

mae



Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria

ISSN 1988-574

Volumen 6 N° 1 enero-junio 2013



CAE
DIFUSIÓN AVANCES DE ENFERMERÍA

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA **ON LINE**



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^a Paz Mompert, Pilar Arroyo, José M^a Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua



Actualidad

Todos nuestros contenidos han sido editados entre 2008 y 2012



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Sólo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas



Garantía

Más de 25.000 ex alumnos avalan nuestra experiencia docente



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la **FORMACIÓN ACREDITADA** de mayor **CALIDAD** al mejor **PRECIO**



auladae
Grupo Paradigma

www.auladae.com



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:



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://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-574

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

REDACTORA

- M^a Luisa Ruiz Miralles

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

ADJUNTAS A REDACCIÓN

- Dra. M^a José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Mirella Ladios Martín

CONSEJO ASESOR

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España) • Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España) • M^a José Dasí García (Valencia-España) • 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) • Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España) • Manuel Mañá González (Galicia-España) • María Paz Mompert García (Madrid-España) • Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España) • Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña) | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal) • Marinha Mendoça (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 Sanhuesa Alvarado (Concepción-Chile) • Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile) • Olga María Rivero González (Cuba) |
|--|---|



Sumario • Summary

Vol. 6 - nº 1 enero-junio 2013

Editorial

- La especialidad no puede esperar 5
José Ramón Martínez Riera

Originales

- La importancia de la prescripción de ácido fólico en la mujer embarazada desde atención primaria
The importance of prescribing folic acid in pregnant women by primary care unit 7
Estefanía Bueno Montero
- Consumo de drogas psicotrópicas en mujeres que sufren violencia por sus compañeros íntimos
Psychotropic drug use in women who experience violence by intimate Partners 10
Leticia Casique Casique, Alexandra Amador Vázquez, M^a Guadalupe Abonce Zepeda
- Bullying: um projeto de empoderamento da comunidade escolar. Estudio de caso
Bullying: proyecto de empoderamiento de la comunidad escolar. Estudio de caso
Bullying (harassment at school) is a phenomenon which occurs in the school environment,
with implications for the health of students 14
Pedro Melo, Elizabete Borges, María Henriqueta Figueiredo, Sílvia Silva
- Diagnóstico de alergias en niños mediante el InmunoCAP® Rapid
Diagnosing allergies in children by ImmunoCAP® Rapid 18
Luis Antonio de Mendiolaogitia Cortina, Alba Martínez Álvarez

EIR

- El anciano ante la planificación anticipada de decisiones. Investigación-acción-participación
Elders and advanced care planning. Action research-participation 27
Elvira Gras Nieto, Ana Armas Acosta, Raquel Carcereny Murciano, Laura de Tuñas Posadas

Noticias RIdeC

- Nuevas tendencias en Enfermería Comunitaria: jornada de reflexión 40

The screenshot shows the website's header with the logo 'Enfermeria21.com' and the date '18 de junio de 2012'. A navigation bar includes a search field, a login section with 'Usuario' and 'Contraseña' fields, an 'Acceder' button, and a link for '[Registro de usuario]'. A right-side banner features a female nurse and the text 'CONOCE EL PORTAL LIDER EN FORMACIÓN ENFERMERA'. Below the header is a sidebar with a 'Gestión Sanitaria para Enfermería' advertisement for 15,9 credits, a 'Nuestro acceso libre' button, and a menu with categories like 'Lo más visto', 'Nuestra tienda', 'Formación Enfermera', 'Estudiantes', and 'Contenidos'. The main content area features a 'dicen' section with an article on 'Indicación enfermera' and a 'Revistas' section listing various journals. At the bottom, there is an 'encuentr@' search engine advertisement. Numbered callouts (1-4) point to the 'dicen' article, the sidebar menu, the 'Revistas' section, and the 'encuentr@' search engine respectively.

Una ventaja más por pertenecer a la Comunidad Metas



- 1 DICEN, Diario Independiente de Enfermería
- 2 Ventajas exclusivas en nuestra oferta formativa
- 3 Pack de revistas on line
(Metas, Educare21, EBN -edición española-, RIDECE, Ciberrevista y ALADEFE)
- 4 Encuentr@, base de datos de contenidos científicos

Editorial

La especialidad no puede esperar

La publicación en el Boletín Oficial del Estado, el 22 de septiembre, de la convocatoria de prueba selectiva 2012 para el acceso en el año 2013 a plazas de formación sanitaria especializada para enfermería, debe ser considerada una buena noticia en sí misma.

Que en dicha convocatoria se oferten 214 plazas de Enfermería Familiar y Comunitaria no hace sino aumentar la satisfacción de la noticia.

Sin embargo, sería muy poco reflexivo, e incluso nada inteligente, quedarse satisfechos con la simple lectura de las cifras o la oferta por buenas que en apariencia puedan parecer.

Todas las enfermeras comunitarias debemos congratularnos porque el proceso de implementación y desarrollo de la especialidad sea una realidad que avanza en el tiempo y en el espacio. En el tiempo, manteniéndose la convocatoria de plazas año tras año con pequeñas diferencias en cuanto al número de plazas ofertadas. En el espacio, aumentando progresivamente la implantación de nuevas unidades docentes tanto en las Comunidades Autónomas en las que ya existían como en aquéllas en las que aún no se habían incorporado al proceso. Sin embargo, todo ello sin perder de vista los problemas y dificultades que existen, tanto de forma como de fondo, y que es preciso resolver antes de que acaben por parecer normales cuando en realidad son claras ineficiencias que pueden poner en peligro tanto su desarrollo como su viabilidad.

Cuando queda poco menos de un año para que salgan las primeras especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, todavía nadie de quienes tienen responsabilidades en la toma de decisiones para ello, ha dicho (y aún menos hecho) nada por aclarar cuál será el futuro profesional de las

mismas en las organizaciones sanitarias. Y es que queda mucho por hacer, más allá de las palabras mencionadas en actos, actividades o reuniones que tratan de regalar los oídos y/o calmar los ánimos de quienes les escuchan y posponer las decisiones de quienes las formulan. Los argumentos son poco creíbles y suelen ampararse en una muy "oportuna" crisis, la cual es capaz de soportarlo todo o en una no menos "oportuna" derivación de responsabilidades entre las diferentes administraciones estatales y autonómicas.

No obstante, a este grave problema que se plantea a corto plazo, hay que añadir los que ya son una realidad y están influyendo de manera muy significativa en el desarrollo formativo de las residentes, sin que hasta la fecha nadie haya adoptado las decisiones necesarias que, cuanto menos, permitan analizar cuáles pueden ser las posibles soluciones. Dichos problemas han sido identificados, comunicados, descritos, etc., en más de una ocasión por parte de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), obteniendo como toda respuesta una buena disposición y declaraciones más o menos cargadas de buenas intenciones, pero sin que hasta la fecha hayan conducido a ninguna medida contrastada y real para solucionarlos. Y lo que es peor, sin que se identifique una clara voluntad de realizar nada al respecto por parte de quien tiene capacidad para hacerlo.

La falta de concreción sobre el libro del residente como documento oficial que guía y unifica la formación y parte de la evaluación del mismo, los criterios de acreditación de centros y tutores, los criterios de evaluación, la definición de las unidades multiprofesionales y sus órganos de decisión, la troncalidad, la prueba excepcional, etc., son algunas de los problemas pendientes de resolver.

Más allá de la situación política, económica y social por la que estamos atravesando, y que impregna de incertidumbre y de incapacidad de acción muchas de las decisiones que se deberían estar adoptando, todas las partes implicadas debemos hacer un esfuerzo para que la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, tan largamente esperada y deseada y tan necesaria como oportuna, no acabe siendo un remedo, un parche o una respuesta oportunista a demandas puntuales que la difumine y acabe por invisibilizarla o convertirla en una nueva quimera.

Los ciudadanos a los que nos debemos, y por los que tiene sentido nuestra presencia, no puede ni debe seguir esperando para que se den las respuestas que sus demandas y necesidades precisan. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, más allá de una concesión administrativa, de un logro profesional o de una oferta oportunista, es una necesidad real, contrastada, eficaz y eficiente que ha de ser atendida como merece. Con una cuidada planificación, un interés real alejado de efectismos, un seguimiento riguroso que permita su constante mejora y una voluntad firme y decidida para que se implemente con las garantías necesarias para satisfacer las múltiples necesidades de cuidados

de las personas, las familias y la comunidad. Y en esa necesaria construcción deben participar todas las partes: administraciones nacionales y autonómicas, unidades docentes, residentes, tutores, sociedades científicas, colegios profesionales, ciudadanos, etc., para analizar, reflexionar, debatir... pero, en ningún caso, paralizar por más tiempo lo que ha de constituirse como la realidad social y profesional de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

La AEC seguirá poniendo todo su empeño en lograrlo como sociedad científica que reclamando, reivindicando y exigiendo cuando sea preciso, se lleven a cabo las acciones necesarias, pero también ofreciéndose con total disponibilidad para que puedan plasmarse como realidad a corto plazo. Tan solo nos queda tener confianza en que la cordura, el sentido común y la razón se impongan.

José Ramón Martínez Riera
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Estefanía Bueno Montero

La importancia de la prescripción de ácido fólico en la mujer embarazada desde atención primaria

Diplomada Universitaria en Enfermería y Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Dirección de contacto: buenoestefania@hotmail.es

Resumen

Durante el desarrollo embrionario se produce el cierre del tubo neural en torno a las seis semanas tras la concepción.

Los llamados defectos del tubo neural (DTN) se producen como consecuencia de alteraciones en el cierre del mismo y pueden tener lugar a dos niveles: cerebro y columna vertebral, constituyendo la espina bífida.

La mayoría de los DTN presentan un origen multifactorial, se ha podido demostrar que la deficiencia del ácido fólico durante la etapa periconcepcional se correlaciona con la prevalencia de estos defectos. El ácido fólico es una vitamina que el ser humano no es capaz de sintetizar, siendo su aporte exógeno necesario porque durante el embarazo las necesidades maternas de folatos aumentan.

Palabras clave: ácido fólico; defectos del tubo neural; embarazo; prevención; Atención Primaria.

Abstract

The importance of prescribing folic acid in pregnant women by primary care unit

During embryonic development the neural tube closure occurs around six weeks after conception.

The so-called neural tube defects (NTDs) occur as a result of changes in the closing and may take place at two levels: brain or spinal cord, causing spina bifida.

Most NTDs have a multifactorial origin; it has been proven that folic acid deficiency during the periconceptual period correlates with the prevalence of these defects. Folic acid is a vitamin that humans can not synthesize, and its exogenous intake is necessary because during pregnancy maternal folate requirements increase.

Key words: folic acid; neural tube defects; pregnancy; prevention; primary care.



Introducción

El aporte insuficiente de folato periconcepcional y ácido fólico (AF) se asocia con diversos defectos congénitos, los cuales actúan antes de la concepción o durante el primer trimestre del embarazo.

Estos defectos congénitos causan problemas para toda la vida que afectan a la salud, el crecimiento y el aprendizaje; pueden ser evidentes tras el nacimiento o manifestarse en etapas posteriores de la vida (Murray, 1997; WHO, 1999; WHO, 2000). Los defectos del tubo neural (DTN), que incluyen la anencefalia, la espina bífida y el encefalocele, son malformaciones congénitas que aparecen durante el desarrollo estructural del tubo neural, un proceso que se completa en los 28 días posteriores a la concepción.

Se considera que los factores ambientales, incluida la nutrición, contribuyen con cerca del 5 al 10% de los defectos congénitos totales (IOM, 2003).

La disminución en la prevalencia de los defectos del tubo neural, por la suplencia preconcepcional de ácido fólico (AF), es trascendental en la prevención de malformaciones congénitas.

La relación entre el desarrollo de los DTN y la carencia de AF fue sugerida en 1960, pero la primera evidencia sobre la relación entre los micronutrientes y la prevención de los DTN se publicó en 1981.

Con respecto a su frecuencia se estima que la prevalencia de las formas más comunes de los DTN (anencefalia y espina bífida) es de 300.000 casos al año en el mundo.

Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica a través de una búsqueda intensiva en Medline, Pubmed, Cochrane, Uptodate, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, la Asociación Española de Pediatría, publicaciones en revistas científicas indexadas en Cuiden, congresos, Scielo y monografías, entre los años 1991 y 2012. El idioma empleado para la búsqueda ha sido inglés y español.

Resultados

- En 1991, un ensayo controlado aleatorio (ECA) demostró que la administración periconcepcional de suplementos de ácido fólico prevenía la recurrencia de los DTN (MRC, 1991) y, en 1992, otro ECA mostró que un suplemento con micronutrientes múltiples que contenía ácido fólico prevenía la aparición de DTN (Czeizel, 1992). Estos últimos resultados se confirmaron en una campaña de salud pública entre las mujeres que se preparaban para el matrimonio realizada entre 1993 y 1995 en China, después de

la cual el riesgo de defectos del tubo neural entre los fetos o recién nacidos de mujeres que tomaron un suplemento de ácido fólico por más del 80% del tiempo se redujo entre el 40 y el 85% (Berry, 1999).

- Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado del *United Kingdom Medical Research Council*: estudiaron 1.195 embarazos, encontraron que el suplemento con 4 mg al día de ácido fólico por sí solo reduce la recurrencia de los defectos del tubo neural en un 72% (*odds ratio*, OR: 0,32; intervalo de confianza, IC, 95%: 0,16-0,64).
- El estudio de "Czeizel" es un ensayo clínico húngaro basado en el estudio de 4.753 mujeres, que ofrece la mejor evidencia de que los suplementos de ácido fólico periconcepcional previenen de forma primaria los defectos del tubo neural (OR: 0,13; IC 95%: 0,03-0,65). Aquellas mujeres que planeaban quedarse embarazadas fueron asignadas de manera aleatorizada a recibir 0,8 mg de ácido fólico y a otro grupo se le daba un placebo al día al menos un mes antes de la concepción y al menos hasta el segundo mes de embarazo. Las malformaciones congénitas aparecieron con mayor frecuencia en el grupo que recibió el placebo de forma significativa (22,9 por 1.000 vs 13,3 por 1.000; $p = 0,02$).
- A partir del estudio del *British Medical Research Council Vitamin Study* (MRC) en 1991, los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) publicaron las recomendaciones sobre la suplementación con folatos en mujeres con alto riesgo de recurrencia de DTN y, posteriormente, en la población general. Estas recomendaciones se resumen en:
 - Toda mujer con el antecedente de un embarazo con un feto o recién nacido con un DTN ha de recibir información sobre el aumento de riesgo en un embarazo posterior y que dicho riesgo se puede reducir con la toma de suplementos de folatos.
 - Toda mujer con el antecedente de un embarazo con un feto o recién nacido con un DTN debe ser advertida de la necesidad de consultar con su médico tan pronto como planifique un nuevo embarazo. Si no existen contraindicaciones, deberá tomar suplementos de folatos tan pronto decida quedarse embarazada (al menos cuatro semanas antes) y durante el primer trimestre de embarazo.
 - Los suplementos de folatos tienen que tomarse bajo prescripción médica, en forma de monofármacos, ya que los multivitamínicos de prescripción libre, para alcanzar las dosis adecuadas de ácido fólico, pueden aportar dosis peligrosas de vitaminas A y D.
 - Todas las mujeres en edad fértil deben tener en cuenta a la hora de planificar su embarazo la necesidad de consumir cantidades suficientes de folatos, bien a través de la dieta o bien con suplementos farmacológicos.

Conclusiones

Tras la revisión bibliográfica del tema, queda más que avallada la evidencia científica respecto a los efectos del ácido fólico para la prevención de las DTN. Este efecto protector demostrado durante el periodo periconcepcional hace que quede claramente indicada la necesidad de aumentar el ingreso de folatos tanto en las mujeres con alto riesgo de DTN como en la población femenina con deseos de embarazarse en general.

Como profesionales de la salud que somos, debemos buscar estrategias a seguir para intentar identificar a todas las mujeres de alto riesgo (antecedentes de DTN, historia familiar de DTN, consumidoras de anticonvulsivantes, mujeres que siguen dietas inadecuadas) desde Atención Primaria, ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario de salud y para las mujeres sin riesgos, pero con deseos de planificar un futuro embarazo, fomentar la "Consulta preconcepcional". Para asesorar a la mujer de la mejor forma posible se le debe proporcionar una educación sanitaria de calidad y potenciar hábitos saludables en su estilo de vida, propiciando la toma de folatos porque se podrían prevenir muchos casos de bebés que nazcan con defectos del tubo neural y, por lo tanto, consiguiendo mejoras en la salud de ese futuro neonato a largo plazo. La labor enfermera es muy importante y la Atención Primaria abre gran variedad de posibilidades de aportar una educación sanitaria óptima a la población, contribuyendo a mejorar el estado de salud de las personas.

Bibliografía

- Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Li S, Moore CA, Wang H et ál. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. China-U.S. Collaborative Project for Neural Tube Defect Prevention. *N Engl J Med* 1999; 341(20):1485-90.
- CDC. Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spine bifida and other neural tube defects. *MMWR* 1992; 41(No. RR-14):1-7.
- Committee of Genetics: Folic acid for the prevention of neural tube defects. *Pediatrics* 1999; 104(2 Pt 1):325-327.
- Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med* 1992; 327:1832-5.
- De Regil L, Fernández-Gaxiola A, Dowswell T, Peña-Rosas J. Efectos y seguridad de la administración periconcepcional de suplementos de folato para la prevención de los defectos congénitos (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 10. Art. No.: CD007950. DOI: 10.1002/14651858.CD007950
- Hibbard BM. The role of folic acid in pregnancy with particular reference to anaemia, abortion and abortion. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1964, 71:529-42.
- International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Congenital malformations worldwide: a report from the International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Amsterdam: Elsevier; 1991. p. 41-51.
- Laurence KM, James N, Miller MH, Tennant GB, Campbell H. Increased risk of recurrence of pregnancies complicated by fetal neural tube defects in mothers receiving poor diets, and possible benefit of dietary counselling. *Br Med J* 1980; 281(6255):1592-94.
- MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338(8763):131-11.
- Mulinare J, Cordero JF, Erickson D, Berry RJ. Periconceptional use of multivitamins and the occurrence of neural tube defects. *JAMA* 1988; 260(21):3141-45.
- Smithells RW, Sheppard S, Schorah CJ. Vitamin deficiencies and neural tube defects. *Arch Dis Child* 1976; 51:944-49.
- Van Allen MI, Kalousek DK, Chernoff GF, Juriloff D, Harris M, McGillivray BC. Evidence for multi-site closure of the neural tube in humans. *Am J Med Genet* 1993; 47(5):723-43.
- Whitehead J, Brunier H. Planning and evaluation of sequential trials. Manual to software package PEST 2.0. United Kingdom: University of Reading; 1989.
- Zabala R, Waisman I, Corelli M, Tobler B. Ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: consumo e información en mujeres en edad fértil de la Región Centro Cuyo. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(4):295-301.

Consumo de drogas psicotrópicas en mujeres que sufren violencia por sus compañeros íntimos

Leticia Casique Casique
Alexandra Amador Vázquez
M^a Guadalupe Abonce Zepeda

Profesoras de la Universidad de Guanajuato, México.
Departamento de Enfermería y Obstetricia. División de Ciencias
de la salud e Ingenierías. Campus Celaya-Salvatierra.

Dirección de contacto: l.casique@ugto.mx

Resumen

Introducción: algunas mujeres que sufren violencia consumen drogas psicotrópicas.

Metodología: estudio cualitativo. Fueron mujeres que consumían drogas psicotrópicas y eran víctimas de violencia. Se respetó el consentimiento. Se utilizó la entrevista personalizada. Para el análisis de los datos se aplicó la teoría fundamentada en los datos.

Resultados: la media fue de 32 años (desviación estándar -DE- de 9,78). El 57,14% son amas de casa; el 28,57% son empleadas; el 87,71% casadas; el 28,57% tienen primaria; 100% son católicas; 71,42% sufren violencia física; el 100% violencia psicológica y el 14,28% violencia sexual; un 71,4% consume diazepam, mientras que un 14,28% ingiere alprazolam y un 14,28% otras drogas. Se identificó el fenómeno perspectiva actual sobre la violencia y el consumo de drogas psicotrópicas.

Conclusión: las mujeres presentan sentimientos negativos hacia ellas, ingieren drogas psicotrópicas para sentirse tranquilas y tolerar la situación de violencia que viven; y tienen pensamientos de esperanza para que su relación cambie y/o el deseo de encontrar otra persona que la valore.

Palabras clave: mujeres; consumo de drogas psicotrópicas; violencia de género; compañeros íntimos.

Abstract

Psychotropic drug use in women who experience violence by intimate partners

Introduction: Some women who experience violence take psychotropic drugs.

Methodology: Qualitative study of women taking psychotropic drugs and were victims of violence.

Consent was respected. We used personal interviews.

The Data Grounded Theory was applied for the analysis.

Results: The average age was 32 years (standard deviation, SD, of 9.78). 57.14% were housewives, 28.57% were employed, 87.71% were married, 28.57% had primary studies, 100% were Catholic; 71.42% suffered physical violence, 100% psychological violence and 14.28% sexual violence, 71.4% consumed diazepam, while took 14.28% alprazolam and 14.28% other drugs. There was a direct link between violence and drug use.

Conclusion: Women had negative feelings towards themselves, ingested psychotropic drugs to feel calm and tolerate the violence they lived, and had hopes for their relationships to change and / or desire to find another person who valued them.

Key words: women; psychotropic drug use; domestic violence; intimate partner.

Introducción

La palabra violencia viene del latín *violare*, que significa infringir, quebrantar, abusar de otra persona por violación o por astucia. Se define también como una fuerza o coacción ejercida sobre otra persona (1).

Sin embargo, cabe resaltar que la persona contra quien más se ejerce violencia es la mujer, debido a que hay una jerarquía de poder que se ha mantenido invariable en el tiempo, donde se tiene la creencia de que el hombre es superior a ésta, por lo que está obligado a ejercer el mando, a dominar; mientras que la mujer, por su instinto maternal, solo está destinada a funciones de esa naturaleza y debe ser sumisa, pasiva, débil y sensible (2).

La violencia contra la mujer es un problema generalizado en todas las sociedades, pues es una violación de sus derechos humanos y es también un problema de salud pública. Se define como cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada. Esta violencia se debe, fundamentalmente, a que son mujeres; hecho que recibe el nombre de violencia basada en el género y afecta a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos y su calidad de vida. Gran parte de esta violencia es perpetrada por los hombres y lo más importante es el hecho de que la violencia sufrida por las mujeres procede de hombres a quienes conocen; esta violencia puede ser generada dentro y fuera del hogar y la familia (1).

Esta violencia que sufre la mujer tiene diferentes consecuencias, entre las fisiológicas se pueden mencionar: moretones, hinchazón, hemorragias, sangrado, desmayos y/o sin movimiento de alguna parte de su cuerpo, abortos o partos prematuros (3). Las consecuencias psicoemocionales se presentan a través de: falta de apetito, problemas nerviosos, angustia, tristeza, aflicción o depresión, insomnio y otra clase de alteraciones psicológicas (3).

Es importante resaltar que una de las más grandes consecuencias que desencadena la violencia es el consumo de drogas psicoactivas; siendo la violencia sexual el tipo de violencia que más causa el consumo de estas drogas (4).

Ante esta problemática que afecta la salud pública, ha surgido la necesidad de varias instituciones y organismos para reconocerla y establecer propuestas que solucionen los factores que desencadenan el ciclo de la vida.

En un artículo titulado "Sobre neoliberalismo y sus secuelas. Aumento consumo de drogas", elaborado por la Agencia Periodística del Mercosur (Argentina), se menciona que

INMUJERES realizó un estudio en mujeres mayores de 26 años que consumen narcóticos como el valium, diazepam, bromazepam y lorazepam, entre otros. Esto es debido a que se tiene la perspectiva de que la mujer tiene más posibilidades a deprimirse por ser sentimental (5). El objetivo del estudio fue analizar la violencia que sufren las mujeres por parte de sus compañeros íntimos que originan el consumo de drogas psicotrópicas.

Material y métodos

Estudio cualitativo analítico aplicado, con un diseño metodológico transversal a través de la entrevista personalizada. La muestra fue por disponibilidad del Grupo de Neuróticos Anónimos de la comunidad de San Juan de la Vega (México). De dicho grupo se preguntó a las mujeres si sufría algún tipo de violencia así como si consumía algún tipo de drogas psicotrópicas. Fueron siete mujeres las que conformaron la muestra respetando los criterios de inclusión: ser violentadas por sus compañeros íntimos y que aceptasen participar en el estudio.

La información estuvo recabada por el cuestionario titulado "Violencia y consumo de drogas psicotrópicas en mujeres", compuesto por cuatro apartados:

- Estado sociodemográfico: edad, ocupación, estado civil, escolaridad y religión.
- Tipo de violencia: apartado compuesto por cinco preguntas donde se indagó el tipo de violencia que sufría y el tiempo que duró.
- Medicamentos: los medicamentos que ingería y las razones por las que lo hacía.
- Motivos del consumo de drogas psicotrópicas: está compuesto por tres preguntas abiertas con la finalidad de indagar actitudes y sentimientos de la violencia y los motivos que la influenciaron en el consumo de drogas psicotrópicas y propósito de la vida de la mujer.

Las mujeres participaron en este estudio de manera voluntaria y estuvieron previamente informadas que no habría ningún riesgo en el deterioro de su bienestar, garantizándoles una actuación profesional al recabar los datos y manejados de forma confidencial. Así mismo, se les explicó el objetivo general del trabajo y el uso que se les dará a la información resultante de la misma. Una vez corroborado que la información verbal fue comprendida por las mujeres, se concretó por escrito mediante la formulación del consentimiento informado, protegiendo el anonimato de las mujeres que participaron en el estudio.

La recopilación de datos fue a través de una entrevista personalizada a cada una de las mujeres y el espacio fue en el propio domicilio de éstas.

Resultados

Se encontró que el 57,14% son amas de casa, el 28,57% son empleadas y el 14,28% tienen otra ocupación (comerciantes). El 87,71% están casadas, mientras que el 14,28% están separadas.

La escolaridad que tienen es primaria con el 28,57%, secundaria 57,14% y preparatoria con el 14,28%. La edad promedio fue de 32 años, con una desviación estándar de 9,4, proporcionándonos un perfil de poca preparación académica así como una dependencia económica que tiene por parte de su compañero íntimo. Sin embargo, el 42,85% manifestó tener una ocupación que genera una remuneración económica, lo que puede indicar que no sean las condiciones de vida para tolerar la violencia por parte de su compañero íntimo. Además este perfil demuestra que el 100% de las mujeres profesa la religión católica, lo cual lleva a aceptar o tolerar una situación de violencia.

De las mujeres encuestadas se reportó que el 71,42% sufrió violencia física 100%, violencia psicológica y violencia sexual 14,28%. Estos porcentajes reflejan que efectivamente una mujer puede ser víctima de los diferentes tipos de violencia por parte de su compañero sentimental, sin embargo, es importante resaltar que en este estudio el 85,71% de las mujeres señaló no haber sido víctima de violencia sexual, esto se puede entender porque dentro de la cultura mexicana el ser violentada de forma sexual es denigrante y humillante para la mujer, lo cual empuja a no decir la verdad. También es importante señalar que el tiempo que la mujer ha manifestado sufrir los tipos de violencia tiene un promedio de 4,5, con una desviación estándar de 2,7, lo cual indica que la mujer comienza un proceso de adaptación hacia el fenómeno de la violencia tolerando maltratos físicos, psicológicos, económicos y poder aceptar esa calidad de vida "para que la sociedad mexicana la acepte".

Se encontró que el 71,42% de las mujeres consumen diazepam, el 14,28% alprazolam y el 14,28% ingiere otro tipo de droga, sin que nos pudiera especificar de qué tipo. Estos resultados reflejan que la mujer víctima de violencia tiene la necesidad del consumo de estos medicamentos para tolerar la violencia que sufre.

En el presente trabajo no se preguntó si las drogas consumidas son antes o después de cualquier acto de violencia. Además cabe resaltar que el consumo de dichas drogas en las mujeres es continuo. Esto agrava el bienestar de la mujer, ya que por un lado los diferentes tipos de violencia de la que es víctima traen diversas consecuencias, tanto física como psicológicamente.

Al realizar las entrevistas personalizadas se identificó el fenómeno "perspectiva actual sobre la violencia y el consumo de drogas psicotrópicas", en el cual se encontraron tres categorías:

- "Sentimientos que experimenta la mujer ante la violencia que sufre", la cual se definió como un conjunto de sentimientos que produce sufrimiento emocional, desesperanza, ansiedad, soledad, abandono e incomprensión sobre la situación en la que vive, expresando sentirse humillada, frustrada e impotente con odio personal por no poder cambiar su relación. Sin embargo, refiere emociones negativas hacia el compañero, pues dice sentir odio, enojo y ganas de matarlo.
- "Perspectivas dialécticas del consumo de drogas psicotrópicas en la mujer", definiéndose como la influencia interpersonal y el significado, así como los efectos del consumo de drogas psicotrópicas que tiene ésta para tolerar la violencia en la que se encuentra.
- "Ideologías que tiene la mujer sobre la situación de violencia", definiéndose como los aspectos ideológicos, personales y familiares que tiene la mujer que sufre violencia sobre el consumo de drogas psicotrópicas.

Discusión

De los resultados encontrados, el 85,71% fueron mujeres casadas agredidas, el 14,28% eran separadas y el 57,14% amas de casa; el 57,14% cursó educación secundaria y el 28,57% hasta primaria; el 100% profesa la religión católica. Estos resultados concuerdan con el estudio preliminar denominado "Informe preliminar de la Encuesta Nacional sobre la Violencia Contra la Mujer 2006" donde detallan que las mujeres agredidas suelen ser casadas (56,5%), amas de casa y un 26,2% tenía estudios de secundaria (6).

Las mujeres reportaron que el 71,42% sufre violencia física, el 100% violencia psicológica y el 14,28% sexual. Estos resultados concuerdan con el estudio de Jiménez et ál (7), donde los datos muestran como el 50% de las mujeres ha sufrido maltrato físico y el 51% maltrato psicológico, es decir, que el mayor porcentaje obtenido es de violencia psicológica, ya que ésta no se evidencia.

El 71,42% de las mujeres ha consumido diazepam, alprazolam el 14,28%, y otro medicamento el 14,28%; estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Soriano et ál (8) donde se menciona que dos terceras partes de las mujeres consumen tranquilizantes y que las siguen consumiendo durante uno o más años. Esto se puede entender por los diversos roles que desarrolla la mujer, el estrés que desencadena y la falta de mecanismos de afrontamiento que desarrollan las mexicanas.

Del análisis cualitativo se encontraron tres categorías donde las mujeres expresan sentimientos negativos hacia ellas, se sienten incomprendidas y con deseos de dañar a su pareja, es decir, son síntomas que expresan una falta de estabilidad emocional. Estos resultados concuerdan con la investigación llevada a cabo por Atrian et ál (6), que mencionan que dentro de los síntomas de malestar emocional la ma-

por parte de las entrevistadas declaró sentirse cansada (74,4%), nerviosa, tensa, angustiada (64,4%), triste o afligida (60,4%). Esto indica una inestabilidad emocional que repercute en la salud de la mujer.

A su vez se encontró que las mujeres acuden con una persona de confianza para contarle sus problemas con la finalidad de iniciar y/o continuar el consumo de drogas para soportar la situación de violencia. Estos resultados concuerdan con Atrián et ál (6), quienes afirman en su trabajo que las mujeres empiezan a consumir medicamentos por sentirse tristes, deprimidas y para poder dormir. Es importante mencionar que se encontró que el 60% de las mujeres han pensado en pedir ayuda, sin embargo, solamente el 18% la ha solicitado formalmente. Estos datos concuerdan con Lyon (9), quien establece que algunas mujeres necesitan apoyos y consideraciones especiales porque se enfrentan a circunstancias extremas de violencia.

Conclusiones

La mayoría de las mujeres entrevistadas se encuentran en etapa reproductiva, tienen como ocupación ser amas de casa y con una educación del nivel básico. Todas ellas han sido víctimas de violencia por parte de su compañero sentimental.

El 100% ha consumido drogas psicotrópicas y manifiestan sentimientos negativos hacia su persona como son sentirse sin valía, desesperanzadas, abandonadas, odio, coraje e, incluso, poseen pensamientos de matar a su pareja.

Las mujeres que iniciaron su consumo fue a consecuencia de que deseaban evadir la realidad y la angustia, estar tranquilas y tolerar la violencia. Sin embargo, ellas mismas manifiestan tener deseos de que cambie la situación familiar en la que viven, por lo que piensan ser unas buenas mujeres, madres y, en caso de que sea posible, conocer una nueva pareja que las valore como persona.

Agradecimientos

Se agradece a todas las mujeres que, de manera voluntaria, participaron en esta investigación, proporcionándonos su experiencia de vida y por medio de esto brindarnos herramientas para entender la relación que existe con el fenómeno de violencia y el consumo de drogas psicotrópicas.

Bibliografía

- [1] López FY. Violencia intrafamiliar contra la mujer. Barrió sector 3. Caricua Venezuela. Rev Portales Medicos.com 2008. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2062/1/Violencia-intrafamiliar-contra-la-mujer>
- [2] Grisolia González OM. Violencia intrafamiliar: un daño de incalculable consecuencias. Revista Cenipec 2006; 25: 223-245. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23570/2/articulo7.pdf>
- [3] Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Mujeres violentadas por su pareja en México. México: INEGI; 2003. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf
- [4] Degrott G, Gottsbacher M. Drogas y violencia contra las mujeres. Rev. LiberAddictus 2003; (69). [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=689
- [5] Agencia Latinoamericana de Información. Sobre neoliberalismo y sus secuelas. Aumentó el consumo de drogas. Revista ALAI, América Latina en Movimiento 2007/07/05. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://alainet.org/active/18442&lang=es>
- [6] Atrián Sal L, Ávila BL, Valdez SR, Franco N, Río ZA. Informe preliminar de la encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres 2006. Rev Género y Salud en cifras 2007; 5(3):65-73. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V5-3.pdf>
- [7] Jiménez Solís A, Castellanos Hernández AC, Castillo González YJ, Flores Alcalá MB, Moreno R. Implantación del programa de violencia doméstica. Rev. Episteme 2007-2008; (12). [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero12-08/jovenes/a_violencia.asp
- [8] Soriano Soriano MJ. La medicalización de la salud de las mujeres. La panacea de los psicofármacos. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: http://www.majeso.es/articulos/la%20medicalizacion_de_la_salud_de_las_mujeres.pdf
- [9] Lyon E. Planes de Seguridad con Mujeres Maltratadas: vidas complejas, difíciles decisiones. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: www.mincava.umn.edu/documents/welfare/welfare.pdf

Bullying: um projeto de empoderamento da comunidade escolar. Estudo de caso

¹ Pedro Melo
² Elizabete Borges
³ Maria Henriqueta Figueiredo
⁴ Sílvia Silva

¹ Doctorando en Enfermería en la Universidad Católica de Portugal. Dirección de contacto: pedromelo@ordemenfermeros.pt

Enfermero Especializado en Enfermería Comunitária en la Unidad de Cuidados a la Comunidad de S. Mamede de Infesta, Portugal.

² Profesora adjunta en la Escuela Superior de Enfermería de Oporto, Portugal.

³ Profesora coordinadora en la Escuela Superior de Enfermería de Oporto, Portugal.

⁴ Estudiante del Máster en Gestión y Economía de Servicios de Salud en la Facultad de Economía de la Universidad de Oporto.

Resumo

O Bullying é um fenômeno que ocorre no contexto escolar, com repercursões na saúde dos alunos.

Este estudo de caso descreve um projeto de intervenção comunitária designado "Bullying, mais do que uma brincadeira", que teve lugar numa escola do segundo e terceiro ciclos do ensino básico no Norte de Portugal. Foram abrangidos 489 alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico de uma escola do norte de Portugal.

Como diagnósticos, decorrentes da aplicação do questionário Bullying/agressão nos alunos (Pereira, 2008) e da avaliação da política de intervenção da escola, realçamos a prevalência do Bullying superior a 40% no 5º ano e a gestão comunitária ineficaz para responder a este fenómeno.

Foi desenvolvida educação para a saúde de alunos, professores, encarregados de educação e a formação de uma equipa de apoio multidisciplinar, liderada pelo enfermeiro de saúde escolar.

Palavras chave: bullying; saúde escolar; Enfermagem em Saúde Comunitária; empoderamento comunitário.

Resumen

Bullying: proyecto de empoderamiento de la comunidad escolar. Estudio de caso

El *bullying* (acoso en la escuela) es un fenómeno que se desarrolla en el contexto escolar, con repercusiones en la salud de los estudiantes.

Este estudio describe un proyecto de intervención en la comunidad llamado "*Bullying*, más que una broma", que tuvo lugar en una escuela de segundo y tercer ciclos de educación básica en el norte de Portugal. Cubrimos 489 estudiantes de 2º y 3º ciclos.

Como diagnósticos, resultante de la aplicación del cuestionario de acoso/agresión en los estudiantes (Pereira, 2008) y la evaluación de la escuela y sus políticas de intervención, se destacan la prevalencia del acoso en el 40% de los niños de 5º grado y la gestión comunitaria ineficaz para responder a este fenómeno.

Ha sido desarrollada la educación para la salud de los estudiantes, profesores, cuidadores de familia y la formación de un equipo de apoyo multidisciplinario, dirigido por un enfermero de la escuela.

Palabras clave: *bullying*; acoso en la escuela; salud escolar; enfermería de salud comunitaria; empoderamiento comunitario.

Abstract

Bullying (harassment at school) is a phenomenon which occurs in the school environment, with implications for the health of students.

This case study describes an intervention project in the community called "Bullying is more than a joke", which took place in the second and third cycles of elementary education school in the north of Portugal. We worked with 489 students from these cycles. The diagnoses, resulting from the questionnaire of harassment / assault on students (Pereira, 2008) and the evaluation of the school and its intervention policies, shows a prevalence of bullying in 40% of children in grade 5 and ineffective community management to respond to this phenomenon.

This project has been developed to promote health education in students, teachers, family caregivers and to train a multidisciplinary support team, led by the health nurse of the school. It achieved improvements in health, community empowerment agents sensitive to nursing care.

Key words: bullying; harassment at school; school health; community health nursing; community empowerment.

Introdução

O Bullying é um problema de saúde pública que afeta a saúde das crianças e adolescentes em várias dimensões (1,2). Sendo um problema de Saúde Pública, é uma área de enorme relevância para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que, no âmbito das suas competências, publicadas em Portugal (3), no que concerne à competência *"Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades"*, se prevê a *"liderança de processos comunitários [...] na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania"*, onde se integram os comportamentos sociais.

Neste sentido, importa clarificar que o Bullying se caracteriza por um fenómeno de violência escolar (que pode ser física, psicológica ou *cyberbullying*), desenvolvido entre alunos, no contexto escolar e demarcado por uma intencionalidade comportamental e diferenças de poder entre o agressor e a vítima, ocorrendo de forma repetida e continuada (4,5).

Ao nível do Programa Português de Saúde Escolar (6) a intervenção no âmbito deste fenómeno integra-se numa das oito prioridades no domínio dos estilos de vida, nomeadamente a violência escolar e tem igualmente relação com a promoção da saúde mental no contexto escolar.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve integrar, no contexto da capacitação das comunidades escolares, o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção no Bullying. O empoderamento comunitário, descrito como o desenvolvimento das capacidades comunitárias para o desenvolvimento de escolhas coletivas e a transformação dessas escolhas em ações desejadas e resultados (7), é uma estratégia e ao mesmo tempo um resultado, no que diz respeito à intervenção comu-

nitária. Quanto aos níveis de empoderamento, encontra-se a sua classificação em 3 níveis (8):

- O empoderamento individual ou intrapessoal ocorre quando indivíduos singulares se auto-percebem como detentores de recursos que lhes permitem influir e mesmo controlar os cursos de ação que lhes afetam. Ocorrerá empoderamento intrapessoal se as pessoas sentirem que são competentes em uma determinada situação, que a sua presença é relevante, têm mais oportunidades e recursos para agir do que constrangimentos e limitações. Ainda que alguns autores falem num nível de empoderamento interpessoal, os autores mais contemporâneos enquadram-no no empoderamento intrapessoal, pois consideram-no relacional, na medida em que resulta da perceção que os indivíduos têm de si nas interações com os ambientes e as outras pessoas (9).
- O empoderamento organizacional é o empoderamento gerado na e pela organização, independentemente desta ser pública ou privada, por meio de mecanismos de partilha do poder decisório e da liderança, de modo que as decisões sejam mais coletivas e horizontais (9).
- O empoderamento comunitário é o processo pelo qual os sujeitos -individuais e coletivos- de uma comunidade, por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir os objetivos coletiva e consensualmente traçados. A consecução dos objetivos traçados na comunidade exige uma contínua procura e aquisição de recursos -internos ou externos-, a participação nas decisões que afetam a comunidade e o fortalecimento das organizações que fazem a mediação pela comunidade com outros atores e instituições.

Apresentamos um estudo de caso, de um projeto designado "Bullying- mais do que uma brincadeira", desenvolvido

numa escola do segundo e terceiro ciclos do ensino básico de uma escola do Norte de Portugal.

Avaliação

O diagnóstico foi desenvolvido, tendo como população 489 alunos do segundo e terceiro ciclos do ensino básico de uma escola do Norte de Portugal. Para a avaliação da Prevalência do fenómeno do Bullying, bem como a sua caracterização quanto ao tipo, local de ocorrência e características dos alunos, utilizou-se o Questionário Bullying/agressividade entre alunos na escola (10,11), para a avaliação das políticas de gestão da escola para fazer face ao fenómeno do Bullying, elaborou-se um guião de questões estruturadas, sendo a entrevista o procedimento utilizado para a colheita de dados. Para os diagnósticos de Enfermagem, utilizou-se como referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na versão Beta 2 (12), dado ser a existente nos sistemas de informação em Portugal. Os focos da prática de enfermagem, considerados como as áreas relevantes em saúde, neste projeto, de acordo com os níveis de empoderamento, foram, a Gestão Comunitária (associada ao empoderamento comunitário e organizacional), definida como "um tipo de Processo Comunitário com as seguintes características específicas: processo ou ato de manejar, controlar, regular ou operar os assuntos da comunidade"(12) e a Interação Social definida como "um tipo de ação interdependente com as seguintes características específicas: Ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos" (12), associada ao empoderamento intrapessoal e interpessoal.

Este foco integra como dimensões diagnósticas relevantes para este contexto a hostilidade (avaliada em termos de prevalência) e definida como "um tipo de violência dirigida a outrem com as seguintes características específicas: Demonstração de amargura, aversão; ameaça ativa ou lesiva dos outros" (12), o conhecimento sobre estratégias de prevenção e intervenção no Bullying e o Suporte, definido como "um tipo de interação social com as seguintes características específicas: ações de promoção do bem-estar da pessoa; oferecer ajuda, assistência fiável, confiança, tempo de contacto, trabalho ou bens materiais" (12) (avaliado quanto à percepção da sua presença pelos alunos).

Diagnóstico

Os alunos, maioritariamente do sexo masculino (56,1%) e com idade média de 13 anos (min = 10 e máx = 16), na sua maioria provém de uma família nuclear (75%), 83% frequentou o jardim-de-infância e 18% repetiu o ano pelo menos uma vez, sendo que 27,7% frequenta aulas de apoio.

Quanto à prevalência do foco hostilidade, identifica-se presente em 16,7% dos alunos (destes, 4,3% foi vítima 3 ou 4

vezes desde o início do período, 9,2% 5 ou mais vezes desde o início do período e 3,2% 3 ou mais vezes na última semana de aulas. Em relação ao ano escolar, verifica-se uma maior prevalência de vítimas nos alunos do 5º ano (43%), seguido do 6º ano (35%), 7º ano (25%) e 8º e 9º anos (20%). Quanto ao tipo de agressão, encontra-se numa percentagem superior a Psicológica (55,1%), que integra agressões do tipo "chamar nomes desagradáveis" (31,7%), "roubar coisas" (12,8%) e "ameaçar e meter medo" (10,6%), sendo que a hostilidade do tipo física foi referida por 14,3% dos alunos. Quanto ao local da agressão, 25,5% decorreu no recreio, 21,6% nas escadas e acessos, 18,6% na sala de aula, 15,3% na cantina e 19% no caminho casa/escola/casa. Em relação às características do agressor, este foi descrito em percentagem mais significativa como pertencendo à mesma turma (15,8%), mais velho (17,3%) e do sexo masculino (13,8%).

Associada à presença do Bullying, identificou-se um conhecimento não demonstrado em 100% dos alunos sobre o conceito de Bullying e as estratégias de prevenção e intervenção deste fenómeno.

Em relação ao foco suporte, identifica-se que este se encontra não percecionado em 35% dos alunos (que referem não ter recebido qualquer apoio nem de colegas nem de adultos).

Quanto à gestão comunitária, esta identificou-se como ineficaz, dado não haver uma política formal de prevenção e intervenção dos fenómenos de violência escolar, relacionada com a falta de formação dos professores e assistentes operacionais, bem como a dificuldade de envolver os encarregados de educação nos processos de resolução destas situações.

Intervenções

Foram desenvolvidas intervenções, integradas em cada uma das dimensões do empoderamento comunitário:

- Dimensão intrapessoal-realizadas sessões de educação para a saúde com os alunos, distribuídas por 3 sessões: a primeira sobre o conceito e os tipos de Bullying, a segunda sobre as estratégias de prevenção e intervenção do Bullying e uma terceira para a avaliação dos conhecimentos adquiridos. Foi ainda desenvolvida uma reunião com os professores para (in)formação sobre o conceito e os tipos de Bullying e as estratégias a desenvolver na escola para a prevenção e intervenção neste fenómeno.
- Dimensão interpessoal-formalizadas parcerias com a Polícia de Segurança Pública, nomeadamente através do projeto "escola segura" local e com os diretores de turma. Criou-se uma equipa de suporte para o Bullying, constituída pelo enfermeiro de saúde escolar, pelos polícias, pelo coordenador dos diretores de turma e pelo

professor responsável pelos projetos de educação para a saúde. Foi possível envolver os professores e famílias sempre que se agilizou o processo de casos trabalhados pela equipa. Desta forma, Cada elemento da equipa exerceu um papel ativo nos processos de interação de grupo na agilização das estratégias de prevenção/intervenção no fenómeno do Bullying, através do empoderamento intrapessoal e que se constituíram eles próprios "empoderadores" dos seus pares. A divulgação do projeto na televisão, numa notícia de telejornal, permitiu igualmente influenciar todos os atores da escola (alunos, familiares e profissionais de educação) para a importância da problemática do Bullying e o poder de todos na sua abordagem.

- Dimensão organizacional- foram partilhados os resultados do projeto com a Direção do Agrupamento Vertical de Escolas que assumiu oficialmente o projeto como integrante no próprio projeto educativo, integrando-se assim a intervenção advogar projeto aos líderes, como fundamental para esta etapa do empoderamento.

Avaliação de resultados

Como resultados deste projeto, destacamos o suporte percecionado por 75% dos estudantes, e a Gestão Comunitária melhorada, após a formação da equipa de suporte para o Bullying e a efetivação de parcerias com todos os atores da comunidade escolar. A prevalência do Bullying passou a ser avaliada, anualmente, apenas no 5º ano, sendo igualmente este o ano com a implementação das sessões de educação para a saúde, dado serem sempre os alunos novos na instituição a necessitar de empoderamento intrapessoal, integrando assim a influência interpessoal e contribuindo para os outros níveis de empoderamento comunitário.

Conclusões

Com este projeto podemos identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, integrantes das três dimensões do empoderamento comunitário, nomeadamente o suporte percecionado e a gestão comunitária.

Estes ganhos particularizam o contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção da capacitação de grupos e comunidades, como vista à consecução dos seus projetos de saúde, integrando desta forma o empoderamento comunitário como estratégia e como fim na intencionalidade do planeamento em saúde. Por outro lado a avaliação permitiu o estabelecimento de estratégias consentâneas ao empoderamento comunitário, ajustadas às reais necessidades da população alvo, integrante do projeto. A prática de intercooperação e articulação entre os parceiros comunitários, demonstrou ser elemento fundamental na prossecução dos objetivos definidos, após os re-

sultados decorrentes do diagnóstico. Estas práticas traduzem o potencial do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, como fator crucial no desenvolvimento da saúde das populações, pelo empoderamento intrapessoal, organizacional e comunitário.

Continuar a avaliar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros, no âmbito dos projetos comunitários, possibilitará a definição de áreas de atuação concretas, baseadas no perfil de competências dos enfermeiros especialistas. Esta descrição, em conjugação com a discussão e reflexão sobre as práticas, contribuirá, tanto para o agir mais competente, como para enunciação dos principais conceitos que sustentam os princípios do empoderamento comunitário.

Referências bibliográficas

- [1] Aramis A, Lopes N. Bullying. Comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(2):164-170.
- [2] Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does Bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001; 323(7311):480-484.
- [3] Diário da República Portuguesa. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (Regulamento núm. 128/2011, de 18 de fevereiro).
- [4] Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P et ál. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005; 15(2):128-132.
- [5] Pereira BO, Silva MI, Nunes B. Descrever o Bullying na escola. *Rev Diálogo Educ* 2009; 9(28):455-466.
- [6] Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Circular Normativa núm. 7/DSE. 29 de junho. p. 1-29.
- [7] Alsop R, Heinsohn N. Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators. Washington: World Bank Policy Research Working Paper 3510; 2005.
- [8] Al Smadi A. Concept analysis paper: Empowerment-Jordan University of Science and Technology. Faculty of Nursing. 2009 [online] [consultado a: 16 de novembro de 2012]. URL disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/2159115/Concept-Analysis-of-Empowerment>
- [9] Spreitzer GM. An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology* 1995; 23(5):601-29.
- [10] Pereira BO, Pinto A. Dinamizar a escola para prevenir a violência entre pares. *Sonhar* 1999; VI(1):19-33.
- [11] Pereira BO. Para uma escola sem violência. Estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia; 2008.
- [12] International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta2. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2002.

Diagnóstico de alergias en niños mediante el ImmunoCAP® Rapid

¹ Luis Antonio de Mendiola Cortina

² Alba Martínez Álvarez

¹ Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermero del Centro de Salud de Mieres Sur, Asturias.

² Enfermera Interina Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. UDMAFyC de Asturias.

Dirección de contacto: luismendiola59@gmail.com

Resumen

Objetivo: describir la utilidad del ImmunoCAP® Rapid en la detección de alergias en niños y niñas entre 4 y 14 años sin tratamiento con antihistamínicos y con signos clínicos de atopía.

Material y método: se hizo un estudio descriptivo transversal realizado a una población de 94 niños y niñas entre los 4 y 14 años de edad que acudieron a las dos consultas de pediatría del Centro de Salud de Mieres Sur, a lo largo de los años comprendidos entre 2007 y 2011, con síntomas de alergia tales como: rinitis, catarro descendente de vías altas, dermatitis, asma o bronquitis, a los que los pediatras pedían la prueba diagnóstica (diagnóstico precisión) en Atención Primaria, de ImmunoCAP® Rapid.

Resultados: del total de niños incluidos en el estudio, 100, entre los 4 y los 14 años, seis de ellos quedaron excluidos o bien por no entrar en el rango de edad por arriba o por abajo o bien por no tener un diagnóstico en la historia clínica informatizada (OMI). Por tanto, el total fue de 94 niños.

El alérgeno más frecuente fueron los ácaros del polvo, seguido por las gramíneas, fleo o timotea, la parietaria y la artemisa.

A continuación destacan los animales, de los pólenes como el olivo y el abedul y por último, tres casos alimentarios. Sobre la sintomatología destaca que el 59,6% (56 casos) presentaron rinitis alérgica seguido de la dermatitis atópica. En cuanto al asma, solo hubo cuatro casos aislados, 11 en conjunto con la rinitis alérgica (11,7%) y seis con la dermatitis atópica (6,4%).

Conclusiones: el ImmunoCAP® Rapid podría ser útil en Atención Primaria como herramienta para el diagnóstico de dermatitis atópica, atopías en general o rinitis alérgica.

Igualmente podría ser eficaz por su rapidez, sencillez y cercanía, además de gestionarla y realizarla la enfermera, teniendo un muy buen coste-efectividad.

Palabras clave: alergia; dermatitis atópica; rinitis; asma; ácaros; ImmunoCAP® Rapid.

Abstract

Diagnosing allergies in children by ImmunoCAP® Rapid

Objective: To describe the value of ImmunoCAP® Rapid in detecting allergies in children 4 to 14 years of age without treatment with antihistamines and with clinical signs of atopy.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study of a population of 94 children between 4 and 14 years old who went to the pediatric service in the Centro de Salud de Mieres Sur, over the years between 2007 and 2011, with allergy symptoms such as rhinitis, catarrh down the upper airways, dermatitis, asthma or bronchitis, for whom their pediatricians requested the diagnostic test (diagnostic accuracy) in primary care with ImmunoCAP® Rapid.

Results: Of the total number of 100 children included in the study, between 4 and 14 years old, six of them were excluded for being outside the age range or not having a diagnosis in their electronic medical record (IMO). Therefore, in total in the study there were 94 children.

The most common allergens were dust mites, followed by grasses, timothy, mugwort and parietaria, followed by animals and pollen, such as olive and birch, and finally, three cases food allergies.

As for symptomatology we must highlight that 59.6% (56 patients) had rhinitis followed by atopic dermatitis. As for asthma, there were only four isolated cases, 11 together with allergic rhinitis (11.7%) and six with atopic dermatitis (6.4%).

Conclusions: ImmunoCAP® Rapid could be useful in primary care as a tool for the diagnosis of atopic dermatitis, atopy or allergic rhinitis in general.

It could also be effective for its speed, simplicity and proximity, also nurses can manage and perform it, so it has a very good cost-effectiveness.

Key words: allergy; atopy dermatitis; rhinitis; asthma; mites; ImmunoCAP® Rapid.



Introducción

La alergia es la predisposición genética a presentar reacciones de hipersensibilidad, mediadas por anticuerpos o por células, ante el contacto con determinados antígenos (1).

También podemos definir como alergia a una reacción extraña, una hipersensibilidad a una partícula o sustancia que, si se inhala, ingiere o se toca, produce unos síntomas característicos. La sustancia a la que se es alérgico se denomina "alérgeno", y los síntomas provocados son definidos como "reacciones alérgicas". Cuando un alérgeno penetra en el organismo de un sujeto alérgico, el sistema inmunitario de éste responde produciendo una gran cantidad de anticuerpos llamados IgE.

La inmunoglobulina E (IgE) es un tipo de anticuerpo presente únicamente en mamíferos, está implicada en la alergia (1) y en la respuesta inmune efectiva contra diversos agentes patógenos, pero especialmente parásitos, por lo que sus niveles suelen estar bastante elevados tanto en pacientes alérgicos como en personas que sufren alguna parasitosis.

Cuando una persona es alérgica a una sustancia en particular, el sistema inmunitario cree, erróneamente, que es una sustancia extraña ante la cual debe activar el sistema inmunitario y produce la IgE, en un intento de proteger el organismo; de esta manera, se inicia una cadena de acontecimientos que provocan los síntomas de la alergia. Si una persona

sufre de asma producida por reacciones alérgicas, esta cadena de acontecimientos también derivará en síntomas de asma.

Por otra parte, la atopia es la tendencia a producir anticuerpos IgE específicos frente a alérgenos y se expresa clínicamente tanto en forma de dermatitis, rinoconjuntivitis y asma como luego a los alimentos y después a los neumol-alérgenos y a esto se llama "marcha atópica".

Este último término describe el progreso individual de las manifestaciones clínicas de alergia de forma cronológica, que van desde los primeros meses con episodios de dermatitis atópica y/o alergias alimentarias hasta edades posteriores con sibilancias recurrentes, asma y/o rinitis y conjuntivitis alérgica (2).

Por tanto, las enfermedades alérgicas originadas por un mecanismo de hipersensibilidad tipo I tienen una expresión clínica muy distinta, desde la sensibilización asintomática hasta las reacciones alérgicas mortales, pasando por muchos síntomas. En el lactante y el preescolar son síntomas sugestivos: la alergia alimentaria, la dermatitis atópica y los sibilantes recurrentes; en el escolar y el adolescente lo son: el asma, la rinitis y la conjuntivitis alérgica (3).

Alergia en pediatría de Atención Primaria

La prevalencia de las enfermedades alérgicas en la infancia

ha aumentado considerablemente en los últimos 20-30 años y la necesidad de realizar estudios alergológicos ha aumentado paralelamente. En algunas investigaciones poblacionales (4), la prevalencia acumulada de enfermedades alérgicas en la niñez es de 25-30%, correspondiendo a la dermatitis atópica el 15-20%, al asma el 7-10% y a la rinitis y conjuntivitis alérgica el 15-20%.

Por otra parte, los alérgenos más prevalentes en España, según varios estudios (4-5) son los ácaros, pólenes (gramíneas, olivo), epitelios de gato y perro y algunos hongos (alternaria). Son también muy variables dependiendo de la situación geográfica (5-11). En España, según el Estudio Internacional de Asma y Enfermedades Alérgicas (ISAAC) en fase III (2001-2002), se observa una mayor prevalencia y gravedad del asma en las zonas costeras (sobre todo la atlántica) con respecto a la meseta y zonas de interior (10-11).

Teniendo en cuenta que las enfermedades alérgicas son uno de los principales problemas sanitarios actuales y que en estos últimos años se ha producido un aumento de su prevalencia en países desarrollados, se hace imprescindible el correcto diagnóstico de la alergia en pediatría de Atención Primaria para actuar en la educación, prevención y en las medidas terapéuticas adecuadas. Además, la dermatitis atópica (una de las manifestaciones de la atopia) es uno de los signos clínicos más frecuentes en las consultas de pediatría, siendo sus causas muy diversas y, por tanto, necesario un diagnóstico certero para un adecuado tratamiento.

ImmunoCAP® Rapid

El ImmunoCAP® Rapid, es un ensayo *in vitro* para la determinación cualitativa de los anticuerpos IgE específicos de alérgenos en sangre humana total. Está pensado para el uso en el diagnóstico *in vitro* como ayuda en el diagnóstico clínico de alteraciones alérgicas mediadas por IgE junto a otros hallazgos clínicos. Diversas enfermedades presentan síntomas iguales o similares a la alergia mediada por IgE y, por tanto, el diagnóstico de la alergia clínica no es fácil de realizar. La determinación de los anticuerpos IgE específicos de alérgenos, combinada con la historia clínica del paciente, facilitan un diagnóstico más correcto.

Es una prueba muy rápida. La muestra de sangre se aplica en el orificio de muestra y la parte separada de plasma fluye en las tiras de la prueba. La IgE de la muestra, que es específica de cualquiera de los alérgenos de la prueba, se une al área relevante de la tira. El conjugado resultante sigue migrando, formando líneas rosadas en las ventanas de control y ocurre independientemente de si la muestra es o no positiva para indicar que la misma ha sido llevada a cabo correctamente. La duración de la prueba es de 20 minutos.

Los alérgenos del dispositivo de ensayo son 10 (ocho por vía inhalatoria y dos por la comida): ácaros, epitelio de gato,

caspa de perro, clara de huevo, leche de vaca, abedul (polen), olivo (polen), artemisa, fleo, parietaria.

Están demostradas las implicaciones tanto en el pronóstico y tratamiento como en la identificación de los alérgenos desencadenantes de la detección de sensibilización mediante IgE. Acompaña a las manifestaciones clínicas, no fáciles ni fiables de detectar por su similitud y por consiguiente es importante su combinación.

Por todo ello, es muy importante disponer en la Atención Primaria de las herramientas adecuadas (ImmunoCAP® Rapid) para poder realizar el diagnóstico de alergia (12).

El ImmunoCAP® Rapid por la repercusión diagnóstica, permite confirmar el diagnóstico precoz en aquellos pacientes con signos y síntomas pertinentes, siendo por tanto muy importante en el tratamiento individualizado, así como en su educación para la salud, evitando en lo posible el riesgo elevado de desarrollar enfermedades alérgicas en la edad escolar (13).

Justificación del estudio

Sumado a lo anteriormente expuesto, ya en 2006 se realizó en Atención Primaria el estudio IreNE (12) en España, donde se evaluó la utilidad del ImmunoCAP® Rapid para identificar la alergia en niños de 1-14 años con sibilancias recurrentes. En la Tabla 1 se detallan los resultados obtenidos que, como se puede observar, son positivos, aunque se concluyó que "se necesitan más pruebas (...) con niveles de prevalencia y otros pacientes con diferentes síntomas de tipo alérgico tales como rinitis y eccema". En la Tabla 2 se comparan las características de las pruebas diagnósticas de la alergia.

El ImmunoCAP® Rapid está diseñado expresamente para su utilización en Atención Primaria, ya que es un método sencillo, rápido, muy poco invasivo y de fácil lectura. Este trabajo hace la sugerencia de su uso como herramienta de elección para el estudio de enfermedades alérgicas en Atención Primaria.

Por otra parte, la enfermera de Atención Primaria de salud tiene un muy importante papel en la realización de las pruebas diagnósticas de la alergia y, de esta manera, en la planificación de los cuidados enfermeros para evitar los desencadenantes en las personas alérgicas (15).

Por todo ello, y por la escasez de publicaciones enfermeras relacionadas con la alergia, surge la necesidad de aportar más datos, como así se piden desde algunas bibliografías revisadas que contribuyan al conocimiento de este campo de actuación (12). Como resultado de esto, es la realización de este trabajo.

En cuanto a la consideración en la delimitación de edad en el estudio, se debe a que por debajo de los cuatro años la in-

Tabla 1. Estudio IreNE. Resultados de las pruebas con InmunoCAP® Rapid, Phadiatop® Infant e IgE total para el diagnóstico de la atopía en una muestra de 215 niños de 1-14 años con sibilancias recurrentes

	InmunoCAP® Rapid	Phadiatop® Infant	IgE total
Sensibilidad, % (IC del 95%)	90,8 (83,9-94,9)	99,1 (95-99,8)	84,4 (76,4-90)
Especificidad, % (IC del 95%)	87,7 (80,1-92,7)	95,2 (89,3-97,9)	59,4 (49,9-68,3)
VPP, % (IC del 95%)	88,4 (81,1-93,1)	95,6 (90,1-98,1)	68,1 (59,9-75,4)
VPN, % (IC del 95%)	90,3 (83-94,6)	99,0 (94,6-99,8)	78,8 (68,6-86,3)
IC: intervalo de confianza; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo			

Tabla 2. Comparación de las características de las pruebas diagnósticas de la alergia

	IgE específica	Prick test	Inmuno CAP® Rapid
Precisión	Patrón oro	Sí (> 5 años)	Sí
Técnica	<i>In vitro</i>	<i>In vivo</i>	<i>In vitro</i>
Técnica	Compleja	Sencilla	Sencilla
Interferida	No	Sí	No
Riesgo	No	Poco frecuente	No
Lugar	Laboratorio	Consulta	Consulta
Resultado	Diferido	Inmediato	Inmediato
Resultado	Cuantitativo	Cualitativo	Semicuantitativo
Precio	Caro	Barato	Barato

munidad adquirida por los niños no es aún suficiente para dar por válida cualquier prueba de anticuerpos. Igualmente consideramos que estos niños no hayan sido tratados previamente con antihistamínicos, al menos una semana antes, debido a que este medicamento interfiere en los resultados (14).

Por todo esto se describe la utilidad del InmunoCAP® Rapid en la detección de alergias en niños y niñas entre 4 y 14 años sin tratamiento con antihistamínicos y con signos clínicos de atopía.

Material y método

Población a estudio: la población a estudio estuvo constituida en principio por 100 niños, con una muestra final de 94, basándose en los criterios de inclusión y de exclusión. De dicha muestra hubo que eliminar a seis por no estar en rango de edad o por no tener diagnóstico. De ellos, hubo 60 niños (64%) y 34 niñas (36%). Todos los menores pertenecían a los cupos de las dos consultas de pediatría del Centro de Salud de Mie-

res Sur, que son un total aproximado de 1.420 niños. El estudio fue realizado entre los años 2007 y 2011, ambos inclusive, y a los que se les realizó la prueba del InmunoCAP® Rapid.

Criterios de inclusión: tener registro en la historia clínica de episodios de: dermatitis atópica, rinitis alérgica, catarro descendente en vías altas, bronquitis asmática o asma, principalmente. Tener entre 4 y 14 años. Que el pediatra solicite la realización de la prueba del InmunoCAP® Rapid.

Criterios de exclusión: que los menores hubiesen estado a tratamiento con antihistamínicos al menos una semana antes de la prueba, circunstancia que puede interferir en los resultados de la misma.

Análisis de datos: se recogieron y analizaron los datos en una hoja de cálculo con el programa Excel 2003, una vez extraídos de la historia clínica informatizada electrónica. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, hallazgos clínicos, resultados del InmunoCAP® Rapid, alérgeno/s al cual/es dio positivo y si el niño estaba bajo tratamiento con antihistamínicos.

Resultados

De los 94 niños incluidos en el total de la muestra, el 64% fueron niños y el 34% fueron niñas. En cuanto a los rangos de edad, 39 niños entre 4 y 7 años (41,5%), 34 entre 8 y 10 años (36,2%), 10 entre 11 y 12 años (10,6%) y 11 niños entre 13 y 14 años (11,7).

La media de edad fue de 8,3 años con una desviación estándar de tres años y moda de 10 años. Del total, 60 fueron positivos (64%) y 34 negativos (36%) (Ver Gráfico 2).

El alérgeno más frecuente, al igual que en estudios anteriores, fueron a los ácaros del polvo, habiendo 47 niños positivos a la sustancia (50%), seguido por las gramíneas, fleo o timotea con 17 casos (18,1%), la parietaria con dos casos (2,1%) y artemisa con tres (2,1%). Posteriormente destacan los animales con siete casos, tres de caspa de perro (3,2%) y cuatro de epitelio de gato (4,2%); luego los pólenes (árboles) como el olivo con cuatro casos (4,2%) y el abedul con dos (2,1%); y, por último, dos casos alimentarios: dos a la leche de vaca (2,1%) y uno a la clara de huevo (1%) (Ver Gráfico 3).

Con respecto a la sintomatología, destaca que el 59,6% (56 casos) presentaron rinitis alérgica, habiendo solo seis casos como único síntoma. El siguiente síntoma más característico fue la dermatitis atópica con 40 casos (42,5%) con dos como único síntoma. Estos dos síntomas aparecieron en conjunto en el 26% de los casos.

En cuanto al asma, solo lo presentaron cuatro casos como síntoma aislado (4,2%), 11 en conjunto con la rinitis alérgica (11,7%) y seis en conjunto con la dermatitis atópica (6,4%). Los tres síntomas juntos se presentaron en el 7,4% de los casos (siete casos).

Hubo 27 casos de "tórax hiperactivo" (28,7%): 21 bronquitis asmática (generalmente acompañado de más síntomas) y seis casos de catarro descendente de vías altas (como único síntoma) (Ver Gráfico 4).

Agrupado por grupos de edades son: entre cuatro y siete años: catorce niños (52%); entre 8 y 10 años: siete niños (26%); entre 11-12 años: dos niños (7%); y entre 13 y 14 años: cuatro niños (15%). El resto de síntomas fueron disnea y conjuntivitis alérgica.

Conclusiones

El 64% de los resultados son positivos, siendo el alérgeno más común los ácaros del polvo (49,4%). Ambos resultados coinciden bastante con el estudio IreNE de Díaz Vázquez et ál (14). Algo diferentes, aunque en la misma línea, se encuentran los alérgenos inhalantes con un 29,8% contra el 39,1% del estudio IreNE o los alimentarios con un 3,2%, en este caso contra el 6,5% del estudio IreNE (12).

Los resultados de este estudio sugieren que la InmunoCAP® Rapid podría ser útil en Atención Primaria como una herramienta

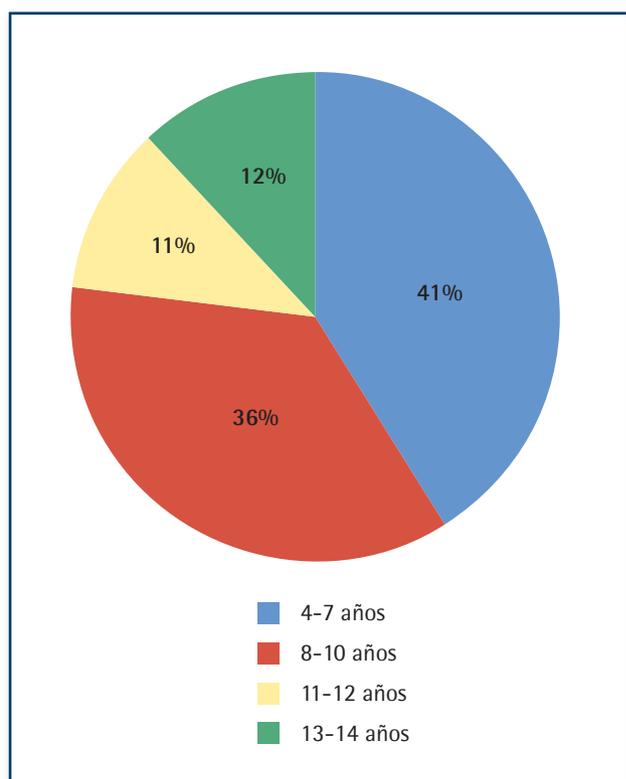


Gráfico 1. Rango de edad de la muestra

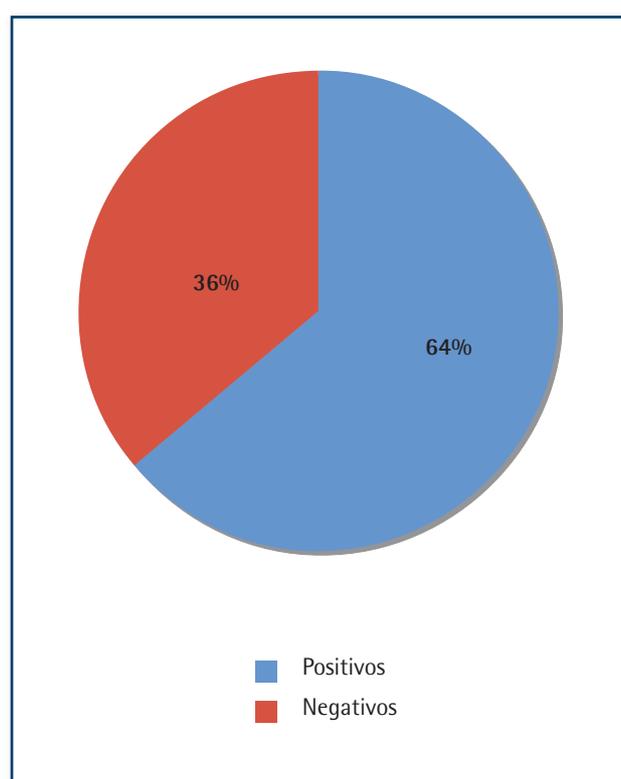


Gráfico 2. Porcentaje de niños con alergias

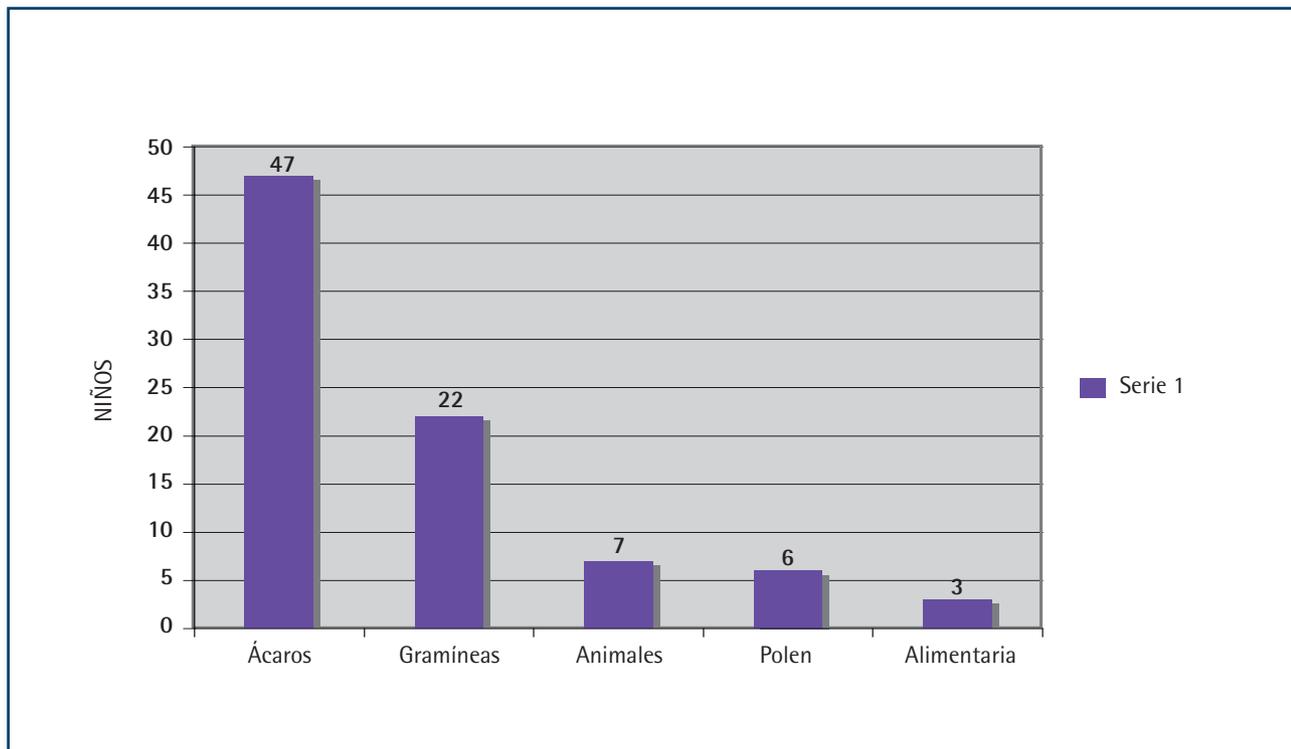


Gráfico 3. Alérgenos más frecuentes obtenidos en el estudio

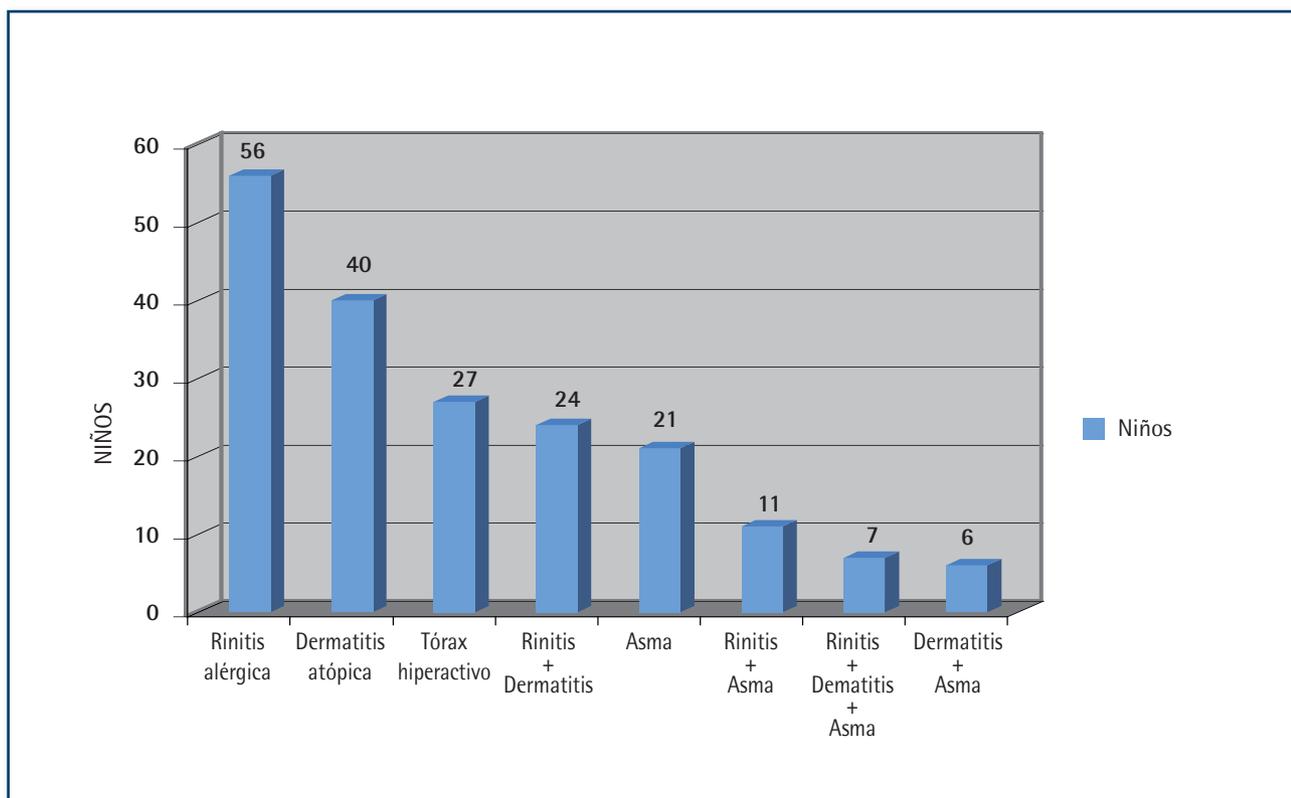


Gráfico 4. Síntomas más comunes obtenidos en el estudio

ta para la primera línea de evaluación de los niños con diagnóstico de dermatitis atópica, atopías en general o con rinitis alérgica, lo cual, de nuevo, coincide con trabajos anteriores (12). La rapidez de la prueba, no más de 20 minutos, y la sencillez y cercanía son también muy importantes. El análisis de los alérgenos por alérgeno no tiene un gran número de niños, aunque suma a los pocos existentes en la bibliografía hasta la fecha. También se benefician del estudio y localización del mismo los alérgenos débiles encontrados para una posible mejora de los mismos tales como: el polen, animales (perro o gato) o las alimentarias (clara de huevo y leche).

Existen pocos estudios aún en nuestro medio, por lo que animamos a sumar para así poder contribuir a tener más datos diagnósticos sobre atopía en niños y poder mejorar su calidad de vida.

Contribuciones de auditoría

Ambos autores han concebido y redactado el artículo, son responsables de él y han aprobado la versión final.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Carlos Díaz Vázquez, Julia Miaja Quiñones y Enrique Oltra Rodríguez.

Bibliografía

- [1] García Marcos L (coord.). Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia. Estudio ISAAC. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2012]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/salu1a.html>
- [2] Whan U. What drives the allergic march? *Allergy* 2000; 55(7):591-9.
- [3] Carvajal I, García L, Busquest R, Morales M, García N, Batlles J et ál. Geographic variation in the prevalence of asthma symptoms in Spanish children and adolescents. *International Study of Asthma and Allergies in children and adolescent. International Study of Asthma and Allergies in childhood (ISAAC) phase 3, Spain. Arch Bronconeumol* 2005; 41(12):659-66.
- [4] Host A, Andrae S, Charkin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA et ál. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy* 2003; 58(7):559-69.
- [5] Eigenmann PA. Diagnosis of allergy syndromes; do symptoms always mean allergy? *Allergy* 2005; 60(Suppl 79):6-9.
- [6] The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351(9111):1225-32.
- [7] Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK et ál. ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 368(9537):733-43.
- [8] Arnedo Pena A, García Marcos L, García Hernández G, Aguinaga Ontoso I, González Díaz C, Morales Suárez-Varela M et ál. Time trends and geographical variations in the prevalence of symptoms of allergic rhinitis in 6-7 year-old children from eight areas of Spain according to the ISAAC. *An Pediatr* 2005; 62(3):229-36.
- [9] Arnedo Pena A, García Marcos L, Blanco Quirós A, Martínez Gimeno A, Aguinaga Ontoso I, González Díaz C et ál. Time trends in prevalence of symptoms of allergic rhinitis in 13-14 year-old schoolchildren in 8 areas of Spain between 1993-1994 and 2001-2002 according to the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Med Clin* 2004; 123(13):490-5.
- [10] García-Marcos L, Blanco A, García G, Guillén-Grima F, González C, Carvajal I et ál. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy* 2004; 59(12):1301-7.
- [11] Carvajal Urueña I, García Marcos L, Budquest Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoín N, Batlles Garrido J et ál. Geographic Variation in the Prevalence of Asthma Symptoms in Spanish Children and Adolescents. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3, Spain. Arch Bronconeumol* 2005; 41(12):659-66.
- [12] Carvajal I, Díaz C, Cano A, Torregrosa MJ, Barahona A, Aguilar M et ál. Spanish map of allergic sensitisation in 0-5 year old children presenting wheezing and/or eczema. *Allergy* 2007; 62(Suppl 83):83.
- [13] Kotaniemi-Syrjänen A, Reijonen TM, Romppanen J, Korhonen K, Savolainen K, Korppi M. Allergen-specific Immunoglobulin E antibodies in wheezing infants; the risk for asthma in later childhood. *Pediatric* 2003; 111(3):e255-61.
- [14] Díaz Vázquez C, Torregosa Bertet MJ, Carvajal Urueña I, Cano Garcinuño A, Fos Escrivá E, García Gallego A et ál. Accuracy of InmunoCAP® Rapid in the diagnosis of allergic sensitization in children between 1 and 14 years with recurrent wheezing: The IreNE study. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20(6):601-9.
- [15] Castillo Laita JA, de Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J et ál. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. *An Pediatr* 2007; 67(3):253-73.

ANEXO 1. InmunoCAP® Rapid

El InmunoCAP® Rapid es una técnica de diagnóstico *in vitro* comercializada en España en el año 2005, que permite una detección rápida de sensibilización de la IgE frente a determinados alérgenos a partir de una muestra de sangre capilar obtenida por una punción en el pulpejo del dedo.

Para los niños incluye diez alérgenos: ocho neumoaérgenos (gato, perro, abedul, olivo, artemisa, parietaria, hierba timotea, ácaro) y dos alérgenos alimentarios (huevo y leche).

Es una técnica cualitativa, que nos informa de un resultado positivo o negativo de forma individualizada frente a cada alérgeno del panel y también semicuantitativa, ya que varía la intensidad de la coloración según la cantidad de IgE presente frente a cada alérgeno.

La ventaja principal es la sencillez de realización y la rapidez en la obtención de resultados, puesto que en 20 minutos ya se tienen y en la propia consulta.

Indicaciones:

Aunque es necesario más estudios (y se espera que éste ayude), los estudios publicados hasta ahora hacen que sea una técnica especialmente interesante para el diagnóstico de la alergia en Atención Primaria

(5-6). Está indicado en el estudio de los pacientes con asma o serratitis atópica en Atención Primaria. Ante un resultado negativo y que no coincida con la clínica sería conveniente la realización de otras pruebas.

Resumen de la técnica del InmunoCAP® Rapid:

- Preparación previa: informar a la familia y al niño, llevarla a cabo en una consulta programada o también, si es posible, a demanda y preparar todo el material necesario.
- Realización de la técnica:
 - Abrir un dispositivo.
 - Calentar el dedo y obtener por punción del pulpejo 110 µl de sangre capilar.
 - Depositar la sangre en el pocillo del dispositivo destinado al efecto. A los 5 minutos, añadir solución de desarrollo en el pocillo inferior.
 - Leer los resultados en el dispositivo 15 minutos después: se considera el resultado positivo ante cualquier línea coloreada frente a cada uno de los diez alérgenos, variando de rosa pálido a rojo intenso y es negativo ante la ausencia de color.
 - Registrar el resultado.

citius altius fortius

El buscador más fiable, completo y actual
del conocimiento enfermero



El buscador más fiable,
completo y actual sobre enfermería

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES
MÁS DE 58.000 DEFINICIONES

- Todas las especialidades
- Todas las técnicas y procedimientos
- Todos los cuidados avanzados
- Toda la investigación y la actualidad enfermera
- Todo ello ajustado a la realidad enfermera actual

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

<http://encuentra.enfermeria21.com>
info@enfermeria21.com

Elvira Gras Nieto
Ana Armas Acosta
Raquel Carcereny Murciano
Laura de Tuñas Posadas

El anciano ante la planificación anticipada de decisiones. Investigación-acción-participación

Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria.
Unidad Docente Clínic-Maternitat (Barcelona).

Dirección de contacto: potipoti_max@hotmail.com

Resumen

Objetivo: del proceso de planificación anticipada de decisiones son partes fundamentales el contemplar la idea del morir como parte natural de la vida, así como reflexionar y discutir sobre el plan de vida. La enfermera familiar y comunitaria, desde su especial compromiso de defensora de la autonomía de las personas que cuida, está en la posición idónea para fomentar la participación activa, mantener la atención longitudinal además de facilitar el acceso a la planificación anticipada de las decisiones. El objetivo del estudio es conocer cómo vivencia el anciano su participación proactiva en el proceso de planificación anticipada de decisiones.

Objetivos específicos: comprender comportamientos, emociones, sentimientos, actitudes y cambios del anciano, quien reflexiona sobre la muerte junto con la enfermera familiar y comunitaria en relación de ayuda.

Marco teórico y metodológico: metodología cualitativa de investigación-acción-participativa (IAP) que integra la investigación científica con la promoción de la salud y el pilar teórico del estudio lo conforman los principios del paradigma constructivista. Se ha utilizado como técnica de obtención de datos la entrevista en profundidad. Análisis de contenido por categorías.

Resultados: la reflexión y discusión sobre la muerte ayuda a las personas a plantearse los objetivos de su plan de vida y posibilita la contemplación sobre la importancia de los procesos comunicativos entre la persona, familia y los profesionales de la salud para que la voluntad de las personas pueda ser respetada. Del círculo social de los informantes cada vez hay un mayor número de personas que contemplan la posibilidad de realizar el programa de planificación anticipada de las decisiones lo que mejorará los programas.

Palabras clave: planificación anticipada de decisiones; ancianos; investigación-acción-participación; reflexión; muerte.

Abstract

Elders and advanced care planning. Action research-participation

Objective: The process of advanced care planning is a key part to contemplate the idea of death as a natural part of life, and reflect on and discuss the plan of life. The family and community nurse, from their special commitment to advocate for the independence of people who care, is in the best position to encourage active participation, maintain longitudinal care and facilitate access to advanced planning decisions. The aim of the study was to determine how the elderly experience their proactive participation in the process of advanced care planning.

Specific objectives: Understand behaviours, emotions, feelings, attitudes and changes the elderly person reflects on the death with the family and community nurse in a helping way.

Theoretical and methodological framework: Qualitative methodology of participatory action research (PAR) that integrates scientific research with health promotion and the study theory which conforms the principles of the constructivist paradigm. It has been used as a technique for obtaining in-depth interview data. Content analysis by categories.

Results: Reflection and discussion about death helps people to consider the goals of their life plan and allows contemplation of the importance of communication processes between the individual, the family and the health professionals so that the wishes of people can be respected. From the social circle of informants there is an increasing number people that are considering making early planning decisions, which will improve these programs.

Key words: advanced care planning; elders; participation action research; reflection; death.

Introducción

Avanzar hacia el final de la vida conlleva, en numerosas ocasiones, el surgir e instauración de enfermedades crónicas, demencias y/o otro tipo de problema de salud, ya sea físico, psicológico o social, lo que puede hacer del anciano una persona en su conjunto potencialmente vulnerable y frágil. Junto al aumento de la edad, las discapacidades propias del envejecimiento, la posibilidad de enfermar y de muerte, se acrecientan, con el consecuente aumento del número de usuarios de este grupo etario que serán asistidos en el sistema sanitario. Defender y cumplir con el derecho de respetar la autonomía de los pacientes, como cita la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en el capítulo IV (1), puede verse dificultado en el anciano durante las ocasiones que no pueda expresar su voluntad o durante el proceso de muerte.

En considerables ocasiones los profesionales sanitarios observan en la práctica de atención a ancianos la vulnerabilidad y la incapacidad (emocional, física y psicológica) de expresar su voluntad. Se repiten escenas donde es una realidad el "pacto de silencio" (2) y se da la omisión de información importante para la toma de decisiones. No son de menor importancia los conflictos emocionales y éticos que experimentan las familias y profesionales de la salud a la hora de "representarlos" y llevar a cabo la toma de decisiones sobre la vida de los ancianos. En cuanto a los documentos de registros médicos sobre decisiones anticipadas muchas veces tampoco son consistentes con las preferencias de los ancianos para la atención al final de la vida (3).

En la toma de decisiones al final de la vida, algunos pacientes, aunque valoran su autonomía, entendida ésta como autodeterminación, dan prioridad a otros aspectos: ancianos hospitalizados con perspectivas delegantes, enfermos que no quieren discutir sus preferencias, no quieren proveer la salud futura; algunas personas no aceptan que los profesionales y familias que los cuidan se sientan obligados a cumplir con sus preferencias; otros desean tener un sentimiento de control sobre el proceso, ser tratado como personas completas, pensar en términos de metas de atención y no de tratamientos; y otros aspectos como no ser una carga para los seres queridos (4).

Marco teórico-referencial

En los intentos de instauración del documento de voluntades anticipadas aparecen decepciones, como aportaron las conclusiones del estudio *Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments* (SUPPORT) (6) e implantación leyes *Patient Self-Determination Act* (PSDA), hicie-

ron plantear un nuevo abordaje para la recogida y apreciación de últimas decisiones. Se propone entonces una visión más dinámica, integral y participativa centrada en la reflexión del plan de vida y los procesos comunicativos entre usuarios, familiares y profesionales sanitarios, a la que se le ha denominado planificación anticipada de la atención (PAD). La planificación anticipada evoluciona hacia un modelo de comunicación (7), transcurso que incluye la discusión y la contemplación como pasos de este mismo proceso (8).

Varios autores describen el proceso de PAD a través de modelos de cambio de comportamiento (9,10). Siguiendo esta perspectiva se puede conceptualizar este proceso de PAD en escalones o etapas que se corresponden a las etapas del modelo de cambio de comportamiento, que facilitarán su comprensión y su estudio.

Desde la perspectiva enfermera, la planificación del cuidado al final de la vida sigue en paralelo a los objetivos de planificación anticipada del modelo Singer, que resume sus objetivos en: preparación para la propia muerte, fortalecimiento de relaciones y comunicación con seres queridos, disminución del dolor y el sufrimiento, contribuir al alivio de la carga emocional y desarrollo de procesos comunicativos amplios y no centrarse en la firma de documentos (10).

En la mayoría de los estudios e intervenciones el tema principal han sido los documentos de voluntades anticipadas o instrucciones previas, en menor medida y, más recientemente, sobre el proceso de PAD; de estos últimos destacan los que se han hecho con grupos de personas con enfermedades oncológicas (11, 12) u otras enfermedades con pronóstico terminal. Aunque la bibliografía es escasa, cada vez se valora más la importancia y prioridad de su estudio en personas con enfermedades crónicas (13, 14), con demencias (15) y en ancianos (16-20).

En cuanto a la bibliografía sobre la experiencia de los ancianos y la PAD hay que destacar que, aunque escasa, en países como Inglaterra, Australia y Canadá es un tema de importancia en la investigación enfermera (8, 16, 21-23). En el ámbito nacional existe escasa bibliografía sobre el tema de PAD, pero pueden encontrarse investigadoras que ya trabajan en la temática en ancianos desde la perspectiva enfermera (24-26).

La actualidad sanitaria legislativa de España está marcada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en vigor desde el 16 de mayo de 2003 (1).

(1) Cuadro PAD. Conceptualización del Proceso de Planificación Anticipada de Decisiones de Singer et ál. (10) mediante el modelo de cambio de comportamiento Prochaska et ál (33)

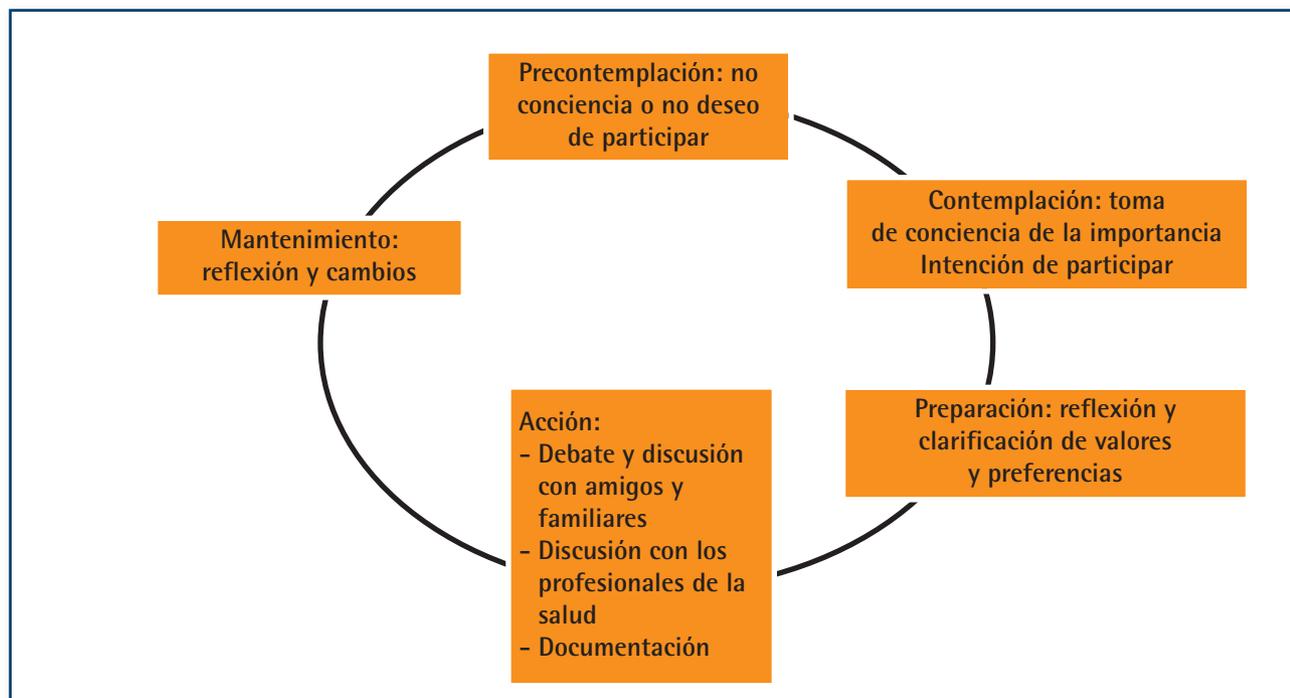


Figura 1. Etapas del proceso de planificación anticipada de las decisiones

En España la situación del final de la vida, como en otros países del mundo occidental, destaca el aumento de la esperanza de vida ligado a la aparición de enfermedades crónicas y demencias que conllevan pérdida de capacidad para la autogestión del proceso de salud-enfermedad y de la expresión de las voluntades en los cuidados en salud. Como indica Barrio et ál (24) "si es el sujeto autónomo el que debe decidir lo que ha de hacerse con su propio cuerpo, entonces debemos buscar la forma de prolongar o tener en cuenta esa autonomía incluso cuando el sujeto, por su enfermedad, no esté en condiciones psicológicas adecuadas para ejercerla por sí mismo".

En España y sus diferentes Comunidades Autónomas la legislación sobre el tema de los documentos de voluntades anticipadas es amplia, pero en cambio su instauración en los sistemas de salud es escasa y la contemplación de los ciudadanos españoles ínfima (26-27).

En la actualidad, la sociedad española en general teme reflexionar sobre la muerte y la enfermedad. La muerte ha pasado de ser un evento doméstico a ser un acto hospitalario.

La contemplación que supone la reflexión sobre la muerte es el primer paso para la preparación y, posteriormente, la puesta en marcha de las acciones para alcanzar los objetivos que cada persona se plantee de cuidado final de la vida. Coincidimos con las investigadoras que trabajan en la temática (24), en que la Comisión de Bioética de Cataluña apor-

ta una guía para el manejo adecuado de las voluntades anticipadas, que resulta un avance en dirección hacia el modelo de proceso de planificación anticipada de decisiones.

Marco metodológico

El método de investigación-acción-participativa (IAP) se enmarca dentro del paradigma constructivista, entendiendo que la realidad solo existe en forma de múltiples construcciones mentales y sociales; siguiendo los ideales teóricos de comprensión, significado y acción (28). Como investigadoras, las autoras parten de la premisa de que la investigación ha de ser participativa, la persona que colabora en el estudio no es meramente observada, sino que es actor principal en el desarrollo de la investigación y crea junto al investigador acciones y teoría. El participante en el estudio se convierte en el investigador de su realidad y la enfermera en investigadora de su práctica (28).

Desde la visión de la investigadora el estudio atendería contra la ética si no se realizase en relación de ayuda entendiéndola como la definió Rogers (29): "toda relación en la que al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de la manera más adecuada...". No sería ético indagar en la vivencia de la posibilidad de la muerte haciendo caso omiso a las necesidades que puedan surgir en la persona durante el estudio.

Justificación

La enfermera de atención familiar y comunitaria, gracias a la oportunidad brindada por la proximidad, el contacto y la continuidad con la persona anciana, se encuentra en el lugar idóneo para respetar además promover la participación en el autocuidado, instando a la persona mayor a responsabilizarse de sus decisiones en salud, estableciendo una relación de ayuda que haga posible el empoderamiento en la gestión del proceso de salud-enfermedad durante el envejecimiento y el final de la vida. Este proceso, de planificación de cuidados, se nutre en un clima de continuidad en la relación, de respeto y confianza. La participación de los usuarios en la planificación de los cuidados para el final de sus vidas ayudaría la toma de decisiones y disminuiría la incertidumbre que se genera en la práctica para los profesionales de la salud y en la toma de decisiones de los representantes o familiares (2). Comprender la vivencia de la persona anciana ante la PAD puede aportar luz a un campo poco investigado en personas ancianas desde una perspectiva holística para realizar una atención centrada en el usuario/paciente, mejorar y enriquecer los cuidados al final de la vida y el proceso de planificación anticipada de decisiones.

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer cómo vivencia el anciano su participación en el proceso de planificación anticipada de decisiones.

Objetivos específicos:

- Comprender comportamientos, emociones, sentimientos, actitudes y cambios del anciano que reflexiona sobre el final de la vida en relación de ayuda junto con la enfermera familiar y comunitaria. Identificar las necesidades y recursos que emerjan durante la reflexión ante el final de la vida.

Metodología

Método

- Diseño

Se trata de un proyecto de indagación cualitativa de investigación-acción-participación, fundamentado en la recolección, análisis, comprensión de los datos y elaboración de estrategias de acción.

El muestreo cualitativo aspira a comprender el fenómeno estudiado, por lo que los informantes serán seleccionados de forma intencional (30) siguiendo unos criterios de inclusión y de exclusión. En consecuencia de la naturaleza interactiva que conlleva el método de investigación-acción-participativo se escogerán personas que puedan responsabilizarse, implicarse y que quieran colaborar en el estudio compartiendo su experiencia.

La muestra inicialmente estará compuesta por 12-14 informantes; su número seguirá aumentando hasta la saturación de información. Atendiendo a la lectura de la bibliografía se utilizan como criterios de selección:



– Criterios de inclusión:

- Tener 65 años o más.
- No presentar ninguna alteración cognitiva, de la comprensión y el lenguaje, utilizando el test de Pfeiffer con puntuación de error menor o igual a 2.
- Ser usuario del Centro de Atención Primaria Les Corts.
- Disposición para colaborar en el estudio con su participación activa.

– Criterios de exclusión:

- Padecer algún trastorno cognitivo que obstaculice la comunicación y comprensión del lenguaje o Pfeiffer con puntuación de error mayor o igual a 2.
- Atravesar una enfermedad aguda, padecer una enfermedad terminal o cuyo pronóstico previsible sea la terminalidad.
- Duelo < 1 año.

• Localización

La selección de los informantes se llevará a cabo desde el Centro de Atención Primaria Les Corts (Barcelona), teniendo en cuenta los criterios de selección.

Recogida de datos

Como técnica de obtención de información inicialmente se apostará por la entrevista en profundidad, entendiéndola como la herramienta metodológica que se basa en la formulación de preguntas y la escucha activa de respuestas (30).

A través de la entrevista en profundidad se busca que emerjan los significados únicos para las personas que se entrevistan, pudiéndose denominar entrevista no estructurada. Como modelo para el entrevistador se dispondrá de una guía orientadora que ayude a captar el significado del entrevistado e impida que se pierda en el camino de la entrevista (Anexo 1). La entrevistadora será conocedora del proceso de relación de ayuda, será entendida en las técnicas de comunicación y de esta forma podrá comprender los significados del entrevistado e identificará junto a el mismo las necesidades y recursos disponibles que surgen durante investigación. Las entrevistas serán llevadas a cabo por la misma investigadora, la autora del proyecto. El registro de la información obtenida se hará a través de un cuaderno de notas, teniendo en cuenta que se pierde la atención a la conversación con su uso, pero que puede ampliar nuestros datos con observaciones de lenguaje no verbal y observaciones pertinentes junto con una grabadora, reconociendo que puede restar espontaneidad al entrevistado. Las grabaciones incluirán elementos de datación (fecha, cir-

cunstancias, lugar), contextualización (protagonista, entorno) y otras consideraciones (30).

Las entrevistas durarán entre 60 y 90 minutos, se efectuarán en una de las consultas del propio centro controlando que no existan interrupciones o en el domicilio. Se considera la posibilidad de realizar la entrevista con la familia del entrevistado siempre que sea posible.

Condiciones de validez

La investigación se llevará a cabo atendiendo a los criterios de evaluación de la investigación cualitativa:

- Criterio de credibilidad: las descripciones e interpretaciones del trabajo de investigación estarán representadas en los datos. Se realizarán comprobaciones de los datos recogidos e interpretados por el investigador junto con los informantes, revisión de participantes. Se realizará triangulación de observadores o revisión de pares, a un investigador distinto se le incluirá para realizar una discusión sobre los propios hallazgos, el análisis y las conclusiones. Se controlará y estudiará la existencia de "casos negativos". Por último, se dispondrá la información necesaria para que el lector pueda hacer su propio análisis crítico de la investigación.
- Criterio de aplicabilidad: capacidad de exponer específicamente el fenómeno desde la muestra que derivó y, a partir de aquí, dar pie a que pueda plantearse otros lugares de aplicación. A través del muestreo teórico.
- Criterio de consistencia o dependencia: la flexibilidad y posibilidad de cambio será mantenida desde el inicio del estudio hasta el final, se perseguirá que las etapas del estudio se intercalen y en ningún momento la estructura del proyecto y del diseño de estudio premeditado será inamovible, sino que si la investigación lo requiere se harán los cambios pertinentes.
- Criterio de confirmación: la investigadora dispone de un diario reflexivo en el que expone sus ideas, sus prejuicios y creencias para así dejar constancia.

Análisis de datos

El análisis podrá ir ajustándose y transformándose si así lo requiriesen los datos recogidos, aunque en primera instancia para el análisis de los datos se seguirá el modelo de Dey (1993) (31), basado en identificar y vincular categorías analíticas. De este modo, descomponer los datos en sus componentes constituyentes para revelar sus temas y patrones característicos (encontrar el sentido a los datos cualitativos). Así, se dividirá el proceso de análisis en tres escalones:

- Describir: detallar el contexto, la entrevista y el proceso de relación de ayuda. Las entrevistas (grabaciones y cuadernos de notas) se identificarán con un código nu-

mérico, de forma de que siempre estará referido el informante con su entrevista. La transcripción de las notas y grabaciones se empezará el mismo día de la entrevista por el mismo investigador. Tras la transcripción en días sucesivos se ratificará con el informante la veracidad de los datos transcritos e interpretados por el investigador.

- Clasificar: catalogar los datos para darles su significado (categorizar). Tras su transcripción se procede a la lectura repetida, identificando unidades que se irán agrupando en categorías según se refieran a un mismo tópico (Ver Tabla 1). Se asignarán códigos las diferentes unidades según la categoría a la que pertenezcan. Se codificarán los datos, tanto datos directos (transcripciones entrevistas) como los datos indirectos (cuaderno de notas) y los "datos negativos".
- Conectar: analizar los datos y categorías en términos de patrones y conexiones que van emergiendo. Dará comienzo la búsqueda de significados relevantes de las categorías que den luz a unidades o subunidades temáticas. En esta fase también se podrá volver a la bibliografía para que aclare conexiones entre las categorías. Se construirán árboles jerárquicos representando temas y sus relaciones.

Consideraciones éticas

Los participantes elegirán de manera libre y anteriormente informada (ambos sometidos a aprobación por CIE) su colaboración en el estudio, podrán revocarlo en cualquier momento. Primeramente a la entrevista, a través del consentimiento informado y las aclaraciones verbales pertinentes por parte de la investigadora, que necesiten para su total comprensión, se les explicará el fin de la investigación y del material recopilado. Es importante que el participante entienda la diferencia entre profesional terapéutico e investigador, que no tendrá ningún tipo de penalización ni repercusión si no quiere participar.

Debido a la naturaleza flexible del método en investigación cualitativa será necesario conforme emerjan cambios, informar del proceso al comité de ética de investigación para su seguimiento, que dictaminará si es necesario la realización de un nuevo documento de consentimiento informado (32).

Además, los participantes serán conocedores del grado en que serán consultados sobre la interpretación de los datos.

Serán informados desde el inicio del estudio de la utilización de los métodos de registro como el cuaderno de notas y la grabadora. La identificación del informante se hará a través de un código numérico, de tal manera que ni nombres, ni fechas, ni lugares que se anotasen en el registro pusieran en peligro el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Los participantes tendrán el mismo derecho que el investigador respecto a los datos que proceden de ellos; además el trabajo permanecerá accesible a las sugerencias de los informantes (28).

Expectativas futuras

- Cumplimentación de programas siguiendo el modelo PAD donde participen comunidades, profesionales de la salud y usuarios del sistema.
- Las personas informadas sobre el PAD, si así es su deseo, pueden contribuir explicando su experiencia en centros sanitarios o no, de geriatría o recursos comunitarios de jubilados (educación entre iguales).

Limitaciones del estudio

Todo el proceso de la investigación, desde su inicio hasta su evaluación, girará alrededor de la participación activa de los usuarios.

Bibliografía

- [1] Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 del 14 de noviembre. (Boletín Oficial del Estado, núm. 247, del 15 de noviembre de 2002).
- [2] Abad Corpa E, García Palomares A, Martínez Rodríguez S, Sánchez Pérez R, Molina Ruiz A. Exploración del fenómeno de la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida. Visión de los profesionales que cuidan a las personas mayores. *Enferm Clin* 2006; 16(3): 127-136.
- [3] Yung VY, Walling AM, Min L, Wenger NS, Ganz DA. Documentation of advance care planning for community-dwelling elders. *J Palliat Med* 2010; 13(7):861-867.

Tabla 1. Fases a seguir en la etapa de clasificación

FASE 1	Identificar segmentos de las entrevistas
FASE 2	Lista de temas para cada entrevista
FASE 3	Clasificar en temas principales, importantes y descartables
FASE 4	Refinar

- [4] Winzelberg GS, Hanson LC, Tulskey JA. Beyond Autonomy: Diversifying End-of-Life Decision-Making Approaches to Serve Patients and Families. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6):1046-1050.
- [5] Blackford J, Street A. Is an advance care planning model feasible in community palliative care? A multi-site action research approach. *J Adv Nurs* 2011; 68(9):2021-2033.
- [6] Murphy D, Cluff L. SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments: study design. *J Clin Epidemiology* 1990; 43(1):S1-123.
- [7] Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q* 2010; 88 (2):211-239.
- [8] Sudore RL, Schickedanz AD, Landefeld CS, Williams BA, Lindquist K, Pantilat SZ, et ál. Engagement in multiple steps of advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(6):1006-1013.
- [9] Fried TR, Bullock K, Iannone L, O'Leary JR. Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(9): 1547-1555.
- [10] Singer PA, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing advance care planning from the patients perspective. *Arch Intern Med* 1998; 158(8):879.
- [11] Bomba PA, Vermilyea D. Integrating POLST into palliative care guidelines: A paradigm shift in advance care planning in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2006; 4(8):819-829.
- [12] Home G, Seymour J, Rayne S. Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of live care. *Cnt J Nurs Stud* 2011; 49(6):718-726.
- [13] Couceiro Vidal A, Pandiella A. La EPOC: Un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. *Arch Bronconeumol* 2010; 46(6):325-331.
- [14] Jonssen DJA, Spruit MA, Schols JMGA, Wouters EFM. A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure. *Chest* 2011; 139(5):1081-1088.
- [15] Laakkonen ML, Raivio MM, Eloniemi-Sulkava U, Tilvis RS, Pitkälä KH. Disclosure of dementia diagnosis and the need for advance care planning in individuals with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(11):2156-2157.
- [16] Jeong SYS, Higgins I, McMillan M. The essentials of Advance Care Planning for end-of-life care for older people. *J Clin Nurs* 2010; 19(3-4):389-397.
- [17] Malcomson H, Bisbees S. Perspectives of healthy elders on advance care planning. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(1):18-23.
- [18] Stewart F, Goddard C, Schiff R, Hall S. Advance care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. *Age Ageing* 2011; 40(3):330-335.
- [19] Piers RD, Van Eeoud IJ, Van Camp S, Grypdonak M, Deveugele M, Verbeke NC et ál. Advance care planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Educ Couns*; 2011.
- [20] Dobbs D, Emmett CP, Hammarth A, Daaleman TP. Religiosity and Death Attitudes and Engagement of Advance Care Planning Among Chronically Ill Older Adults. *Res Aging* 2012; 34(2):113-130.
- [21] Samsi K, Monthorpe J. 'I live for today': a qualitative study investigating older people's attitudes to advance planning. *Healt Soc Care Community* 2011; 19(1):52-59.
- [22] Shanley C, Withmore E, Conforti D, Masso J, Jayasinghe S, Griffiths R. Decisions about transferring nursing home residents to hospital: highlighting the role of Advance Care Planning and support from local hospital and community health services. *J Clin Nurs* 2011; 20(19-20):2897-2906.
- [23] Simon J, Murray A, Raffin S. Facilitated advance care planning: what is the patient experience? *J Palliat Care* 2008; 24(4):256-264.
- [24] Barrio I, Simón P, Pascau M. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin* 2004; 14(4):223-229.
- [25] Barrio I, Barriero J, Pascau M, Simón P, Güemez M. RIMARED. La perspectiva de las personas mayores sobre el testamento vital. *Index Enferm* 2006; 15:52-53.
- [26] Molina J, Herreros Valdepeñas B, Pérez M, Martín Ríos MD, Velasco Arribas M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp* 2011; 211(9):450-454.
- [27] Barrio Cantalejo I. Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor. *Gerokomos* 2008; 19(2):22-32.
- [28] Abad Corpa E, Delgado Hito P, Cabrera García J. La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest Educ Enferm* 2010; 28(3):454-474.
- [29] Rogers CR. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Paidós; 1986.
- [30] Ruiz JI. Metodología de la Investigación Cualitativa. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2009.
- [31] Silverman D. Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and Interaction. London: Sage; 1993.
- [32] Martin Arribas MC, Feito Grande L, Júdez Gutiérrez J, de Abajo Iglesias FJ, Pàmols Ros T, Terracini B et ál. Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en salud. *Metas Enferm* 2012; 15(4):58-63.
- [33] Prochaska JO, Wayne F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot* 1997; 12(1):38-48.

ANEXO

Anexo 1. Guía para la realización de la entrevista en profundidad

Fecha de realización:

Entrevista nº:

Informante nº:

Realizada por:.....

Transcrita por:.....

Sexo:

Edad:.....

Estado civil:.....

Nº de hijos:

- SOCIOGRAMA Y GENOGRAMA

Preguntas "lanzadera-aproximación en embudo"

- ¿Ha experimentado la muerte de un conocido, amigo o familiar?, ¿la enfermedad?
- ¿Piensa alguna vez en el futuro de su salud?
- ¿Ha hablado con su familia y amigos sobre el tema?
- ¿Piensa en procesos de enfermedad propia?, ¿de muerte?
- ¿Qué técnicas de comunicación considera usted adecuadas para el PAD?(*)
- ¿Cuál es el nivel de comodidad de los ancianos sanos respecto al debate de sus preferencias al final de su vida?(*)
- ¿Qué siente al hablar sobre ello?
- ¿Qué recursos personales visualiza?
- ¿Qué recursos externos cree que necesitaría para su situación actual y futura?
- ¿Qué factores contribuyen o dificultan la comunicación y la comodidad en el tema de avanzar en la PAD?(*)

*(Estas preguntas son las que se plantea la investigadora sobre las que pivota la información recogida en la entrevista, independientemente de las preguntas embudo y lanzadera)



bibliotecadigital
Grupo Paradigma

Las mejores colecciones de libros y documentación digital pensada y desarrollada para satisfacer las necesidades de consulta de los profesionales y de los estudiantes en Enfermería



Todo el conocimiento
enfermero
donde y cuando lo
necesites

www.biblioteca.enfermeria21.com

NUEVAS TENDENCIAS EN ENFERMERÍA COMUNITARIA: JORNADA DE REFLEXIÓN

Valencia, 19 de octubre de 2012

Con el objetivo de ofrecer a las enfermeras comunitarias interesadas (y muy en particular a los/as socios/as), una jornada con contenidos científicos actuales sin coste económico para las personas inscritas, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha organizado y celebrado en Valencia la Jornada gratuita "Nuevas tendencias en Enfermería Comunitaria: jornada de reflexión".

La sede ha sido la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), en la sala de conferencias y retransmitiéndose la misma, por videoconferencia, a dos aulas más (aulas 1.1 y 1.2) para un total de 160 asistentes. La EVES facilitó el material técnico y audiovisual necesario para el desarrollo del evento. Se dispuso de cuantos medios fueron precisos, desde ordenadores, cañones proyectores, equipos de sonido, recursos humanos técnicos, micrófonos inalámbricos, etc., contando igualmente con la presencia y disponibilidad de personal de la secretaría del Plan de Formación Continuada que colaboraron tanto en la preparación de los materiales de entrega como en labores de inscripción, control de asistencia y de atención al público junto con socios de la AEC. Todo ello con total gratuidad para la asociación.

La Jornada fue grabada íntegramente por la EVES para su publicación en la web. Se habilitará, igualmente, un enlace a la web de la AEC para acceder a dicha grabación y a los contenidos desarrollados en la jornada.

Esta jornada se solicitará de nuevo para el próximo año 2013 (2ª Jornada AEC-EVES de Enfermería Comunitaria).

Entidades organizadoras

Las entidades organizadoras han sido:

- Vocalía de la AEC en la Comunidad Valenciana, sociedad científica decana de la Enfermería Comunitaria en España, impulsora, dinamizadora y protagonista de la actual especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)

como organismo que ordena, planifica y desarrolla la formación de los/as nuevas/os especialistas en la Comunidad Valenciana.

Las entidades colaboradoras principales han sido:

- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.
- Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia.
- Universitat de València. ADEIT.

Composición de las mesas y conclusiones

Mesa inaugural

- D. Eloy Jiménez Cantos, director de la EVES, quien excusó la presencia de la secretaria autonómica, Dña. Manuela García Reboll.
- D. José Ramón Martínez Riera, presidente nacional de la AEC.
- D. José Luis Piera Gomar, presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia.
- D. Juan José Tirado Darder, presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Ponencia inaugural: "Nuevas tendencias en EFyC. El modelo de residencia"

MODERA: D^a Maribel Mármol López, enfermera comunitaria. Departamento Valencia "La Fe". Vocal AEC Comunitat Valenciana. Profesora de Salud Pública y Enfermería Comunitaria Universidad CEU-UCH.

PONENTE: D. Enrique Oltra Rodríguez, enfermero comunitario y profesor de la Escuela de Enfermería del SES-PA (Servicio de Salud del Principado de Asturias). Máster en Ciencias de la Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Presidente de la Comisión Nacional de EFyC.

Conclusiones

- El estado actual del modelo de residencia y el futuro de los/las especialistas está aún poco definido.
- Es necesario seguir trabajando y progresando incansablemente, apoyando siempre la multidisciplinariedad de la unidad docente, pero en equilibrio con el resto de las profesiones.
- Su desarrollo día a día supone una gran oportunidad de trabajo interdisciplinar, destacándose como puntos fuertes las ganas, ilusión y toda la experiencia previa acumulada.

Ponencia: "Cronicidad y nuevos roles profesionales en EFyC"

MODERA: D. Feliciano Motilla López, director de Enfermería de AP del departamento Clínico-Malvarrosa.

PONENTE: D^a Pepa Soler Leyva, enfermera comunitaria. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria.

Conclusiones

- En la Comunidad Valenciana se ha planteado un modelo de atención a pacientes crónicos basado en la pirámide de Káiser permanente.
- La atención enfermera basada en cuidados por niveles, es la estrategia de cuidados a personas con problemas de salud crónicos, y la figura enfermera gestora de casos complejos su actualidad.

Mesa redonda: "El cuidado de la persona con enfermedades crónicas"

MODERA: Dra. D^a Rosa Marín Torrens, jefa de programas de la EVES, responsable de Formación Continua.

PARTICIPAN:

- D^a M^a Luisa Ruiz Miralles, enfermera comunitaria gestora de casos, Centro de Salud San Vicente 1. Departamento de Alicante-Hospital General. EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
- D. Antonio Garrido Villoldo, enfermero comunitario del Centro de Salud Picassent. Profesor Asociado de Enfermería en Salud Infantil de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia. EL PACIENTE CRÓNICO JOVEN.
- D^a Lina Canet López, enfermera comunitaria. Enfermera Unidad Docente de Valencia-EVES. Diplomada en Salud Pública. CRONICIDAD Y GÉNERO.
- D^a Ana Cabrera Rodríguez, enfermera comunitaria

del Centro de Salud Carinyena-Vila-Real (Castellón).
UNA EXPERIENCIA GRUPAL BASADA EN EL CUIDADO CRÓNICO DEL PACIENTE CON DIABETES.

Conclusiones

En personas con comorbilidad aparecen diferentes necesidades de cuidado, por lo que la atención debe pasar de un enfoque basándose en los resultados para enfermedades específicas, a tener en cuenta las necesidades de cuidados variables del paciente con complejidad:

- Impera la necesidad de desvincular ancianidad y cronicidad, al advertir una prevalencia creciente de patologías crónicas en población joven y adulta.
- Es importante atender a la relación existente entre género, salud y problemas crónicos.
- La innovación en educación para la salud requiere el diseño y desarrollo de nuevas metodologías aplicadas a grupos de crónicos. La educación grupal debe instaurarse como una actividad más dentro de nuestra cartera de servicios.

Ponencia: "Proyecto Valcronic"

MODERA: D^a Isabel de Miguel Montoya, enfermera. Responsable de Asuntos de Enfermería del Gabinete del Conseller de Sanitat. Conselleria de Sanitat.

PONENTE: D^a Amparo Castaño Andújar, coordinadora de Enfermería del Centro de Salud Santa Pola (Alicante).

Conclusiones

El proyecto Valcronic de la Conselleria de Sanitat se dirige a mejorar la atención de los pacientes crónicos a través de dos modalidades de intervención, una el control y seguimiento del paciente crónico a través de la telemonitorización y otra de la mejora de los hábitos de vida saludables y fomento del autocuidado, centrándose en cuatro patologías: diabetes mellitus tipo II, insuficiencia cardiaca, EPOC e hipertensión arterial.

Ponencia: "La unidad docente multidisciplinar en Atención Familiar y Comunitaria"

MODERA: D. Vicente Gea Caballero, enfermero comunitario del Centro de Salud Quatretonda, Departamento Xàtiva/Ontinyent. Ex-vocal AEC Comunitat Valenciana. Profesor asociado de Enfermería, Facultad de Enfermería y Podología Universidad de Valencia.

PONENTE: Dr. D. José Ramón Martínez Riera, presidente de la AEC. Especialista en EFyC. Director de Sostenibilidad y Salud de la Universidad de Alicante. Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Profesor titular de Enfermería Comunitaria de la Universidad de Alicante.

Conclusiones

- Las unidades docentes multidisciplinares en AFyC están en pleno desarrollo y es necesario un debate profundo para encontrar la unidad de criterio tanto en la Comunidad Valenciana, como en el resto del país.
- Las unidades docentes de EFyC existentes en la Comunidad Valenciana deben seguir una directriz única para garantizar un periodo formativo equiparable independientemente de donde se forme cada uno/a de los/las residentes.
- Es necesario unificar los programas formativos.

Curso de Introducción a la tutorización de residentes en EFyC

PROFESOR: D. Enrique Oltra Rodríguez, enfermero co-

munitario y profesor de la Escuela de Enfermería del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias). Máster en Ciencias de la Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Presidente de la Comisión Nacional de EFyC.

Mesa de Clausura

- D. José Antonio Ávila Olivares. Presidente Consejo General de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- D^a Lina A. Canet López, enfermera comunitaria. Enfermera de la Unidad Docente de Valencia-EVES. Diplomada en Salud Pública.
- D. Vicente Gea Caballero, enfermero comunitario del Centro de Salud Quatretonda, Departamento Xàtiva/Ontinyent. Ex-Vocal AEC Comunidad Valenciana.
- D^a Maribel Mármol López, enfermera comunitaria. Departamento Valencia "La Fe". Vocal AEC Comunidad Valenciana. Profesora de Salud Pública y Enfermería Comunitaria de la Universidad CEU-UCH.

<http://tienda.enfermeria21.com>

**LIBROS DE ENFERMERÍA
ARTÍCULOS CLÍNICOS**

«Todo lo que el profesional de la enfermería necesita al alcance de un clic»



