto riesgo	No riesgo	
Edad	12 a 13	8	48	56
	13 a 14	3	41	44
Total		11	89	100

Tabla 12. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	1,403 ^a	1	,236	,338	,196
Correlación de la continuidad ^b	,744	1	,388		
Índice de probabilidad	1,466	1	,226	,338	,196
Prueba exacta Fisher				,338	,196
Nº casos válidos	100				

Discusión

En el presente trabajo de investigación se ha analizado la influencia sobre los modelos sociales, la apariencia y la conducta frente a los alimentos en los adolescentes de entre 12 y 14 años de edad.

En los resultados obtenidos en el cuestionario del CIMEC sobre la influencia en el modelo social contrasta lo mencionado por Toro (9), donde señala que los adolescentes españoles se ven sometidos a una presión por adelgazar, y parte de esto es debido a la influencia social a la que se ven sometidos. Como se ha mencionado anteriormente, para la mayoría de las mujeres estos cánones de belleza son totalmente difíciles de alcanzar, llevando a compararse y a adoptar una insatisfacción y actitud negativa hacia su cuerpo (20).

Evaluando el cuestionario del ASI sobre la apariencia se puede observar que entre el sexo femenino existe un mayor número de casos tal y como indica López (3), siendo este uno de los aspectos que llaman la atención de los trastornos de conducta alimentaria, la importancia tanto de la apariencia física en la valoración global de la persona como en su autoestima.

Con respecto al último de los instrumentos utilizados en el estudio EAT-26, donde se evalúa la conducta que tienen los adolescentes frente a la comida, se observa que las chicas sufren un alto riesgo en el 16,66% de los casos, mientras que los chicos tienen una puntuación en porcentajes del 5,76%.

Tal y como indica Turón (13), se puede observar que existe un riesgo alto entre los adolescentes de padecer un trastorno de conducta alimentaria, siendo las mujeres las más afectadas en estos trastornos a una edad media de inicio de 17 años y existiendo un estado subclínico en edades inferiores, según nos indica el DSM-5 (10).

De este modo, se demuestra que las chicas tienen más riesgo de sufrir uno de estos trastornos de conducta alimentaria, ya que según este estudio el sexo femenino tiene mayor influencia en los modelos estéticos y ello produce una disminución en su autoestima y un mayor rechazo a los alimentos.

Todos estos datos mencionados anteriormente siguen la línea de estudios anteriores donde señalan que la población femenina tiene mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, como indica Toro (9).

Una vez estudiada la relación de los instrumentos con la variable edad, según el cuestionario del CIMEC, se observa que los alumnos de 2º ESO presentan una mayor influencia sobre el modelo estético corporal, al igual que ocurre con el cuestionario ASI sobre apariencia.

Para finalizar, en el análisis del instrumento EAT-26 con relación a la variable de la edad se puede observar que los alumnos de 1º ESO presentan un mayor riesgo, y que los resultados hallados en el instrumento EAT-26 no siguen una correlación donde a mayor edad mayores casos.

En uno de los últimos estudios realizado por Peláez (5), en Madrid en 2007, se expone que existe un porcentaje del 0,00-0,33% de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 21 años independientemente de la variable edad.

Para concluir, decir que las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir uno de los trastornos de conducta alimentaria y que en este caso no se puede utilizar la variable de la edad para comprobar que los alumnos de 2º ESO tienen mayor riesgo que los alumnos de 1º ESO, aunque en estos se puede observar que tienen una mayor influencia en el modelo estético y en la apariencia, así como en su autoestima, ya que todo va entrelazado, donde un comportamiento dará paso al siguiente, pudiendo suceder en un futuro un rechazo en la alimentación y, finalmente, producir un trastorno de la conducta alimentaria.

Conclusiones

Con este trabajo se ha intentado implantar un programa para contribuir a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria e intentar modificar sus conductas en un futuro.

Aunque no se ha podido reevaluar sus modificaciones tras las sesiones del taller, sí se ha podido evaluar si las alumnas de secundaria tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno de conducta alimentaria, mediante los instrumentos que evalúan los factores socioculturales que influyen en el modelo estético y la apariencia, así como la edad y el sexo.

Se ha demostrado mediante los resultados obtenidos que las chicas tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), debido a que puntúan más alto en los instrumentos aplicados, obteniendo un número más elevado de casos en riesgo.

El sexo, por tanto, es uno de los factores que influyen en el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, junto con una influencia de los modelos estéticos, la importancia de la apariencia y la autoestima.

En cuanto a la edad puede llegar a ser un factor de riesgo, afectando en el inicio de la pubertad. La importancia de un modelo estético y la apariencia son factores que influyen en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

Por ello, sería necesario desde el punto de vista de la educación sobre la salud, implantar programas que ayuden a reforzar la autoestima de los adolescentes, que encuentren un modelo estético adecuado a unos valores importantes y que empiecen a entender la realidad de la apariencia, donde no es el pilar fundamental del triunfo en la vida.

Bibliografía

- [1] Jorquera Rodero M. Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad valenciana [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2009.
- [2] Castro Fornieles J, Toro Trallero J. Anorexia nerviosa: el peligro de adelgazar. Barcelona: Morales i Torres editoriales.; 2004.
- [3] López Castillo P. Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal: un estudio de series de casos [tesis master]. Castellón: Universitat Jaume I; 2013.
- [4] Osorio-Murillo O, Amaya-Rey MCP. La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. Aquichán [revista en Internet]. 2011 Agost [citado 6 oct 2016];11(2):199-216. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1657-59972011000200007

- [5] 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. 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; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- [6] Del Bosque Chávez ML. Taller para la prevención de trastornos alimentarios [tesis doctoral]. México: Universidad Veracruzana; 2004.
- [7] Raich Escursell RM. Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Editorial Pirámide; 1999.
- [8] López GAF, Nachón García MG, Hernández Parra TG. Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y salud (Mex)*. 2003; (13):121-33.
- [9] Toro Trallero J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel; 1996.
- [10] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2014.
- [11] Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- [12] Chabroi H. La anorexia y la bulimia en la adolescencia. Francia: Editorial Davinci Continental; 2009.
- [13] Turón Gil VJ. Trastornos de alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Editorial Masson; 1997.
- [14] American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- [15] Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia Nerviosa: a multidimensional perspective; Vol (13). New York: Editorial Brunner-Mazel; 1982.
- [16] Toro Trallero J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1998.
- [17] Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997 Nov; 185(11).
- [18] Perpiña C. Trastornos alimentarios: Manual de psicopatología. Vol (1). Madrid: Editorial MacGraw-Hill; 1995.
- [19] Marco H, Botella C, Perpiña C. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: un estudio controlado sobre la importancia de la intervención en la imagen corporal. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
- [20] Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 6 oct 2016];27(2):391-401. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5573.pdf>
- [21] Hernández-Cortés LM, Londoño Pérez C. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anal. Psicol.* [revista en Internet]. 2013 Oct [citado 6 oct 2016];29(3):748-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013003300114
- [22] Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int* [revista en Internet]. 2011 Abr [citado 6 oct 2016];33(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es
- [23] Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria*. 2001 Abril; 27(6):428-31.
- [24] Turón Gil VJ. Historia, clasificación y diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial Masson; 1997.
- [25] Llanos Martín S. Prevención para la salud en el ámbito de la formación inicial de los profesionales de la educación en la E.U.E de Palencia: una propuesta de intervención. [Trabajo de grado en educación social]. Palencia: Escuela Universitaria de Educación de Palencia, Universidad de Valladolid; 2012.
- [26] Programa D.I.C.T.A., Conselleria de Sanitat [Internet]. Comunitat Valenciana: Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat [citado 6 oct 2016]. Disponible en: <http://www.ditca.net/index.asp>
- [27] Cash TF, Labarge AS. Development of the Appearance Schemas Inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*. 1996; 20(1):37-50.
- [28] Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.1994; 89:147-151.
- [29] Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez R. Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*. 2004; 22(1):247-55.

¹ Óscar Martín López
² Teresa Nieto Hernández
² Germán Durán Vivas
³ Mercedes Villaverde Rodríguez
⁴ Celsa María Torres López
⁵ María José Calderón Sánchez

Enfermedad crónica y vacunación antineumocócica

¹ E.I.R. Familiar y Comunitaria C.S. La Paz. Badajoz.

Dirección de contacto: oscarmartinlopez7@hotmail.com

² Enfermera C.S. La Paz. Badajoz.

³ Enfermera C.S. Valdepasillas. Badajoz.

⁴ Enfermera C.S. Montijo. Montijo.

⁵ Enfermera C.S. Villanueva I. Villanueva de la Serena.

Resumen

Objetivo: la infección por *Streptococcus pneumoniae* es causa habitual de morbimortalidad en las personas adultas con patología de base. Es en Atención Primaria donde se ha de fomentar la vacunación para prevenir sus complicaciones. El objetivo de este artículo es mejorar el estado inmunitario frente al *Streptococcus pneumoniae*.

Metodología: estudio descriptivo transversal, formado por 425 personas mayores de 18 años, con insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, enfermedad cardiaca crónica, diabetes mellitus y/o EPOC/asma.

Resultados: los participantes en tratamiento inmunosupresor presentan mayor percepción de gravedad de su enfermedad, seguidos de los usuarios con EPOC/asma y enfermedades cardiacas crónicas. Sin embargo, esta autopercepción no se traduce en un aumento de la intención de ser vacunado.

Conclusiones: es necesario fomentar la implicación de las enfermeras en el proceso vacunal, como forma de mejorar el estado inmunitario de la población. Por otro lado, los motivos que llevan a los usuarios a vacunarse son muy variados, teniendo un gran peso los motivos económicos.

Palabras clave: enfermedad crónica; percepción de la gravedad; vacunación antineumocócica.

Abstract

Chronic disease and pneumococcal immunization

Purpose: infection with *Streptococcus pneumoniae* is a common cause of morbidity and mortality in adults having an underlying disorder. Immunization to prevent complications should be promoted in primary care. We aimed at improving immune status against *Streptococcus pneumoniae*.

Methods: a cross-sectional descriptive study in 425 adults older than 18, with chronic renal failure, immunosuppressive therapy, chronic heart disease, diabetes mellitus, and/or COPD/asthma.

Results: participants on immunosuppressive treatment showed a higher awareness of serious diseases, followed by those having COPD/asthma and chronic heart diseases. However, such awareness does not result in an increased intention to receive immunization.

Conclusions: nurses involvement in vaccination process should be promoted in order to improve immune status in the population. Furthermore, a variety of reasons exist to wish vaccination, with financial issues being very important.

Key words: chronic disease; awareness of seriousness; pneumococcal immunization.

Introducción

El *Streptococcus pneumoniae* constituye una causa importante de morbimortalidad en el mundo, suponiendo –según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)– alrededor de 1,6 millones de muertes anuales, afecta principalmente a los grupos de niños menores de 2 años y al de personas ancianas (1).

En el caso de la edad infantil, su incidencia y complicaciones han disminuido gracias a la inclusión de la vacuna neumocócica conjugada 13-valente (VNC13) dentro de los calendarios sistemáticos de vacunación. Sin embargo, en el caso de los adultos, el *S. pneumoniae* se encuentra detrás de cerca del 50% de los casos de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), esto produce de forma estimada una mortalidad alrededor del 1% en el caso de adultos jóvenes, y de entre el 10 y el 30% en el caso del anciano debido a NAC y/o enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en los casos más graves (1-3).

A pesar de todo, la edad no es el único factor implicado en el aumento del riesgo de complicaciones y mortalidad relacionado a la NAC y/o ENI. Existen determinadas condiciones y enfermedades que pueden aumentar el riesgo de infección por *S. pneumoniae* como son aquellas situaciones que conllevan déficit inmunitario o alteraciones de las defensas locales del órgano diana, como ocurre en los casos de enfermedad renal, hepática, respiratoria y cardiovascular crónica, personas infectadas por VIH, o personas que han recibido trasplante de órganos sólidos, entre otros (4,5).

Sin embargo, esta es una enfermedad potencialmente prevenible a través de la vacunación. Para ello existen dos tipos de vacunas (5):

- **Vacuna neumocócica polisacárida 23-valente (VNP23):** contiene polisacáridos capsulares simples, que protegen contra la infección de 23 serotipos distintos. Se caracteriza por:
 - No generar memoria inmunitaria a largo plazo. Presenta una disminución de los niveles de anticuerpos a lo largo del tiempo debido a la generación de respuesta inmunitaria independiente de linfocitos T.
 - No afecta a la colonización nasofaríngea.
 - Se ha observado la generación de tolerancia inmunitaria, es decir, se generan niveles de anticuerpos menores con la repetición de dosis vacunales.
- **Vacuna neumocócica conjugada 13-valente (VNC13):** contiene polisacáridos capsulares de 13 serotipos, conjugados con proteína diftérica modificada CRM 197. Se caracteriza por:
 - Crear memoria inmunitaria a largo plazo.
 - Poseer respuesta inmunitaria potente frente al *S. pneumoniae*.
 - Disminuye la colonización nasofaríngea.

Debido a los beneficios que aporta la VNC13 frente a la VNP23, los documentos de consenso de las sociedades científicas más directamente implicadas en el tratamiento de las personas susceptibles de desarrollar NAC y/o ENI, recomiendan la vacunación con al menos una dosis de VNC13 en todas aquellas personas susceptibles, junto con la vacunación con VNP23 correspondiente (5).

Si se tiene en cuenta que es en Atención Primaria donde se tiene un contacto más cercano y prolongado con este tipo de usuarios, se entiende que es el lugar idóneo donde los profesionales de Enfermería deben desarrollar su faceta preventiva mediante la detección de las personas susceptibles de vacunación y la información acerca de las vacunas disponibles, con el fin de que tengan los conocimientos necesarios para tomar las decisiones que afectan a su salud.

Por ello, con el fin de conocer y mejorar el estado de inmunización de la población al respecto y cómo es su percepción acerca de su estado de salud general, se presenta el siguiente estudio.

Objetivo general

Mejorar el estado de vacunación frente a la vacunación antineumocócica en las personas con patología crónica de base que son atendidas por los centros de salud participantes del Sistema Extremeño de Salud.

Objetivos específicos

- Aumentar la tasa de vacunación de la población con respecto a la vacunación antineumocócica conjugada 13-valente.
- Valorar la autopercepción de los usuarios acerca del nivel de gravedad que las patologías de base tienen para su salud.
- Conocer la actitud de la población frente a la vacunación antineumocócica (deseo de ser o no vacunado y las causas que aportan sobre ello).
- Fomentar la implicación de los profesionales de enfermería en la vacunación de la población adulta pertenecientes a grupos de riesgo.

Metodología

- **Diseño:** estudio descriptivo de corte transversal multicéntrico, llevado a cabo en once centros de salud del Sistema Extremeño de Salud.
- **Población diana:** adultos atendidos en las consultas de Enfermería de Atención Primaria de Salud, los cuales presentan patologías de base que suponga su inclusión en los grupos de personas susceptibles de vacunación antineumocócica establecidos en el documento de consenso de las sociedades científicas al respecto.
- **Muestra:** 425 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico intencional, al cumplir los siguientes criterios de inclusión:
 - Mayor de 18 años.
 - Presentar alguna de las siguientes patologías de base:
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Recibir tratamiento inmunosupresor.
 - Enfermedad cardíaca crónica.
 - Diabetes mellitus.
 - EPOC y asma.
 - Participación voluntaria.
- **Variables de medida:** en la realización del estudio se recogieron las siguientes variables mediante encuesta llevada a cabo por las enfermeras participantes durante las consultas de seguimiento:
 - Datos demográficos.
 - Enfermedad o enfermedades de base que llevan a su inclusión en el estudio.
 - Autopercepción de la gravedad de la enfermedad de base y el riesgo de padecer NAC y/o ENI, medida mediante escala numérica del 1 al 10.
 - Encuesta vacunal, recogiendo todo el proceso llevado a cabo.
- **Desarrollo del acto vacunal:** no se ha de entender la vacunación como una técnica en la que solamente se administra una vacuna, sino que se trata de un proceso que incluye tanto la captación de las personas candidatas de vacunación, la revisión de su estado inmunitario, la información sobre las vacunas disponibles en cada situación de acuerdo con la evidencia científica existente y, finalmente, la administración, o no, de la vacuna, respetando el deseo de los usuarios de vacunarse o no vacunarse.

Por ello, en el desarrollo del presente estudio, la vacunación en los grupos de riesgo incluidos se realizó de forma protocolizada en las consultas de enfermería, donde se desarrolló un papel activo en todo el proceso. Una vez identificados los usuarios que serían candidatos a la vacunación, se aportó una información objetiva, completa y comprensible, adaptada al estado de cada usuario, teniendo en cuenta que el único responsable en decidir vacunarse o no es el propio usuario.

Durante la primera visita se llevó a cabo la encuesta de inclusión en el estudio, rellenando los datos personales, demográficos y de autopercepción sobre la gravedad de la patología de base que presenta.

A continuación se le informó de manera verbal y por escrito, mediante documentos unificados, de qué es, cómo se produce y qué riesgos supone la infección por *S. pneumoniae*, así como los beneficios para su salud de la vacunación antineumocócica.

Si tras ser informado la persona decide vacunarse se le informa de cómo se deberá desarrollar el protocolo de vacunación, de acuerdo con la evidencia científica existente y su estado de salud. En el caso de no estar vacunados previamente con VNP23, se llevó a cabo la vacunación con VNC13 en primer lugar y se le recordó a los usuarios que deberían acudir tras un periodo mínimo de dos meses a la consulta de enfermería para su vacunación con VNP23 (5).

En el caso contrario de que hubiera sido vacunado con anterioridad con VNP23, se indaga sobre la fecha de vacunación con el fin de respetar el intervalo mínimo entre ambas vacunas (12 meses). Si los intervalos entre dosis son correctos, se llevó a cabo la vacunación con VNC13.

Si tras la información oral y escrita recibida en esta primera consulta decide no vacunarse, se recogió en la encuesta vacunal el motivo por el que declinó esta posibilidad, y se citó a los usuarios en una nueva consulta para comprobar si tras analizar la información aportada deseó en esta ocasión vacunarse o continuar sin hacerlo.

- **Análisis estadístico:** con los datos recogidos se llevó a cabo su análisis con el programa informático SPSS en su versión número 22 para Windows.

Resultados – discusión

De los 425 participantes, 220 son hombres (51,8%), 176 mujeres (41,4%) y 29 de las encuestas realizadas no tenían registrado el sexo del participante. La edad media de la muestra se situó en los 65,5 años (66 años de media en el caso de los varones y 65 en el caso de las mujeres).

Si se compara la edad por grupos se observa que el 68,2% de los participantes tiene una edad superior a los 60 años, lo cual indica que dicha población ya posee un riesgo aumentado de sufrir NAC y/o ENI solamente por su edad, sin tener en cuenta sus patologías (1-4).

Al continuar con el análisis si se incluyen las patologías presentadas se puede observar que la más habitual es la diabetes mellitus (34,5%), seguida de la recepción de tratamiento inmunosupresor (22,6%), la presencia de enfermedades cardíacas crónicas (20,4%), la insuficiencia renal crónica (12%) y la presencia de EPOC/asma (10,4%). Sin embargo, se debe tener en cuenta la existencia de 67 participantes con pluripatología que presentan dos o más patologías que justifican su inclusión en el estudio (5).

Con respecto a la autopercepción de gravedad de la patología de base y su afectación al estado general de la persona, los participantes situaron este valor en los 7,45 puntos de media de un máximo de diez posibles. Sin embargo, esta puntuación es diferente según la patología presentada, siendo ligeramente mayor en el caso de los participantes que están recibiendo tratamiento inmunosupresor (Gráfico 1).

Una vez conocidos los datos demográficos y la autopercepción que poseen los participantes de la muestra sobre la gravedad de sus patologías y su influencia global en la salud, se llevó a cabo el análisis del acto vacunal. Se obtuvieron los siguientes datos:

Tras la primera visita informativa, 184 personas (43,4% de la muestra) decidieron vacunarse con VNC13, mientras que 240 (56,6%) decidieron no vacunarse en dicho momento. En cuanto a sus razones, en un 23,8% denegaron la vacunación debido a motivos económicos, ya que la vacunación con VNC13, pese a su recomendación a todos los grupos de riesgo incluidos (5), solamente se encuentra financiada por el Sistema Extremeño de Salud (SES) en los casos de insuficiencia renal crónica y tratamiento inmunosupresor. El 11,3% basó su rechazo en la idea de que ellos no creían necesitarla; el 4,5% no quería vacunarse debido a que consideraba que, a pesar de la información aportada verbalmente y por escrito esta no era suficiente; el 4% de participantes consideró que no quería vacunarse ya que ellos no creían en las vacunas en general; y los restantes (13%) argumentaron que necesitarían un tiempo para pensárselo, sin aportar ninguna otra razón.

Hasta el momento del cierre de recogida de datos en esta primera etapa del estudio, de las 240 personas que decidieron no vacunarse, 54 de ellas fueron reevaluadas, de las cuales 7 (13% de las personas reevaluadas) decidieron vacunarse; sin embargo 45 (83,3%) mantuvieron su negativa y dos (3,7%) manifestaron encontrarse aún en dudas.

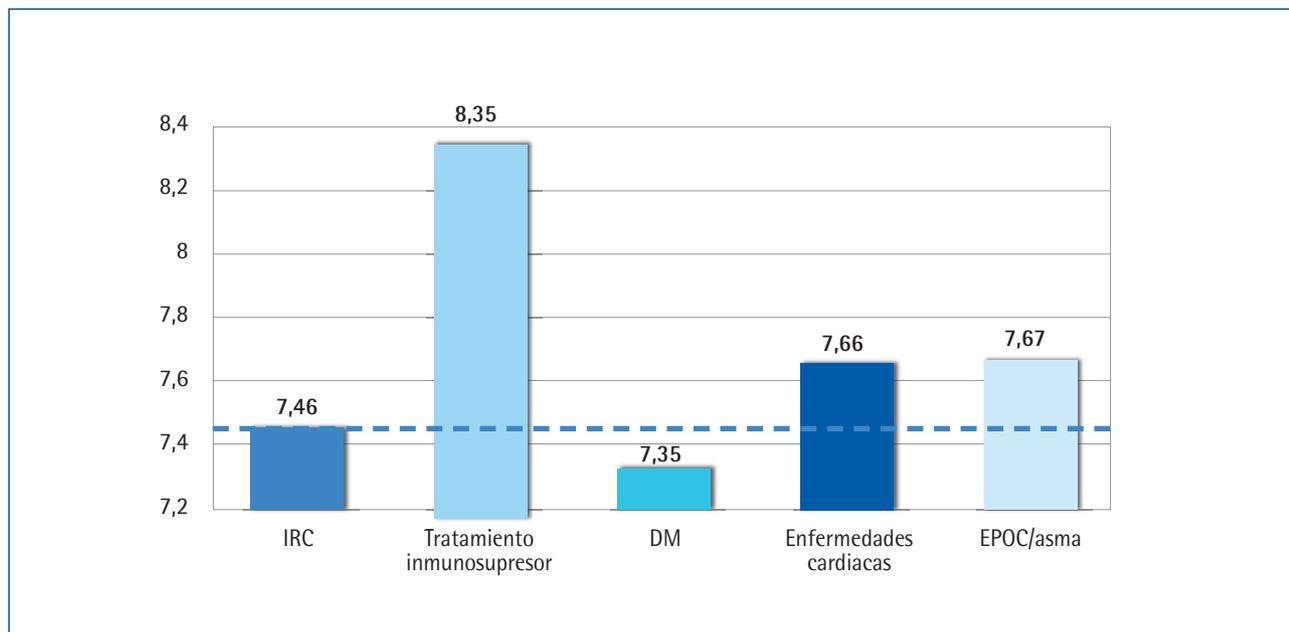


Gráfico 1. Autopercepción de la gravedad

Según estos datos, en la primera etapa del estudio, de las 425 personas incluidas fueron vacunadas 191 con la VNC13 lo que supone el 44,9% de la muestra.

Por patologías, la que consiguió la mayor cobertura en el proceso fue el grupo de usuarios que recibe tratamiento inmunosupresor, seguido de los participantes con insuficiencia renal crónica y los que presentan EPOC y/o asma (Gráfico 2).

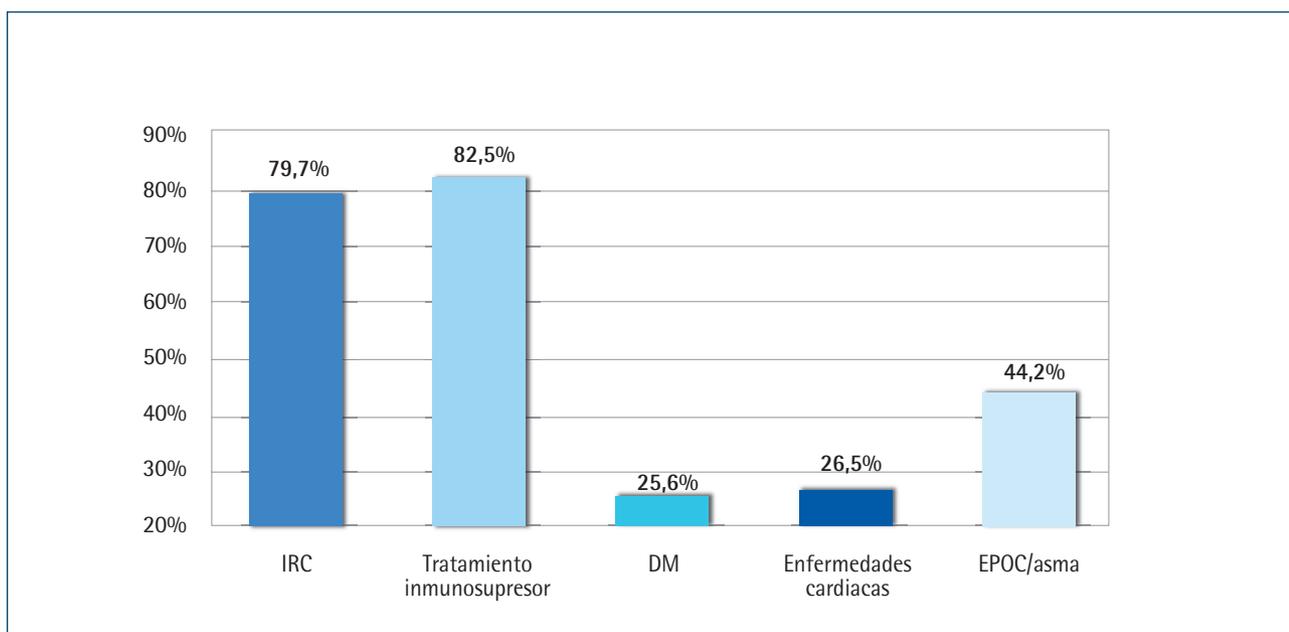


Gráfico 2. Cobertura vacunal según patologías

En relación a la percepción de la gravedad de la patología de base, también existen diferencias entre las personas vacunadas y las no vacunadas. En el caso de las personas que decidieron vacunarse con VNC13, presentaron una autopercepción de 8,6 puntos de 10 posibles, mientras que en el caso de las personas que no se vacunaron la percepción media fue de 6,3 puntos (Gráfico 3).

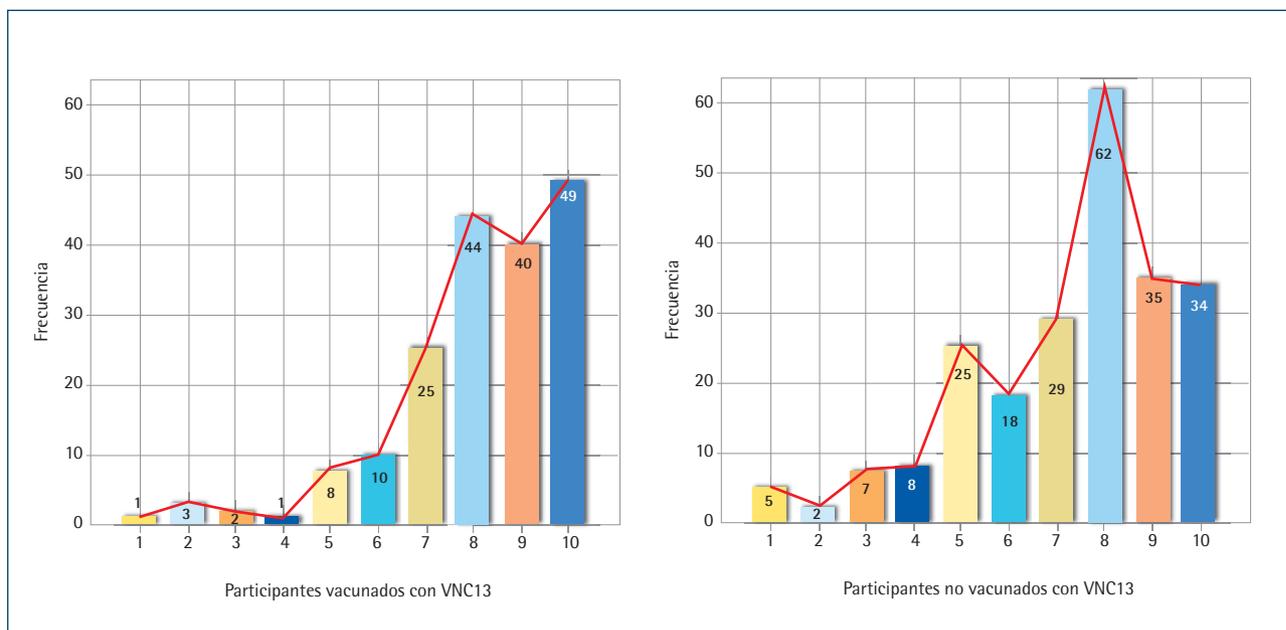


Gráfico 3. Comparación de la gravedad percibida entre los participantes vacunados y no vacunados con VNC13

Finalmente, también fueron estudiadas las diferencias entre la cobertura vacunal de los participantes con vacunación financiada (insuficiencia renal crónica y personas en tratamiento inmunosupresor) y no financiada (diabetes mellitus, enfermedades cardíacas crónicas y EPOC/asma). Se encontraron grandes diferencias en cuanto a sus coberturas vacunales (Gráfico 4).

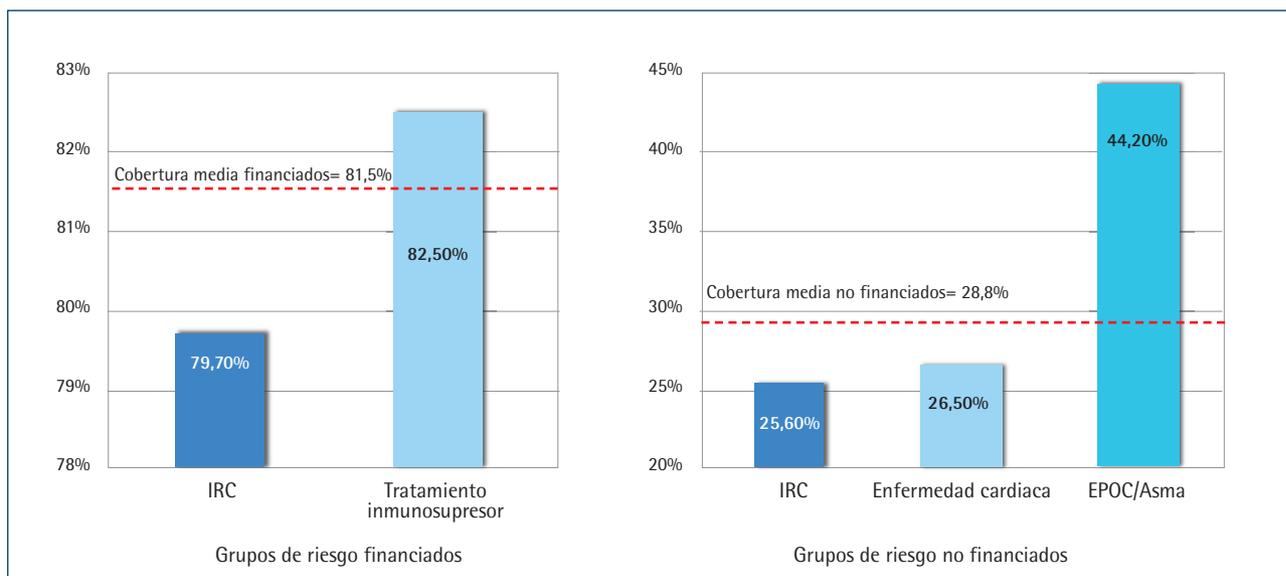


Gráfico 4. Comparación coberturas vacunales VNC13 en grupos de riesgo según su financiación

En el caso de vacunación gratuita se alcanzó una tasa media de vacunación del 81,5% frente al 28,8% alcanzado entre las personas que deben costear la vacunación ellas mismas.

Conclusiones

Con los datos expuestos anteriormente se destacan las siguientes conclusiones:

- Un gran número de personas adultas pertenecientes a grupos de riesgo, no se encuentran vacunadas frente al *S. pneumoniae*. A través del presente proyecto los profesionales de enfermería de Atención Primaria implicados han realizado educación sanitaria individualizada sobre el calendario vacunal del adulto y se ha llevado a cabo la vacunación de 191 usuarios con VNC13. Este dato supone una considerable mejora de la cobertura frente al *S. pneumoniae*, pero también una mejora de la conciencia de la población respecto a la vacunación general en el adulto.
- Los participantes presentaron una percepción de gravedad de 7,45 puntos de una escala de 10 valores. Es decir, los participantes consideran que su patología de base condiciona de forma moderada su vida diaria.
- No se aprecia relación clara entre el nivel de autopercepción de gravedad de la patología de base y el sentimiento de necesidad de ser vacunados. Por otro lado, la existencia de criterios de financiación diferentes dentro del Sistema Extremeño de Salud de la VNC13, según las patologías presentadas, hace que en aquellos usuarios en los que la vacunación es gratuita, se alcance un mayor grado de cobertura. Así se puede llegar a la conclusión de que las diferencias de financiación pueden ser determinantes para que el usuario decida vacunarse o no, prevaleciendo el motivo económico sobre la autopercepción de la gravedad de su patología de base.
- Es trabajo de la enfermera de Atención Primaria de salud, por su mayor contacto con los usuarios susceptibles de vacunación, llevar a cabo su información de acuerdo a la evidencia científica y las guías de práctica clínica existentes. Sin embargo, el papel del enfermero debe basarse en la captación y formación de los usuarios, dejando la responsabilidad de decisión única y exclusivamente en el propio usuario, favoreciendo así el empoderamiento de la población sobre su salud. Para conseguir la implicación necesaria de los profesionales, durante el presente proyecto se llevaron a cabo seis cursos en los que se formaron más de 180 profesionales en sus dos años de desarrollo. Sin embargo, para la mejora de las tasas vacunales en la edad adulta, sería necesario llegar con esta formación a todos los profesionales de atención primaria.

Agradecimientos

Queremos agradecer el trabajo y apoyo recibido para la elaboración del presente artículo a los siguientes profesionales enfermeros:

- Antonia García Carrasco. Enfermera C.S. La Paz. Badajoz.
- Guadalupe Torres Hidalgo. Enfermera C.S. Valdepasillas. Badajoz.
- Antonio García Molina. Enfermera C.S. Don Benito Oeste. Don Benito.
- Raquel González Manrique. Enfermera C.S. Don Benito Oeste. Don Benito.
- María José de la Calle Buenadicha. Enfermera C.S. Urbano I. Mérida.
- Enrique Rasero Rodríguez. Enfermera C.S. Zafra. Zafra.
- Esther Tiburcio Palos. Enfermera C.S. Villanueva I. Villanueva de la Serena.
- Francisco Pastor Gallardo. Enfermera C.S. José María Álvarez. Don Benito.
- María José López Núñez. Enfermera C.S. Urbano I. Mérida.
- María José Morgado Fatuarte. Enfermera C.S. San Roque. Almendralejo.
- María Jesús Sánchez Sánchez. Enfermera C.S. Urbano II. Mérida.
- José Hidalgo Gragera. Enfermera C.S. Urbano II. Mérida.
- Lucía Ríos Gambero. Enfermera C.S. Urbano I. Mérida.

- Isabel Murillo García. Enfermera C.S. Urbano I. Mérida.
- Carmen García Casado. Enfermera C.S. Urbano I. Mérida.
- Alejandro García Pérez. Enfermera C.S. La Mejostillas. Cáceres.

Bibliografía

- [1] Chacón García A, Ruigómez A, García Rodríguez LA. Incidencia de neumonía adquirida en la comunidad en la cohorte poblacional de la base de datos en Atención Primaria. (BIFAP). Aten Primaria. 2010; 42(11).
- [2] Huerta A, Domingo R, Soler N. EPOC y neumonía. Arch Bronconeumol. 2010; 46(Supl 3):28-31.
- [3] Boixeda R, Bacca S, Elías L, Capdevila JA, Vilà X, Mauri M, et al. La neumonía como comorbilidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Diferencias entre la exacerbación aguda de la EPOC y la neumonía en los pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol 2014; 50:514-20.
- [4] Álvarez Gutiérrez FJ, Díaz Barquero A, Medina Gallardo JF, Romero Falcón A. Neumonías adquiridas en la Comunidad. Medicine 2010; 10:4573-81.
- [5] Picazo JJ, et al. Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base. Revista Española de Quimioterapia. 2013; 26(3).

Portal líder en información para estudiantes y profesionales de Enfermería



Biblioteca Digital Textos y documentos **encuentra@**
Test de Enfermería **aulaeir** Pack de revistas
Apuntes **enferteca** Tienda online **foro de expertos**
auladae Información de estudiantes **aulaope**
Diario Dicen Ofertas de empleo **Congresos**

El papel de la enfermera comunitaria en el fomento de escuelas saludables: justificación e intervenciones

María Soledad Campos
Gutiérrez

Estudiante de enfermería. Universitat d'Alacant.

Dirección de contacto: msoledadcampos@gmail.com

Resumen

Introducción: la escuela y el hogar son los lugares donde los niños se desarrollan individual y socialmente, lo que permite que la educación y la salud estén estrechamente ligadas, pudiendo crear valores y actitudes positivos hacia la salud.

Objetivo: justificar la intervención de la enfermera comunitaria en el ámbito de la promoción de escuelas saludables en España.

Método: búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud y páginas web oficiales relacionadas.

Resultados: la enfermera como miembro del Equipo de Atención Primaria tiene múltiples funciones dentro de la escuela y en colaboración con el profesorado para promover esta como entorno saludable en España, donde el marco legal y el sistema sanitario permiten un trabajo coordinado entre ambos.

Conclusiones: la intervención de la enfermera comunitaria es esencial en las escuelas, prestando atención integral, integrada, continua y continuada.

Palabras clave: enfermería comunitaria; salud escolar; educación para la salud; promoción de la salud.

Abstract

Role of community nurses in promoting healthy schools: rationale and interventions

Introduction: personal and social child development occurs both at school and at home, which allows education and health to be closely related and may result in positive values and attitudes development regarding health.

Purpose: to support community nurses intervention in promoting healthy school in Spain.

Methods: a literature search in health sciences databases and official related web sites.

Results: nurses, as members of the primary care team, play multiple roles at school and cooperate with teachers to promote a healthy school environment in Spain, where legal framework and health system allow a coordinated work.

Conclusions: community nurses interventions are essential in schools to provide integral care in a continued and continuous way.

Key words: community nursing; health at school; education for health; health promotion.

Introducción

Hoy en día, cada vez son más las pruebas de que la educación y la salud están estrechamente ligadas, así como la importancia dada a esta relación, plasmada en los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas (1-6). Hay evidencia que demuestra que las actitudes, los comportamientos y las creencias aprendidas durante la infancia perseveran en la edad adulta (7). Así, los niños pueden ser empoderados para tener una vida saludable y trabajar como agentes de cambio para la salud de sus comunidades (6).

Por tanto, las escuelas pueden contribuir en gran medida a la salud y el bienestar de los alumnos, lo que está fuertemente apoyado por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNESCO, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) (2,8).

La escuela y el hogar son los lugares donde los niños se desarrollan individual y socialmente, influyendo en la adquisición de valores relacionados con la salud (2,3,9,10), siendo así el lugar ideal para abordar la promoción y Educación para la Salud y la prevención de riesgos a una edad temprana (11).

En este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1990 una Escuela Promotora de Salud (EPS) como aquella que promueve, fomenta y permite la adquisición de habilidades que conduzcan a crear valores y actitudes positivas hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad (12).

El papel de la Enfermería Comunitaria es imprescindible en estos aspectos. De hecho, la OMS (13) propone que "la enfermería comunitaria tiene una gran autonomía profesional para proporcionar cuidados de enfermería éticos y legales en distintos ámbitos de la comunidad, como escuelas, casas o centros de salud".

Partiendo de este planteamiento, los objetivos de este trabajo son:

- Justificar la intervención de la enfermera comunitaria en la escuela.
- Conocer la situación actual de la intervención enfermera en la escuela en España.
- Definir qué rol juega la enfermera comunitaria en el fomento de escuelas saludables.

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *Cochrane*, *Medline*, *Cinahl*, Biblioteca Virtual de Salud y *Dialnet*. También se ha accedido a las publicaciones y Guías del Ministerio de Sanidad y Cultura, a la página oficial de la OMS y revistas específicas como *Atención Primaria* y *Revista Española de Salud Pública y Enfermería Comunitaria*.

Se han incluido a este trabajo artículos publicados en revistas científicas, leyes, guías de práctica clínica e informes de organismos, instituciones o sociedades científicas en español e inglés, relacionados directamente con el tema a tratar.

Por último, se han utilizado las referencias bibliográficas de algunos documentos como fuentes de información secundarias, cuyos títulos eran considerados relevantes para la investigación y no habían sido previamente localizados.

Antecedentes y estado de la cuestión

La UIPES (4) ha llegado a las siguientes conclusiones tras analizar los trabajos de los últimos 25 años que describen las iniciativas de promoción de la salud en la escuela:

- Los enfoques multidisciplinarios potencian los resultados académicos y de salud.
- Los factores que más afectan al aprendizaje son los sociales-emocionales, como las interacciones alumno-maestro y maestro-maestro, la cultura de la escuela, el ambiente de la clase, las relaciones entre iguales, y son determinantes en la forma en que funciona una EPS.
- El enfoque integral, basado en la coherencia entre las políticas y las prácticas de la escuela, logra mejores resultados de aprendizaje, aumenta el bienestar emocional y reduce las conductas de riesgo.

Este enfoque integral no sería posible sin la adopción de un marco conceptual basado en la PES, que se asienta en los cuatro pilares educativos que propone la UNESCO (20): aprender a ser, a convivir, a conocer y a hacer. Dichas bases teóricas son: el modelo de promoción y educación para la salud (21,22), el modelo de creencias en salud (23) y la teoría de aprendizaje social o cognitivo-social (23).

Por otro lado, en España, la población menor de edad asiste a los centros educativos regularmente durante 10 años. Así, el contexto escolar, junto con el familiar, es donde la población más joven se desarrolla tanto individual como socialmente.

Al Ministerio de Educación y Cultura, junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo, le compete diseñar una política educativa en materia de Educación para la Salud (27), ya que todavía siguen existiendo obstáculos para la PES en los centros educativos (13,15,16), algunos de los cuales son la falta de: la PES como prioridad política, recursos, formación del profesorado entorno a la PES, implicación de la comunidad, un marco legal común que obligue a introducir la PES en las escuelas, y dificultades de coordinación entre educación y sanidad.

Sin embargo, también se han detectado avances en los últimos años, destacando (16):

- Creciente ordenamiento legal en la mayoría de las CC.AA.
- Participación creciente de los centros educativos en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS).
- Disponibilidad de financiación institucional.
- Crecientes planes de formación al profesorado.
- Potenciación de actuaciones conjuntas entre las administraciones públicas y la sociedad.
- Desarrollo perceptible de materiales con pautas o guías de trabajo para la planificación, aplicación y evaluación de proyectos.

Teniendo en cuenta lo anterior, algunas necesidades actuales en los proyectos de EPS son (27):

- Promover la adopción de un enfoque global, no programas de EpS segmentados y desvinculados.
- Partir de un diagnóstico de necesidades existentes en cada comunidad.
- Mejorar los recursos de planificación y evaluación accesibles al profesorado y a los centros.
- Promover y apoyar la evaluación de resultados.
- Los ámbitos más atendidos actualmente son: educación sobre drogas, sexualidad, alimentación y actividad física. Esto apunta hacia la necesidad de apostar por enfoques más integrales donde se aborden el resto de ámbitos prioritarios, como la salud emocional, la alimentación saludable, la prevención de lesiones, la promoción de la actividad física y la salud bucodental.

Un aspecto clave a destacar es el papel del profesorado como modelo de conducta para los niños y agentes de transmisión de valores y normas relacionados con la salud. Como tal, el profesorado debe integrar la EpS en la programación escolar, promover la participación del alumnado y las familias y vehicular en la escuela las actividades que vienen de otros sectores comunitarios, en especial del ámbito sanitario (29). Eso sí, debe contar con la colaboración de las familias, el personal sanitario y agentes sociales (30).

Ahora bien, ¿qué importancia tiene la enfermera comunitaria en este ámbito en España? Es escasa la evidencia científica disponible. Si bien se dispone de abundante literatura sobre la necesidad de adoptar un enfoque comunitario en el tratamiento de la EpS en la escuela, su práctica puede calificarse de incipiente (14).

Por otro lado, el descenso de intervenciones enfermeras de EpS en las escuelas y los continuos cambios legislativos han provocado que se reclame la implantación de la "enfermera escolar" (17). Actualmente, la "enfermera escolar" está presente en España en centros educativos de gestión privada o de educación especial. Esta figura tiene sentido en países cuyos sistemas sanitarios no cuenten con una red de atención adecuada a las necesidades de salud de la población escolar. En el caso de España, sí que existe una red estructurada en la que las enfermeras comunitarias según la legislación vigente (18) tienen las competencias necesarias para atender estas necesidades.

Por tanto, "la intervención de salud en la escuela debe hacerse de forma integral, integrada, continua y continuada desde

los equipos de Atención Primaria, en los que las enfermeras comunitarias sean referentes de los centros escolares pero sin abandonar su ámbito propio de actuación, la comunidad" (19).

Respecto al marco legal en España, en los últimos años se han llevado a cabo reformas legislativas a través de la Ley General de Sanidad, Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) y Ley Orgánica de Educación (LOE) (10).

La Ley General de Sanidad especifica como prioridad la PES dentro del Sistema Nacional de Salud, junto con la colaboración del personal de Atención Primaria de Salud con la comunidad (31).

La LOGS estableció que la PES es un tema transversal que debe estar presente en todas las áreas curriculares. Esta ley fue derogada y sustituida por la Ley de la Ordenación de la Calidad Educativa (LOCE), donde los profesionales de la salud tienen que formar a los docentes de los centros escolares en materia de salud (5).

Por último, la LOE recoge dentro de sus principios la transmisión de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, el ejercicio de la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia (32). Además, aborda aspectos importantes para la PES en las diferentes áreas de conocimiento, lo que responsabiliza a las escuelas a integrar la PES en sus proyectos, promocionando el valor de la salud, los comportamientos saludables y la capacidad de decisión sobre estilos de vida saludables.

La Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) especifica en el artículo 7: "Enfermeros: corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades" (13).

Por último, la aparición del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, abarca las nuevas Especialidades de Enfermería, dentro de las cuales aparece la de Enfermería Familiar y Comunitaria (14), entre cuyas competencias están (18):

- Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud en cualquier ámbito.
- Capacidad para promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.
- Implementar programas para fomentar hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud.

Escuela saludable y Enfermería Comunitaria

La Escuela Promotora de Salud tiene su fundamento en la Carta de Ottawa, en la que se define como "aquella que promueve, fomenta y permite la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivos hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad" (12). Así, la salud está presente en los objetivos de todas las programaciones y se tiene en cuenta en la propia vida del centro (24). Además de la EpS, la promoción de la salud en la escuela incluye otras acciones como (4,5,25):

- Desarrollo de políticas escolares saludables.
- Mejora del entorno físico y social de la escuela.
- Desarrollo de habilidades de salud individuales y competencias para la acción.
- Establecimiento de vínculos con la comunidad y los servicios de salud.

La OMS, el Consejo de Europa (CE) y la Comisión de la Unión Europea (CUE) han convenido que los objetivos de una EPS son (7,26):

- Favorecer modos de vida sanos al alumnado y al profesorado.
- Definir objetivos claros de promoción para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un marco que tenga en cuenta: las condiciones de las instalaciones escolares y los aspectos de seguridad de los accesos.

- Desarrollar la responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
- Posibilitar el desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo en el alumnado.
- Favorecer buenas relaciones entre los miembros de la comunidad educativa.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para adoptar decisiones responsables en cuanto a la salud personal.
- Identificar y utilizar los recursos existentes para desarrollar acciones en favor de la promoción de la salud.
- Hacer de los servicios de salud escolar un recurso educativo que ayude a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.
- Fomentar la participación de agentes extraescolares (familia, servicios sanitarios y otros servicios comunitarios).
- Buscar mejorar continuamente mediante la supervisión y la evaluación.

Para hacer presente estos objetivos en las realidades de las escuelas, los tres organismos anteriores han creado el proyecto de la REEPS. En la resolución de la primera Conferencia de la REEPS se concluyó que todos los niños deberían tener derecho a ser educados en una EPS, y se invitó a los gobiernos de los países europeos a tener en cuenta durante su mandato los principios de (27,28): democracia, equidad, empoderamiento, el entorno escolar, la formación del profesorado, la evaluación del éxito, colaboración, comunidad y sostenibilidad.

Por otro lado, se entiende por Atención Comunitaria (33) aquella en la que el profesional sanitario, en este caso la enfermera, realiza o participa en el entorno de la comunidad mediante actividades preventivas y de promoción de la salud.

Los profesionales sanitarios en España están intentando aumentar la participación de la sociedad en la PES (28). Ejemplo de ellos es el Programa de Actividades Comunitaria en Atención Primaria (PACAP), que pretende promover el desarrollo de "actividades comunitarias" en el ámbito de la Atención Primaria (34,35).

Las actividades comunitarias son aquellas de intervención y participación que se realizan en grupos con características o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de sus problemas o necesidades (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria).

El Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009 recoge algunas líneas estratégicas en relación con la participación comunitaria, como el estudio de fórmulas que promuevan la participación de los ciudadanos tanto en el ámbito local como institucional, y dentro del apartado de "Elaboración e implantación de planes y programas especiales" la "optimización de la coordinación en Promoción de la Salud, en la Prevención de la enfermedad, y en actividades comunitarias".

Además, entre los servicios reconocidos dentro de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud se encuentra la "Educación para la salud en centros educativos" (18).

La enfermera comunitaria (36) es una figura profesional ideal para conocer las demandas de una comunidad. Su rol principal es ayudar a la protección de la comunidad y preservar la salud de sus miembros, en cooperación con otras disciplinas y ejerciendo sus cuidados en diferentes ámbitos comunitarios, entre los que se encuentra la escuela.

También comprende la identificación de factores de riesgo para la comunidad y el desarrollo de políticas e intervenciones para asegurar el acceso a los servicios a todos los grupos de población.

La enfermera comunitaria es quien tiene el papel principal en llevar a cabo la mayoría de las intervenciones educativas propias de la EpS tanto individual como grupal, ya que el fomento del autocuidado forma parte de la esencia de la disciplina y se constituye en el marco conceptual fundamental para desarrollar en el ámbito comunitario. Además, cuenta con intervenciones propias de su disciplina que están definidas para la EpS. Esta atención debe ser integral, integrada, continua y continuada por parte de la enfermera comunitaria y del resto del equipo multidisciplinar de salud y contar con la participación activa de los diferentes agentes comunitarios (37).

Por otro lado, el programa de salud escolar de los centros de salud debe tener una clara incidencia en el proyecto pedagógico del centro educativo, a través de una estrecha colaboración de pediatras y personal de enfermería con el profesorado, sin olvidar el papel de las familias (26). Por ello, sería importante la creación de un equipo formado por representantes de los dos ámbitos, para analizar las actuaciones en temas de salud, informar de los problemas sanitarios detectados y diseñar actuaciones.

Algunas de las actividades a desarrollar por la enfermera comunitaria en colaboración con la escuela son:

- Sesiones de trabajo con los representantes de la comunidad escolar que permitan el intercambio de información para conocer las líneas y prioridades de EpS en el currículum y en el Proyecto Educativo de Centro.
- Analizar de forma conjunta la situación de salud del centro educativo (necesidades, demandas y problemas de salud) para buscar la respuesta o solución más adecuada.
- Desarrollar las intervenciones de información y/o EpS que se consideren oportunas.
- Sesiones informativas al profesorado y/o a padres y madres: responden de forma puntual a una necesidad detectada o a un problema de salud ocasional. Útiles para dar a conocer un problema o un proyecto a desarrollar en el centro, valorando el grado de aceptación de los mismos.
- Intervenciones educativas: incluyen seminarios, talleres, elaboración de materiales, entre otros. Se aplica a grupos pequeños fomentando su participación.
- Proporcionar documentos de salud y facilitar su uso.
- Otras actividades: exposiciones, semana cultural, prensa, radio, cine, teatro, juegos, concursos, visitas al centro de salud, coordinación con otros recursos del barrio/localidad y otras actividades que puedan servir de apoyo a la EpS.

Conclusiones

Como se ha comprobado, la escuela es el ámbito ideal para introducir la PES en la vida de los niños, las familias y la comunidad.

Además, la figura de la enfermera comunitaria es esencial para llevar a cabo proyectos de EpS en los centros educativos, a través de la coordinación entre el centro escolar y el EAP. Sin embargo, urge que las enfermeras comunitarias tomen conciencia del importante papel que deben desarrollar en las escuelas, y aprovechar la formación especializada que reciben para poder responder adecuadamente a las necesidades que el ámbito escolar demanda cada vez con más fuerza.

Para finalizar, es necesario implantar un marco legal que facilite la introducción de PES en las escuelas de todas las comunidades autónomas españolas, que tenga en cuenta las dificultades actuales que encuentran los profesionales para llevarlo a cabo y que permita una planificación de las intervenciones y la proporción de los recursos suficientes a los EAP para poder llevar a cabo estos proyectos.

Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a mi tutor, José Ramón Martínez Riera, por la confianza, dedicación y disponibilidad plena que ha puesto en este Trabajo de Fin de Grado.

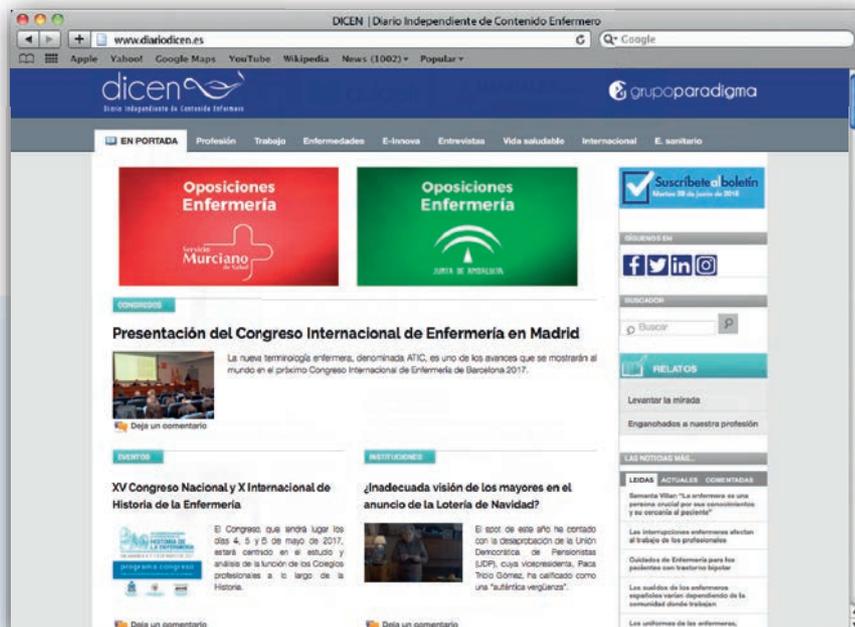
Bibliografía

- [1] Chiang RJ, Meagher W, Slade S. How the Whole School, Whole Community, Whole Child model works: creating greater alignment, integration, and collaboration between health and education. *J Sch Health* [revista en Internet]. 2015 [citado 15 nov 2016];85:775-84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26440819>
- [2] Gobierno de Cantabria. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud. [Internet]. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: https://www.educantabria.es/docs/planes/escuelas_salud/redescuelaspromotorassalud_2013.pdf
- [3] Ministerios de educación, sanidad y política social. Gobierno de España. Ganar salud en la escuela: guía para conseguirlo. [Internet]. Secretaría general técnica del Ministerio de educación. 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf>
- [4] Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la salud. Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la acción. [Internet]. 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-health-promotion>

- [5] School for Health in Europe. School Health Promotion: evidence for effective action. [Internet]. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: www.schoolsforhealth.eu
- [6] World Health Organization. Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on comprehensive School Health Education and Promotion. 1997. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41987>
- [7] Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. [Internet]. 2014; The Cochrane collaboration. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD008958/BEHAV_the-who-health-promoting-school-framework-for-improving-the-health-and-well-being-of-students-and-their-academic-achievement
- [8] Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Generar escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela.
- [9] Ramosa P, Pasarín M, Artazcoz L, Díeza E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gac Sanit.* [revista en Internet]. [citado 15 nov 2016];27(2):104-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000200002&script=sci_arttext
- [10] Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. [Internet]. 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf
- [11] Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technol Assess* [revista en Internet]. 1999 [citado 15 nov 2016];3(1):218. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10683593>
- [12] WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet]. Ottawa: Canadian Public Health Association. Canada: World Health Organization; 1986. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- [13] Young I, Williams T. Scottish Health Education Group. The Healthy School. 1989. Oficina Regional de la OMS para Europa.
- [14] González A. Hacia un enfoque comunitario en el tratamiento de EpS en la escuela. *Investigación en la escuela* [revista en Internet]. 2001 [citado 15 nov 2016];44:69-76. Disponible en: <http://www.investigacionenlaescuela.es/>
- [15] Metcalfe O, et al. La Educación para la Salud en el ámbito educativo. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo; 1995.
- [16] Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>
- [17] Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. *Rev ROL Enf* 2011; 34(1):42-9.
- [18] Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364
- [19] Martínez Riera JR. Enfermería Comunitaria versus enfermería escolar. *Rev ROL Enf* 2009; 32(7-8):526-9.
- [20] Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. La educación encierra un tesoro. Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, presidida por Jacques Delors. In'am Al Multi et al. Madrid: Santillana; París: Unesco; 1996.
- [21] Rochón A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson; 1991.
- [22] Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. [Internet]. 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf
- [23] Gobierno Vasco. Evaluación de tecnologías sanitarias. La Promoción de la salud: algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. [Internet]. Febrero 2008. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.eus-kadi.eus/contenidos/informacion/2008_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D_08_08%20promocion%20de%20la%20salud.pdf
- [24] Gavidia V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública* [revista en Internet]. 2001 [citado 15 nov 2016];75:505-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17075603>

- [25] St Leger L, Young I, Blanchard C, et al. Promoting health in schools—from evidence to action. [Internet]. Francia: International Union for Health Promotion and Health Education. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.dhhs.tas.gov.au/data/assets/pdffile/0007/117385/PHIS-FromEvidenceToActionWEB1.pdf>
- [26] The European Network of Health Promoting Schools. Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud. Salud Publica Educ Salud. [Internet]. 2001 [citado 15 nov 2016];1(1):23-7. Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/REEPS-01-1.pdf>
- [27] Pérez C. La prevención de las drogodependencias en las escuelas promotoras de salud. Trastornos Adictivos [revista en Internet]. 2000 [citado 15 nov 2016];2(2):133-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-la-prevencion-las-drogodependencias-las-10017607>
- [28] Alonso C, Villalvilla D. El reto de la educación para la salud en la comunidad escolar. Revista de didáctica. 2007; (2):25-63. Disponible en: <https://www.uclm.es/cr/educacion/pdf/revista/2.pdf>
- [29] L. St Leger. Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. Health Educ. 2000; 100:81-7.
- [30] Gavidia V. El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. [revista en Internet]. [citado 15 nov 2016];23:171-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3082143.pdf>
- [31] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- [32] Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- [33] Comisión científico técnico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Plan de mejora de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria. 2009. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.semng.es/sociedades-autonomicas/madrid/documentos/244-plan-de-mejora-de-atencion-primaria-de-la-comunidad-de-madrid.html>
- [34] semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [sede Web]. Barcelona; semFYC.es. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.semng.es/es/informativo/actividades_comunitarias/
- [35] Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [sede Web]. Madrid; mssi. [citado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
- [36] World Health Organization. A framework for community health nursing education. 2010 [citado 15 nov 2016]. Disponible en: http://www.searo.who.int/entity/nursing_midwifery/documents/SEA-NUR-467/en/
- [37] Martínez Riera JR. Enfermería Comunitaria versus enfermería escolar. Rev ROL Enf 2009; 32(7-8):526-9.

TU DIARIO
INDEPENDIENTE



En DICEN tú tienes
el protagonismo

**Actualidad
enfermera**

Entérate de las noticias de tu sector: congresos, eventos, nuevas tecnologías, avances, entrevistas, etc. Un diario exclusivo para ti.

**Los mejores
relatos**

Conoce las experiencias y vivencias de tus compañeros, una sección donde podrás ver cómo se enfrentan a diferentes situaciones y los diferentes puntos de vista.

**Tú también
puedes
HACERTE OÍR**

Opina sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuenta tus experiencias a los miles de profesionales que leen cada día DICEN



Suscríbete al boletín

Recibe toda la información en
tu correo electrónico

Tu diario digital para estar al día de las noticias de tu profesión

www.diariodicen.es

Entrevista



ROSAMARÍA ALBERDI

Hoy tenemos la suerte de contar con la presencia de Rosamaría Alberdi. La verdad es que no necesita presentación, no porque no la merezca o no haya cosas que contar de ellas, sino por todo lo contrario. Rosamaría Alberdi no la necesita porque es una líder enfermera por todos conocida, admirada y querida.

Cualquier momento o circunstancia serían buenos para hacerle una entrevista, pero en esta ocasión, además, existe un motivo que la hace no solo oportuna, sino imprescindible.

El próximo día 2 de diciembre le será entregada en solemne acto académico la distinción de doctora *honoris causa* por la Universidad de Murcia. Este hecho en sí mismo ya es una razón de peso para detenernos a hablar con ella, pero además se da la circunstancia de que será la primera vez en la universidad española que se conceda tan alta distinción académica a una enfermera española.

Pregunta.- Buenos días, Rosamaría. La verdad es que no es sencillo que alguien sea propuesto como doctor honoris causa, y cuando se hace es porque ha existido un recorrido que así lo avale.

Haciendo un poco de historia, Rosamaría Alberdi ha pasado por múltiples ámbitos en los cuales se ha ido determinando de manera significativa lo que es la construcción de la identidad enfermera y también el desarrollo tanto disciplinar como profesional. Por lo tanto, creo que has sido testigo, y en muchas ocasiones protagonista, de esa construcción y ese desarrollo. Sí que nos gustaría, pues, que nos dices la visión de lo que ha sido para ti, hasta ahora, este recorrido.

Respuesta.- Llegué a la enfermería de una manera atípica, en el sentido de que estaba estudiando psicología y cuando terminé segundo curso, me di cuenta de que en realidad los planes de estudios de psicología que se hacían en España formaban poco para entender la totalidad del ser humano. Te daban mucha formación sobre los aspectos psicológicos, pero a mí me parecía que dejaban mucho de lado los aspectos fisiológicos, anatómicos... más de funcionamiento, que también influían en los trastornos mentales. Entonces, pensé, y así se lo pedí a mi familia, si podría, a la vez que estudiaba psicología,

porque entonces yo estaba trabajando, dejar de trabajar y en aquel momento hacer ATS para complementar las dos cosas. Y así fue. Cursé a la vez psicología y ATS, y terminé las dos carreras de manera simultánea. Lo que pasa es que en aquel momento fue más fácil para mí encontrar trabajo de enfermera. Empecé a trabajar inmediatamente de terminar la carrera.

En aquel entonces encontré más afinidad con mis compañeras y compañeros de ATS que con los de psicología, entre otras cosas, porque me tocó hacer un plan de estudios de psicología muy avanzado que se puso en marcha durante una temporada muy breve de manera experimental en Barcelona. Dicho plan tenía muchas asignaturas optativas y atomizaba mucho los grupos. Por eso o porque los estudios de ATS suponían que no ibas simplemente a estudiar a la Facultad de Medicina. Te tenías que implicar con todo lo que estaba pasando en relación a los estudios, porque ya había empezado un gran movimiento entre los estudiantes y entre los profesionales. Las y los estudiantes no estábamos de acuerdo en cómo se nos formaba (existía una gran masificación, las prácticas no se controlaban correctamente, etc.) y para todos, profesionales y alumnos, ya estaba en el aire la necesidad de decidir si seguían los estudios hacia la Formación Profesional o si se vinculaban a la universidad. Esa era la gran decisión que se tenía que tomar. De este modo, y ya desde el primer momento, no estudié ATS de la misma manera que estudié psicología.

La sociedad en su conjunto estaba en un profundo cambio. Vivíamos en una época de plena crítica a la universidad ya que estaban aún completamente presentes las ideas del "mayo del 68" francés. Esto era especialmente visible en la Facultad de Filosofía, que es donde cursaba psicología, pero en la Facultad de Medicina, donde estudiaba ATS, las reivindicaciones eran otras, pero igualmente importantes.

Cuando terminé las carreras empecé a trabajar como enfermera e inmediatamente estaba ya en plena lucha de reivindicaciones en relación a cuál sería nuestro futuro. Al cabo de muy poco tiempo, tuve la oportunidad de vincularme ya como profesora de prácticas de ATS y, también de manera rápida (los cambios se precipitaban) asumí responsabilidades en la gestión de la Escuela de ATS y como representante de la misma, empecé a participar en el proceso de cambio que se estaba desarrollando a nivel nacional. Proceso de cambio que abarcó desde las reivindicaciones profesionales, académicas y de asociación hasta toda la estructura social española.

Me parece que no se puede entender qué pasó con la profesión enfermera en España si no se comprende y no se mira la realidad de ese momento político: renacía la democracia y nacíamos nosotras como profesión universitaria.

Como decía, pude implicarme en todo el proceso que se desarrollaba en el ámbito nacional porque tenía una responsabilidad importante en la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina. Una escuela con gravísimos problemas (muchísimo alumnado, plan de estudios obsoleto, escasa influencia de las enfermeras en los órganos académicos...). Por suerte, en aquella época contamos también con personas preclaras, muchos de ellos médicos (y quiero aquí hacer mención especial a Luis Serrat) que nos ayudaron muchísimo en esa tarea de ir asumiendo responsabilidades que hasta ese momento ni se pensaba que podían tener las enfermeras.

En esa época de profundos cambios y de mi contacto real con la profesión enfermera, empecé a entender, estudiando la disciplina y asumiendo responsabilidades en la formación, que había unos valores en la profesión enfermera que me interesaban especialmente porque coincidían con mis valores, y desde entonces me he dejado llevar por una profunda pasión hacia el cuidado, sin arrepentirme nunca de ello.

P.- Siempre has sido un referente para las enfermeras españolas, a pesar de que tu devenir profesional ha pasado por muchos ámbitos que pueden identificarse como alejados de la enfermería. Yo siempre he dicho que uno se aleja de la enfermería en la medida en que quiera alejarse de ella, porque uno puede continuar siendo enfermera allá donde esté y haga lo que haga. Y tú, creo, que lo has mantenido y, por eso, a pesar de que en apariencia te apartaste de la profesión, continuaste siendo referente al imponer una impronta enfermera en todo aquello que hacías. Fuiste gestora en la Expo de Sevilla, estuviste muy implicada en el mundo político en muy diversas facetas, volviste a la docencia... Bueno, yo creo que esto marca de una manera muy clara la determinación de Rosamaría Alberdi y esa impronta enfermera de la que hablamos. Creo que esto también ha influido en la decisión de la Universidad de Murcia a la hora de otorgarte el honoris causa.

Es por ello que me gustaría que, desde tu perspectiva, nos dijese si esto que yo estoy diciendo coincide con tu visión.

R.- Totalmente. Creo que es exactamente eso. Cuando trabajé en la Expo y en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ocupé cargos que no estaban vinculados a mi título de enfermera. Posteriormente, trabajé ocho años como diputada y

cuatro como Secretaria de Organización en el partido socialista de Baleares, y tampoco fueron cargos que asumí por ser enfermera. Pero en el fondo creo que todo ocurrió, también, porque soy enfermera. Creo que he tenido la enorme suerte de no desvincular nunca ni mi actitud ni mi práctica (independientemente de donde se haya desarrollado la misma), de los valores del cuidado y eso se ha transmitido.

Sin duda, esa vinculación a los valores básicos del cuidado es la que me ha permitido hacer un camino profesional que me ha permitido acceder al doctorado *honoris causa*. Dicho esto, y sin querer quitarme méritos en la construcción de ese camino, quiero dejar bien claro que el mismo ha podido hacerse porque he trabajado en él con muchas otras enfermeras. He llegado al doctorado porque he tenido la inmensa suerte de que una profesora como Pilar Almansa, con suficiente capacidad, inteligencia y generosidad, se ha atrevido a proponer a una enfermera española como doctora *honoris causa*. Sin el compromiso de Pilar con el conjunto de la profesión, no habiéramos llegado hasta aquí.

P.- Sí, pero fíjate que al hilo de lo que estás comentando a mí me surge una duda que me gustaría trasladarte. Tú dices que accediste a determinados puestos por tu condición de psicóloga. Esto va a ser una sorpresa para mucha gente porque no se te identifica como psicóloga. Es lo trascendente, que a Rosamaría Alberdi siempre se le ha identificado como enfermera, siempre has puesto en primer lugar tu condición de enfermera.

Con independencia de esto y llegados a este punto, a mí lo que sí me gustaría es que nos dijeras lo que supuso para ti personalmente, y también lo que supone para la profesión enfermera en su conjunto, el que se te otorgue el honoris causa.

R.- Me enteré de la propuesta de Pilar Almansa a través de un correo electrónico que, lo confieso, tuve que leer varias veces para darme cuenta cabal de lo que proponía. Tenía pendiente con Pilar cerrar la fecha de una conferencia en Murcia y, naturalmente, pensé que ese sería el tema. Pero no lo era.

Cuando, gracias a la colaboración de varios compañeros, entendí del todo qué se me proponía, llamé inmediatamente a Pilar para decirle que, por supuesto, haría todo lo posible para acompañarla en esa aventura que nunca le agradeceré lo suficiente. Por eso, ahora que preparo la lección magistral que debo leer el día de la investidura como doctora *honoris causa*, una de mis principales preocupaciones es ser capaz de dar las gracias.

P.- Recuerdo perfectamente el día que me llamaste para decirme "mira quería darte una noticia que quería compartir contigo. Pilar Almansa me ha pedido permiso para proponerme como doctora honoris causa". Y recuerdo lo que me dijiste a continuación "no sé lo que va a pasar, pero ya el simple hecho de que haya sido propuesta para mí ya es suficiente". Creo que esto enmarca claramente la persona y la calidad de Rosamaría Alberdi.

R.- Es que eso es lo que sentí, José Ramón. La sensación que tuve en aquel momento y así lo expresé a todas las personas con las que hablé. Les comenté que mi agradecimiento y mi alegría no era tanto por si me concedían o no el doctorado, sino porque había ocurrido una cosa, que para mí ya era el premio: que una persona igual a mí, con tantos méritos como yo, crea que soy merecedora de ese honor.

Es decir, que sean mis compañeros, mis pares, los que estén dispuestos a batallar porque se me conceda ese honor. Yo ya me sentí honradísima durante todo el tiempo que han durado los trámites para la concesión del *honoris*. Lo más importante para mí ha sido ese reconocimiento y ahora, ya con el doctorado concedido, la alegría se multiplica.

Además, ha pasado otra cosa que quiero resaltar y es que, gracias a la cantidad de gente e instituciones que se adhirieron a la propuesta de concesión del *honoris*, el recorrido ha sido también una muestra de solidaridad hacia la propuesta y de cariño que me emociona profundamente.

P.- Tras esta alegría ya asumida, ¿qué crees que supone para la enfermería, o qué puede suponer o cambiar?

R.- Yo creo que sí que cambia algo porque hemos llegado al final de otro camino de normalización. Me refiero a que de la misma manera que es normal que los biólogos, los bioquímicos o los médicos acceden a doctorados *honoris causa* ¿por qué no una enfermera que se considera que ha hecho una contribución especial a la profesión?

P.- Llegados a esta normalidad de la que hablas, que es muy importante y que supone un paso más en nuestro desarrollo como enfermeras, ¿qué paso crees tú que nos falta dar como disciplina o como profesión?

R.- A mí me parece que como disciplina estamos en el camino. Tenemos abiertas las investigaciones, estamos accediendo a puestos académicos... Mira en un reciente estudio realizado en la Universidad de las Islas Baleares se ha identificado que hay más de 100 enfermeras doctoras que no están en la universidad. Esto me impresionó porque me parece que el desarrollo disciplinar ha llegado a su punto álgido, en el que las enfermeras que están investigando y están en la práctica, están repercutiendo en la práctica ese conocimiento, esa investigación. Y ello sin olvidar que no tienen las mismas facilidades que otros investigadores, lo que nos obliga a seguir reivindicando esa igualdad de oportunidades.

En relación a tu pregunta, me parece que lo que ha pasado en estos 40 años de desarrollo disciplinar es que se ha ido produciendo una distancia entre lo que las enfermeras saben cuando terminan sus estudios y, por tanto, pueden aportar al cuidado de las personas, las familias y los grupos y lo que en el sistema sanitario les pide o les permite desarrollar. Creo que la principal clave en este momento está aquí. O sea, que todo este caudal de conocimiento, de capacidad, revierta de forma directa en los principales beneficiarios que son las personas a las que cuidamos.

Cuando hablas con los estudiantes, después de acabar la carrera e incorporarse en el sistema sanitario, te trasladan que sienten que todo aquello, o gran parte, de lo que aprendieron no pueden aplicarlo porque en el sistema sanitario las circunstancias, los entornos laborales, les exigen mucho menos. No les piden todo aquello que saben y pueden aportar.

La gran cuestión, por tanto, está aquí, en cómo aprovechamos nuestras capacidades y cómo hacemos entornos laborales que sean más positivos para ese desarrollo del cuidado que en realidad es lo que necesita la sociedad. Situar a la persona y sus necesidades en el centro de nuestra atención es algo que crea disconfort en muchas partes del sistema sanitario actual porque muchas estructuras y grupos que lo constituyen están más "cómodos" priorizando otras cuestiones.

P.- Día 2 de diciembre. Me llama la atención porque estos días estoy recibiendo correos, llamadas... de gente que empieza a movilizarse para asistir. Estamos con una ilusión colectiva. Esto es lo que quería transmitirme. Posiblemente es porque sea la primera vez, porque es Rosamaría Alberdi a la que se le concede y con la que a muchas y muchos nos unen sentimientos. Pero es verdad que es una ilusión y una alegría compartidas que yo no había identificado desde hace mucho tiempo y que nos va a permitir, sabiendo que todas las comparaciones son odiosas, situarnos al principio de la entrevista en la que decías que una serie de factores y de hechos puntuales condujeron a la unión de las enfermeras para cambiar y conducir a estas donde debían estar, que es en la universidad. En esta ocasión el hecho de que a Rosamaría Alberdi, como enfermera, se le conceda el honoris causa, nos vuelve a unir más allá de cualquier otra diferencia, discrepancia, debate... nos vuelve a unir en torno al sentimiento, la gratitud, la ilusión... y creo que esto es muy importante. No sé cómo lo ves tú.

R.- Yo lo comparto totalmente. Creo que nosotros siempre hemos tenido un poquito de problema a la hora de festejar y de hacernos reconocimientos.

Considero que ahora se están empezando a hacer reconocimientos, más allá de la jubilación. Reconocimientos entre iguales, celebrar entre los pares. Es importante, y las enfermeras lo hacemos poco.

Siempre estamos pensando en lo que nos queda por hacer, que es algo muy femenino. Siempre digo que las enfermeras españolas, y en relación a nuestra profesión, hemos cambiado el mundo y que aún nos falta otro mundo por cambiar. Pero hemos cambiado el mundo, y debemos encontrar el día para celebrar que ese cambio se ha producido. ¿Y que nos queda otro mundo por cambiar? Evidentemente, pero ya será mañana.

Por eso en esta avalancha de cariño que se ha suscitado yo también siento que todo el mundo se alegra, seguramente porque sienten que se nos reconoce a un conjunto, que es un premio subrogado en el que muchas y muchos estamos.

¿Qué significa para mí personalmente? Sin duda, alegría, reconocimiento y agradecimiento. Siento el *honoris* como una espoleta para seguir trabajando y, a la vez, considero que me añade responsabilidad que confié en saber desempeñar de manera adecuada. Y siento, sobre todo, que va a ser una fiesta que deseo que compartamos entre todos.

P.- Yo creo que eso ya está conseguido Rosamaría. Todos estamos contando los días.

Más allá de acompañar a Rosamaría Alberdi amiga, a Rosamaría Alberdi enfermera, es una alegría ver que las enfermeras, como tu decías, alcanzamos esa normalidad que tanto deseamos. Las enfermeras hemos dicho muchas veces que no queremos nada especial, que no se nos trate de manera diferente, solamente queremos que no se nos discrimine en relación a otros. Esto es lo que creo que de alguna manera significa esta fecha. El 2 de diciembre nos posiciona en ese lugar de normalidad en el que deberemos ser capaces de, a través de los méritos y de lo que hagamos, que estos reconocimientos se repitan.

Y ya para terminar me gustaría que hicieses una reflexión personal.

R.- Una de las cuestiones que viene ocupándome desde hace tiempo es la relacionada con que las enfermeras debemos recuperar espacios de interlocución. Sitios, ocasiones en las que hablar de las cuestiones nucleares de la profesión, de aquellas que nos atañen por ser enfermeras y desarrollar nuestra competencia en cualquiera de los ámbitos. Hay que recordar siempre que somos una profesión muy compleja porque tiene un objeto, el del cuidado, con una enorme especificidad y, a la vez, una gran variabilidad, que no es otro que las personas y sus circunstancias. Es por ello, que es una profesión que necesita mucha reflexión alrededor de su aportación. A veces las enfermeras hemos sido acusadas de dedicar demasiado tiempo a la teorización, pero una profesión profundamente enraizada en el humanismo, como es la nuestra, necesita esos espacios de reflexión, y debemos seguir buscándolos.

Tenemos que poder hablar, por ejemplo, en la universidad con los alumnos que han acabado. Creo que esta es una responsabilidad que la universidad no ejerce. Los sitúa de la mejor manera que sabe, no lo critico, pero luego ¿qué? Son este tipo de reflexiones las que creo que necesitan espacio para el debate y la interlocución.

Antes de terminar esta entrevista, me gustaría aprovechar para dar las gracias: gracias a todas y todos los compañeros con los que vengo haciendo el camino profesional, gracias a los que consideran importante y se alegran de que a una enfermera española le hayan concedido el doctorado *honoris causa* y gracias a ti, José Ramón, por tu amistad, por tu compañía, por la que ha sido y la que seguirá.

Creo que son gracias compartidas, y es que considero que no solo es muy bonito, sino que es muy necesario.

Todos vamos a celebrar que Rosamaría Alberdi es doctora honoris causa, pero también que la enfermera que eres y la enfermería que representas, pasan a un plano diferente, dan un nuevo paso en ese recorrido.

Y no quisiera despedir esta entrevista sin recordar a la Rosamaría Alberdi que posiblemente menos conozcamos. A la Rosamaría Alberdi que hace de la palabra belleza y de la belleza poesía. Para ello nada mejor que una de sus poesías que tanto nos acerca a ella.

Esta entrevista fue realizada para la Revista ROL de Enfermería.

Me gusta ser
viga maestra,
piedra angular.

Sin tener que renunciar
a ninguna debilidad
ni a ningún rincón oscuro.

RM Alberdi
Medida Humana 2015



ÚLTIMA HORA: investida por la Universidad de Murcia, la Dra. Rosamaría Alberdi se convierte en la primera enfermera española doctora *honoris causa*. La Asociación de Enfermería Comunitaria estuvo presente en el acto con numerosos/as socios/as.

EL DR. VICENTE GEA CABALLERO, NUEVO DIRECTOR DE LA REVISTA IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA RIDEC

Recientemente se ha incorporado a la dirección de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC, el Dr. Vicente Gea Caballero, relevando en las funciones de dirección al anterior responsable, Dr. Raúl Juárez Vela.

El Dr. Gea es socio y colaborador de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC desde hace años, y ya fue vocal autonómico en la Comunitat Valenciana entre los años 2006 y 2011. Ha participado en numerosos comités, tanto científicos como organizadores, de congresos nacionales y simposios internacionales de la AEC, así como en sus Reuniones de Invierno, destacando la presidencia del Comité Científico del I Simposio Internacional de la AEC en Valencia (2006), la presidencia de la Reunión de Invierno celebrada en Valencia (2010), y la presidencia del Comité Científico en el Congreso y Simposio Internacional AEC de Barcelona (2012). Además, ha participado también como miembro de otros comités organizadores y científicos.

El Dr. Vicente Gea es enfermero de Atención Primaria de Salud en el C.A. de Quatretonda, del Departamento de Salud Xàtiva/Ontinyent (Valencia); Departamento del que fue director de Enfermería de Atención Primaria hasta el pasado mes de agosto.

Dedicado a la docencia universitaria y a la investigación de forma parcial desde el año 2008, y tras su paso por la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia, la Universidad Europea de Madrid y de Valencia, actualmente se ha incorporado como profesor en la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia, centro adscrito a la Universidad de Valencia.

También forma parte del Grupo Emergente de Investigación en Arte y Ciencia del Cuidado (@GREIACC), grupo acreditado por el Instituto de Salud Carlos III y avalado por el Instituto de Investigación La Fe de Valencia, así como de otros grupos de investigación, siendo su línea principal de estudio la calidad de los entornos profesionales de enfermería y su impacto en los resultados, en especial en Atención Primaria.

Agradeciendo la profesionalidad, el esfuerzo y logros del Dr. Juárez Vela durante su periodo de actividad en la dirección de RIdEC, el actual director propone nuevos objetivos a corto y medio plazo, que pasan por la actualización y renovación del equipo de editores y evaluadores, la creación de una plataforma *online* para la entrega y revisión de estudios de forma sistematizada a través de guías estandarizadas, y la finalización del proceso de indexación de la revista ya iniciado recientemente por el Dr. Juárez. A medio-largo plazo, el objetivo será ganar protagonismo para nuestro medio de difusión científico, mejorando la calidad de los trabajos publicados, y convirtiéndolo en referencia habitual en la difusión y citación de artículos relacionados con la enfermería comunitaria y la salud pública.





encuentra@
Enfermería inteligente

Buscador Encuentra@ ahora en la APP

El buscador de contenidos de Enferteca. El complemento perfecto para localizar y ampliar cualquier consulta que realices. Una herramienta esencial que te ayudará a ganar tiempo.



enferteca
Grupo Paradigma

La mejor Biblioteca de Enfermería online y con su app en tu dispositivo.

¡Dónde y cuándo quieras!



Podrás consultar todos los libros del fondo editorial DAE.



Contenidos actualizados para que puedas estar siempre al día.



Accede a todo el conocimiento enfermero, desde cualquier lugar, de la forma más cómoda, rápida y sencilla.



Sin la necesidad de estar conectado a Internet.

- El acceso más rápido y sencillo a la información más fiable. Desde un único punto podrás acceder al título de tu interés, te permitirá localizar cualquier libro como si de una biblioteca tradicional se tratara.
- El mejor apoyo para resolver tus dudas.
- Enferteca supera los 100 títulos, más de 500 autores de reconocido prestigio de nuestro país, contenidos actualizados y siempre disponible.

Disponible para cualquier dispositivo iOS y Android



V ENCUENTRO DE LA VOCALÍA AEC DE CANARIAS

El V Encuentro de la Vocalía AEC de Canarias (días 1 y 2 de abril de 2016) quedó clausurado con gran satisfacción por parte de los Comités Organizador y Científico. Bajo el lema "**Investigar en enfermería es abrir puertas a la mejora de los cuidados**", la vocalía canaria de la AEC procuró crear un ambiente agradable donde las/os enfermeras/os de la comunidad autónoma pudieran compartir y divulgar los proyectos de investigación y publicaciones que se están desarrollando en Canarias. Una reunión que cumplió todos los objetivos que había planteado la organización: "hablar de investigación". En este contexto, todos los presentes destacaron y concluyeron la enorme importancia de la comunicación inter e intra-profesional en un entorno en el que el fin común es el beneficio de los usuarios, su familia y la comunidad. En tal sentido, se resaltó la enorme trascendencia que implica una actualización de conocimientos y el interés por la búsqueda de evidencia para aplicarla en nuestro quehacer diario.

Se contó con la intervención de varios grupos de trabajo, entre ellos, la Asociación Canaria de Enfermeros en Vacunología (ACEVAC), cuyos miembros nos pusieron al día sobre vacunación neumocócica, y la Asociación Canaria de Enfermería de Pacientes Anticoagulados (ACEPA) que manifestó la realidad de los pacientes y familias que conviven día a día con las indicaciones y tratamiento con anticoagulación oral. Así mismo, enfermeros punteros en investigación, tanto en el ámbito autonómico, como nacional e internacional, participaron como ponentes en estas jornadas. Se destacan principalmente las intervenciones de los ponentes invitados, Carlos E. Martínez Alberto, Dra. María Noelia García Hernández, Dra. María Elisa Castro Peraza, Dra. Mercedes Novo Muñoz, Dra. Teresa Marco García, Dr. P. Ruyman Brito Brito, Consuelo Company Sancho y Dra. Sara Darías Curvo.

Disfrutamos de 11 comunicaciones orales y 21 comunicaciones tipo póster. Dichos trabajos reflejan el esfuerzo de los enfermeros de Canarias por hacer crecer la evidencia en cuidados. La evaluación que llevó a cabo el comité científico valoró la originalidad de los mismos, la estructura, la metodología utilizada y las referencias bibliográficas. Tras una exhaustiva valoración se nombró la mejor comunicación oral: "Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la efectividad de la práctica de biodanza en la disminución de la sobrecarga del cuidador informal", presentada por Willian Martín Dorta, y la mejor comunicación tipo póster "Experiencia con cuidadores familiares de personas dependientes. Taller de educación grupal: cuidarse para cuidar", presentada por Yurena Rojas González, Irene Clara Parrilla Suárez y Roberto Hernández Pérez.



COMUNICACIONES ORALES

Pie diabético. Una realidad ignorada

Jesús Iván Hernández Valladares

Introducción: la diabetes es una de las enfermedades crónicas más importantes en nuestro entorno, tanto en el ámbito nacional como autonómico. La neuropatía periférica es una de las complicaciones de esta patología y consecuentemente más conocido como síndrome del pie diabético. El Área de Salud de Tenerife carece de unidad específica de pie diabético. Con este trabajo se pretende conocer la situación actual del problema y cómo lo aborda el Servicio Canario de la Salud en la isla de Tenerife.

Metodología: estudio descriptivo transversal en marzo de 2016 a través de la búsqueda bibliográfica acerca del pie diabético en Tenerife y se solicitan datos epidemiológicos al departamento de técnicos de Salud Pública del Área de Tenerife mediante de la Gerencia de Atención Primaria. Además, se investiga en la Cartera de Servicios de Historia Drago AP (solicitud de permiso y datos hecha a la Gerencia de AP de Tenerife en 2015).

Resultados: existe un total de 70.976 pacientes incluidos en la Cartera de Servicios en el Programa de Seguimiento y atención a la Diabetes en Atención Primaria de Tenerife. De estos pacientes, el 13% aparece con una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 8%, lo que denotaría un mal control de la enfermedad *a priori* (comprendería un total de 9.172 pacientes). Un dato observado es que un 30% de los pacientes incluidos en el Programa de Diabetes no tiene determinación de HbA1c en los últimos 16 meses.

No existen datos explotables sobre el diagnóstico de pie diabético o planilla de valoración del mismo por su baja tasa de volcados por parte de los profesionales de Atención Primaria.

No existen unidades específicas en hospitales de referencia y no se conocen los costes directos e indirectos de la atención al paciente con pie diabético en Tenerife.

Los costes directos e indirectos en el ámbito nacional se estiman que rondan entre los 1.290 a 5.611€ anuales en diabetes, solo incluyendo la atención en el ámbito de Atención Primaria y Endocrinología en el primer importe y el tratamiento de gangrena en el segundo importe.

Conclusiones: el problema en Tenerife no está lo suficientemente estudiado y se considera, por parte de los profesionales, necesaria la creación de una consulta específica para la valoración de esta patología. Actualmente se incluye a los pacientes en consultas globales de cirugía general y de patología vascular, no se hace un abordaje específico desde una consulta propiamente ligada a un trabajo multidisciplinar focalizado en la prevención y tratamiento de la patología, sino que se disipa entre especialidades médicas sin un eje vertebrador, que podría ser una consulta de pie diabético.

La limitación de este estudio está en la poca calidad de los registros en historia clínica y la falta de uso de las herramientas de volcado.

Estudio post intervención en Educación para la Salud del pie diabético

Yesenia Vera Moreno • Ingrid Sáenz Jadraque • Beatriz Sicilia Dávila • Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández

Introducción: aproximadamente 250 millones de personas en el mundo tienen diabetes, lo que supone el 5,9% de la población adulta, cifra que continúa aumentando (Torreguitart, 2011). Según la Federación Internacional de la Diabetes, el 15% de los enfermos desarrollará úlceras en algún pie a lo largo de sus vidas (Sheridan, 2012) (Benbow, 2012). Muchas de estas lesiones derivan en amputaciones (Fundación para la diabetes, 1998). El 49-85% de estas amputaciones puede evitarse mediante intervenciones preventivas, tratamiento interdisciplinar de las úlceras del pie y educación sanitaria (Bowker, Pfeifer, 2008) (Fujiwara Y, Kishida K, Terao M, Takahara M, Matsuhisa M, Shimizu Y, et al, 2011). Este enfoque implica a las personas con diabetes y a los profesionales sanitarios (Cundell, 2011). Una estrategia de gestión que incluya la prevención del pie diabético debe ser una prioridad para el sistema sanitario y sus trabajadores.

Metodología: estudio cuantitativo, analítico, cuasiexperimental de tipo pre-post intervención. Se dispone de una muestra voluntaria de 20 auxiliares de enfermería (grupo A) y 22 estudiantes de enfermería (grupo B). Ambos grupos acuden a una charla educativa de 60 minutos. El nivel de conocimientos se mide con un cuestionario de elaboración propia sobre la

patología del pie diabético y los cuidados asociados. El cuestionario se cumplimenta en el momento previo a la intervención y una semana después de la misma.

Resultados: en ambos grupos la intervención fue efectiva. El grupo A obtuvo antes de la intervención un 57,92% de preguntas correctas y un 90% tras la misma, lo que supuso una mejora de 32,08%. El grupo B pasó del 53,41% de aciertos al 70,45%, mejorando un 17%. Los conocimientos previos y la mejora observada fueron mayores en el grupo A.

Conclusiones: realizando intervenciones educativas se pueden aumentar los conocimientos de los participantes, previniendo la enfermedad y mejorando la calidad de vida de la población a nuestro cuidado.

¿Estoy en rango?

M^a Desirée Vera Marrero • Jesús Iván Hernández Valladares • Pablo Ángel Pérez Pérez • Pedro Bacallado del Castillo

Introducción/objetivo: la descentralización progresiva de las consultas de anticoagulación desde Atención Especializada (AE) hacia la Atención Primaria (AP) ha supuesto un incremento de la carga asistencial para el personal de enfermería de los centros de salud de Tenerife. Esto ha significado un cambio de modelo asistencial y una mayor relación con los pacientes, que hasta el momento eran controlados por las unidades de Hematología del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de La Candelaria (CHUNSC). Los objetivos son por una parte conocer si los pacientes que se controlan en AP están en rango terapéutico según el *International Normalized Ratio* (INR); y por otra comparar las diferencias entre Zonas Básicas de Salud (ZBS) con diferentes perfiles poblacionales -ZBS urbana Ofra, ZBS suburbana Barranco Grande y ZBS rural Granadilla de Abona-.

Metodología: en las consultas de anticoagulación de Atención Primaria de Salud de Tenerife dependientes del CHUNSC se dispone del programa informático HyTGGold. Se extraen los datos anonimizados para su análisis descriptivo.

Resultados: un porcentaje superior al 30% de los datos no se encuentra en rango terapéutico según el INR. No hay diferencias significativas para el porcentaje de pacientes en rango aceptable de control entre las ZBS estudiadas.

Discusión/conclusiones: el rango terapéutico fuera de lo indicado implica riesgo tromboembólico o hemorrágico. Existen diferentes vías de abordaje del mal control, entre ellas modificar el enfoque terapéutico. El Ministerio de Sanidad y la AEMPS proponen condiciones clínicas para estos enfoques.

Intervenciones enfermeras no farmacológicas para disminuir la ansiedad ante una intervención quirúrgica

Karina Daniela López Pérez • Saray Cecilia Jiménez Betancort • Carmen López Gallardo • Carmen Jiménez María • María Ángeles Morilla García

Introducción/objetivo: la NANDA 2009-2011 define la ansiedad como la sensación vaga o intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma. Es una señal de alerta que advierte de peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Las intervenciones quirúrgicas suponen una experiencia nueva para usuarios y familias que pueden generar ansiedad. Causa en mayor o menor medida una alteración biopsicosocial de la persona en función de su edad, sexo, experiencia previa e información sobre diagnóstico, pronóstico e intervención a realizar.

Diversos estudios hablan de aumento de los requisitos anestésicos intraoperatorios, complicaciones postoperatorias y aumento de la sensación de dolor como consecuencias negativas en relación a niveles altos de ansiedad.

Existe evidencia de calidad sobre intervenciones enfermeras no farmacológicas que ayudan a mantener niveles de ansiedad controlados para obtener experiencias de salud satisfactorias, es el uso de fármacos la primera opción terapéutica actual.

El objetivo del presente estudio es realizar una búsqueda narrativa de intervenciones enfermeras no farmacológicas eficaces y accesibles en el ámbito de trabajo, que disminuyan la ansiedad de los pacientes ante una intervención quirúrgica, basándose en evidencia científica.

Metodología: se seleccionan intervenciones enfermeras NIC relacionadas con el diagnóstico NANDA Ansiedad y se lleva a cabo una revisión narrativa de artículos en las bases de datos de PubMed, CINAHL y CUIDEN. Se utilizan descriptores MeSH: *anxiety, nursing process, music therapy, aromatherapy, relaxation, mindfulness, passiflora incarnata, plant, acupuncture therapy, hypnosis* y se marcó como límite la fecha de publicación menor a 10 años, el ámbito: cirugía, en inglés y español.

De 537 artículos se eliminaron 32 por duplicado, 273 el título no respondía la pregunta, 197 cuyo *abstract* no era relativo al presente trabajo, cinco no se pudo obtener el artículo completo. Un total de 30 artículos fueron analizados.

Resultados: se llevó a cabo una agrupación de los 30 artículos en función de las intervenciones estudiadas: musicoterapia, aromaterapia, distracción, acupuntura, hipnosis, disminución del dolor, presencia, contacto terapéutico, humor, masaje, manejo ambiental, técnica relajación, presencia. Se elaboró una tabla descriptiva con los resultados obtenidos.

Discusión/conclusiones: intervenciones enfermeras no farmacológicas ayudan a disminuir la ansiedad ante un proceso quirúrgico. Las más estudiadas son: musicoterapia, aromaterapia, hipnosis y dar información. Conocer experiencias previas y temores, promover la expresión de sentimientos, generar un ambiente de confianza y seguridad predispone a experiencias de salud satisfactoria. De forma concreta, el conocimiento sobre diagnóstico, técnica y pronóstico es clave para disminuir la ansiedad.

Propuesta para el desarrollo de un proyecto de código abierto para personas con deficiencias visuales

Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández • MT Rivero Díaz • Yaiza Desiré Montesinos Arteaga • Gonzalo Duarte Clímets

Introducción: en España viven cerca de un millón de personas con deficiencia visual y alrededor de setenta mil padecen ceguera legalmente reconocida. La mensajería instantánea es un recurso de accesibilidad sanitaria. Hasta ahora facilitar el acceso a la mensajería instantánea de las personas con deficiencias visuales se contempla en pocos proyectos. Cabe destacar a *Voice Stick*, un escáner que traducía texto en papel a voz. Otro proyecto, *B&D Messenger* era un sintetizador de voz que conectado a internet que mandaba SMS. Telefónica Móviles, la ONCE y Owasys lideraron el desarrollo de un terminal, el *Owasys 22C*, uno de los primeros teléfonos en integrar la locución de SMS, llamadas e identificación de las mismas, aunque sin posibilidad de uso de una auténtica mensajería en los términos en los que hoy conocemos.

Desarrollo de la experiencia: se valora modificar una aplicación de mensajería instantánea ya existente, en función de unos criterios predefinidos: código no propietario, popularidad, instalable en terminales de un amplio rango de precios, facilidades para el desarrollador, otras –velocidad, uso memoria, seguridad, archivos manejados–.

Posteriormente, se implementan cuatro fases. En la primera se programa una versión inicial de la aplicación, junto a su manual de instalación. En la segunda se analiza la estabilidad y usabilidad en una muestra de siete dispositivos. La tercera supone la elaboración de contenidos web para centralizar descargas de la aplicación y manual revisados, así como pruebas con un grupo de cinco enfermeras gestoras de casos (selección de conveniencia), en un uso habitual. La cuarta fase está en desarrollo y supone la liberación definitiva de aplicación y documentación, así como el inicio de pruebas en sujetos finalistas.

Conclusiones: las personas con deficiencia visual son un colectivo que puede verse beneficiado por el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a los teléfonos inteligentes. Su necesidad de comunicarse es al menos similar al resto de la población, y el acceso a soluciones adaptadas no debería implicar añadidos, sobrecostes, o discriminación alguna por razón de su perfil.

Se han confiado las pruebas a un grupo de enfermeras gestoras de casos. Además de entrenadas en la valoración de las necesidades de los usuarios a su cargo, son capaces de proporcionar un enfoque integrador en el que a la atención técnica se suma el conocimiento profundo de la realidad de la persona. Esto convierte a este perfil profesional en una referencia a la hora de diseñar acciones destinadas a cubrir necesidades específicas que favorezcan los autocuidados y la independencia de las personas.

Se confía en que esta experiencia sirva para futuros desarrollos de aplicaciones relacionadas con la salud.

Intervención de enfermería ante el paciente agresivo

César Villamediana Navas

Introducción: la estigmatización del paciente psiquiátrico es todavía una fuerte barrera social presente aún en el ámbito sanitario. Existe miedo entre los profesionales a tratar a estos sujetos potencialmente agresivos. Se relaciona con desconocimiento, falta de destreza y habilidad que capacitan al personal sanitario para atender este tipo de situaciones. El correcto uso de herramientas como la comunicación efectiva y asertiva, conocimiento de la patología psiquiátrica, diferentes formas de abordar al paciente agresivo, el manejo adecuado de la contención mecánica y manejo de los fármacos más utilizados en estos casos, son clave para realizar intervenciones competentes.

Metodología: revisión sistemática en bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo y literatura gris.

Resultados: los artículos identificados fueron 256 de los cuales se seleccionaron 44 artículos.

En cuanto a las patologías que cursan con un mayor número de agresiones están la esquizofrenia paranoide, el trastorno límite de la personalidad y retraso mental.

Como resultados destacan que en la forma de proceder ante la contención verbal y mecánica vista desde numerosos autores es similar y no son relevantes las diferencias.

Los fármacos más utilizados para la contención del paciente agresivo son las benzodiazepinas y los antipsicóticos, no se encuentra un tratamiento de elección general.

Conclusiones: la intervención de enfermería ante el paciente agresivo varía según la persona ya que las diferentes patologías no pueden abordarse de la misma forma, por ende, no hay una fórmula única. Cabe mencionar que debe seguirse una secuencia ordenada de abordaje, donde el último recurso es la contención mecánica.

Los recursos utilizados, el bagaje profesional y la actitud empleada por el profesional son las armas más potentes de que dispone la enfermera para enfrentarse a estas situaciones.

¿Cómo se puede estimar el riesgo cardiovascular?

Jennifer Sacramento Pacheco

Introducción/objetivo: las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares tienen una alta prevalencia en los países europeos y más concretamente en España. Se encuentran impulsadas por diferentes factores de riesgo como son el tabaquismo, la diabetes, la obesidad, la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial, entre otros. Canarias es una de las comunidades autónomas con mayor tasa de factores de riesgo. El objetivo del trabajo es identificar diferentes métodos de estimación del riesgo cardiovascular y compararlos.

Metodología: búsqueda bibliográfica en Dialnet y Cochrane Plus.

Resultados: se obtuvieron 23 artículos y literatura gris referencial. Existen diferentes métodos de cálculo del riesgo cardiovascular, entre los que se seleccionan cinco. Por un lado, se tienen las tablas de Framingham, SCORE pionero que se utiliza desde el año 1990, pero que según los resultados de diferentes estudios se encuentra validado para población americana subestimando los resultados en otra población. Por otro lado se tienen las tablas del SCORE que se validaron para población europea, pero no incluye el factor de riesgo diabetes para su cálculo. Seguidamente se identificó un estudio en Girona que dio lugar a las tablas REGICOR que incluyen las mismas variables que el estudio Framingham y fueron validadas para población española. Además, también se encontró un estudio que demostraba que a través de la valoración de la hemodinámica ocular se podría estimar el riesgo cardiovascular. Por último, se seleccionó un estudio del año 2015 que propone una nueva ecuación para población española denominada ecuación ERICE.

Discusión/conclusiones: las enfermedades cardiovasculares se encuentran en aumento, algo que principalmente se relaciona con el estilo de vida adoptado por la población. En función de las diferentes características poblacionales han ido surgiendo diferentes métodos para estimar el riesgo cardiovascular. La conclusión a la que se llega tras realizar la presente revisión es que para poder estimar el riesgo cardiovascular en una población se debe de utilizar un método adaptado a ella, por ejemplo, para una población española es más adecuado REGICOR que el método de Framingham.

Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la efectividad de la práctica de biodanza en la disminución de la sobrecarga del cuidador informal

William Martín Dorta

Introducción/objetivo: los avances tecnológicos y científicos sobre la salud y la enfermedad conseguidos en los países desarrollados, unido a la baja natalidad, descenso de la mortalidad, creciente aumento de la expectativa de vida y el consecuente predominio de enfermedades crónicas, definen las características actuales y futuras de nuestra sociedad. Estos factores influyen en un aumento de las personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de necesidades asistenciales desde los sistemas formales e informales de cuidados. En la mayoría de los casos, la asistencia de la persona dependiente suele ser diaria e intensa, implicando una elevada responsabilidad que puede mantenerse durante años. Diversos estudios, especialmente desde el ámbito de las ciencias sociales, han estudiado las manifestaciones y/o alteraciones en la salud del cuidador asociadas al hecho de cuidar, poniendo de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presentan los cuidadores informales, pudiendo llegar a manifestar lo que se denomina "sobrecarga del cuidador".

Este estudio pretende, como objetivo principal, conocer los efectos que la práctica de biodanza puede ejercer sobre la sobrecarga del cuidador informal.

El objetivo es valorar la eficacia de la biodanza para reducir la sobrecarga del cuidador en un grupo de cuidadoras informales.

Metodología: ensayo clínico controlado y aleatorizado. Participantes: 36 mujeres; tres meses o más como cuidadoras principales sin remuneración económica. Intervención: grupo experimental (GE) participó durante tres meses de un taller de biodanza de 12 sesiones con una duración media de dos horas. Grupo control (GC) permaneció en una lista de espera. Se realizaron dos medidas, un pretest al inicio y un posttest a los 10 días tras finalización del taller.

Las variables son la sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), el nivel de ansiedad (escala de Hamilton), la calidad del sueño (cuestionario Oviedo). Análisis: test t para muestras independientes en la comparación de variables continuas entre GC y GE; test t para datos relacionados en comparación de variables entre pre y posttest. Significación $p \leq 0,05$.

Resultados: características sociodemográficas y de control similares entre grupos antes de la intervención. Todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pre y posttest para GE, para sobrecarga una diferencia media de 5,2 puntos; ansiedad 7,93; hipersomnio 2,6; satisfacción del sueño -1,27; insomnio 8,2. No se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre GC y GE en el posttest para sobrecarga, 43,60 vs. 48,12 ($p = 0,06$); ni para el insomnio, 18,67 vs. 24,00 ($p = 0,10$).

Conclusión: la biodanza puede ser una intervención eficaz en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal.

Palabras clave: ensayo clínico controlado aleatorizado; tratamiento por la danza; cuidadores; carga de trabajo; ansiedad; trastornos del sueño; terapias complementarias.

Productos tópicos semisólidos utilizados en Atención Primaria. Diferencias

María Luna Pérez Gutiérrez • Gonzalo Duarte Climents

Introducción/objetivos: los productos tópicos semisólidos son de gran uso en Atención Primaria para tratar diferentes deterioros de la integridad cutánea o tisular. Son preparaciones de consistencia semisólida destinadas a ser aplicadas sobre la piel o mucosas. El fin de estos productos es ejercer una acción local relacionada con su propia característica emoliente o protectora; también es favorecer la absorción o penetración percutánea de principios activos.

Los objetivos que se plantean en este trabajo son: por una parte, conocer las principales diferencias, características e indicaciones entre los distintos tipos de productos tópicos tales como cremas, pomadas, geles, ungüentos, pastas, etc., y por otra parte, ejemplificar cada una de los tipos con los productos más utilizados en Atención Primaria.

Método: revisión narrativa en bases de datos: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Vademecum, y bases de datos disponibles en el a biblioteca virtual del Servicio Canario de la Salud.

Resultados: la diferencia fundamental entre los tipos de productos semisólidos se relaciona con sus contenidos de agua frente a grasa. Desde los productos con más agua y menos grasa (cremas) hasta los que mayor contenido graso presentan (pastas). La otra diferencia se relaciona con la composición de cada producto.

Se detallada cada tipo de producto tópico más los productos comerciales más utilizados en las consultas de Atención Primaria, conociendo así su indicación, el método de aplicación y el intervalo de aplicación. También se explican advertencias del producto y su uso en niños y ancianos que por su fragilidad viene a ser diferente.

El cálculo de la dosis de medicamento o productos activo presente en cada aplicación de producto tópico semisólido presenta dificultades. Se propone un método sencillo de cálculo mediante jeringuilla en función del calibre de la misma y los milímetros cúbicos administrados.

Conclusiones: es importante identificar las diferentes características de los productos semisólidos de uso tópico en Atención Primaria. El cálculo de las dosis de producto activo en cada aplicación presenta dificultades.

Sobrecarga de las cuidadoras en zona básica de Salud Granadilla de Abona

Daniel Sánchez-Barbudo Linares • Alejandra Jiménez Álvarez • Raquel Pérez Yanes • Yanira Rodríguez González

Introducción/objetivo: en los últimos años ha aumentado la esperanza de vida y el porcentaje de personas mayores de 65 años en nuestra sociedad. Unido al fenómeno de la dependencia y de las enfermedades crónicas genera un gran aumento de las necesidades de cuidados y del gasto sanitario.

Uno de los pilares fundamentales del cuidado son las personas cuidadoras familiares, por ello se hace indispensable en este contexto un análisis detallado de las condiciones de estas. El objetivo de este estudio es valorar la calidad de vida de las cuidadoras.

Metodología: para conocer la calidad de vida de las cuidadoras entendida como sobrecarga se ha aplicado la versión del cuestionario Zarit adaptado a este medio. Se ha realizado un muestreo sistemático oportunista para 34 sujetos, sobre 954 filiadas por el Servicio Canario de Salud en la zona básica de salud.

Se prueba que la distribución de esta muestra tiende a la normalidad y mediante la estadística paramétrica se han relacionado las variables de este cuestionario con la sobrecarga global para saber cual de estas variables es dependiente o no del nivel de sobrecarga de estas cuidadoras.

Resultados: de la muestra de cuidadoras, el 70% se encuentra en los valores de sobrecarga intensa, el 18% se cataloga como sobrecarga ligera y solo el 12% se encuentra libre de sobrecarga. Mediante un test de hipótesis y una Chi cuadrado se han conseguido correlacionar como dependientes de la sobrecarga global 11 de los 22 ítems del cuestionario y se han escogidos los más relevantes para diseñar acciones de mejora.

Discusión/conclusiones: el nivel de sobrecarga que experimentan las cuidadoras de Granadilla de Abona es intenso. Se relaciona con las variables: tiempo empleado, tensión emocional que genera el cuidado, dinero empleado e imposibilidad de traspasar ese cuidado a otras personas. La variable menos influyente en la sobrecarga de las cuidadoras es la demanda del receptor de los cuidados y el sentirse enfadados en presencia de su familiar.

Las acciones de mejora para disminuir la sobrecarga de estas cuidadoras y, por tanto, aumentar su resiliencia y calidad de vida, deberán ir encaminadas a mejorar las variables tiempo, tensión emocional, dinero y descarga.

COMUNICACIONES PÓSTER

Liderazgo en enfermería

María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: la palabra "liderazgo" se define como la influencia que se ejerce sobre las personas y que permite incentivarlas para que trabajen en forma entusiasta con un objetivo común. Quien ejerce el liderazgo se conoce como líder. Para promover la salud, el enfermero debe tener un papel dinámico, eficaz y personificado en la figura del líder. Tendrá las condiciones necesarias para el poder y correcto funcionamiento de cualquier institución.

Objetivos: describir la posición excelente en la que se encuentra la enfermería para asumir funciones de liderazgo:

- Participando en los órganos de gestión del sistema sanitario.
- Promoviendo el desarrollo profesional del equipo de enfermería.
- Influyendo en las actitudes de los individuos y grupos en materia de salud.

Desarrollo de la experiencia: en el contexto de la Atención Primaria comenzamos una serie de sesiones de trabajo estructuradas. En ellas los profesionales exponen sus problemas, sus defectos y ventajas a la hora de organizar el trabajo, entendido este no solo como atención del paciente sino otras cuestiones organizativas. Se delegan responsabilidades de diferentes campos a profesionales que creen que están cualificados para desempeñarlos. Con ello se busca lograr que compañeros dirijan otras áreas (responsable de formación, de residuos, laboratorio...) y evalúen positiva o negativamente su desempeño para mejorar y eliminar errores.

Se revisan en las sesiones los siguientes contenidos:

- La evolución de la profesión a lo largo de los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de profesionales con una nueva visión del mundo y con unos valores que influyen dentro de la visión de un líder.
- Para la enfermería el liderazgo es básico y trascendental en la toma de decisiones y para el desarrollo de la profesión en todos los ámbitos. Por tanto, el liderazgo es el modo de organizar el trabajo de un ente (institución, organización) alrededor de una visión y misión y se compromete al grupo en el logro de las metas.
- El líder debe de cumplir una serie de metas: dirección o guía, orientación, cumplimiento de los objetivos, credibilidad, resolución de los problemas, manejo de los conflictos, saber escuchar, llenar expectativas y respeto a otros.
- Existen varias dimensiones de liderazgo: liderazgo orientado hacia la tarea u objetivo, el orientado hacia las relaciones y el transaccional.

Existen tres tipos de líderes:

- Autócrata (toma decisiones sin consultar y alejado del grupo. Ordena y espera obediencia, es dogmático y positivo y dirige mediante la capacidad de retener o conceder recompensas o castigos).
- Participativo (consulta a los subordinados sobre las acciones y decisiones propuestas y fomenta la participación).
- Líder de rienda suelta o despreocupado (hacer y dejar hacer. Otorga a sus subordinados independencia operativa, los líderes dependen de sus subordinados para establecer sus objetivos).

Se debe procurar como buen líder aceptar la responsabilidad y comprometerse a luchar para que el equipo logre a sus objetivos, ser honrados y positivos, persuasivos, altruistas, tener coraje, fiable, directo y muchas más características que harán que un líder logre lo que se ha propuesto. También hay que evitar ser indisciplinado, pasivo, no escuchar al grupo, inflexibilidad, no ser comunicativo y en definitiva todo aquello que implique ir en contra del grupo y los objetivos que tiene planteados.

Conclusiones: la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de dirigir el camino hacia el cambio, considerar los grandes problemas a los que se enfrenta e identificar las estrategias cuyas acciones se requieren para ejercer todo un potencial de liderazgo.

Un líder en enfermería debe de ser el artífice de ese cambio con su honradez (autoridad moral), convicción y muchas más actitudes que lo caracterizan y sin nunca menospreciar el trabajo en equipo, el cual se considera básico en el liderazgo.

Hay personas con condiciones innatas de liderazgo (innovadores, visionarios...) pero las principales cualidades de un líder se pueden aprender, requiriendo que la persona se comprometa, que cambie de hábitos y que incorpore nuevas conductas a su personalidad.

"Somos excelentes profesionales, comprometidos con nuestra profesión aspectos que nos pueden ayudar a ser líderes de nuestra profesión.

El primer paso hacia un liderazgo efectivo no es la acción sino el entendimiento" (John W. Wardner).

Dejo de esconderme: comunica su orientación sexual a su familia. Caso clínico

Miriam González Suárez • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Laura Figueroa Martín • Rosario Hernández Martín

Introducción: la orientación sexual definida como "la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la

capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas", culmina su desarrollo durante la adolescencia. Desde que el adolescente percibe sentirse atraído por personas de su mismo sexo comienza una lucha interna y no todos lo experimentan de la misma forma. Se presenta el caso de un paciente de 17 años con problemas de ansiedad provocados por el cambio en la relación familiar tras la revelación de su orientación sexual.

Desarrollo del caso: adolescente de 17 años que acude a consulta de Atención Primaria con temblor generalizado, sensación de falta de aire, dolor torácico refiriendo ansiedad. No es la primera vez que consulta por el mismo motivo, tras la resolución del episodio y antes de abandonar el centro, se cita al paciente en la consulta de enfermería para conocer en profundidad su situación. Se realiza una entrevista focalizada mediante patrones funcionales de salud. Destaca autopercepción-autoconcepto: repetidas crisis de ansiedad. Teme por su salud y la de su madre. Le ha confesado su orientación sexual. Baja autoestima, insatisfecho consigo mismo. Rol-relaciones: buena relación familiar, estrecha especialmente con su madre, a partir del día que le confesó su homosexualidad no recibe el mismo trato. Sensación de vergüenza y decepción. Apoyo exclusivo de sus abuelos. Sexualidad-Reproducción: homosexualidad percibida desde los 11 años. No ha sido capaz de confesarlo ni de mantener relaciones personales-afectivas hasta que cambia de instituto. Valores y creencias: sufre por ver cuestionada su identidad, siente que no lo respetan tal cual es.

Plan de cuidados: se priorizan los siguientes diagnósticos enfermeros para realizar un plan de cuidados individualizado: Ansiedad relacionada con (r/c) estrés y amenaza de autoconcepto manifestado por (m/p) expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, anorexia y trastornos del sueño. Como objetivos: afrontamiento de problemas; e intervenciones: apoyo emocional, aumentar el afrontamiento, entrenamiento de la asertividad.

Afrontamiento familiar comprometido r/c una crisis situacional y falta de apoyo de la persona de referencia m/p la falta de apoyo percibida, ruptura de la relación familiar en el momento actual. Como objetivos: clima social de la familia, funcionamiento de la familia; e intervenciones: educación paterna: adolescentes, fomentar el desarrollo: adolescentes, fomentar la implicación familiar, terapia familiar.

La terapia familiar tuvo efectividad en cuanto a la consecución de objetivos en seis meses, mejoró la relación familiar entre madre e hijo, respectivamente fueron desapareciendo los síntomas de ansiedad y estrés. La utilidad de la terapia familiar en el ámbito enfermero es importante para la resolución de las necesidades de cuidados relacionadas con problemas que aparecen durante la adolescencia.

Conclusiones: la familia juega un papel fundamental en el desarrollo social del adolescente. Cuando las expectativas de la familia no se cumplen, sobre todo en aspectos de orientación sexual, aparece el conflicto y con ello el sufrimiento del adolescente. Los profesionales sanitarios adquieren especial relevancia en la resolución de estos problemas y en la orientación a las familias para superar el proceso y ayudar al adolescente en su desarrollo.

Consulta antitabaco en un centro de salud del norte (Centro de Salud Casco Botánico, Puerto de la Cruz)

Mercedes Pérez Carballo • María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: el tabaquismo es un proceso adictivo considerado una enfermedad crónica. Se considera la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Los fumadores presentan con más frecuencia procesos agudos y crónicos que los no fumadores. No existe un consumo sin riesgo y los efectos perjudiciales de la exposición al humo de tabaco en la población fumadora pasiva es importante, sobre todo en la infancia. Todo ello justifica la importancia de la consulta antitabaco en Atención Primaria.

Desarrollo de la experiencia: las recomendaciones en Atención Primaria para ayudar a los pacientes a dejar de fumar permite una intervención en cada consulta e ir adaptándose al proceso de cambio en la que se encuentra cada fumador. Se ha desarrollado un algoritmo de intervención para mejorar la actuación hacia el paciente y organización del profesional.

En la consulta a demanda o programada se debe preguntar al paciente si fuma y si no felicitarle. Si fuma se le preguntará si quiere dejar de fumar en los próximos seis meses para determinar en la fase del cambio según el modelo de Prochaska, Di Clemente y Norcross en la que se encuentra. Si la respuesta es afirmativa (fase contemplación) se derivará a la unidad de deshabituación tabáquica que se ha creado en el centro, similares a otros de la isla. En la primera consulta, consulta de preparación, tras realizar diversos test y registros se determinará el tipo de terapia más apropiada para el paciente (individual o grupal) y se seguirá el algoritmo específico para profesionales.

La experiencia con el primer grupo ha sido positiva. Un grupo de pacientes ha abandonado la terapia, esto no ha significado un fracaso sino un aliciente para seguir adelante y ayudarles a conseguir su objetivo que es dejar de fumar.

Conclusiones: en la consulta de Atención Primaria se llevará a cabo una intervención integral y adaptada a la fase en la que se encuentra el fumador. El objetivo que se pretende es que el fumador vaya progresando por las diferentes fases alcanzando, finalmente, el abandono del hábito.

El trabajo enfermero unido a la implicación del equipo es fundamental en el transcurso del proceso.

Enfermeros en positivo (inteligencia emocional)

María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: la inteligencia emocional es la habilidad que posee cada persona para gestionar bien las emociones, tanto las propias como las de los demás. Es la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales de uno mismo y también de los demás. La inteligencia emocional aglutina cuatro aspectos básicos: la percepción, el manejo, el entendimiento y la utilización de las emociones.

Metodología: se ha realizado una revisión narrativa empleando bases de datos (Medline, Dialnet, Scielo y base de datos del Colegio de Psicólogos de Tenerife) nacionales e internacionales, usando palabras claves como enfermería, inteligencia emocional, positivismo y autoestima. Tras ello se llevó a cabo una tormenta de ideas y discusión final de los profesionales llevando a las siguientes conclusiones lograr como objetivo crear un grupo de trabajo sobre la aplicabilidad de la inteligencia emocional de los profesionales de salud en la consultan diaria evitando síndromes como el *burnout* o estrés emocional.

Desarrollo de la experiencia: los enfermeros son profesionales altamente cualificados que trabajan con pacientes-clientes. Su trabajo provoca en muchas ocasiones estrés, estados de ansiedad, fatiga, cansancio, que impiden realizar un trabajo óptimo. Para lograr una mejora en la calidad de los cuidados se deben adquirir habilidades y capacidades suficientes para alejar estos aspectos negativos.

Existen diez claves en inteligencia emocional se deben trabajar a diario y que ayudarán en el día a día de su trabajo:

- Ser conscientes del estado emocional (tristeza, felicidad, ansiedad).
- Juicios basados en hechos y no en emociones.
- Transformar lo negativo en positivo y reflexionar.
- Poner límites en determinadas situaciones (ser fuertes).
- Rodearse de gente positiva.
- Vivir en el presente y no en el pasado para tener metas y trabajar.
- Cuidar los pensamientos positivos.
- Saber que hay una vida, vivir tu vida pero aprender de las vidas de los demás.
- Saber cuándo actuar, ser oportuno.
- Ojos, mente y corazón abiertos para ver a los demás.

Existe evidencia a favor de realizar terapia con el objetivo de mejorar la situación de los profesionales en su trabajo con pacientes-clientes y a nivel personal.

Se organizó un grupo de terapia para poner en práctica las claves localizadas en la bibliografía con la colaboración de personal especializado como un psicólogo. Estamos en fase de inicio, a la espera de concretar los primeros resultados.

Conclusiones: el personal de enfermería debe prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teórico-prácticos cuentan con un equilibrio mental y físico que le permite ejercer su actividad de una manera eficiente en la práctica diaria. La inteligencia emocional ayuda a desarrollar esos atributos. Particularmente, las enfermeras por su constante relación con los pacientes están sometidas a una carga traumática ante el sufrimiento humano y la muerte. Todo ello puede desembocar en conductas y respuestas emocionales que tienen repercusiones en su capacidad para brindar atención sanitaria adecuada, sobre su bienestar emocional e incluso su vida particular. Se debe intentar redirigir las emociones hacia nuestro beneficio y el de los que cuidamos.

Donación de sangre y Enfermería Comunitaria

Laura Figueroa Martín • Félix González Meás • Miriam González Suarez • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Luis Martín Camacho • Arleni Hernández González

Introducción/objetivo: la donación de sangre en España se realiza de forma altruista. Se estima que son necesarias 40 donaciones por cada 1.000 habitantes/año. En el área de salud, provincia de Santa Cruz de Tenerife, se obtienen 30 donaciones por cada 1.000 habitantes/año mediante siete puntos fijos de donación, más puntos itinerantes. El objetivo principal de esta experiencia profesional es conocer la efectividad de la intervención comunitaria de un equipo enfermero de la zona básica de salud (ZBS) en relación al aumento del número de usuarios que realizan donaciones de sangre.

Desarrollo de la experiencia: para que un llamamiento para la donación de sangre sea efectivo ha de alcanzar mínimo 15 donaciones. El Instituto Canario de Hemoterapia y Hemodonación (ICHH) es el encargado de publicitar la localización de los puntos de extracción de sangre itinerante. Antes de la colecta programada se identifica la población diana de la ZBS para la donación y se desarrollan estrategias de promoción, educación para la salud, sensibilización de la importancia de la donación, coordinándose con diferentes servicios institucionales y comunitarios. Posteriormente, se evalúan los resultados de manera conjunta con el ICHH. Comparando los resultados del número de donaciones obtenidas en campañas previas, 11-12 donantes con ocho donaciones efectivas, con las donaciones resultantes de la última campaña tras sensibilizar e informar a la población, resultaron 51 donantes con 44 donaciones efectivas.

De forma cualitativa se observan beneficios derivados de la donación de sangre, a nivel individual el donante refiere satisfacción y aumento de la autoestima al poder ayudar a otra persona. Mientras, en la comunidad que presenta un elevado número de donantes se mejora la imagen interna y externa de la misma.

El equipo enfermero valora la experiencia de forma positiva y consideran necesario continuar con la actividad en futuras colectas.

Conclusiones: en concordancia con la literatura, los beneficios que se observan tras la donación de sangre ofrecen motivación para que los donantes repitan en futuras colectas y tras las actividades realizadas para la promoción y sensibilización los no donantes lo sean por primera vez. Es necesario transmitir estos beneficios y continuar con la promoción de la donación de sangre para cubrir las necesidades asistenciales. Para ello, la enfermería comunitaria tiene un rol fundamental en la educación para la salud y concienciación de la población.

Caso clínico: plan de cuidados del paciente con Corea de Huntington en una unidad de hospitalización psiquiátrica

David Gomariz Bolarín • Ayoze Adrián Correa Falcón • Irati Izaguirre Palacios • Saray Cecilia Jiménez Betancort • José David López Luís • Karina Daniela López Pérez

Introducción/objetivo: la Corea o enfermedad de Huntington es una enfermedad neurológica rara, hereditaria y degenerativa que afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 personas.

El objetivo de este caso clínico es presentar un plan de cuidados de una paciente de 36 años con enfermedad de Huntington. Se trata de una mujer que ingresa por alteraciones de conducta e imposibilidad de manejo en el centro donde reside.

Desarrollo del caso: se realizó una valoración por patrones funcionales de salud. Al ingreso, la paciente tenía un conocimiento parcial sobre su enfermedad, se alimentaba mediante sonda nasogástrica, era dependiente para las ABVD, presentaba insomnio, tenía problemas en el habla, sentimientos de soledad acompañados de enfados y episodios de agitación relacionados con situaciones de estrés.

Los diagnósticos enfermeros prioritarios fueron: 00155 Riesgo de caídas; 00108 Déficit de autocuidados (baño/higiene); 00103 Deterioro de la deglución; 00051 Deterioro de la comunicación verbal.

Plan de cuidados: se llevó a cabo un plan de cuidados que buscaba una conducta de prevención de las caídas, autocuidados por parte de la paciente, prevenir la aspiración y mejora en la comunicación.

Para lograr los objetivos planteados se desarrollaron las siguientes intervenciones enfermeras: enseñanza en prevención de caídas, ayuda al autocuidado, cuidados de la sonda gastrointestinal y apoyo emocional.

Se realizó una evaluación continua de los indicadores de resultado del plan de cuidados establecido, obteniéndose una mejoría en la mayoría de los problemas identificados.

Conclusiones: la enfermedad de Huntington es una patología compleja e incurable, pero se conocen sus síntomas por lo que un abordaje adecuado puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

En este caso, la paciente al alta logró un mayor conocimiento de su patología, se pasó a una alimentación mediante PEG, realizaba las ABVD bajo supervisión, tenía un buen descanso nocturno y obtuvo un mejor afrontamiento de los problemas, mejorando de esta manera su estado de ánimo.

Atención de enfermería a pacientes con trastorno mental grave en Atención Primaria. A propósito de un caso

David Gomariz Bolarín • Ayoze Adrián Correa Falcón • Irati Izaguirre Palacios • Saray Cecilia Jiménez Betancort • José David López Luís • Karina Daniela López Pérez

Introducción/objetivo: la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas que son atendidas en Atención Primaria (AP) se sitúa entre el 24 y el 30%. La AP no es un mero filtro hacia los servicios especializados, sino una figura clave para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Delirios, aislamiento social, sentirse tenso, receloso, alerta, reservado o tener sentimientos irreales de celos son algunos de los síntomas que se deben identificar en estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente de 38 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide con problemas de adherencia al tratamiento derivado de la Unidad de Salud Mental

Método: se realiza una valoración inicial por patrones funcionales de salud y se elabora un plan de cuidados atendiendo a las necesidades de salud detectadas. Se lleva a cabo una evaluación de los indicadores de resultado al inicio, a los 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: para los profesionales que trabajan en AP debe ser prioridad la identificación rápida de los problemas de salud mental, la derivación temprana y un buen enlace con los servicios especializados. La continuidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria para pacientes con trastorno mental de salud ayudará a detectar recaídas o empeoramiento de los pacientes.

Infertilidad femenina y planificación enfermera biopsicosocial en Atención Primaria de salud: a propósito de un caso

Saray Cecilia Jiménez Betancort • María Olivar Mesa Barreto • Karina Daniela López Pérez • José David López Luís • Irati Izaguirre Palacios

Introducción: en el mundo hay casi 50 millones de parejas infértiles, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), evidenciándose que un 10% de las parejas presentan infertilidad secundaria (no pueden tener un segundo hijo).

Los factores que afectan a la fertilidad pueden ser infecciosos, ambientales o genéticos, y determinadas conductas culturales.

En España, entre el 15% y el 17% de las parejas en edad fértil tiene problemas de fertilidad y esta tasa va en aumento.

España está a la cabeza en tratamientos de fertilidad, pero las listas de espera de los hospitales públicos tienen un tiempo medio de espera superior a un año, acentuando los altos costes sociales y económicos de la infertilidad. La imposibilidad de tener hijos constituye un problema con consecuencias emocionales muy importantes para la pareja que afecta de forma directa a todas las esferas de la vida de los pacientes.

Desarrollo del caso: se expone el caso de una mujer de 37 años que acude porque quiere ser madre y lleva intentándolo durante tres años sin éxito. Es madre separada de mellizas. Su fórmula obstétrica es 2G, 0P, 1C, 1A (dos gestaciones, ningún parto, una cesárea, un aborto- IVE "Interrupción Voluntaria del Embarazo").

Refiere que hasta 2012 su menstruación era regular, pero que desde entonces ha presentado menometrorragias y periodos de amenorrea, además de un aumento del vello facial.

Como patologías presenta obesidad grado III, LDL, HTA, DM tipo II, SM (síndrome metabólico). Se observa un estudio gineco-obstétrico en la que se la diagnostica de ovarios poliquísticos.

En su casa su actual pareja y el resto de la familia esperan con ilusión poder aumentarla. La paciente expresa sentimientos de labilidad emocional y cuenta con pocas personas de apoyo, aunque sus familiares intentan animarla en estas situaciones.

Se priorizan como diagnósticos de enfermería: deterioro nutricional ingesta superior a las necesidades, riesgo baja autoestima situacional (esterilidad), deterioro de la interacción social.

La trayectoria de las intervenciones se esboza a través del abordaje biopsicosocial de la paciente mediante la educación sanitaria y el pacto de objetivos. Además se indaga en el conocimiento en su red de apoyo, acompañado de estrategias de afrontamiento psicosocial encaminadas a la mejora del estrés psicosocial percibido por la infertilidad y a la posibilidad de generar relaciones personales satisfactorias con su entorno.

El resultado fundamental es la mejoría que presenta la paciente a nivel físico y psicosocial, que se manifiestan con cambios en los objetivos pactados, modificación de diagnósticos previos y progreso positivo de los resultados descritos en un inicio.

Conocer cómo se siente cada integrante de la familia ante la infertilidad es esencial para poder abordarla:

"La familia está como el bosque, si usted está fuera de él solo ve su densidad, si usted está dentro ve que cada árbol tiene su propia posición" (Proverbio Akan).

Palabras clave: planificación de atención al paciente; infertilidad femenina; Atención Primaria de salud; impacto psicosocial.

Caso clínico: problemas de sueño en edad infantil. Abordaje familiar en consulta de enfermería pediátrica de Atención Primaria

Saray Cecilia Jiménez Betancort • Ayoze Adrián Correa Falcón • David Gomariz Bolarín • Karina Daniela López Pérez • MJ Estebez López

Introducción: el insomnio infantil afecta entre 20-30% de la población infantil hasta la edad preescolar, erigiéndose como el trastorno más frecuente en la edad pediátrica. Los padres tienden a infravalorar la falta de sueño de sus hijos, pero descubren la trascendencia del sueño cuando observan cómo la cantidad y calidad en sus hijos afecta al bienestar de toda la familia. Los trastornos del sueño son un problema prevalente en la lactancia y primera infancia, más de un tercio de los niños duermen mal o no duermen lo suficiente.

Desarrollo del caso: se presenta el caso clínico de una familia nuclear con un hijo de 5 años y un segundo hijo de 10 meses. Ambos padres tienen estudios superiores y trabajan en turnos rotatorios.

El hijo mayor presentó síndrome de apnea-hipoapnea durante el sueño (SAHS) del cual ha mejorado desde que le intervinieran quirúrgicamente a los 2 años y 4 meses (adenectomía y amigdalectomía), presentando actualmente un patrón de sueño normal.

El hijo de 10 meses ha comenzado con trastornos del sueño desde los 5 meses tras un cambio de hábitos. Muestra dificultad para conciliar el sueño de forma autónoma y frecuentes despertares nocturnos durante la noche con incapacidad para volver a dormirse sin ayuda. La falta de sueño del más pequeño está generando problemas en la salud familiar.

Plan de cuidados: tras una valoración integral se prioriza el diagnóstico de "Trastorno patrón del sueño". Utilizando el lenguaje estandarizado NOC y NIC se realizan intervenciones encaminadas a aumentar el afrontamiento familiar, el asesoramiento a cerca del sueño infantil y la modificación de la conducta.

Posteriormente se evalúa a la familia y el sueño del niño, identificándose progresos.

Conclusiones: la alta frecuencia de trastornos del sueño avalan la necesidad de incluir de manera más sistemática la profilaxis de los trastornos del sueño en los controles de salud.

Prevención de las úlceras por presión

Adelaida Cruz García • Nieves Castro Marrero • Nieves Marrero Felipe • Ernestina Torres Alonso

Introducción: las úlceras por presión son áreas de piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Constituyen un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea. Los puntos más comprometidos en más del 80% los casos son: sacro, trocantes, nalgas, maléolos externos y talones. La presencia de una úlcera multiplica por cuatro el riesgo de muerte, un 60% entre las personas mayores en un plazo de un año tras el alta hospitalaria, aclarar que la úlcera no suele ser la causa de la muerte, sino que se desarrolla tras el declive de la salud de la persona anciana.

Desarrollo de la experiencia: el desarrollo de la experiencia enfoca los problemas que pueden ocasionar las úlceras, desde dos puntos de vista. En primer lugar, el paciente, su tratamiento y calidad de vida. En segundo lugar, el aumento de los costes en el SCS. También incorporamos un Plan de Cuidados, donde especificamos los correctos cuidados para este tipo de enfermedades de la piel.

Este trabajo se desarrolla desde el punto de vista de un paciente traumatológico donde la posición más habitual del mismo es decúbito supino (la gran mayoría no admite cambios posturales) y más de la mitad de los casos corresponde a pacientes mayores de 70 años y en tiempo prolongado.

Las úlceras por presión y su tratamiento repercuten en la calidad de vida del paciente y su familia debido al elevado coste a los que la sufren (familia) y el impacto económico al sistema de atención sanitaria.

Conclusiones: la prevención es un factor importante a la hora del desarrollo de la úlcera por presión. El papel de la enfermera en cuanto a la prevención, control y curación de las úlceras es fundamental. La escala de valoración va a indicar el riesgo, al tener establecidas las categorías: muy alto riesgo, riesgo evidente, riesgo mínimo/no riesgo.

El personal sanitario adquiere un papel fundamental en la prevención, tratamiento y curación de las úlceras por presión. Una intervención temprana es esencial para las personas con riesgo de presentar úlceras.

¿Qué se enconde detrás de un hueso?

María Candelaria Rodríguez Santos • Alicia Alba López Díaz • Yurena Castro Martín • María Mercedes Pérez Carbajo

Introducción/objetivo: el tumor de las células gigantes (TCG) es una neoplasia generalmente benigna que afecta en un 90% de los casos a la región metafisoepifisaria de los huesos largos, principalmente a la altura de la rodilla (50%). Es una lesión epifisaria, destructiva y agresiva caracterizada por la presencia de abundantes células gigantes multinucleadas. Estos tumores están considerados como benignos con agresividad local, sin embargo, hoy se sabe que llegan a presentar malignidad absoluta y producir metástasis pulmonares.

Clínicamente el TCG se presenta con dolor o síntomas referidos a la articulación como tumefacción y rigidez; la extensión hacia los tejidos blandos puede ocasionar efecto de masa ocupante de espacio y las fracturas patológicas no son infrecuentes.

El caso seleccionado es de un paciente con tumor de células gigantes cuyo Dx inicial fue patología articular mecánica; al que se le realizó una valoración y plan de cuidados tras una búsqueda de información sobre el tema.

El principal objetivo es fomentar la formación, información e investigación para obtener enfermeros preparados y cualificados en sus intervenciones.

Metodología: presentamos el caso de un varón de 34 años de edad. Sin AP ni AF de interés- Persona sana. Deportista (ex jugador de baloncesto). Acude a consulta por inflamación y dolor en rodilla derecha, en relación con la flexo-extensión. Evolución: tres meses. Niega traumatismo previo. Inicialmente valorado y tratado en consultas de Atención Primaria como una patología articular mecánica, ante la no mejoría de la clínica y agravamiento decide acudir nuevamente.

Valorado por atención hospitalaria, quienes realizan toma de muestra de contenido articular (frotis inflamatorios con predominio de neutrófilos). Solicitando las siguientes pruebas complementarias:

- RMN rodilla: tumoración ósea en metáfisis distal del fémur derecho, edema óseo y halo escleroso, sugestivo como primera posibilidad diagnóstica de condroblastoma o bien un tumor de células gigantes.
- Biopsia parte blanda: fragmentos de tumor de células gigantes óseo.

Juicio diagnóstico: tumor de células gigantes en zona articular de fémur distal derecho.

Actuación: cirugía, realizando curetaje oncológico con fresas de alta velocidad, nitrógeno líquido y diatermia. Reconstrucción con cemento y placa de osteosíntesis.

Actualmente en quimioterapia. Deambula con muletas y está pendiente de rehabilitador. Pte. de colonoscopia. Durante el proceso se realiza un control y seguimiento enfermero, tanto en Atención Primaria como en especializada (aporta informe de alta con plan de cuidados enfermero). En primaria se realiza uno preliminar que posteriormente se modifica debido al cambio en el dx del paciente y posterior resolución de su patología.

Desde enfermería los cuidados son esenciales para el paciente intervenido quirúrgicamente, desde la prevención de la infección, el control del dolor. Por ello, es preciso un conjunto de actividades (dentro del plan de cuidados) orientado a promover la asistencia de cuidados plenos, eficaces y profesionales. Se realiza un plan de cuidados estandarizado con valoración de la que se obtienen dx de enfermería (deterioro de la deambulación, ya que acude tras un mes de la intervención solo presenta cicatriz de intervención y deambula con muletas) y actúa sobre él (NOC-NIC) utilizando el programa Drago AP y atendiendo a su situación actual. Todo el desarrollo del plan de cuidados centrado en su patología se realiza en hospital y sale tras un mes con la mayoría de los dx resueltos. Se plantea desde el equipo de enfermería, con el caso del paciente, un diagnóstico para el personal que será desconocido, ya que es incluso el paciente el que nos orienta sobre su patología y proceso evolutivo en la misma. El caso hace pensar en la importancia de la documentación y búsqueda de información para dar esos cuidados plenos y eficaces de los que se ha hablado en un principio y que no se debe de obviar por el desconocimiento.

Resultados: la importancia de este caso radica que tras la adecuada orientación diagnóstica y posterior actuación, se encuentra con una patología poco conocida en la que se vislumbra la necesidad de formación continua del personal sanitario para lograr una correcta actuación enfermera.

Los planes de cuidados pueden variar en cualquier momento ya que desde una posible actuación sobre una simple patología articular se ha redirigido hacia una actuación muchos más compleja, tanto en enfermería hospitalaria como en Atención Primaria

Conclusiones: el plan de cuidados del caso clínico proporciona una base sólida para la práctica, permite una eficaz prevención de las posibles complicaciones y el fomento de la autonomía del paciente, consiguiendo así una pronta recuperación. En concreto se consigue:

- Desarrollo adecuado de una metodología de trabajo (mejor conocimiento de la patología que permite una mejor intervención).
- Aplicar el método científico a los cuidados.
- Garantizar la continuidad de cuidados enfermeros de especializada hacia primaria.

Sistemas de vacío aplicados a la cura de heridas

María Arleni Hernández González • Ángel Manuel Cervigón Abad

Introducción/objetivo: el uso de los sistemas de vacío en curas mejora la evolución de heridas muy exudativas, cavitadas y de difícil cicatrización en un corto periodo de tiempo. Además mejora la calidad de vida del paciente durante el proceso.

Existen distintos tipos de sistemas, ya sean para gran exudado con una capacidad mayor, como para exudado intermedio o escaso. La cura se realiza normalmente cada siete días, manteniendo un buen estado del lecho de la herida y de la higiene personal del paciente. La técnica consiste en colocar sobre la úlcera un apósito de esponja de poliuretano o alcohol polivinílico que actúa como interfaz entre la superficie de la herida y la fuente de vacío, en la que se coloca un tubo de drenaje fenestrado no colapsable conectado a una bomba regulable de vacío, que crea una presión negativa que puede variar entre 50 y 125 mmHg. La presión negativa se puede aplicar de forma intermitente o aplicarse de forma continua. Las bombas tienen vida media, bien con pilas las más pequeñas o recargables con electricidad.

Esta técnica está indicada en pacientes con heridas agudas, crónicas, traumáticas, vasculares, quemaduras de espesor parcial, diabéticas, por radiodermatitis, por presión, o como alternativa a la cirugía (dehiscencias de suturas, úlceras de muñones, colgajos fallidos, incluso cuando hay exposición de hueso o tendón).

Este sistema mejora el tejido de granulación de la herida, cicatrizando más rápidamente.

El objetivo que se plantea el grupo de trabajo es demostrar que el uso de sistemas de vacío en curas mejora la evaluación de heridas muy exudativas, cavitadas y de difícil cicatrización en un corto periodo de tiempo. En esta experiencia se ha valorado la evolución de la infección de tres artrodesis de columna. Tras tres meses de limpiezas quirúrgicas y mala evolución con cura convencional, cicatrizan en menos de un mes con estos sistemas de vacío.

Desarrollo de la experiencia: se estudiaron tres casos de infección en artrodesis de columna en la unidad de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La aplicación de los sistemas de vacío, tanto de gran absorción para heridas muy exudativas, como para exudado algo inferior, a medida que el exudado va disminuyendo durante el proceso de cicatrización hace que la herida cicatrice en un menor espacio de tiempo que en una cura convencional.

Ventajas clínicas:

- Proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de heridas.
- Disminuye el volumen de la herida. La herida se reduce al ir aproximándose sus extremos.
- Elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. Reduce la colonización bacteriana en la zona de la herida.
- Ayuda a eliminar el fluido intersticial. La eliminación del fluido intersticial puede influir positivamente en la reducción del edema lo que ayudará a mejorar el flujo sanguíneo a la herida.
- Promueve la granulación. Presión negativa localizada y controlada para ayudar a cerrar uniformemente las heridas.

Se observa la evolución en heridas cavitadas y muy exudativas que no evolucionan tras varias limpiezas quirúrgicas y antibioterapia durante tres meses con curas convencionales en la unidad, aplicando este sistema cicatrizan al mes de comenzar la terapia.

Conclusiones: tras el resultado de esta experiencia, se concluye que el uso de estos sistemas en heridas cavitadas y muy exudativas hace que mejore el lecho de la herida y evolucione más rápidamente, disminuyendo la estancia media y generando mayor autonomía e independencia del paciente. Se lleva tanto a nivel hospitalario como domiciliario, ya que las curas no son diarias y es un sistema cómodo para el paciente, mejorando su confort durante este periodo de tiempo.

Se considera la necesidad de realizar más ensayos clínicos con este sistema de curas frente a otros tipos de cura convencional para obtener la evidencia necesaria que apoye su uso en la práctica.

La enfermería a través del objetivo

Julián Peyrolón Jiménez • Yaiza Desiré Montesinos Arteaga • Yesenia Vera Moreno • Sarai Rodríguez Rodríguez • S Herrera Luis

Introducción: los medios de comunicación en general no solo reflejan la realidad, sino que también contribuyen a crearla, por mucho que su versión de esta no sea más que una entre muchas otras y no por ello más válida.

En España, con una media de consumo de cuatro horas diarias en 2011 (1), la televisión pasa a ser la fuente de observación más importante para el individuo, a la hora de asumir la creación de la opinión dominante sobre un tema en particular; por tanto, lo que se dice en ella respecto a una profesión es relevante en la construcción de la opinión pública en relación a ella.

Sampedro señala que existe todo un mercado de identidades mediáticas, que hace más visibles y deja en un rol de superioridad a aquellos grupos sociales que disponen de más recursos económicos o culturales, lo que tiende a aumentar la desigualdad en el nivel simbólico, asignándoles roles subordinados.

Metodología: revisión bibliográfica de artículos publicados de 2010 en adelante y a texto completo en *Lilacs*, *Google Scholar* y *Pubmed*. Palabras clave: *nurse*, *stereotype*, *television*, *perception*, *communications media*.

Inicialmente 818 resultados, 22 tras aplicar los criterios de inclusión, tres relevantes.

Resultados: distintos autores describen algunas de las realidades que en nuestro entorno nos resultan familiares (subordinación, estereotipo ligado al sexo, etc.).

Conclusiones: a pesar de que la enfermería se regula por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y dispone de una autonomía, características y señas de identidad propias, las intervenciones y sus resultados permanecen invisibles bien por

la falta de interés en hacerlos públicos, la escasa formación en investigación y/o los criterios de evaluación, exclusivamente biomédicos; así, el papel de los profesionales queda subordinado a alcanzar dichos criterios y diluido en una visión sesgada en términos de la asistencia.

Tras analizar anuncios publicitarios, se observa claramente el estereotipo. Enfermeras ataviadas con uniformes, donde la tónica general pasa por faldas cortas y ceñidas, escotes y actitudes impropias de la profesión (poses forzadas, gestos y guiños insinuantes, etc.); esto refuerza el mensaje de ser un objeto sexual, sin control sobre nuestros actos, y con una afectividad marcada por la falta de dicho control, con un papel meramente decorativo y que tan siquiera guarda relación con el producto que se publicita, reforzando la impresión de que aportamos un valor nulo.

Se ha de entender los mecanismos que subyacen tras los estereotipos, evitando vivir de espaldas a los medios y aprendiendo a transmitir la verdadera identidad.

Enfermería en trasplantes óseos

María Arleni Hernández González • Laura Figueroa Martín • Luis Martín Camacho

Introducción/objetivo: el papel de la enfermería en el trasplante de tejido osteotendinoso alogénico, bien de donante vivo, autotrasplante, o de cadáver, en intervenciones quirúrgicas de traumatología favorece la disminución de la estancia media hospitalaria.

El objetivo es dar a conocer el papel de la enfermera en la unidad de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, tras la recepción del paciente, los cuidados pre y postquirúrgicos una vez sometido a un trasplante óseo.

Desarrollo de la experiencia: los pacientes habituales en la unidad con este tipo de trasplante son: defecto óseo relacionados con tumores óseos, intervenciones previas que no consolidan la fractura, defectos óseos de fracturas complicadas o intervenciones de artrodesis de columna.

Principales diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la movilidad.
- Déficit de autocuidado.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de caídas.

Papel de la enfermera de la unidad de traumatología:

- Autotrasplante:
 - Cuidados de la zona donante, recuperación y movilización precoz.
 - Disminuir el riesgo de infección y el dolor.
- Trasplante óseo de banco de huesos:
 - Debido a la posibilidad de rechazo del material y transmisión de enfermedades. La enfermera realiza muestras de sangre previas a la intervención para descartar posibles enfermedades infecciosas y se remiten al banco de huesos.

Tras la intervención se previenen los riesgos de infección de las heridas quirúrgicas, se promueve la movilización precoz y se intenta disminuir el dolor.

En esta comunicación se muestra un caso de una paciente, a la que se realizó un autotrasplante con tejido de cresta iliaca hacia zona de defecto óseo por tumor en tibial anterior. Tras este trasplante consiguió el alta en menos de un mes, tras llevar más de cuatro meses de reintervenciones por no tener consolidación ósea.

Conclusiones: el uso de hueso humano en estas intervenciones favorece la movilización prematura del paciente, y una mejor adaptación y consolidación de la lesión. También disminuye el riesgo de rechazo de material de osteosíntesis.

Esto, junto a la planificación temprana de los cuidados de enfermería postquirúrgicos, alivio del dolor y recuperación de la movilidad y capacidad para las actividades básicas, favorece que la estancia hospitalaria se reduzca.

Aprendizaje de la autonomía del lesionado medular: a propósito de un caso

Beatriz Sicilia Dávila • Yesenia Vera Moreno • Ingrid Sáenz Jadraque • Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández

Introducción: desde el año 1789, con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, se realiza la importancia de la libertad y la autonomía como manifestación de la dignidad y del valor de las personas. Durante nuestra experiencia profesional hemos podido observar la relevancia que tiene la autonomía, tanto para la calidad de vida del paciente como para la adaptación a su nueva situación cuando la pierde. Se presenta un caso clínico de un paciente con lesión medular.

Desarrollo del caso: paciente varón de 22 años de edad sin antecedentes previos de interés que sufre un accidente de tráfico. Tras su llegada al complejo hospitalario se realizan las pruebas complementarias oportunas que informan de una lesión medular a nivel de la vértebra cervical 6, ocasionando una afección completa de la motoneurona superior, condicionando esto una tetraplejía.

La historia clínica refleja que el paciente en la fase aguda sufrió un shock medular, tras el cual, cuatro meses después presentó signos de disreflexia autónoma. Desde el inicio del proceso, se observaron diversas alteraciones en el plano afectivo y social que complicaron su evolución.

El estado actual del paciente manifiesta diversas incapacidades y déficit de autocuidado, resultado de una tetraplejía.

Plan de cuidados: el plan de cuidados se centró principalmente en la esfera afectiva del paciente debido a las características del mismo. Destacamos los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Baja autoestima situacional.
- Insomnio.
- Riesgo cansancio rol cuidador.
- Ansiedad.
- Dolor crónico.
- Conocimientos deficientes.

Entre los diagnósticos principales se seleccionó la baja autoestima situacional, relacionada con el deterioro de la imagen corporal y el deterioro funcional que presentaba el paciente, el cual expresaba con sentimientos de impotencia e inutilidad. Con el objetivo de mejorar su autoestima y su adaptación a la discapacidad física se llevaron a cabo actividades relacionadas con apoyo emocional, potenciación de la autoestima y control del estado de ánimo.

Debido a lo anterior y al persistente aumento de la impotencia, comienza a mostrar signos y síntomas de ansiedad. Mediante la mejora del afrontamiento y reestructuración cognitiva se consigue el afrontamiento de problemas y el autocontrol de aquellos pensamientos distorsionados.

Por otro lado, aunque no menos importante, observando a su cuidador informal se detectó un riesgo de cansancio del rol del cuidador, debido principalmente a la complejidad de los cuidados requeridos por el paciente. Se impartió enseñanza al familiar sobre el tratamiento y los procedimientos relativos a la nueva situación, con el objetivo de mejorar su conocimiento sobre el régimen terapéutico.

Conclusiones: el progreso de un paciente lesionado medular es directamente proporcional a su mejoría en el plano afectivo. El apoyo emocional continuado ayuda a afrontar la situación postraumática tanto del paciente como de su entorno familiar.

Una educación sanitaria efectiva, mejora la autonomía y reduce el nivel de ansiedad del paciente. El afrontamiento de sus incapacidades crónicas facilitará el alcance de una mayor calidad de vida.

Experiencia de un joven con enfermedad de Crohn. El inicio de un estudio cualitativo

Laura Figueroa Martín • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Miriam González Suárez • Howard Perera Soler

Introducción: la enfermedad crónica se ha visto estrechamente relacionada con la afectación psicosocial en diversos estudios. Las interferencias en el desarrollo de la autoestima, la independencia del joven y la imagen corporal son solo

algunas de las afecciones que se han visto con mayor frecuencia cuando la enfermedad crónica aparece en la juventud. La madurez impuesta y repentina que sufre el joven viene dada por la necesidad de responsabilizarse del control de su enfermedad y del cumplimiento del tratamiento prescrito.

El objetivo de este trabajo es conocer la vivencia de una persona joven con enfermedad de Chron (EC), sus percepciones, actitudes, relaciones personales y sociales y sus valores. Para obtener la información se realiza una entrevista abierta, en un primer momento mediante grabación en audio para su posterior transcripción y análisis.

Desarrollo de la experiencia: Ángel, 24 años, es un enfermero con EC diagnosticado hace nueve meses. En la primera parte de la entrevista se le pide que cuente su historia, al finalizar se le realizan varias preguntas sobre lo que ha expresado. Tras la transcripción, se le entrega el texto al entrevistado para que lo revise y especifique su deseo de que parte del contenido no conste en el trabajo.

Posteriormente, se analiza la transcripción por párrafos, identificando en cada uno de ellos los temas tratados realizando un listado de tópicos para agrupar aquellos que puedan asociarse a un mismo término. Se agrupa la información por categorías, donde cada una de ellas pasará a constituir un código. De esta manera, se determinan seis códigos: percepciones, relaciones, valores, estrategias, dificultades y contexto. De estos, a su vez, se pueden establecer subcategorías.

Conclusiones: conocer las vivencias y sentimientos de personas con una determinada patología puede ser un instrumento de gran utilidad para ofrecer apoyo a otras personas afectadas y a sus familiares. Además, comparar los resultados obtenidos con los hallazgos de otros estudios similares, aporta información basada en la evidencia que puede servir como recurso de formación para los profesionales sanitarios, con el fin de aumentar el nivel de información y conocimientos que se les da a los usuarios, así como mejorar la atención y los cuidados mediante una relación fundada en la comprensión y el respeto de las opiniones, creencias y actitudes.

Esta experiencia supone el paso inicial hacia un estudio posterior con un mayor número de participantes, en el que se puede realizar un análisis de mayor profundidad de las temáticas y considerar aquellas que sean más interesantes para el objetivo del estudio y que no hayan sido tratadas en esta primera entrevista.

Relación entre el riesgo cardiovascular y el riesgo metabólico en pacientes con trastorno mental grave

Concepcion Cedres Melián • Teodoro González Pérez • Miriam González Suárez • Leticia Pérez Santos • Enrique González Dávila
• Francisco Rodríguez Pulido

Introducción/objetivo: el consumo de antipsicóticos ha aumentado de forma notable en España en la última década, pasando de 1,5 a 8,7 dosis/día. Sus principales indicaciones son el tratamiento de la esquizofrenia, episodios de psicosis y trastorno bipolar. Los factores de riesgo cardiovascular (RCV) son frecuentes y de elevada prevalencia en pacientes con trastorno mental grave (TMG): tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia y diabetes. El impacto del RCV puede verse agravado por los problemas de adherencia al tratamiento y a los malos hábitos higiénico-dietéticos. Se plantea como objetivo establecer la relación entre el RCV y el riesgo metabólico (RM) con otras variables como el tratamiento, edad y años de evolución de la enfermedad en los pacientes con TMG.

Metodología: muestra de 60 pacientes con TMG procedentes de recursos del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de Tenerife, servicio especializado en el ámbito domiciliario para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Se recogieron datos sociodemográficos-clínicos de cada uno de los participantes, y las variables de estudio como el RCV (tabla de Framingham) y RM. Para la comparación de variables categóricas se aplicó el test Chi cuadrado y, en el caso de tablas de contingencia, el test de Fisher. Para variables ordinales se emplean técnicas de estadística no paramétricas, la U de Mann-Whitney y la H de Kruskal Wallis.

Resultados: 35 varones y 25 mujeres, entre 18 y 60 años. Todos con tratamiento farmacológico, 18% dos fármacos, 48% tres, 22% cuatro y 12% cinco. RCV < 10,28% tenía riesgo metabólico (RM); RCV entre 10 y 20, 61% tiene RM; RCV > 20,80% tienen RM. Los pacientes con RCV > 20 son los que más tratamientos reciben. En el grupo de edad de 40-50 años, un 70% de los participantes presentó RM, frente al resto de grupos de edades, donde el RM solo era de un 30% (p= 0,048). 98% toma antipsicóticos y 93% benzodiacepinas. Los que presentan RM > 20 consumen mayor número de medicamentos (p< 0,05). No se encuentran relaciones significativas entre el sexo, el RCV y el RM. Se observó que los parámetros más alterados son la tensión arterial y los triglicéridos, no contemplados por Framingham.

Conclusiones: los pacientes que presentan mayor RCV también mayor RM y toman más fármacos. Limitaciones: la tabla de Framingham que predice el RCV no se ajusta a los pacientes con TMG porque no contempla variables relevantes como el perímetro abdominal y el peso que sufren los pacientes que toman antipsicóticos en el presente estudio.

Experiencia con cuidadores familiares de personas dependientes. Taller de educación grupal: cuidarse para cuidar

Yurena Rojas González • Irene Clara Parrilla Suárez • Roberto Hernández Pérez

Introducción: en la actualidad, el envejecimiento, la dependencia y la cronicidad suponen una elevada demanda de atención sanitaria. Son los cuidadores familiares (CF) de personas dependientes los que experimentan una elevada carga física y mental, alterando su vida y su salud a nivel biopsicosocial. Una herramienta clave es empoderar a las familias y a los cuidadores familiares. La enfermera comunitaria de enlace, dentro del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria, realiza esta intervención a través de la formación grupal: Talleres para Personas CF.

Desarrollo de la experiencia: se programaron dos talleres en el Centro de Salud de Güímar durante el segundo semestre del año 2015 por las enfermeras comunitarias de enlace. Se captaron cuidadoras a través de distintas vías mediante intervención multidisciplinar (UAF, administración, matronas), 12 cuidadoras para el primero y 18 para el segundo. Los talleres constan de cinco sesiones semanales de dos horas de duración cada una. Se valoró el estado previo de los cuidadores familiares en la primera sesión abordando aspectos como la sobrecarga del cuidador, el dolor y el estado de ánimo. Posteriormente, realizado el taller se revaloran nuevamente los ítems mencionados.

Conclusiones: estos talleres permiten desarrollar una educación grupal con un enfoque integral para la atención de cuidadoras de familiares dependientes fomentado el empoderamiento de estos y sus familias. Intenta solventar las necesidades del cuidador familiar tal y como indica la estrategia de abordaje a la cronicidad en la comunidad autónoma de Canarias.

Esta experiencia explota el rol de enfermera facilitadora y mediadora y se desarrolla la coordinación con los recursos comunitarios de la zona, actividades propias de enfermeras gestoras de casos como la enfermera comunitaria de enlace.

Revisión bibliográfica sobre el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria en pacientes sometidos a prostatectomía radical

María de los Angeles Morilla García • María del Carmen Fernández Jiménez • Karina López Pérez • Saray Jiménez Betancort • Carmen López Gallardo

Introducción: el cáncer de próstata es el segundo más frecuente en el hombre. La prostatectomía radical es la cirugía de elección. Sin embargo, a pesar de la mejora de la técnica quirúrgica no se ha conseguido erradicar la incontinencia urinaria de esfuerzo tras la intervención.

El tratamiento conservador constituye el abordaje principal de la incontinencia urinaria en el varón. Dentro de las medidas conservadoras se encuentra los ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico que presentan un grado de evidencia B. Una técnica básica es la terapia *biofeedback*.

Por ello, los objetivos son:

- Conocer estrategias para aumentar gradualmente la capacidad vesical mediante terapia *biofeedback*.
- Describir la efectividad del tratamiento conservador y su influencia en la mejora de la calidad de vida del paciente.
- Fundamentar la necesidad de integrar la terapia *biofeedback* en las Unidades de Suelo Pélvico.
- Destacar la importancia de la presencia enfermera en la motivación y seguridad del paciente.

Metodología: se realiza una búsqueda de la evidencia científica publicada entre los años 2009 y 2015, empleando las principales bases de datos nacionales e internacionales. Se consultaron también las principales revistas que ofrecen evidencia en el contexto de la efectividad de la terapia con *biofeedback* y en las listas de referencias de los artículos relevantes. También se establecieron contacto con los expertos en este campo y demás sitios web pertinentes.

Resultados: la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento conservador es un elemento que juega un papel importante en la recuperación de la continencia. A pesar de que su utilidad permanece en controversia, muchos autores han demostrado que aumentan la velocidad de recuperación. A estos datos hay que sumarle que es una técnica que carece de efectos secundarios y buena relación coste-beneficio.

Existe evidencia limitada a favor de la efectividad de la terapia *biofeedback*. Dadas las notables dificultades metodológicas observadas en los estudios analizados, se requiere estudios clínicos de alta calidad metodológica que permitan un análisis agrupado de sus resultados, favoreciendo la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica.

Conclusiones: dado los resultados hallados en el análisis de la bibliografía, a pesar de que existe evidencia limitada a favor de la terapia *biofeedback*. La satisfacción de los pacientes es muy elevada con una demostrada mejora en la calidad de vida.

Estudio de accidentabilidad en los pacientes del Área de Salud del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Cristo Jesús Guzmán Fernández • Julián Peyrolón Jiménez • Yesenia Vera Moreno • Gonzalo Duarte Climents • Ángel Domingo Fernández Gutiérrez • Raquel Vigara Alonso

Introducción/objetivo: los accidentes que generan traumatismos tienen una prevalencia en nuestro medio que ronda el 10% de los ingresos hospitalarios, pudiendo llegar a provocar grandes trastornos por incapacidad temporal o definitiva (siendo la cuarta causa de muerte por causas externas).

Los motivos, el tipo de lesión y el momento de aparición pueden variar en relación a la edad y el género de los sujetos, y resultan vitales para trabajar en una correcta gestión de los recursos que redunde en favor del paciente. Es por ello importante el registro detallado en los servicios de traumatología.

El objetivo es describir una muestra oportunista de pacientes traumatológicos.

Metodología: estudio observacional descriptivo de 70 pacientes entre octubre y noviembre de 2014. Criterios inclusión: pacientes atendidos en el servicio de urgencias del CHUNSC, sección traumatología con diagnóstico confirmado de traumatismo o fractura. Criterios de exclusión: negativa a participar en el estudio. Variables: edad y sexo, tipo de lesión, mecanismo lesional, momento (día de la semana) y lugar de producción de la lesión. Análisis estadístico: descriptivo y contraste de hipótesis. Aspectos éticos: todos los sujetos expresaron previamente su consentimiento por escrito. El protocolo fue remitido y aceptado por el comité ético del hospital.

Resultados: del total de la muestra, los pacientes se distribuyen de forma proporcional entre hombres y mujeres, con una edad media de 43 años (DE 22,3 y rango 10-89 años).

Para el motivo de consulta estudiado traumatismos/lesiones/fracturas la zona más afectada son los MMII. Se observa un aumento de los accidentes en el domicilio conforme aumenta la edad, alcanzando un 82% en los mayores de 55 años.

Este grupo de pacientes sufre casi dos tercios de los accidentes en el periodo de semana comprendido entre lunes y jueves (64,7%). En las poblaciones más jóvenes se dividen casi a partes iguales entre este periodo y el considerado de fin de semana.

Conclusiones: en gran parte de los casos la lesión se produjo en el domicilio, y en relación con la edad, por ello es necesario intervenciones específicas de prevención de accidentes. Los resultados de este estudio se limitan a fechas oportunistas, es necesario un estudio más detallado para generalizar los resultados y proponer mejoras en la gestión de recursos.

El síndrome del pie diabético

Sarai Rodríguez Rodríguez • Patricia González Castaño • Félix González Meás • Nuria Mesa Castro

Introducción/objetivos: la neuropatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes. La manifestación última del deterioro de las estructuras distales lo conforma el denominado pie diabético, el cual consiste en un conjunto de síndromes que engloba isquemia, neuropatía e infección, pudiendo complicarse a ulceración e incluso amputación. El objetivo principal del estudio era determinar, mediante una encuesta *ad hoc*, el grado de conocimiento de un grupo de usuarios con diabetes en relación a los cuidados de los pies. Como objetivo secundario se pretende elaborar en soporte papel material educativo sobre las indicaciones del cuidado de los pies.

Metodología: revisión narrativa de artículos científicos y guías de práctica clínica consultando diferentes bases de datos como *Pubmed*, *The Cochrane Library Plus* y Punto Q de la ULL, con restricción de año (evidencia relevante publicada a partir de 2005), en los idiomas español e inglés, sin restricciones en relación al tipo de estudio. Se hacen uso de los siguientes descriptores: *diabetic foot*, *prevention & control*, *health promotion*, *foot deformities acquired*. Se seleccionan aquellos artículos que contengan cuidados preventivos del pie diabético. La encuesta incluye diez ítems sobre el calzado idóneo, el uso de calcetines y sus características, así como sobre otras medidas higiénico-dietéticas en el cuidado de los pies: revisar plantas, hidratar espacios interdigitales, describir tres características del calzado adecuado, conocer la hora adecuada para comprar el calzado, uso de calcetines, cómo calentar los pies, describir dos características del calcetín ideal, revisar el calzado, andar descalzo, corte adecuado de las uñas, etc. Se reclutó una muestra de conveniencia de 30 usuarios con diabetes, que firmaron el consentimiento informado.

Resultados: 183 artículos resultantes de los cuales se terminan seleccionando 16. Los distintos documentos apuntan a la conveniencia de que el calzado sea cerrado, de un material transpirable y flexible, con un tacón de 2,5 cm, suela de goma, sin costuras interiores y que desde consulta se les capte para una revisión de los pies y para un cumplimiento del cuidado diario conveniente al perfil de cada paciente, donde se recogería el aseo diario, el uso de agua templada, secado adecuado y corte de las uñas rectas. El 70% de los encuestados contestó bien a la mitad o menos de las preguntas planteadas.

Conclusión/discusión: se concluye que educar a los usuarios en el cuidado de los pies resultaría positivo en el estado de salud de las personas, como en ahorro de costes para el sistema, tanto en el material de curas como en los actos quirúrgicos relacionado con las amputaciones.

Construcción escala RDIC-lac: incorporación de la experiencia clínica de los profesionales de Atención Primaria

María Noelia García Hernández • Virginia García Moreno • María Concepción García Andrés • Gonzalo Duarte Clíments • Isabel Palomares Albarca • Vinita Mahtani Chugani

Introducción/objetivo: la dermatitis irritativa de pañal es frecuente en lactantes (prevalencia: 5–27%). En Atención Primaria (AP) los problemas relacionados con la piel son detectados, abordados y resueltos por enfermeras basando su práctica en evidencia e incorporando cuidados finalistas. La singularidad de la valoración enfermera en pediatría ha derivado en el diseño de VEUPAP vinculada a la historia clínica electrónica en Drago-AP. VEUPAP incluye la valoración del estado de la piel. Incorporar RDIC-lac (Riesgo y deterioro de la integridad cutánea del área de pañal en el lactante) permite valorar la susceptibilidad de deterioro y la gravedad clínica de la lesión. El objetivo ha sido incorporar la experiencia clínica de los profesionales de Atención Primaria al contenido de la versión preliminar de la escala RDIC-lac.

Metodología: segunda fase FUNCIS 15/2014. Evaluar el diseño preliminar RDIC-lac por enfermeras y pediatras de centros de salud y servicios de urgencias pediátricas de AP. En septiembre de 2014 se entregó dossier de documentos. Se planificaron 10 reuniones de discusión del grupo de expertos. Los profesionales revisaron la documentación de forma individual y en sesión grupal se estableció un debate para elaboración del documento consensuado. Entre octubre y diciembre de 2014 se realizó análisis temático y de contenido.

Resultados: participaron 23 profesionales, 52,2% mujeres y 47,8% hombres, 39,3% enfermeras pediátricas y 60,7% pediatras. La media de edad de ejercicio profesional fue 19,2 años. Complimentaron los documentos el 82,6%. El 90% de pediatras respondió a todas las preguntas para la subescala de riesgo frente al 77,8% de enfermeras. En la subescala de gravedad, el 90% de pediatras frente al 66,7% de enfermeras.

Los resultados del análisis del contenido se agrupan en las categorías de factores a omitir, factores a añadir y combinación de factores de riesgo.

El análisis cualitativo permitió enriquecer el estudio sustentado el abordaje desde la clínica. La visión de los profesionales permitió validar el contenido sustantivo de ítems, modificar u omitir otros e identificar la variabilidad de respuestas poniendo de manifiesto discrepancias de opinión, que pueden ser derivadas de la falta de un patrón que guíe la valoración. Se hizo necesaria una búsqueda de información específica en aspectos como: la barrera socioeconómica, la lactancia artificial y las prácticas diarias de higiene de la piel del bebé.

Conclusiones: heterogeneidad en los criterios clínicos en el abordaje de la DIP. Se mostró mayor homogeneidad de respuesta y criterio en la escala de gravedad. Los ítems para la subescala de gravedad precisaban de respuesta tipo sí/no, lo que limitó el análisis exhaustivo de contenido.

Impacto de un programa formativo con asesoramiento individual sobre nivel de conocimientos en Metodología Enfermera

Sara Ramos Santana • Pedro Ruymán Brito Brito • Francisca María Sánchez Nicolás

Introducción: los programas formativos que combinan sesiones grupales y asesoramiento individual en la práctica asistencial real pueden mejorar resultados en el nivel de conocimientos y la adaptación de nuevas herramientas para el registro de información clínica, empleando lenguajes de cuidados, lo que refuerza el pensamiento crítico de las enfermeras y la toma de decisiones.

Metodología: estudio cuasiexperimental con medición del impacto en el nivel de conocimientos pre-post intervención formativa sobre Metodología Enfermera. Se combinan sesiones grupales teórico-prácticas y asesoramiento directo en consultas por un periodo de 6-9 semanas por Zona Básica de Salud. Se construyó un cuestionario *ad hoc* con 20 preguntas según los contenidos del programa formativo. Utilizamos para describir la muestra las frecuencias relativas de categorías, media y desviación estándar, y percentiles (P5-P95), según la distribución. Para el análisis bivalente se emplearon T de Student y Q de Cochran, según variables implicadas. Todas las pruebas fueron ejecutadas con ayuda del paquete estadístico SPSS v. 21.0.

Resultados: muestra de 158 personas (73% mujeres), edad: 45 (8,98) años. Dedicadas al área asistencial (94,2%), la docencia (80%), la gestión (13,3%) y la investigación (6,7%). Un 54,4% eran diplomados, 23,4% tenía un título de experto universitario o máster. Según el nivel en la temática del curso un 6,7% tiene nivel alto o muy alto según áreas consideradas: utilización del diagnóstico enfermero en práctica profesional, formación previa, asistencia a reuniones científicas, lectura de literatura científica, e investigación sobre diagnóstico. Se hallaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos global, pasando de una media de 12,8 (3,10) aciertos a 15,13 (3,01), y para 10 del total de preguntas por separado comprobándose solo tres ítems en los que no se apreciaron diferencias pre-post. La valoración global del curso obtuvo una media de 9,02 (1,17) y la del docente de 9,62 (0,59).

Conclusiones: el cuestionario construido parece apropiado para evaluar conocimientos en cursos de las mismas características, modificando o eliminando aquellos ítems que obtuvieron peores diferencias pre-post y realizando nuevos estudios que valoren las propiedades psicométricas de dicho instrumento. La fórmula docente resultó adecuada para mejorar el nivel de conocimientos, la satisfacción de los participantes y la integración de los lenguajes de cuidados en la práctica asistencial real, reforzado todo ello por otros estudios.

En el próximo número de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDE) se incluirá un especial sobre el IV Congreso Internacional, X Nacional y III Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), celebrado el pasado mes de octubre en Burgos.





www.facebook.com/grupoparadigma0



www.linkedin.com/company/grupo-paradigma

www.instagram.com/grupoparadigma_



www.twitter.com/grupoparadigma_

¡Síguenos en las redes!

**Conecta con
la Enfermería**

**¡Ya somos más de
15.000 seguidores!**



Ponte al día de las últimas noticias y novedades del mundo enfermero.



Además, podrás hacernos llegar tus sugerencias y preguntas.



Entérate de las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas.



Podrás participar en los sorteos y concursos que realizaremos.

