



Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

3^{er} Cuatrimestre 2010, Vol. 8, N^o. 18

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Mitomicina C. Guía de administración y cuidados de enfermería
- Satisfacción de los alumnos de 3^o ESO con el programa de intervención en educación sexual (PIES)
- Influencias de la relación social en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos

ARTÍCULO ESPECIAL

- Calidad de vida relacionada con la salud, en alumnos de educación primaria

ENFERMERIA Y SOCIEDAD

- La imagen de Enfermería en los medios de comunicación

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

SUMARIO

EDITORIAL 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Mitomicina C. Guía de administración
y cuidados de enfermería 6

Santiago Rodríguez Trigueros
Sara Rus Mata

Satisfacción de los alumnos de 3º ESO con el programa
de intervención en educación sexual (PIES) 13

Carmelo Iborra Moltó

Mª Isabel López Vázquez

Mª del Remedio Yáñez Motos

Gerardo Arroyo Fernández

Influencias de la relación social en el estado de bienestar
de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos 18

Juan José Tirado Darder

Enrique Cantón Chirivella

Nuria López Aliaga

Vicente Caballero Hervás

ARTÍCULO ESPECIAL

Calidad de vida relacionada con la salud,
en alumnos de educación primaria 29

Natividad Gil Abal

Mercedes Jiménez Ferrero

Remedios Martínez Navarro

Nuria Sánchez García, Silvia Trescastros López

Eva Vives Sánchez

Olga Elena Wodak Ocaña

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

La imagen de Enfermería en los medios
de comunicación 35

Ramón Sánchez Ocaña

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 41

AGENDA DE ENFERMERÍA 42

ENFERMERÍA EN LA RED 43

DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

Mª Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

Mª Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

Mª del Mar Ortiz Vela

Mª Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascención Marroquí Rodríguez

Mª. José Muñoz Reig

ILUSTRACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones
periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN

y con carácter selectivo en la base de datos Bdlic

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de

Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4ª- 3ª pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

Diseño y maquetación:
AROA Diseño y Comunicación

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO
DE LOS ARTÍCULOS

Master en Ética de la Enfermería: Un formación específica y pionera para las enfermeras

Recientemente, se presentaba en el salón de actos de la Conselleria de Sanidad, el Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad Valenciana, convirtiendo a esta Comunidad Autónoma en la primera de España en disponer de una regulación propia sobre la ética y la deontología del colectivo de profesionales de la Enfermería. Al mismo tiempo, se llevaba a cabo el anuncio de la firma de un convenio de colaboración entre el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y la Universitat de València, para la puesta en aula del I Master en Ética de la Enfermería, una formación de postgrado específica, y de la cual no existe iniciati-

va similar en España, ni en el panorama internacional.

Hoy escribe la Editorial de Investigación & Cuidados, el profesor titular del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universitat de València, Vicente Bellver, quien es a su vez el director de este Master dirigido a las enfermeras, unas profesionales que mantienen una relación continua con los pacientes, y cuya práctica requiere una intensa y específica dimensión ética.

José Antonio Ávila
Director de la revista

La formación en ética enfermera: un reto y una propuesta



En sus dos últimas películas, Antonio Mercero nos ofrece un valioso díptico sobre la enfermedad. En “Planta 4ª” (2004) los protagonistas son niños y la enfermedad que sufren es el cáncer. El mal de Alzheimer centra el tema de la película “¿Y tú quién eres?” (2007) y, lógicamente, el protagonista es una persona mayor. Más allá de la calidad cinematográfica de las cintas, no se puede negar el interés de abordar los dramas que traen consigo estas duras enfermedades tanto en las personas que las padecen como en sus familiares y allegados. Con estas películas, Mercero nos brinda además la oportunidad de comparar las diferencias y semejanzas con que niños y ancianos afrontan la enfermedad.

Es una pena que en ninguna de las dos se preste una atención suficiente al papel desempeñado por las enfermeras que, en este tipo de enfermedades graves y de larga duración, es tan relevante. Pero, bueno, tampoco es exigible que una película agote todos los temas importantes que podría tratar. Lo que me parece un notable desacierto es la introducción en “Planta 4ª” del escueto pero estridente papel de la “enfermerita”, desempeñado por la escritora Elvira Lindo. Es obvio que Mercero quiere que su película no sea un drama de difícil digestión y, para ello, ofrece también los lados amables y aun humorísticos que tienen las situaciones más duras de la vida. Pero esa escena carece de sutileza y, al final, uno no sabe si deja mal a las enfermeras o, más bien, al propio director.

■ Investigación & Cuidados

Con esta crítica no quiero decir que sea un error hacer humor de la profesión de enfermería, faltaría más. Critico la falta de ingenio y, sobre todo, el hecho de que se abunde en la imagen caricaturizada que de la enfermería nos encontramos con demasiada frecuencia en el mundo del cine. Lo diré con una comparación para hacerme entender mejor. Mientras que es relativamente frecuente encontrarse con películas que tratan de prestigiosos doctores, es poco común que los papeles de enfermería resulten atractivos y, mucho menos, que ocupen una posición protagonista. Entre las destacadas excepciones podría mencionar “Amar la vida” (Mike Nichols, 2001), donde Audra McDonald borda a la enfermera Susan Monahan, o “La vida secreta de las palabras” (Isabel Coixet, 2005) en la que Hanna (Sarah Polley) se convierte en la cuidadora del malherido Josef (Tim Robbins).

Afortunadamente, en el campo de la profesión de enfermera la realidad supera con creces a la ficción. Ni la literatura ni el cine han dado cuenta del calado de esta profesión en la vida de las personas y las sociedades; pero la experiencia cotidiana nos ofrece una perspectiva bien distinta. No quiero caer en explicaciones simplistas para este fenómeno, como que históricamente la enfermería ha ocupado una posición ancilar respecto de la medicina; o que se trata de una profesión mayoritariamente desempeñada por mujeres y, en consecuencia, más desapercibida; o que la enfermería como profesión tiene una historia corta (pero con una evolución vertiginosa). Aunque estas circunstancias tengan algo que ver, seguro que no son las únicas ni probablemente las principales causas.

Es curioso que, a pesar de la ausencia de referentes de ficción valiosos, la enfermería siempre ha atraído nutridas generaciones de mujeres y hombres con un fuerte sentido del compromiso profesional y social. Además, esas generaciones han tenido una gran capacidad de reinventar la profesión a medida que cambiaban los tiempos y se les planteaban nuevos desafíos. Esa evolución necesita de una reflexión teórica que dé cuenta del sentido de la profesión enfermera: de sus raíces y sus retos, de su misión y sus relaciones, de sus problemas y sus dilemas.

Tres instituciones directamente comprometidas con la formación académica y con la enfermería se han puesto de acuerdo para atender esta necesidad: el Consejo Valenciano de Enfermería (CECOVA), que reúne a los tres colegios de enfermería de la Comunitat Valenciana; la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES) y la Universitat de Valencia. La colaboración de las tres es imprescindible para ofrecer una propuesta de formación de postgrado que tenga el más alto nivel académico y, al mismo tiempo, atienda las necesidades reales del desempeño cotidiano de la enfermería.

¿Es necesaria una formación específica en ética enfermera? Se podría contestar que todas las profesiones necesitan desempeñarse éticamente, pero que para eso no hace falta una formación específica. Evidentemente todas las profesiones la necesitan; pero unas, en concreto las que tienen relación directa con personas (y con personas en una situación de especial vulnerabilidad), más que otras. Desde luego, esa formación tendrá unos aspectos comunes a todas las demás, pero también una singularidad, que no se puede resolver con un apartado específico dedicado a la enfermería sin más, sino que debe impregnar toda la propuesta formativa.

La enfermería, como todas las profesiones y todo desempeño humano, se ejerce siempre desde unas bases éticas. En una actividad tan crucial como ésta, es necesario reflexionar críticamente sobre esas bases éticas, para lo que resulta tan importante familiarizarse con las grandes corrientes del pensamiento ético como aprender a deliberar y a resolver los problemas que a todos nos plantea la práctica cotidiana. Eso es lo que ofrece un master en ética enfermera.

La enfermería ha dado un salto de gigante en su formación técnica. Ahora tiene que darlo también en su formación ética, pues la excelencia no cabe dejarla exclusivamente a la evolución espontánea de la profesión sino que conviene apoyarla con una reflexión académica sólida. El CECOVA, la EVES y la Universitat de València han decidido liderar este reto poniendo en marcha el Master en Ética Enfermera con la convicción de que esta es una formación imprescindible para todas y cada una de las enfermeras.

Vicente Bellver Capella

La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación.

Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina.

Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquete de 3'5 o CD.
- Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho
- El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.
- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.

- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras.

No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- 1.- Si se trata de un artículo original:
 - Introducción: propósito estudio y justificación.
 - Material y métodos, Sujetos y métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía.
- 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:
 - Introducción.
 - Desarrollo del tema a analizar.
 - Conclusiones del análisis.
 - Bibliografía empleada.
- 3.- Carta al director:

Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados y así como los autores responder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

- 4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fechas se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.
- 4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,
- 4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

Mitomicina C. Guía de administración y cuidados de enfermería

Autores: Santiago Rodríguez Trigueros. Sara Rus Mata
*Servicio de Hospitalización Urología y Otorrinolaringología.
Hospital La Plana de Villarreal*

santirt@hotmail.com

Mitomycin C: administration and nursing care guidelines

ABSTRACT

Introduction: Mitomycin C (MMC) is a chemotherapeutic drug used in urology to treat bladder tumours. The existence of clinical practice guidelines in urology units for the administration of MMC will help nursing staff to guarantee the safety of both the patients and the professional administering it the medication.

Methods: Scientific literature review.

Results: The development of clinical guidelines for the administration of MMC.

Conclusions: The administration of MMC should be performed by health staff with specific knowledge and training. Although the administration of MMC is a safe technique, complications may occur. Security measures during the whole process are of high importance for both the patient and the professional. The development of clinical practice guidelines

for the administration of MMC will help nursing staff to avoid possible complications or even detect them at an early stage.

Key words: Mitomycin, mitomycin instillation, clinical practice guidelines, nursing care, security measures, accident prevention and urologic cancer.

RESUMEN

Introducción: La Mitomicina C (MMC) es un fármaco citostático utilizado en Urología para el tratamiento del cáncer de vejiga. El uso de una guía clínica de administración de MMC en el servicio de hospitalización urológica, facilita al personal de enfermería garantizar tanto la seguridad del paciente como la del profesional que lo administra.

Metodología: Revisión bibliográfica de literatura científica.

Resultado: Creación de una guía de cuidados para la administración de MMC.

Conclusiones: La administración de MMC debe ser realizada por personal sanitario formado y entrenado. La administración de MMC es una técnica segura pero no exenta de complicaciones. Las medidas de protección tanto para el paciente como para el personal sanitario adquieren un papel importante durante todo el proceso de administración de MMC. La creación de

una guía de cuidados para la administración de MMC, ayuda al personal de enfermería a evitar posibles complicaciones o detectarlas en una etapa temprana.

Palabras clave: Mitomicina, Instilaciones de Mitomicina, Guía de práctica clínica, Atención de enfermería, Equipos de seguridad, Prevención de accidentes, Neoplasias urológicas

¿Que contribución tiene este trabajo para la enfermería?

Considero que aquellas enfermeras que deban realizar instilaciones vesicales con MMC tienen en este trabajo una herramienta útil para realizar la técnica con seguridad, evitar posibles complicaciones o detectarlas en una etapa temprana. Seguridad tanto para el paciente como para el profesional.

INTRODUCCIÓN

Desde enero del 2009, y debido a la ampliación del Hospital "La Plana" de Villarreal, se produce en el mismo, una reorganización interna de los servicios. Esto supone que en servicios que durante mucho tiempo se ofrecían a sus pacientes cuidados relacionados con ciertas especialidades medicas se encuentran ahora con un cambio de especialidad y por tanto con un cambio en los cuidados a dispensar, teniendo que adaptar estos a las necesidades del nuevo perfil de paciente y especialidad. En concreto la planta 2C de dicho hospital, que antes atendía las especialidades de Traumatología y Otorrinolaringología, acoge ahora las especialidades de Urología y Otorrinolaringología. Los profesionales de enfermería de la 2C, se enfrentan al reto de atender de forma adecuada a los pacientes con patología urológica, y por tanto deberán actualizar sus conocimientos sobre dicha especialidad con el fin de alcanzar dicho objetivo.

El siguiente documento pretende gestionar el conocimiento sobre uno de los tratamientos médicos aplicables a un grupo de pacientes con una patología urológica concreta; tumor vesical no músculo-invasor. El tratamiento consiste en la administración de Mitomicina C (MMC) intravesicalmente en el postoperatorio inmediato tras una resección transuretral (RTU). Debido a las características especiales del medicamento (citostático), creemos conveniente ponernos al día en todos los aspectos relacionados con su administración, cuidados de enfermería derivados de la misma y eliminación.

OBJETIVOS

- Mejorar el conocimiento sobre procedimientos urológicos hospitalarios, en concreto la administración por vía intravesical de MMC en pacientes con cáncer de

vejiga no músculo invasivo, con bajo o moderado riesgo de recidivas, que han sido intervenidos mediante RTU.

- Crear una guía de cuidados que se adapte a las necesidades de este tipo de pacientes, que pueda ser aplicable en nuestro servicio y que esté basada en las mejores evidencias científicas encontradas.
- Mejorar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario y del medio ambiente, durante todo el proceso del tratamiento con MMC; manipulación, administración y eliminación.

PACIENTES Y MÉTODO

Nuestro perfil de paciente es el siguiente; persona que ingresa en el servicio de Urología para ser intervenida mediante RTU como tratamiento del cáncer de vejiga superficial o no músculo invasivo. Este llega de quirófano con sonda vesical de tres vías y lavados vesicales continuos con suero de irrigación y sueroterapia endovenosa, además requiere de administración de MMC por vía intravesical en el postoperatorio inmediato.

Para obtener información sobre la MMC y su uso, hemos realizado varias búsquedas bibliográficas en bases de datos sanitarias (Cuiden, Pubmed y Cuidatge), en el buscador de Internet Google, en la revista editada por la Sociedad Española de Enfermería Urológica (ENFURO), en la pagina Web de distintas asociaciones de urología y en sus guías clínicas (Asociación Europea de Urología, Asociación Americana de Urología, Asociación Colombiana de Urología) y en los documentos internos y protocolos del servicio de Urología del Hospital de la Plana de Villarreal.

RESULTADOS

Quimioterapia intravesical

La quimioterapia intravesical se conoce desde 1900-1903 (1-2), cuando Herrings utilizó nitrato de plata para el tratamiento del papiloma vesical.

La terapia intravesical es eficaz para tratar el cáncer superficial de vejiga ya permite el contacto directo del fármaco quimioterápico con la mucosa vesical y el tumor. Los objetivos que persigue son erradicar la enfermedad residual que no ha sido posible eliminar con la

■ Investigación & Cuidados

cirugía endoscópica, evitar las recurrencias o recidivas y prevenir la progresión de la enfermedad. (1-3)

Varios son los agentes quimioterápicos utilizados, pero todos tienen una efectividad parecida. Epirrubicina, MMC Doxorubicina. (4-5)

¿Qué es la MMC y para que se utiliza?

La MMC es un antibiótico antitumoral, de elevado peso molecular (1-2), que se activa en los tejidos, comportándose como un agente alquilante que desorganiza el ácido desoxirribonucleico (ADN) en las células cancerosas, por medio de la formación de complejos con el ADN y también actúa inhibiendo la división celular de las células cancerosas interfiriendo en la biosíntesis del ADN. (6)

Según su clasificación en función de su toxicidad local se define como vesicante, capaz de provocar necrosis tisular. (7)

Indicaciones terapéuticas. (En Urología)

- Cáncer superficial de vejiga no susceptible de resección completa con finalidad terapéutica y en tumores completamente resecaos con finalidad adyuvante. (6)

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al principio activo o al excipiente.
- También en casos de trombocitopenia, alteraciones de coagulación y mayor tendencia al sangrado debido a otras causas.
- En pacientes con función renal alterada. La función renal debe ser evaluada antes y después de cada ciclo.
- No debe administrarse normalmente a pacientes embarazadas o a las madres que están dando el pecho. (6)
- La instilación inmediata debe suspenderse, en caso de apertura o sospecha de perforación intra o extraperitoneal. (4-8-9-10)
- No administrar si existe hematuria (4-8-9)

Efectos adversos

- El uso de la vía intravesical para la administración de la MMC puede tener los mismos efectos adversos sistémicos que la administración endovenosa. (6). Pero por la vía intravesical se produce menos absorción del fármaco, debido a su alto peso molecular y por lo

tanto, presenta menos reacciones adversas sistémicas, siendo las reacciones locales las más comunes. (1-2-11) Existe la posibilidad de un aumento de la absorción sistémica, sobre todo en casos de perforación vesical y antecedentes de radioterapia. (12)

- Las complicaciones graves son muy raras, siendo comunes las leves, estas desaparecen al suspender la administración. (4)
- El efecto adverso más común, es la cistitis química. Su cuadro clínico se manifiesta por sintomatología urinaria irritativa baja, dada por disuria, polaquiuria, piuria ocasional y dolor suprapúbico. (4-13) Menos común es la dermatitis exfoliante en palmas de manos y en zona genital (que causa picor y lesiones en la piel). (14) La cistitis incrustante (15), la hematuria (11) y la reducción de la capacidad de la vejiga (11-16) son efectos adversos poco comunes pero presentes en los documentos revisados.
- Existen casos de complicaciones más severas, como puede ser la extravasación, inflamación perivesical e incluso fracaso renal agudo (12) o sarcoidosis pulmonar. (17)
- Entre las reacciones sistémicas, encontramos la aparición de exantema (13), la mielosupresión (18) y escalofríos, fiebre y malestar general. (19)

Signos y síntomas de una perforación

La administración de la MMC debe suspenderse si se sospecha que el paciente pudiera tener una perforación vesical. Sospecharemos una perforación vesical cuando el paciente manifieste un dolor agudo que se mantiene en el tiempo, en la región pélvica o en la espalda o si el paciente manifiesta un malestar o disconfort que no es atribuible al malestar ocasionado por la RTU. (20)

Cuidados preadministración

Nuestra actuación consistirá en valorar cualquier indicio que contraindicase la realización del procedimiento. Para ello realizaremos lo siguiente.

- Explicar al paciente y familia el procedimiento y los cuidados post-administración, facilitando la expresión de dudas y obteniendo su conformidad con el tratamiento.
- Se les debe indicar al paciente y/o familiares que

deben avisar al personal sanitario si presentan fiebre, disnea, dolor de garganta, hemorragia o cualquier otra complicación tras la administración de MMC.

- Es necesario indicarle al paciente: restringir la ingesta de líquidos 6-8 horas antes del tratamiento. Nuestros pacientes vienen de quirófano y están en ayunas desde las 24 horas del día anterior, por lo que sabemos con seguridad que cumplen esta indicación.
- Comunicación al personal de la planta de las precauciones en la manipulación de la orina en las siguientes 24 horas a la administración del fármaco.
- Comprobar que el paciente no es alérgico al medicamento.
- Valoración integral del paciente y toma de constantes vitales
- Comprobar que se ha pedido la medicación al servicio de farmacia del hospital y que estos la proporcionaran con antelación a la administración.
- Preparación del material necesario para la técnica.
- Comprobar la medicación.

Cuidados durante la administración

Material

- Material de protección hacia el paciente, paños impermeables (empapadores).
- Kit de salpicaduras, formado por una disolución de bicarbonato sódico al 8,4 %, esponjas jabonosas, batea, y toallas.
- Gasas y paños estériles.
- Material de protección para el personal que administra la MMC. Guantes de látex o nitrilo sin talco estériles y no estériles de un grosor mínimo de 0.3mm (para mayor seguridad se pueden utilizar dos pares de guantes), bata impermeable, mascarilla que cumpla la norma MT9 y la CEMP3 (FFP3) y gafas con protección lateral (si riesgo razonable de salpicaduras).
- 2 Pinzas kocher.
- La jeringa de 50ml (de conexión Luer-lock), precargada con MMC en una dilución de 40mgr/40ml (esta nos llega preparada de farmacia).
- Dispositivo de sistema cerrado para la administración de medicación
- Bolsa colectora de orina de la máxima capacidad disponible.
- Contenedor de residuos citostáticos.

Cuidados durante la administración.

Nuestros cuidados van dirigidos a extremar las medidas de protección tanto del paciente como del profesional.

- Se proporcionará un ambiente íntimo y tranquilo.
- Asegurarse que tras la intervención, persiste la orden de administración de la MMC.
- Comprobar que la orina no es hematúrica.
- Comprobar que el paciente no presenta signos o síntomas de una perforación vesical.
- La administración de la MMC debe hacerse con el paciente encamado.
- Colocar medidas protectoras, empapadores impermeables, al paciente y cama.
- Comprobar permeabilidad de la sonda visualmente, manifestado por la entrada y salida del suero lavador de forma correcta. Cerramos suero lavador y vaciamos la vejiga previa a la administración. Esperamos entre 30-60 segundos para asegurarnos que la vejiga está vacía. Pinzar sonda con pinza kocher.
- Lavado de manos. Colocar bata, mascarilla, gafas y guantes estériles.
- Colocar campo estéril.
- A continuación coger jeringa de MMC con la mano dominante y la salida de la sonda vesical con la otra.
- Conectar el cono de la jeringa en la luz de la sonda. Retirar pinza kocher. Introducir el fármaco lentamente evitando fugas.
- Una vez concluida la administración se procederá a pinzar la sonda. Retirar la jeringa y colocar bolsa colectora de orina. Desechar la jeringa en el contenedor de citotóxicos. Quitarse la bata, los guantes y la mascarilla y desecharlos en el mismo contenedor.
- Lavado de manos
- Registrar la hora de la administración en las hojas de enfermería.

Cuidados postadministración

Nuestra actuación consistirá en la detección precoz de las complicaciones que pueden aparecer en las 24 horas siguientes a la administración, así como definir los cuidados básicos al paciente. Para ello:

- Vigilar la tolerancia al pinzado vesical y las constantes vitales, en la primera hora siguiente a la administración.

■ Investigación & Cuidados

- Vigilar la aparición de posibles complicaciones.
- La sonda permanecerá pinzada dos horas, a no ser que el paciente no lo tolere.
- El paciente permanecerá en la cama, indicándole que realice cambios de postura (DLI, DS, DLD) cada 15-20 minutos, con el fin de que el fármaco entre en contacto con toda la mucosa de la vejiga.
- Transcurridas las dos horas, se procederá al despinzado de la sonda vesical.
- Se cambiará inmediatamente la bolsa urológica que contenga la primera orina tras el despinzado de la sonda.
- Volvemos a conectar el suero lavador que previamente habíamos cerrado, si no esta contraindicado.
- Las bolsas colectoras llenas de orina se desecharán en contenedor de citotóxicos durante las 24 horas siguientes.
- Informaremos al paciente de la necesidad de aumentar la ingesta hídrica.
- Valorar dolor.

Salpicaduras en la piel

La piel no debe ponerse en contacto con el producto. La persona que administra la inyección de MMC debe evitar que el producto se ponga en contacto con su piel.

En caso de que este hecho se produjera, debe lavarse varias veces con una solución de bicarbonato sódico al 8,4% y después con agua y jabón. No deben emplearse cremas de manos u otras preparaciones emolientes porque pueden ayudar a la penetración de trazas de Mitomicina en el tejido epidérmico. (6)

Salpicaduras en los ojos

En caso de contacto con los ojos, éstos deben lavarse varias veces con loción oftálmica de bicarbonato sódico y examinarse durante algunos días por si existe daño en la córnea. Si éste se produce, debe aplicarse el tratamiento apropiado. (6)

Manchas en ropa de cama o del paciente.

Cambiar lo antes posible e introducirla en una bolsa exclusiva para esta ropa y rotularla poniendo "material citostático", esta ropa debe prelavarse con lejía antes de un segundo lavado, este igual que la ropa sucia nor-

mal. (21)

Vertidos accidentales de orina tras administración de MMC. Se limpiará ésta con una dilución de hipoclorito sódico (lejía) al 1/10. (6)

DISCUSIÓN

Después de realizada la revisión de la documentación encontrada en nuestra búsqueda bibliográfica, nos quedan algunas dudas, ya sea por que no encontramos nada sobre ellas en dicha documentación o por lo que encontramos son recomendaciones generales y poco concretas relacionadas a las instilaciones vesicales.

- No hemos encontrado información relacionada con la necesidad de volver a instaurar o no los lavados vesicales continuos tras el tratamiento, en la documentación revisada. Si encontramos claras recomendaciones para que el paciente aumente la ingesta de líquidos tras el tratamiento para producir orina y así limpiar la vejiga de los restos de MMC. (11-16-22) En nuestro protocolo del servicio si existe la indicación de abrir el suero lavador, pero nuestros urólogos la matizan, diciendo que según los casos. Esta respuesta de DEPENDE parece ser la mas extendida tras hablar con otros profesionales de otros centros sanitarios. Nosotros apelamos en este caso al sentido común y entendemos que para limpiar la vejiga tras el tratamiento, los lavados vesicales son útiles y deberíamos utilizarlos siempre en un periodo acotado en el tiempo y si no hay contraindicación a los mismos. También entendemos que en aquellos casos que se instaure una hematuria tras el tratamiento también estaría indicado el uso de los lavados vesicales continuos, hasta que la orina sea clara. (23) Entendemos que no necesitarían de lavados continuos aquellos pacientes que tras el tratamiento presenten algún tipo de complicación que contraindique la aplicación de los mismos, como pudieran ser una sospecha de perforación vesical o una hipotermia. Pensamos que se deberían realizar más investigaciones al respecto para poder llegar a un consenso basado en las mejores evidencias posibles.
- No nos queda claro tampoco durante cuanto tiempo deberían desecharse las bolsas de orina tras el tratamiento con MMC, ya que son excretas potencialmente contaminadas con el citostático y por tanto que

requieren una recogida selectiva y segura de las mismas. Si bien queda claro que hay que desechar de forma inmediata la primera bolsa tras evacuar el contenido de la vejiga después del tratamiento debido a que en ella encontraremos la mayor concentración de MMC, algunos documentos afirman que pueden quedar residuos de la misma durante las siguientes ocho horas después del tratamiento. (20) Otros documentos científicos, recomiendan la recogida de excretas de pacientes tratados con citostáticos durante 48h, reduciéndose a 24h en algunos casos, no especificando los mismos. (7-24) Encontramos evidencias a favor de recogida durante 24 horas en otros documentos. (16-22-23) Nosotros de nuevo hemos querido apoyarnos en el sentido común y hemos incorporado a nuestra guía la recomendación de recogida selectiva de las bolsas de orina durante 24 horas tras el tratamiento, por entender este como un tiempo mas que razonable de precaución, debido a que nuestros pacientes pueden llevar el suero lavador y por tanto facilitar la limpieza de restos de MMC en un tiempo inferior.

A modo de conclusión diremos que:

- La administración de MMC debe ser realizada por personal sanitario formado y entrenado. (6-7-16-20-21-22-24-25-26)
 - La administración de MMC es una técnica segura, pero no exenta de complicaciones. (4)
 - Es necesario que el paciente de su consentimiento previo al tratamiento y que este quede constancia de forma escrita. (16-25)
 - La creación de una guía de cuidados para la administración de MMC, ayuda al personal de enfermería a evitar posibles complicaciones o detectarlas en una etapa temprana. (16)
 - Las medidas de protección tanto para el paciente como para el personal sanitario adquieren un papel importante durante todo el proceso de administración de la MMC. Debiendo siempre aplicarse la normativa aprobada en seguridad ocupacional. (26)
 - Al personal que maneja citostáticos se le debe realizar un seguimiento médico desde su incorporación al puesto de trabajo de riesgo. (7-21-26)
- Atendiendo al papel preventivo que debe adoptar la enfermería, debemos recomendar al paciente el abandono del hábito tabáquico, para reducir el número de recidivas. (1-4)

Creemos que la Guía de Administración de la MMC que aportamos, cubre las necesidades formativas de los profesionales de enfermería de nuestro servicio, que representa una guía concreta de cuidados ante la instilación de MMC y que cumple los criterios básicos de seguridad sobre citostáticos, por lo que cubre los objetivos planteados al principio de la guía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Colombiana de Urología. Guías basadas en la evidencia para el manejo del carcinoma superficial de vejiga. [En Internet] Sin fecha [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/guias/001.pdf>
2. Consejería de Sanidad de Castilla y León. Cáncer de vejiga. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: "Proyecto Oncoguías" [En Internet] Junta de Castilla y León. Sin fecha [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1237847210064&idContent=51623&locale=es_ES&textOnly=false
3. Servicio de Urología del Hospital de la Plana. Información para los pacientes que reciben tratamiento con Mitomicina c. Agencia Valenciana de Salud
4. Asociación Europea de Urología. Guía clínica del carcinoma urotelial no músculo invasivo (revisión traducida de Eur. Urol 2008; 54: 303-14) [En Internet] Actas Urológicas Españolas 2009; 33(4):361-371 [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: <http://www.actasurologicas.info/v33/n04/pdf/3304RC03.pdf>
5. American Urological Association. Guideline for the management of nonmuscle invasive bladder cancer: (stages Ta, T1, and Tis): 2007. Chapter 3: Outcomes analysis for the treatment of nonmuscle invasive bladder cancer [En Internet]. American Urological Association [Recuperado el 15 de agosto de 2009] URL disponible en: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/bladcan07/chapter3.pdf>
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha Técnica MITOMYCIN-C. [En Internet] Junio de 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=57084&formato=pdf&formato=FICHAS>
7. Cajaraville G, Ytames MJ. Guía de manejo de medicamentos citostáticos. [En Internet] Pfizer Oncología. 2004 [recuperado el 15 de octubre de 2009]. URL disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/citostaticos/guiamanejocitos.pdf>
8. Gelabert Mas A. Monografías de Urología oncológica. Cáncer vesical que no infiltra músculo. Recomendaciones diagnosticas, terapéuticas y de seguimiento. Marge Medica Books 2007; 1:101-116

9. Servicio de Urología del Hospital de la Plana. Protocolo de actuación y seguimiento de los tumores vesicales superficiales. Agencia Valenciana de Salud.
10. Witjes J. A., Hendricksen K., Intravesical Pharmacotherapy for Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Critical Analysis of Currently Available Drugs, Treatment Schedules, and Long-Term Results. [En Internet]. *European Urology* 2008 (53) 45-52 [Recuperado el 15 de agosto de 2009] URL disponible en: <http://snourology.ru/state/blcancer/Intravesical%20Pharmacotherapy%20for%20NonMuscleInvasive%20Bladder%20Cancer.pdf>
11. Viviana Fernández GM., Laura Giménez N, Isabel Godoy E, Humberto Falcón C. Tratamiento del cáncer superficial de vejiga: Bacilo Calmette-Guerin Vs. Mitomicina C. [En Internet]. *Revista de postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Septiembre 2006; 161: 15-18 [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista161/4_161.htm
12. Dini Di Stefano d, Urdaneta Pignalosa G, Rodríguez Faba O, Huguet Pérez J, Palou Redorta J, Villavicencio Mavrich H. Cistitis severa y colección perivesical posterior a instilación inmediata de Mitomicina C en paciente con perforación vesical inadvertida. [En Internet]. *Actas Urológicas Españolas* jul.-ago. 2008;32(7):759-762 [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000700016&lng=es&nrm=&tlng=es
13. Celaya MC, Buil P, Garjon J, Espeja M, Martínez C. Evaluación de las reacciones adversas y la eficacia de la Mitomicina y la BCG en el tratamiento intravesical del cáncer superficial de vejiga. [En Internet] *Farmacología Hospitalaria* 1997; 21 (3) 137-142 [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n3/137_142.PDF
14. Cao Avellaneda E., López López AI., Maluff Torres A., Jiménez RM., Escudero Bragante JF., López Cubillana P. et al. Hipersensibilidad tipo IV a Mitomicina intravesical. [En Internet]. *Actas Urológicas españolas* septiembre 2005 29(8):803-803. [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000800017&script=sci_arttext
15. Pascual Regueiro D, García Sánchez S, Oliva Encima J, Remón Garijo ML, Martínez Bengoechea J, Abril Baquero G. Cistitis incrustante tras Mitomicina C [En Internet]. *Actas Urológicas Españolas* jul.-ago.2005; 29(7):715-718. [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000700015&script=sci_arttext
16. British Association of Urological Nurses. Section of Oncology. Guidelines for the Administration of Intravesical Therapies. Versión 1. Junio 2005. (Revisado en octubre 2008).
17. Cuervo Pinna MA, Cuervo Pinna C, Macías Castillo S, Bureo Dacal JC, Espada Alos MJ, Pimentel Leo J. Sarcoidosis Pulmonar después de la instilación endovesical de Mitomicina C. [En Internet]. *Anales de Medicina Interna*. 2001; 18(12) [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200007&script=sci_arttext
18. Jalón Monzón A, Fernández Gómez JM, Escaf Barmadah S, Álvarez Múgica M, Martín Benito JL, Regadera Sejas FJ. Efecto terapéutico de Mitomicina C en el postoperatorio inmediato de pacientes con tumores vesicales no músculo invasores de riesgo intermedio. *Actas Urol Esp* [En Internet]. Octubre 2008; 32(8): 894-903. [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en: <http://www.actasurológicas.info/v32/n09/pdf/3209OR03.pdf>
19. Shelley MD, Court JB, Kynaston H, Wilt TJ, Coles B, Mason M. Bacilo de Calmette-Guerin intravesical versus Mitomicina c para el cáncer de vejiga Ta y T1 (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. [En Internet] 9 de abril 2003 [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab003231-ES.htm>
20. Washburn DJ. Intravesical Antineoplastic Therapy Following Transurethral Resection of Bladder Tumors: Nursing Implications from the Operating Room to Discharge. [En Internet]. *Clinical Journal of Oncology Nursing* August 2007, 11(4) [recuperado el 15 de junio de 2009]. URL disponible en : www.ons.org/publications/journals/CJON/Volume11/Issue4/1104553.asp
21. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los trabajadores expuestos a agentes citostáticos. [En Internet] Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Noviembre 2003 [recuperado el 15 de octubre de 2009]. URL disponible en : <http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>
22. Derby-Burton Cancer Network. Guidelines for chemotherapy administration. [En Internet]. Septiembre 2007. (Revisado el 05/09/09) [recuperado el 15 de octubre de 2009]. URL disponible en : http://www.derbyhospitals.nhs.uk/attachments/330_chemadmin.pdf
23. Caraballo Núñez MA, Boza Cachay P, Maestud Martín G, Romero Mari E, Esquinas Gómez S. Cuidados enfermeros en la instilación vesical de Mitomicina-C. *Enfuro*. 2003(85); 25-26.
24. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 740: Exposición laboral a citostáticos en el ambiente sanitario. [En Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. [recuperado el 15 de junio de 2009] URL disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_740.pdf
25. Tamayo Tamayo PC, Mora Lozano MC. Guía de enfermería para la manipulación de medicamentos citostáticos [En Internet] Sin fecha [recuperado el 15 de octubre de 2009]. URL disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/nuestro_departamento.html
26. Sindicato de Enfermería de España. Guías para el manejo seguro de fármacos citostáticos. [En Internet] SATSE 1992 [recuperado el 15 de octubre de 2009]. URL disponible en: http://www.satse.es/PDF/AREAS_TEMATICAS/CITOTÁTICO S.PDF

Satisfacción de los alumnos de 3º ESO con el programa de intervención en educación sexual (PIES)

Autores: Carmelo Iborra Moltó¹, M^a Isabel López Vázquez¹, M^a del Remedio Yáñez Motos¹, Gerardo Arroyo Fernández²

¹Enfermero/a Dirección Atención Primaria Elda.

²Médico Salud Pública Elda.

carmelo.iborra@yahoo.es

Satisfaction of third grade secondary school students with a sexual education intervention programme (SEIP)

ABSTRACT

Introduction: The beginning of sexual behaviour starts normally during adolescence. The main objective of the SEIP is "to promote a positive experience of one's sexuality and a sexual behaviour in accordance with the healthier options. This programme is addressed to 3rd grade secondary school students.

Objective: To assess satisfaction level of 3rd grade secondary school students with the implementation of the SEIP

Methods: A descriptive, cross-sectional, non-randomized study was designed. A self-report survey was administered to the six groups of 3rd grade students attending each of the workshops in "La Canal" secondary school. There were 111 students who took part in the first and second workshop and 100 that took part in the third. Of these, 111 completed the voluntary questionnaire

during the first workshop, 52 during the second and 98 during the third. The workshops took place during February and were organised by two nurses from the health centre who had previously been trained in sexual education in a public health department.

The satisfaction survey had two sections: the first one assessed satisfaction indicators (4 closed questions with 5 answer options): acceptance level of the workshop, new knowledge acquired, workshop diffusion, usefulness of the information given. The second section explored the suggestions for changes for future editions given by the students: what they like most and less from the workshops, and what was not said or dealt with.

Through the statistical study, a description of the socio-demographic variables and satisfaction indicators was made. Also, an analysis of

the statistical significance of the differences found in the level of satisfaction during the workshops according to the type of workshop and gender was carried out.

Results: The findings show an overall high satisfaction with the three workshops, specially the second and the third. By gender, females reported a higher satisfaction level than males.

Conclusions: It is important to emphasize the satisfaction of students regarding the workshops and their contribution with suggestions for future editions of the programme, aimed at achieving a more dynamic programme open to innovations.

Key words: Sex education; satisfaction, adolescence.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es la etapa del desarrollo humano en donde se empiezan a desarrollar las conductas sexuales relacionales. El objetivo general del programa PIES es “promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables”. El programa está dirigido a estudiantes de 3º de la ESO.

Objetivo: Valorar el grado de satisfacción de los alumnos de 3º de ESO con la implantación del programa PIES.

Material y métodos: Se ha diseñado un estudio descriptivo trasversal no aleatorio mediante encuesta autocumplimentada. El estudio se realizó con los alumnos de los 6 cursos de 3º de ESO del Instituto “La Canal”. Se seleccionó a todos los alumnos que acudieron a cada uno de los talleres.

Participaron en total 111 alum-

nos en el 1º y 2º taller y 100 en el 3º de los cuales 111 cumplimentaron las encuestas de satisfacción en el 1º taller, 52 en el 2º y 98 en el 3º. Las encuestas eran de cumplimentación voluntaria. Los talleres se impartieron durante el mes de febrero por dos enfermeras del Centro de Salud, formadas en educación sexual por el departamento de salud pública. La encuesta de satisfacción consta de dos partes: En primer lugar se valoran los indicadores de satisfacción (4 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta): Agrado general del taller; Novedad del conocimiento; Difusión del taller; Utilidad del conocimiento aportado/construido. La segunda parte valora las modificaciones y sugerencias aportadas por los alumnos a tener presentes en futuros talleres: Lo mejor del taller; Lo peor del taller; Lo que falta por decir o trabajar. Las pruebas estadísticas están dirigidas a la descripción de variables sociodemográficas

e indicadores de satisfacción y al análisis de la significación estadística de las diferencias en la satisfacción de los talleres, tanto por tipo de taller como por sexos.

Resultados: Los resultados muestran que la satisfacción global ha sido alta en los tres talleres, destacando el segundo y el tercero, como más satisfactorios en cada uno de sus componentes. Por sexos el grupo de chicas presenta mayor nivel de satisfacción, con diferencias significativas frente al de chicos.

Conclusiones: Es importante destacar la satisfacción de los alumnos con los talleres y la aportación de ideas para ir incorporando en futuras ediciones del programa, consiguiendo de esta forma un programa dinámico y abierto a novedades e innovaciones.

Palabras clave: Educación sexual, satisfacción, adolescencia.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano en donde normalmente comienzan las conductas sexuales relacionales, que están íntimamente ligadas al contexto biográfico individual y al entorno sociocultural en el que estamos inmersos. Se ha visto, por estudios en otros ámbitos, que el grado de conocimiento y manejo de estas conductas, depende directamente de la historia personal del adolescente y de las acciones educativas y formativas que se realicen en esta población.

Según las encuestas sobre sexualidad(1,2), la edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa alrededor de los 16 años, por lo que se deriva que la población diana para realizar intervenciones dirigidas a mejorar la educación sexual, debe situarse próxima a esa franja de edad.

Desde este contexto, la Dirección General de Salud Sexual y reproductiva de la Dirección General de Salud Pública, planteó en 2008 el desarrollo de un Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Existen antecedentes de programas desarrollados en otras comunidades (3,4) y en otros países europeos y EEUU (5).

El objetivo general de este programa es “promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables”. El programa está dirigido a estudiantes de 3º de la ESO, y está estructurado utilizando la metodología socrática de construcción del conocimiento.

En la evaluación general del programa PIES se tiene en cuenta diversos aspectos, como son los cono-

cimientos adquiridos por los alumnos, la satisfacción del centro y de los alumnos, y los resultados futuros de las intervenciones(6). Además de estos criterios generales de evaluación, consideramos importante evaluar la satisfacción de los alumnos en cada taller individual, ya que por una parte nos aporta información valiosa sobre la idoneidad del conocimiento y la metodología impartida, para poder mejorarla o corregirla en talleres futuros, y por otra nos aporta información sobre el interés de los adolescentes sobre esta tema, que utilizando el método socrático de construcción del conocimiento, se ha tratado con frescura y desinhibición por parte de los alumnos y profesores.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es valorar el grado de satisfacción de los alumnos de 3º de ESO con la implantación del programa PIES.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio se ha utilizado un diseño descriptivo transversal no aleatorio.

Personas:

El estudio se realizó con los alumnos de los 6 cursos de 3º de ESO del Instituto "La Canal" de Petrer.

Criterios de inclusión:

Se seleccionó a todos los alumnos que acudieron a cada uno de los talleres.

Descripción de la muestra:

Participaron en total 111 alumnos en el 1º y 2º taller y 100 en el 3º de los cuales 111 cumplimentaron las encuestas de satisfacción en el 1º taller, 52 en el 2º y 98 en el 3º. Las encuestas eran de cumplimentación voluntaria. En el 2º taller hubo dos clases en la que no pasó la encuesta por problemas organizativos.

Material, personas y procedimiento:

Se han realizado tres talleres de dos horas que tratan la siguiente temática: 1º.- La sexualidad como experiencia vivencial y la identidad sexual. 2.- La sexualidad en la historia personal y el conocimiento y manejo del propio cuerpo. 3.- Comportamientos

sexuales, valoración del riesgo y toma de decisiones.

Los talleres se impartieron durante el mes de febrero por dos enfermeras del CS Petrer II, formadas en educación sexual por el departamento de salud pública. Se realizaron unos en las mismas aulas y otros en el salón de actos, según disponibilidad del centro. Como medios materiales se utilizó un ordenador portátil y un cañón proyector, para presentar los videos y diapositivas del taller. Para impartir los talleres se utilizó un método de construcción del conocimiento, basado en debates y discusiones entre los alumnos y el profesorado del taller. Al finalizar cada taller se pasó una encuesta de satisfacción de cumplimentación voluntaria a todos los alumnos.

Encuesta de satisfacción:

Descripción de la encuesta

Indicadores de satisfacción: 4 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta, siendo 1 la opción de menor satisfacción y 5 la opción de mayor satisfacción.

Los indicadores son los siguientes:

- Agrado general del taller
- Novedad del conocimiento
- Difusión del taller
- Utilidad del conocimiento aportado

Modificadores y sugerencias a tener presentes en futuros talleres

- Lo mejor del taller
- Lo peor del taller
- Lo que falta por decir o trabajar

Análisis estadístico:

El análisis de datos se ha realizado utilizando el programa SPSS v15. Se han utilizado parámetros descriptivos para la edad, sexo y descripción de los indicadores de satisfacción.

Se ha utilizado la prueba T para estimar la significación de diferencias en la satisfacción con los talleres, tanto por sexos, como por número de taller.

RESULTADOS

Tabla 1

Variable	Taller 1			Taller 2			Taller 3		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Edad			14,5			14,4			14,5
Sexo	48,6 (54)	51,4 (57)	(111)	55,8 (29)	44,2 (23)	(52)	48,0 (47)	52,0 (51)	(98)
Agrado	3,98	4,28	4,13	4,54	4,42	4,48	4,61	4,33	4,47
Novedad	3,55	3,63	3,59	4,31	4,50	4,40	4,15	4,18	4,16
Difusión	3,67	3,86	3,76	4,12	4,35	4,23	4,40	4,18	4,28
Utilidad	3,66	4,08	3,88	4,42	4,61	4,52	4,45	4,39	4,41
Satis. Total	3,72	3,96	3,84	4,25	4,61	4,41	4,21	4,58	4,33
Dif. sexos	P=0.09			P=0.03			P=0.04		
Dif. T1 – T2	P<0,001								
Dif. T2 – T3				P=0,47					
Dif. T1 – T3	P<0,001								

En la tabla 1 podemos apreciar las medias de las variables componentes de la satisfacción y la satisfacción total, así como la significación estadística de la diferencia de medias por sexos y por talleres. La media es de 1 a 5 en todos los casos. La satisfacción total se ha tomado como la suma ponderada de los componentes de la satisfacción.

Modificadores y sugerencias a tener presentes en futuros talleres

- Lo mejor del taller
- Lo peor del taller
- Lo que falta por decir o trabajar

	Taller 1 (111)	Taller 2 (52)	Taller 3 (98)
Lo mejor	Videos Todo Debates /Juegos: -Dif. Genero -Comunicación -Homosexualidad Varios 49 (44.1)	33 (29.7) 29 (26.1) 33 (29.7)	Todo RSH 1ª vez Varios 16 (30.1) 12 (23.1) 6 (1.2) 18 (34.6)
Lo peor	Nada Varios 75 (67.5) 36 (32.4)	Nada Varios 34 (65.4) 18 (34.6)	Todo Condomes ETS Varios 45 (45.9) 28 (28.6) 11 (11.2) 14 (14.3)
Lo que falta	Nada Varios: -ETS -Anticonceptivos -RSH 37 (33.3) 74 (66.6)	Nada Varios: -F S -ETS -Anticon. 40 (76.9) 12 (23.1)	Nada Varios 90 (91.8) 8 (8.1)

RSH: Respuesta Sexual Humana; F S: Fantasías sexuales; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

En la tabla 2 se reflejan las sugerencias más relevantes de los alumnos en cada taller. Un dato destacable, es que al finalizar los tres talleres, casi el 92% de los alumnos consideran que no queda ningún tema por tratar.

DISCUSIÓN

Según la encuesta nacional de salud sexual(2), la actividad sexual de los adolescentes está aumentando, además en los últimos años estamos viendo una reducción en la edad de comienzo de las relaciones sexuales, entre 15 - 16 años, estas primeras relaciones suelen ir acompañadas de conductas de riesgo, es decir, sin preservativos. Esto supone un elevado riesgo de embarazos y de ETS.

También se ha visto que en otros países, el descenso de las tasas de embarazo no deseado, se logró después de realizar programas de educación sexual de forma sistemática entre los adolescentes durante largos periodos de tiempo(7).

Se han revisado diferentes programas de educación sexual impartidos en otras comunidades autónomas y queremos destacar, que todos los programas revisados, incluyendo el PIES, tienen como premisa que la información tiene que ser clara, directa y en consonancia con los intereses de los adolescentes(3). La capacitación de los adolescentes en la toma de decisiones tiene que ser consecuente con la prevención de conductas de riesgo y por último el uso de métodos anticonceptivos tiene que estar dirigida a una protección total, tanto de embarazos no deseados como de prevención de ETS, como son los preservativos. Además, según los resultados obtenidos, resulta claro que la satisfacción global ha sido alta en los tres talleres, destacando el segundo y el tercero, como más satisfactorios en cada uno de sus componentes. En todos los programas revisados aparecen diferentes indicadores de eficacia, pero no se muestran resultados de satisfacción del adolescente con los talleres. Consideramos que es una información importante, ya que los adolescentes son los actores principales de estos programas, y hay que tener muy en cuenta su opinión si queremos que los programas tengan el efecto deseado, tanto a nivel de intervenciones del equipo de atención primaria de salud, como a nivel de los equipos de enfermería escolar.

CONCLUSIONES

Por una parte destacar la satisfacción de los alumnos con los talleres y por otra comentar el importante papel que desempeñan las enfermeras en la realización de estos talleres del programa PIES, igual que en el programa del adolescente que ya se implantó en el departamento hace dos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Conselleria de Sanitat. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001). En: http://www.san.gva.es/docs/encuesta/8escv00_01.pdf (Consultado: 12-3-2010).
- 2.- Ministerio de Sanidad: Encuesta nacional de Salud Sexual 2009. En: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf (Consultado: 12-3-2010).
- 3.- Gómez Zapiáin, J., Ibaceta, P., y Pinedo, J. A. Programa de educación afectivo sexual, Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2000.
- 4.- Gómez Zapiáin, J., Ibaceta Quintana, P., y Pinedo Fernández, J. A. Proyecto de integración de la educación afectivo-sexual en la ESO. Vitoria-Gasteiz. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1997.
- 5.- DiCenso A, Guyatt A, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324:1426.
- 6.- Amezá, E. Ciclos de educación sexual. Barcelona:Fontanella. 1973.
- 7.- Cromer BA, McCarthy M. Family Planning Services in Adolescent Pregnancy Prevention: The Views of Key Informants In Four Countries. *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(6):287-293.

Influencias de la relación social en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos

Autores: Juan José Tirado Darder¹, Enrique Cantón Chirivella², Nuria López Aliaga³
Vicente Caballero Hervás⁴

¹Universidad C. Herrera-CEU, ²Universidad de Valencia, ³Hospital Padre Jofre de Valencia

⁴Unidad Salud Pública. Conselleria Sanitat

juanjo.tirado@gmail.com

The influence of social interaction in the well being of elderly living in nursing homes

ABSTRACT

This study shows the results obtained through a field, descriptive/correlational research carried out in 130 institutionalized elderly subjects in two nursing homes in Valencia (Spain). We evaluated different factors: sociodemographic variables (age, gender...), the

period of institutionalization, the amount and type of visits, their general health condition, daily physical activities, medication prescribed and perceived well-being.

The findings indicate that most of the subjects (86.6 %) highly value receiving visits from relatives and friends pointing out interesting posi-

tive relationships with a better state of health and a great number of recreational activities. Unfortunately, the data gathered also show a decrease in the number of visits the longer the subjects stay in the nursing home.

Key-words: Elderly, nursing homes, visits, loneliness, well-being

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos en una investigación empírica, de campo de corte descriptivo-correlacional, con una muestra de 130 ancianos institucionalizados en dos residencias valencianas (España). Junto a los datos sociodemográficos básicos (edad, sexo,...) se ha evaluado aspectos como el

tiempo de institucionalización, la cantidad y tipo de visitas, su estado general de salud, actividades que realizan, medicación y bienestar percibido. Los resultados muestran que la gran mayoría de ancianos (86,6 %) valoran positivamente las visitas de familiares y allegados, apuntando unas interesantes relaciones positivas con un mejor estado

de salud y más actividades recreativas. Lamentablemente, los datos también constatan la reducción de estas visitas con el paso del tiempo de permanencia en la residencia.

Palabras clave: Ancianos; Residencias; Visitas; Soledad; Bienestar

INTRODUCCIÓN

La demografía, a nivel mundial y principalmente en Europa presenta un panorama de envejecimiento de

la población que cada país intenta abordar de forma más o menos efectiva.

Para algunos ancianos, ser llevados a una residen-

cia pueden considerarlo una renuncia a su independencia y la adopción de un rol dependiente. Algunos de ellos, enfrentados a la pérdida de sus seres queridos, problemas de salud múltiples y capacidades menguadas para cuidar de ellos mismos, necesitan esperanza para seguir, que suelen encontrar en símbolos religiosos, diversas actividades o con el hecho de relacionarse con los demás. Cuando no pueden superar esa pérdida de independencia, pueden en muchos casos deprimirse (1). Los que mejor lo asumen son aquellos comprometidos, que siguen gozando de cierto control sobre sus decisiones, por lo que en las residencias suele ser importante implicar a los ancianos en la planificación de sus cuidados.

Una de las pérdidas más preocupantes para el anciano es la de dejar de ser considerado como adulto responsable, en la medida en que es utilizado, tolerado, ignorado o tratado. Según Comfort (2-3), se le puede abocar a una “ociosidad degradante” que consiste en que no se considera al anciano útil y no se le pide que contribuya (como si fuesen ciudadanos de segunda). Comfort llegó a decir que muchas personas ancianas son de hecho “gente joven en cuerpos viejos”.

El desgaste de los sistemas de soporte se produce tanto a través de la muerte de semejantes como por cambios en la estructura familiar. La pérdida de algunos roles y la asimilación de otros puede ser estresante y exigente. En la actualidad, las dificultades que hay para cuidar de nuestros mayores nos obliga a ingresarlos en residencias, lo que implica una nueva manera de entender los mecanismos de relación entre el anciano y la familia, y cómo esas relaciones cambian con el tiempo. Y aunque cada vez hay más recursos para ayudar a las familias en el cuidado del anciano, todavía estos son insuficientes, por lo que se hace necesario el ingreso del anciano en una residencia. Éste es un proceso generalmente lento por la insuficiencia de plazas, lo que puede acabar acarreado la claudicación de la familia que, una vez ingresado el anciano tiende a desvincularse al sentir que están atendidos y que se libran de la carga de cuidarles.

No hay que olvidar que la familia es importante para el proceso de adaptación e integración del anciano ya que éste se siente cercano aunque sea en la distancia. Con el paso del tiempo suele ser habitual que

las visitas de los familiares se vayan reduciendo, disminución que suele guardar relación con el deterioro del estado cognitivo y emocional. Cuando los residentes tienen hijos, estos suelen acudir a verlos e incluso realizar salidas conjuntas fuera de la residencia para comer o para pasar algunos días de fiesta.

La implicación de los profesionales que prestan sus servicios en este tipo de recurso socio-sanitario es indispensable; el trato con el anciano requiere de un talante que con interés se debe desarrollar hasta conseguir aquello que resulta difícil para muchos profesionales: erradicar el ancianismo o prejuicio social por los ancianos, al generar una empatía que permita adentrarse en los sentimientos y sobre todo en las necesidades que estos presentan, ya que el estrés que les generan las situaciones cotidianas puede resultar decisivo a la hora de valorar su calidad de vida y presenta el riesgo de proliferación de multipatologías que disminuya su umbral de capacidad.

Así, se hace necesario investigar sobre las razones que justifiquen las consecuencias de la disminución de ese umbral de capacidad intentando acotar una serie de variables, como conocer si existe una relación directa entre el deterioro de la calidad de vida y la falta de relación (visitas), como elemento de deterioro. Las variables de deterioro se identifican con el desarrollo de trastornos cognitivos, falta de apetito, falta de atención, nuevas relaciones con compañeros; e intentar asociar cada una de esas variables a otras circunstancias como pueden ser los índices de intelectualidad de los sujetos y su comportamiento social disponible por su riqueza interior y su capacidad de adaptación.

Averiguar cómo la familia, los amigos etc., mantienen o no ese contacto a priori necesario para evitar ese aislamiento al que hemos aludido, resultará necesario para adecuar la dirección de políticas sociales que faciliten la convivencia con nuestros mayores, como señala Tirado(4), destacando que el grado de afectación del anciano institucionalizado en Centros Geriátricos dependerá del nivel de implicación de la familia o los amigos, afectando su mejor o peor adaptación.

Antecedentes

Al institucionalizar a un mayor se genera un cambio en las relaciones sociales, que puede provocar que

Investigación & Cuidados

sus familiares y/o amigos modifiquen las pautas de comportamiento con respecto a éste. El cambio de domicilio también puede actuar con un efecto distanciador y por lo tanto, modificar ese círculo habitual de relaciones.

En el estudio previo que se realizó en la Residencia de Carlet por Tirado(5) mostró unos datos que se reflejan en un gráfico cuyo perfil se ha mantenido de forma constante durante todos los años de control posterior: el que indica el número anual de visitas a residentes (Gráfico 1).

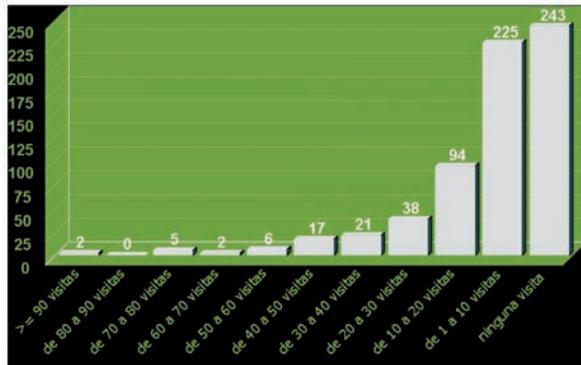


Gráfico 1. Visitas a residentes/año (periodo 2001-2006)

El Gráfico 1 muestra que en la residencia más grande de la Comunidad Valenciana ubicada en el municipio de Carlet, con 521 residentes, lo escasas que resultan para la población residencial en general las visitas, e incluso como muchos de ellos (el 46,6%) no reciben ninguna.

El gráfico 2 muestra que el mayor porcentaje de visitas de familiares, amigos o personas con las que se mantiene una relación se producen siempre en los dos primeros años de ingreso, y que a medida que pasan los años, las visitas van reduciendo su frecuencia por diversos motivos como podrían ser el que los familiares fallezcan, pero aun así resulta significativo y es interesante resaltarlo. Puede comprobarse como el dato del primer año es menor, debido a que en el estudio se cuentan todas las visitas de los ingresados que sin embargo se van produciendo progresivamente a lo largo de los meses hasta el número total evaluado, ya en su totalidad desde el inicio del segundo año, con datos comparativos que efectivamente son significativos.

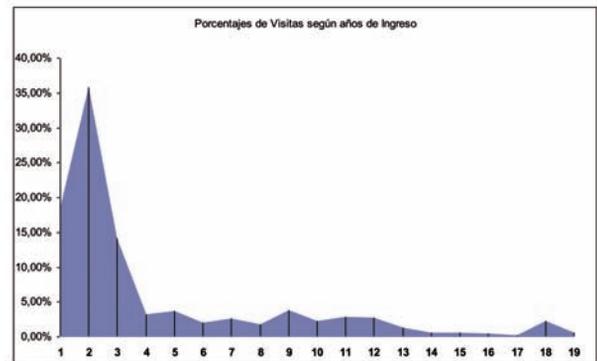


Gráfico 2. Porcentaje visitas según año de ingreso

El gráfico 3 muestra la relación, evaluada en el año 2001, entre la proporción de visitas recibidas y la antigüedad de permanencia en el centro. Se observa como los mayores porcentajes de visitas se concentran en el 1º y 2º año, sufriendo a partir de aquí un drástico descenso. Destaca también como a partir del 3º año se produce un lento descenso (el aumento que aparece en los porcentajes de los años 6-7 y 8, no tiene una explicación conocida).

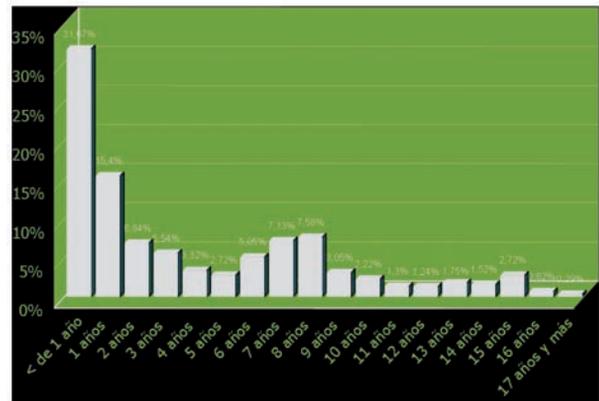


Gráfico 3. Visitas según antigüedad en el año 2001.

Los datos son similares a los ya encontrados en los estudios de Ministerio de sanidad y Consumo(6) (1989), que indican como un elevado número de ancianos, el 8%, mueren en las ocho primeras semanas de su institucionalización, el 28,7% lo hacen durante el primer mes, el 45% en el primer año y el total de los ancianos que fallecen en los dos primeros años es del 65,4%, cosa que explicaría el perfil del gráfico.

Por otra parte y partiendo de datos españoles, el 47,4% de las personas mayores de sesenta y cinco años

tiene nietos adultos, y de este porcentaje el 66,1% son menores de veinte años, de acuerdo con los datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores del IMSERSO(7). Esta realidad sin duda condiciona el mayor número de visitas, junto con otros factores como el hecho de considerar que un anciano ingresado en un centro geriátrico ya tiene cubiertas sus necesidades, el hecho de que las ocupaciones diarias son elevadas, la ubicación de los centros alejados en algunos casos de la proximidad de la familia o las comunicaciones que facilitan el mantener el contacto de forma telefónica pueden ser circunstancias que hagan que el gráfico expuesto sobre visitas tenga el perfil que presenta, ya que las visitas se relajan o se distancian.

El objetivo de la investigación

El propósito del trabajo fue realizar un análisis de la influencia que tiene para los mayores institucionalizados la relación que mantienen, en particular, con sus familiares y amigos y, en general, con la sociedad, y averiguar si existe una relación entre el grado de validez general y bienestar del anciano y el número de contactos (familiares, amigos, etc.) que mantiene.

Partimos de las teorías que se focalizan preferentemente en el efecto de la soledad por la ausencia de personas, bien como pérdida de seres queridos, bien como no tener familia, o no saber a quién acudir, como no sentirse útil para nadie, lo que resalta entonces la importancia del otro, sobre los postulados patrones fijos de conducta defendidos por los etólogos bajo el rótulo de “necesidad del apego”, pero no de personas en sentido indiferenciado, sino de personas concretas “personas queridas”: padres, hijos, parejas, hermanos, etc. con los que estuvieron unidos por profundos lazos afectivos”(8-9).

Así, el problema de investigación del presente estudio se concreta en responder la siguiente pregunta: la relación social, ¿ejerce una influencia en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos? También se analizan las variables que puedan incidir en ese estado de bienestar, con la sencillez de las preguntas y la sencillez de las respuestas que toda persona mayor institucionalizada sabe expresar.

Se hipotetiza que las relaciones sociales, concreta-

mente las visitas recibidas, tienen una influencia positiva en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos. Es decir, que los ancianos cuanto más visitados son en los centros geriátricos, mas mejora su estado de bienestar, así como la prevalencia de las enfermedades físicas o psicológicas que padecen.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Se trata de una investigación de carácter descriptivo, prospectivo y correlacional. La vertiente cuantitativa consiste en el diseño y realización del trabajo de campo con encuestas a ancianos ingresados en dos centros residenciales.

El trabajo de campo consistió en la realización de una encuesta estructurada con preguntas cerradas sobre el número de visitas de familiares e importancia que los mayores dan a las mismas, así como los instrumentos de medida adaptados a la muestra seleccionada. Los resultados de la encuestas se tabularon tras su recogida.

Muestra de estudio

Toda la población Residencial de dos centros públicos, iniciando el estudio piloto con ancianos de ambos sexos, que cumplieran todos los requisitos y contestaron todas las preguntas del cuestionario.

Se trataba de ancianos ingresados en los centros siguientes:

Residencia de la tercera edad de Silla, centro público de la Conselleria de Bienestar Social, Gobierno Valenciano, con una capacidad de cincuenta ancianos.

Residencia de la tercera edad de Carlet, centro público, de la Conselleria de Bienestar Social, Gobierno Valenciano, con una capacidad de quinientos veintiún ancianos.

El estudio se inició en el año 2007, al 100% de la población de la Residencia de Silla y a un 30% de la población de la Residencia de Carlet. Depuradas las respuestas el total de cuestionarios validos fueron de 130.

La edad mínima es de 62 a la hora de ingreso y la máxima de 94, situándose la media en 81 años y el

■ Investigación & Cuidados

estrato de edad más frecuente es decir en el que se registra un mayor número de ingresos el quinquenio comprendido entre los 85 y 90 años.

Por sexos, encontramos que el grupo de mujeres (que suponen el 77,94% de la muestra) tiene una media de 82,26 años, mientras que el de hombres es bastante inferior, con 77 años. Ello indica, como las mujeres parecen más capaces de prolongar una situación de validez limitada y que condiciona el retraso en su ingreso.

Criterios de exclusión

Se fijaron como criterios excluyentes: la capacidad cognitiva deteriorada, personas mayores que en su historial clínico no hayan superado el test de Pfeiffer de evaluación mental, y quede reflejado un trastorno cognitivo en su historia. Población aislada en el momento de realizar la investigación con capacidades intelectuales intactas.

Instrumento de medición

Cuestionario elaborado ad hoc y compuesto de preguntas de fácil respuesta referidos a las siguientes variables: edad, sexo, familia, amigos, tablas de valoración, estado mental, ausencia de enfermedades invalidantes, medicación, disposición a colaborar y grado de bienestar percibido.

RESULTADOS

Datos descriptivos

Personas cercanas

PARENTESCO	SI	NO	MEDIA
PAREJA	23	100	
HIJOS	70	60	24
HERMANOS	38	62	19
NIETOS	15	115	27
SOBRINOS	30	100	42

Tabla 1. Familia próxima (pareja, hijos, hermanos, nietos y sobrinos)

En la Tabla 1 se muestra en la primera columna el número de respuestas positivas (es decir, ancianos que contestaron que contaban con visitas de parientes con el grado de proximidad que se señala), la segunda es la de los que contestaron que no, mientras que la última

reúne los valores medios de las respuestas positivas. Como dato adicional, y cruzando las respuestas, en 21 casos la persona institucionalizada no tenía ningún pariente directo (en estos casos se indicaba la existencia de “vecinos” o de “cuñados”).

Como puede comprobarse, el número de parientes que acude disminuye a medida que la generación se aleja (es decir el número de sobrinos, nietos etc. es sensiblemente inferior que el de hijos e incluso hermanos, a pesar de la avanzada edad que suelen tener éstos)

Tiempo de ingreso

Una variable importante que condiciona de forma directa la actitud y el estado del anciano (siquiera sea únicamente por el transcurso del tiempo) es el periodo que lleva institucionalizado en el centro. Las estadísticas descriptivas de la muestra encuestada aparecen en la Tabla 2.

Valor medio	4,95
Valor mínimo	0,13
Valor máximo	21,68
Valor modal	1,67
Valor de la mediana	3,67

Tabla 2. Tiempo de ingreso en años.

Puede observarse en el cuadro anterior como la mayor parte de los ancianos llevan ingresados menos de cinco años. Ello no obsta para que exista un cierto número de ellos que llevan más tiempo; tal como se puede apreciar, algunos llevan institucionalizados periodos notablemente más largos de más de quince años.

Partiendo de los datos anteriores se elaboró la Tabla 3, en la que se clasifican los datos de estancia en cuatro intervalos:

Menos de dos años, que podemos calificar de “internamiento reciente”, donde los lazos familiares se mantienen prácticamente con intensidad.

Entre dos y cinco años, es lo que podíamos denominar “periodo de asentamiento institucionalizado”, en este la situación los familiares ya han interiorizado la situación de ausencia del anciano del domicilio familiar. En este estadio, las visitas se distancian, limitándose principalmente a fechas señaladas.

Entre cinco y diez años, se podía clasificar este periodo, de una forma tal vez demasiado dura llaman-

dole, “periodo del olvido”, donde los familiares han ido también envejeciendo, incluso pueden haber muerto los coetáneos de los institucionalizados. Los lazos con los parientes vivos se aflojan e incluso desaparecen. Las visitas son esporádicas y solo se produzcan en familiares consanguíneos, como son los hijos.

Más de diez años, estimamos que la denominación adecuada para este periodo debe ser “periodo de dependencia”, aquí el anciano institucionalizado tiene una dependencia total del centro, y suele darse una desaparición generalizada de vínculos, tanto con familiares como de amistades.

Tiempo de ingreso	número	%
Menos de dos años	38	29,7
Entre dos y cinco años	47	36,7
Mas de cinco años y menos de diez	28	21,9
Mas de diez años	15	11,7
TOTAL	128	100

Tabla 3. Intervalos de tiempo de ingreso en años.

Para completar esta información, se ha calculado el número medio de visitas anuales por anciano en cada uno de los estratos, tal y como se muestra en la Tabla 4, así como el porcentaje de ancianos que reciben distinto número de visitas al año (Tabla 5).

Tiempo de ingreso	Número residentes	Visitas anuales
Menos de dos años	38	49 días
Entre dos y cinco años	47	46 días
Mas de cinco años y menos de diez	28	33 días
Mas de diez años	15	20 días

Tabla 4. Numero promedio de visitas anuales en cada subgrupo.

DIAS/AÑO	NUMERO	%
Entre 1 y 12	33	2539
Entre 13 y 36	17	1308
Entre 37 y 52	31	2384
Entre 53 y 104	6	461
Mas de 104	11	847
Ninguna	32	2461

Tabla 5. Porcentaje de ancianos en función del número de visitas

Como se puede apreciar, las visitas van disminuyendo a medida que el aumenta el periodo de institucionalización del anciano, cayendo a menos de la

mitad a partir de los diez años. El 36.9% del total, es decir algo mas de la tercera parte de los mayores institucionalizados encuestados mantiene un contacto regular con los familiares. Un 13.1% tienen un contacto muy frecuente, (cuatro de ellos, todos los días del año). Por último, un 25% no recibe visitas, si contrastamos el dato con los anteriores, hay al menos un 9% de los institucionalizados encuestados que aun teniendo parientes no reciben visitas.

Valoración de las visitas

Se preguntó a los ancianos por el valor que concedían a las visitas. Al efecto se estableció una sencilla escala con tres opciones: (a) me da lo mismo (indiferente), (b) me gusta y (c) me gusta mucho. El resultado fue el siguiente (Tabla 6):

	Número de encuestados	%
Indiferente (me da lo mismo)	15	11,54
Me gusta	29	22,30
Me gusta mucho	68	52,31
NS/NC	18	13,85

Tabla 6. Valoración del agrado de las visitas

Como cabía esperar, el anciano valora muy positivamente la visita de sus familiares y amigos. Entre quienes la valoran y la valoran mucho, se obtiene un 74,61%. El dato más llamativo es que un 25,4% se muestran indiferentes o no responden a esta cuestión.

Para ver si existía alguna relación entre la valoración de las visitas y el tiempo de ingreso se elaboro el cuadro siguiente, en el que se relacionan ambas variables. Los resultados así obtenidos fueron los siguientes (Tabla 7):

VALORACIÓN	NUMERO		VISITAS AÑO (media)
	ANCIANOS	(media) AÑOS INSTITUCIONALIZADOS	
Indiferente	15	2,96	35,20
Me gustan	29	5,00	43,51
Me g. mucho	68	4,99	54,62
Ns/Nc	18	6,24	---

Tabla 7. Distribución de la valoración de visitas según tiempo en la institución

Si dejamos de lado a quienes no saben/no contestan, los datos muestran con claridad que son los ancianos para quienes es indiferente que les visiten o no, se

■ Investigación & Cuidados

corresponden con un valor medio de estancia más corto (inferior a tres años) y un número bajo de visitas anuales. Por otro lado, los ancianos que valoran las visitas están en torno a los 5 años de estancia en el centro, teniendo la visita para estos efectos una frecuencia media semanal.

Estado de salud

También se evaluó de forma básica el estado de salud de los encuestados, recogiendo si padecían o no alguna afección o enfermedad, así como si tomaban algún tipo de medicación. Respecto a la primera de las cuestiones, el 32,5 % de los ancianos respondieron que no padecían ninguna, mientras que el resto contestó afirmativamente. Dato concordante con el tipo de recurso socio-sanitario y por supuesto con las características de su edad.

La Tabla 8 muestra los resultados de la estadística simple para cada uno de los grupos en relación con los años de internamiento.

AFECCIONES Y AÑOS DE INTERNAMIENTO	NO	SI
Media años internamiento	5,28	4,48
Mediana	4,67	3,67
Moda	1,66	4,67
Numero de ancianos	25	105

Tabla 8. Valores medios de tiempo de institucionalización de ancianos con buen/mal estado de salud

En un primer momento los resultados pueden parecer incoherentes, ya que la existencia de afecciones parece estar relacionada con una menor estancia media. No obstante los valores de la moda nos permite ajustar y entender mejor los datos anteriores, ya que son es mucho más elevada para el segundo grupo, indicando que en éste son más numerosos los ancianos de mayor edad.

Actividades de tiempo libre

Se preguntó cuales son las actividades de los ancianos institucionalizados, en qué ocupaban en el tiempo libre de que disponen, dando cuatro opciones cerradas como alternativas (salidas del centro, paseos, ver TV y lectura) y una opción abierta para poder añadir, en su caso, algo más. Los datos se muestran en la Tabla 9.

ACTIVIDADES	NUMERO	PORCENTAJE
Salidas del Centro	32	24,6%
Pasear	73	56,2%
Ver TV	95	70'1 %
Lectura	36	27,7%
Otros	18	13,9%

Tabla 9. Actividades de ocio y tiempo libre

Teniendo en cuenta que cada persona puede responder afirmativamente a más de una opción, podemos comprobar que la actividad mayoritariamente preferida es la de ver la TV, mientras que el dato mas bajo es el de las salidas del centro, cuestión que refuerza la realidad de las personas que por su umbral de capacidad reducido, inseguridad y diferentes razones, no utilizan esa libertad de salidas que tienen en los centros residenciales.

Para conocer con mayor detalle el nivel de actividad de los ancianos encuestados se dividieron las respuestas en "Activas" o "Pasivas", según requerían o no de contribución física y la realización de esfuerzos por parte de los ancianos. Se consideró como activas las salidas del centro y el paseo, y pasivas la lectura y ver la TV. Quienes respondieron si a alguna de las actividades incluidas en ambos grupos, contaba como un valor positivo en total. Los datos se agruparon teniendo en cuenta también otros factores: si realizaban alguna terapia ocupacional, el tiempo medio de ingreso y el número medio de visitas al año (Tabla 10).

REALIZAN AMBOS TIPOS DE ACTIVIDADES

Numero	71
Terapia Ocupacional	29
Media estancia	4,82 años
Media de visitas anuales	49,68

NO REALIZAN NINGÚN TIPO DE ACTIVIDADES

Numero	16
Terapia Ocupacional	3
Media estancia	5,15 AÑOS
Media de visitas anuales	43,38

Tabla 10. Distribución en función de realizar o no actividades y otros factores.

Puede apreciarse como se delinear con bastante nitidez dos grupos de ancianos: el primero, mantiene un buen nivel de actividad, de cualquier tipo, emplean la terapia ocupacional y mantienen un nivel aceptable de visitas de familiares. El otro grupo, no activo, presenta asimismo datos más desfavorables ya que recurren en menor medida a la terapia ocupacional y el número medio de visitas al año es inferior. Posiblemente influye en ello el que la duración media de la estancia es mayor y que la edad en este segundo grupo es mas elevada, lo que conlleva mayores deficiencias físicas en general.

Respecto al hecho de si consumían o no fármacos, su frecuencia y tipo, los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 11.

GRUPO 1- TOMAN MEDICACIÓN

PORCENTAJE	60%
MEDIA ESTANCIA	5,54 años
VISITAS AÑO	48

GRUPO 2- NO TOMAN MEDICACIÓN

PORCENTAJE	40%
MEDIA ESTANCIA	4,67 años
VISITAS AÑO	49,8

Tabla 11. Distribución en función de toma o no medicación y otros factores.

Aun siendo muy reducidas las diferencias se aprecia que el segundo grupo recibe un número mayor de visitas al año. Adicionalmente a esta información resulta que el número de ancianos del primer grupo que no recibe ninguna visita al año es de 21, el (28,7%), mientras que en el segundo grupo es de 3 el (6,1%). En consecuencia, los datos apuntaran a una posible relación entre la necesidad de tomar medicación y el menor numero de visitas, no obstante el hecho de que la duración media de estancia en el centro sea mayor para el primer grupo, hace que debamos tomar este dato con mucha cautela.

Datos correlacionales

Tras realizar el análisis descriptivo de los datos, se ha considerado relevante llevar a cabo un análisis de correlaciones entre las variables analizadas, ya que el objetivo de la investigación no era únicamente observar el comportamiento de la muestra si no también analizar la relación entre las visitas, la actividad desplegada y el bienestar de la muestra de ancianos institucionalizados.

El análisis muestra, en primer lugar, una correlación negativa aunque no estadísticamente significativa, entre el número de visitas y la asistencia a terapia ocupacional (Tabla 12).

Terapia ocupacional	Nº de visitas al año	
	Correlación de Pearson	-202
	Sig.	30
	N	116

Tabla 12. Correlación terapia ocupacional y número de visitas anuales

Los datos indican que hay una tendencia a que cuanto menor es el número de vistas que reciben los ancianos, más uso se hace del servicio de terapia ocupacional.

Otro de los resultados interesantes se refiere a la relación entre la presencia de afecciones y las salidas del centro como actividad preferente (Tabla 13). En este caso, se observa una correlación potente y negativa. La presencia de afecciones en los ancianos afecta negativamente al número de salidas del centro.

Salidas	Afecciones	
	Correlación de Pearson	-423
	Sig.	.000**
	N	126

Tabla 13. Correlación afecciones y salida del centro

Uno de los resultados más sorprendentes es las correlaciones con la actividad de leer, como podemos observar en la Tabla 14.

LE ER		Nº de visitas	Valoración	Afecciones	Terapia	Salidas	TV
	Pearson	-270	-246	-225	198	345	211
	Sig.	.003*	9	11	26	.000*	17
	N	115	110	126	126	125	127

Tabla 14. Correlaciones con la actividad de lectura

Esta tabla nos muestra que cuanto menor es el número de visitas y la valoración que el anciano hace de ellas, más leen. Además, el número de afecciones correlaciona negativamente, ya que a mayor cantidad de afecciones, menor nivel de lectura. Por último, las actividades terapéuticas, las salidas del centro y la visión de la TV, correlacionan positivamente con la lectura, aunque sin alcanzar valores estadísticamente significativos.

En cuanto a la actividad de pasear correlaciona negativa y significativamente con las afecciones, como ya se apuntaba anteriormente, y positiva y significativamente con ver la TV, lo que podría responder a que son actividades muy habituales y generalizadas (Tabla 15).

PA SE AR		Valoración	Afecciones	Terapia	Salidas	TV	Leer
	Pearson	230	-268	220	196	257	230
	Sig.	16	.002*	13	28	.004*	10
	N	110	125	126	125	125	125

Tabla 15. Correlaciones con la actividad de pasear

Por último, es relevante señalar la correlación positiva altamente significativa que se presenta entre la calidad del suelo y la toma de medicación. Estadísticamente, el grupo que peor duerme es el que toma más medicación (Tabla 16).

Medicación	Dormir bien	
	Correlación de Pearson	-386
	Sig.	.000**
	N	120

Tabla 16. Correlación de la medicación con el sueño

DISCUSIÓN

Como sistemáticamente señalan los datos demográficos internacionales, las mujeres tienen más posibilidades de vivir en una residencia que los hombres. De ahí que encontremos que las tres

cuartas partes de nuestra muestra de estudio este compuesta por éstas.

Respecto a la presencia o ausencia de pareja, comprobamos que la gran mayoría de las personas evaluadas carece de una persona con quien compartir su vida afectiva y emocional en el nivel más íntimo.

Sobre las visitas y su valoración, comprobamos claramente que a la gran mayoría le gustan, variando en diferentes grados. Mientras que un 26% manifiesta que le gustan, más del doble (60,6%) manifiesta que le gustan mucho. Sólo un 13,4% (15 personas de una muestra de 112) ha manifestado que le da igual que le visiten o no. Así, la valoración de las relaciones personales, sobre todo del núcleo primario, tiene una apreciación muy positiva por parte de los mayores, correspondiéndose con los conocimientos de la psicología de la vejez acerca de que los mayores valoran sobre todo

las visitas de familiares pertenecientes a su núcleo más cercano –hijos, nietos, hermanos-, especialmente los hijos.

En lo que hace referencia a las afecciones clínicamente manifestadas por la muestra, los resultados indican que un 80,5% de la muestra (103 casos de 129) manifiestan padecer algún tipo de afección, lo que previsiblemente afecta su estado de ánimo. Asimismo, preguntados sobre si en el momento de la evaluación recibían terapia ocupacional, casi un 70% de la misma respondieron que no. Este dato nos dice mucho también sobre los estados de ánimo de las personas encuestadas y su voluntad o necesidad de compartirlos con personas de su entorno.

Consultados sobre las salidas efectuadas del Centro en el que

viven, no siempre relacionado con las visitas ya que muchas veces son los mismos Centros los que organizan salidas y actividades en otros espacios, el 75% respondieron que no efectuaban ninguna salida. Ahora bien, debemos tener en cuenta que muchos de ellos tienen problemas de movilidad, lo cual les imposibilitaría salir y, en muchos casos, incluso desplazarse por sus medios dentro del propio Centro.

Respecto a sus otras actividades de tiempo libre, como los paseos, vemos que apenas un poco más de la mitad de los encuestados respondió positivamente, mientras que un 43,3% respondió negativamente, y si bien debemos tener en cuenta que muchos de los encuestados muestran diferentes grados de dificultad de movilidad, también hay que considerar el efecto positivo que el ejercicio físico y el contacto con el exterior tienen sobre las personas.

En cuanto a la calidad del descanso y del sueño en general, los encuestados respondieron negativamente en un 36,2% (46 personas de 127) mientras que el 63,8% respondieron positivamente. Por último, los datos descriptivos nos muestran que la mayoría de los sujetos toman algún tipo de medicación, en concreto, un 59,8% manifestó hacerlo de forma habitual.

Respecto a nuestra principal hipótesis de estudio, acerca de que las visitas tienen una influencia positiva en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos, creemos que como se desprende del trabajo de los datos obtenidos, puede parcialmente sustentarse. Hemos podido comprobar que en un alto porcentaje, los mayores se sienten muy a gusto con las visitas de sus seres queridos.

Los datos muestran que las visitas se dilatan con el tiempo, si bien es cierto que las personas con mayor longevidad dentro de un centro residencial van con el tiempo perdiendo a sus familiares más directos, lo que también limita su posibilidad de mantener un contacto frecuente. Por otro lado, el mayor número de visitas se concentra siempre en los dos primeros años de ingreso, que son los años de adaptación y donde la familia por diversas circunstancias se siente más próxima y más proclive a visitar a sus parientes; a medida que transcurre el tiempo por parte del mayor este en un porcentaje elevado comienza a restar importancia a esa

necesidad de visitas, llegando incluso en algunos casos a parecerles molestas ya que se ha producido esa adaptación al centro y a su contorno como una realidad no modificable, en muchos casos con relaciones solo soportables por necesidad y haciendo que se tomen posiciones estrictas con respecto a sus ubicaciones y costumbres. Concuera con el trabajo de Rodríguez Feijóo(10), que muestra como la frecuencia y calidad de la relación con los otros internos y con el personal de la institución, en términos generales, resulta insatisfactoria, así como la importancia del grado de satisfacción con el apoyo familiar recibido. Si bien el apoyo que reciben no les resulta suficiente, justifican a sus familiares, que generalmente son sus hijos (normalmente varones) argumentando que si no se ocupan más de ellos es porque no pueden, debido a que tienen que cumplir con otras obligaciones (laborales, familiares, etc.), evidentemente es una justificación de defensa ante esa generalizada falta de atención familiar.

Un aspecto significativo a tener en cuenta es la relación inversa entre las visitas y su valoración y el recurrir a la terapia ocupacional, lo que sumado a la clara relación entre el estado de salud, la medicación y la vida más o menos activa, como por ejemplo la lectura, nos apunta hacia un perfil de relaciones e influencias interesantes, que requeriría de una posterior investigación con una metodología estadística más potente.

En definitiva, para el anciano resulta muy importante mantener una relación social de forma periódica, principalmente con sus seres queridos, tal como se desprende tanto de los datos obtenidos como de la observación realizada. Este contacto mejora su estado de bienestar sustancialmente, coincidiendo esta conclusión con la de otras investigaciones recientes como las de Aranda y Pardo(1), Rodríguez(10), Rubio(11-8-9), o Landry (12).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda, C. y Pardo, M. Trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado en Guadalajara, México. *Revista de Psicología Universitas Tarraco* 2000; 22 (1-2): 32-43.
2. Comfort, A. *A Good Age*. New Cork: Crown 1976.
3. Comfort, A. *The Biology of Senescence* (3rd edit.). London: Churchill Livingstone 1979.

4. Tirado, J.J. Bioética en los cuidados de los ancianos. *Revista Enfermería Integral* 2009; 85: 21–29.
5. Tirado, J.J. Influencias de la relación social en el estado de bienestar de los ancianos institucionalizados en centros geriátricos. *Tesina de Grado. Universidad Católica Valencia (inédita)* 2008.
6. Ministerio de sanidad y Consumo. *Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud (5ª ed)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Dirección General de Planificación Sanitaria. Colección Atención Primaria de Salud, nº 5 1989.
7. IMSERSO. *Informe anual sobre las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Observatorio de Personas Mayores – IMSERSO 2004.
8. Rubio, R. La problemática de la soledad en los mayores. *Infad. Revista de Psicología* 2007; 19 (2).
9. Rubio, R. Variables relacionadas con los estilos de vida y su influencia en las actitudes frente al envejecimiento. *Revista Psicológica Herediana* 2009; 2 (1).
10. Rodríguez Feijóo, N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos *Psicología y Psicopedagogía. Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad de Salamanca (USAL)*, 2007 año VI, nº 17 – Septiembre.
11. Rubio, R. La soledad en las personas mayores españolas. Madrid: IMSERSO 2004.
12. Landry, M.T. A comparison of comorbidity, depression, and social support of elderly home care patients who are identified as outliers and elderly home care patients who are identified as non-outliers under the medicare prospective payment system. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 2001; 62(4-B): 1806.

Calidad de vida relacionada con la salud, en alumnos de educación primaria

1º Premio del VIII Edición Premio CECOVA de Investigación en Enfermería 2010

Autor: Natividad Gil Abal, Mercedes Jiménez Ferrero, Remedios Martínez Navarro, Nuria Sánchez García, Silvia Trescastros López, Eva Vives Sánchez, Olga Elena Wodak Ocaña
Enfermeras Escolar

mercejimenez@hotmail.com

Health-related quality of life in primary education students

ABSTRACT

Objective: To describe health-related quality of life (HRQoL) of 3rd and 6th grade students of primary education from Alicante and Valencia schools with the school nurse presence.

Methods: The KIDSCREEN-52 questionnaire assesses children's and adolescents' subjective health and well-being of children and adolescents aged from 8 to 18 years. It consists of 52 items which measures ten HRQoL dimensions: Autonomy, Self-Perception, Parent Relations

and Home Life, Social Support and Peers, School Environment, Social Acceptance (Bullying) and Financial Resources.

Results: For the initial sample we started with a list of 1466 students from 13 Alicante and Valencia schools. Information was gathered from a final sample of 1187 students, after previously asking for the consent of school directors and parents.

The statistic mean of each of the dimensions of the questionnaire was calculated. The existence of a low

score for quality of life in certain dimensions such as: Moods and Emotions, Self-Perception and Social Acceptance shows the need for intervention through prevention and health promotion programmes.

Conclusions: For future research, it would be interesting to describe the differences according to sex, age, geography and also include European samples.

Key words: Health-related quality of life, kidscreen-52, children, school nurse.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación es describir la calidad de vida relacionado con la salud en alumnos de 3º a 6º de primaria de los colegios de Alicante y Valencia que cuentan con la presencia de la figura de la Enfermera Escolar en el centro educativo.

Material y Métodos: El KIDSCREEN-52 es un instrumento que

valora subjetivamente la salud y bienestar de niños y adolescentes de 8 a 18 años.

Contiene 52 ítems que evalúan 10 dimensiones de CVRS.: Autonomía, Autopercepción, Relación con los padres y vida familiar, Amigos y apoyo social, Entorno escolar, Aceptación social (Bullying) y Recursos económicos.

Resultados: La muestra inicial

ha partido de un listado de 1466 alumnos de los 13 colegios de Alicante y Valencia que han participado. Finalmente, se ha obtenido información de 1187 niños, tras el consentimiento de la dirección de los distintos centros y la autorización paterna.

Se han obtenido las medias estadísticas de cada una de las dimensiones que constituyen el cuestiona-

■ Investigación & Cuidados

rio. La existencia de dimensiones que refieren deficiente CV como el Estado de ánimo, la Autopercepción o la Aceptación social, reflejan la necesidad de intervención a través de programas de prevención y pro-

moción de la salud.

Conclusiones: Sería interesante para futuros estudios poder describir las diferencias tanto por sexos como por edades, así como las distinciones entre alumnos de distintas

localidades o incluso con muestras europeas.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, kidscreen-52, niños, enfermera escolar.

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene hasta la actualidad. Anualmente, se publican más de 2000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. La OMS en el 1994, definió la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"(1). Uno de los aspectos más interesantes de la CVRS es su capacidad para captar la multidimensionalidad de la salud.

La mayoría de las investigaciones sobre CVRS pertenecen al campo de la pediatría, en el contexto de enfermedades graves o crónicas como asma, diabetes, cáncer y sida. Los estudios en

contextos escolares son muy limitados y aún peor, si se refiere a niños con necesidades educativas especiales(2-3).

Además, el número de cuestionarios disponibles se reduce, si nos centramos en los cuestionarios genéricos adaptados u originados en castellano, siendo el KIDSCREEN no sólo de los pocos creados en España sino el único desarrollado simultáneamente con otros 12 países.

La mayoría de estos instrumentos se fundamentan en la teoría psicométrica, y han sido desarrollados teniendo en cuenta en diferente grado la opinión de la población a la que van dirigidos (niños y adolescentes), la de los informadores indirectos (generalmente madres y padres), y la de los propios investigadores y expertos (4).

La enfermería escolar muestra interés en conocer CVRS de los alumnos, ya que es importante la salud física pero no se debe dejar de lado la salud psicológica y social, por ello se considera que su medición puede ser un buen indicador de referencia para las funciones de promoción y prevención de la salud en los centros educativos.

El objetivo principal de esta investigación es describir la calidad de vida relacionado con la salud en alumnos de 3º a 6º de primaria de los colegios de Alicante y Valencia que cuentan con la presencia de la figura de la Enfermería Escolar.

Como objetivo adicional, nos proponemos identificar las dimensiones en las que los alumnos presentan menor calidad de vida, con la finalidad de programar futuras estrategias de intervención por parte de la Enfermera Escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumento

El Kidscreen-52 es un instrumento de CVRS para población infantil y adolescente que valora subjetivamente su salud y bienestar. El cuestionario se creó en los 13 países europeos participantes (Alemania, Austria, España, Francia, Países Bajos, Reino Unido, Suiza, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, República Checa y Suecia) siguiendo un desarrollo transcultural simultáneo e intentando cumplir las recomendaciones del Comité Científico del Medical Outcome Trust respecto de las condiciones óptimas para los instrumentos de CVRS.

El cuestionario es auto-administrado para niños y adolescentes de 8 a 18 años de edad. Contiene 52 ítems que evalúan 10 dimensiones de CVRS. El Bienestar físico recoge la actividad y la forma física y la energía (5 ítems). El Bienestar Psicológico examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida (6 ítems). La dimensión de Estado de Ánimo y Emociones recoge las experiencias negativas, los estados depresivos y las sensaciones de estrés del niño/a o adolescente (7 ítems). La Autopercepción explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal y la satisfacción relacionada con ellas (5 ítems). La dimensión Autonomía recoge las oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems). La Relación con los Padres y Vida Familiar explora la atmósfera familiar (6 ítems). La dimensión Apoyo Social y Relación con los Iguales recoge el tipo de relación con los/as compañeros/as (6 ítems). El Ambiente Escolar explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración además de las sensaciones acerca de la escuela (6 ítems). La dimensión Aceptación Social (Bulling) recoge la sensación de rechazo de los/as compañeros/as (3 ítems). Finalmente, la dimensión Recursos Económicos recoge la percepción sobre la capacidad financiera (3 ítems).

El instrumento utilizado, en su versión española, presenta unos niveles muy aceptables de fiabilidad y validez de constructor con-

vergente y discriminante. Y su desarrollo transcultural aporta un valor añadido de equivalencia cultural a escala europea 5-6.

Otras de las variables incluidas en el estudio son el sexo, fecha de nacimiento, discapacidad, enfermedad o problema médico crónico, localidad, colegio, curso escolar y línea lingüística (castellano y valenciano).

Participantes

El cuestionario KIDSCREEN-52 se ha pasado a un total de 1.335 alumnos, entre alumnos de 3º a 6º de primaria (8 a 12 años) de centros educativos, pertenecientes a las provincias de Alicante y Valencia (Comunidad Valenciana, España) donde existe la figura de la Enfermera Escolar.

Concretamente, han participado 7 colegios públicos pertenecientes a la provincia de Alicante y 6 colegios de la provincia de Valencia.

Procedimiento

Fase I. En primer lugar se solicitó la autorización al Kidscreen Group para uso del cuestionario KIDSCREEN-52. Remitiéndonos por su parte la conformidad y el manual de uso que contiene el citado cuestionario. Al mismo tiempo nos pusimos en contacto con los miembros del Grupo Kidscreen en España para contar con su apoyo e iniciar un proceso de colaboración mutua.

Fase II. Se presentó una propuesta de participación en la

investigación a los Equipos Directivos de todos aquellos centros escolares de Alicante y Valencia que cuentan con la presencia de Enfermería Escolar. De todos ellos, 13 colegios aceptaron su inclusión en el estudio. Los cursos participantes de cada centro vinieron determinados por la conformidad de los tutores y la disponibilidad de tiempo de la enfermera escolar.

Sa obtuvo el consentimiento de los padres que fueron informados por medio de una carta en la que se explicaban los objetivos del proyecto y se garantizaba la confidencialidad de la información.

Fase III. La administración del cuestionario se ha llevado a cabo en una sesión de una hora de clase, en la propia aula de los alumnos, bajo la supervisión de la Enfermera Escolar de cada uno de los centros. Todos los alumnos de este estudio han participado voluntariamente.

Fase IV. La entrada de datos se ha realizado en el programa estadístico SPSS. En el análisis de los datos se han desechado aquellos cuestionarios que se encontraban incompletos o con respuestas contradictorias.

RESULTADOS

La muestra inicial ha partido de un listado de 1.466 alumnos. Finalmente, se ha obtenido información de 1.187 niños (80,96%), tras desestimar los alumnos cuyos padres no autorizaron su partici-

■ Investigación & Cuidados

pación (1,8%), aquellos que no asistieron el día en que se administró el cuestionario (5,9 %) o no quisieron participar (0,5%) y los alumnos que presentan alguna deficiencia de lecto-escritura por patología o por dificultad idiomática (0.6%). Así mismo, se han eliminado los cuestionarios incompletos o incorrectos, que han constituido el 11.1% de los cuestionarios realizados.

Como se puede ver en la tabla 1 el porcentaje total entre niños y niñas que han realizado el cuestionario es bastante equilibrado siendo del 51.7% de chicas y el 48.3% de chicos. Del mismo modo, podemos observar en la tabla 2 que la distribución por cursos es la siguiente: el 3° curso constituye el 20.1% de la muestra, el 4° curso suma el 25.3% y 5° y 6° 27.3% cada uno. Como es observable los porcentajes son semejantes. De todo ello, podemos decir que las diferencias de sexo o curso escolar no deberán influir en el resultado global.

En la tabla 3 podemos ver la media de cada una de las dimensiones estudiadas en el KIDSCREEN-52 sobre CVRS. Los valores obtenidos se encuentran en escala de 100 para poder, de este modo compararlas entre ellas.

De este modo, se puede ver en la gráfica que los alumnos presentan puntuaciones elevadas de CV en las dimensiones referentes a Actividad, que hace referencia a bienestar físico y energía; Sentimientos, bienestar psicológico, emociones positivas y satisfacción con la vida; Tiempo, actividades en el tiempo libre, autonomía; Relación con los Padres y Vida Familiar; Economía, capacidad financiera; Amigos, apoyo social y relación con los compañeros; Colegio, sensaciones acerca de la escuela.

Sin embargo, la dimensión de Estado de Ánimo y Emociones, la Autopercepción y la dimensión Aceptación Social (Bulling) muestran unas puntuaciones menores de CV que podrían considerarse mejorables.

TABLA 1
Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Chica	614	51,7	51,7
	Chico	573	48,3	100,0
	Total	1187	100,0	

TABLA 2
Curso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Tercero	239	20,1	20,1
	Cuarto	300	25,3	45,4
	Quinto	324	27,3	72,7
	Sexto	324	27,3	100,0
	Total	1187	100,0	

Gráfica de las medias de las dimensiones estudiadas de CVRS

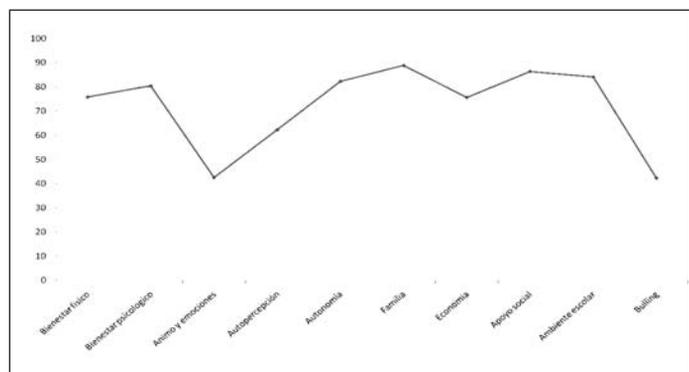


TABLE 3
Media de las dimensiones estudiadas de CVRS

DIMENSIONES CVRS	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ActividadD	28	100	75,7944398	11,3707208
SentimientosD	26,7	100	80,4436956	9,76536078
AnimoD	20	100	42,5273799	20,8857099
AutopercepciónD	20	100	62,2544229	14,3734568
TiempoD	20	100	82,294861	17,0191044
FamiliaD	20	100	88,862679	13,6968488
EconomíaD	20	100	75,6585229	22,7635447
AmigosD	20	100	86,3830385	13,7083319
ColeD	20	100	84,1027801	14,9944564
Aceptacion socialD	20	100	42,2577928	23,0354023

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, podemos destacar la necesidad de intervención en los aspectos relacionados con las dimensiones estudiadas que han resultado deficientes. Podemos decir que los niños presentan estados de ansiedad, que pueden degenerar en problemas que pueden afectar a aspectos importantes de su vida como el sueño, las relaciones interpersonales. Por otro lado, los resultados también demuestran problemas en la percepción de su propio cuerpo que pueden degenerar en Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia, vigorexia) tan en auge en los últimos años. Y en el apartado de aceptación social, se puede ver que un porcentaje de alumnos

se sienten víctimas de Bulling, grave problema social que encontramos hoy en día en nuestras escuelas.

Estos resultados han sido obtenidos en colegios donde existe la figura de enfermera escolar y la media de CVRS que hemos obtenido es de 72 en una puntuación sobre 100. Por lo tanto, consideramos que la enfermera escolar debe permanecer en los centros educativos para mantener la CVRS percibida en la actualidad y trabajar para mejorar las dimensiones con menor puntuación tan importantes para el futuro de nuestros niños y adolescentes.

Futuros estudios

Nos proponemos realizar futuros estudios que incluyan una

comparativa entre sexos, edades, nivel socioeconómico, localidades o colegios, líneas lingüísticas que contribuirán a la identificación de poblaciones de riesgo y la evaluación de intervenciones sociosanitarias.

Debido a su transculturalidad del cuestionario, se podrían establecer comparaciones entre países que poseen enfermera escolar (de los 13 países que participan en el proyecto KIDSCREEN) y disponer de una medida de CVRS global.

Una línea emergente es la obtención de percentiles para poder llevar a cabo en un futuro mediciones individuales de CVRS en los colegios participantes en el estudio.

Agradecimientos

Primero de todo agradecemos su ayuda y colaboración al Dr. Luis Rajmil responsable de la versión española del KIDSCREEN y al Dr. Miguel Richart, profesor de la universidad de Alicante (escuela de enfermería), por su orientación en el estudio. También agradecer su colaboración, a los equipos directivos y profesorado de los distintos colegios donde se ha llevado a cabo la investigación, por confiar en el proyecto “enfermería escolar” y su buena disposición. Por último, y no menos importante, muchísimas gracias a todas la enfermeras escolares que han participado en el trabajo de campo porque sin su ayuda no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzann, L. “Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales” *Cienc. enferm.* [online]. 2003, vol.9, n.2, pp. 09-21. ISSN 0717-9553.
2. Angulo Verdugo, M.; Sabe, N. E. “Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia” *Psicothema*, 2002 vol. 14, nº 1: 86-91.
3. Pane S.; Solans M.; Gaité L.; Serra-Sutton V; Estrada M-D.; Rajmil L. “Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica Revisión sistemática de la literatura: actualización”. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2006.
4. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton R, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.* 2001;15 Supl. 4:34-43.
5. Tebe C.; Berra S.; Herdman M.; Aymerich M.; Alonso J.; Rajmil L.; Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN 52 para población infantil y adolescente. *Med Clin. (Barc)* 2008; 130(17):650-4.
6. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit.* 2005;19(2):93-102.

Otra bibliografía consultada

- El grupo Europa de KIDSCREEN. Los cuestionarios de KIDSCREEN - calidad de los cuestionarios de la vida para los niños y los adolescentes. Manual. Lengerich: Editores de la ciencia de Pabst; 2006.
- Jaimes-Valencia M.L.; Richart-Martinez M.; Cabrero-García J.; Palacio J.; Florez-Alarcon L. “Validez lingüística del cuestionario vécu et santé perçue de l'adolescent (VSP-A) en población adolescente colombiana” *Análisis y Modificación de Conducta*; 2007, Vol. 33, Nº 147.
- Lizan Tuldela, L.; Reig Ferrer A; M. Richart Martínez y J. Cabrero García. “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA” *Med Clin (BARC)* 2000; 114(supl 3)76-80.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., energía, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. y el grupo europeo de KIDSCREEN. “Calidad de vida KIDSCREEN-52 medida para los niños y los adolescentes”. *Revisión experta de Pharmaco economics y Los resultados investigan* 2005; 5 (3), 353-364.

La imagen de Enfermería en los medios de comunicación

Conferencia desarrollada en la II Convención de Enfermería en Alta Mar.

Del 14 al 21 de septiembre de 2009

Autor: Ramón Sánchez Ocaña
Periodista especializado en temas de salud

Sugerente es el tema que me han propuesto para que yo me presente hoy ante ustedes: la enfermería y los medios de comunicación. O si lo prefieren, la percepción que se tiene de la enfermería.

La verdad es que yo no me creo capacitado para hacer un análisis serio en este sentido. Lo único que puedo hacer -y a ello les invito- es una reflexión personal sobre ambas cosas, es decir, sobre los medios de comunicación y sobre la enfermería. Y ojalá, al final lleguemos a una síntesis correcta.

Los periodistas solemos decir que los periódicos son un reflejo de la sociedad en que se editan. Bueno, lo decimos; pero me da la impresión de que estamos muy poco convencidos de ello.

He aquí un primer punto de posible discusión. Porque la pregunta es inevitable: ¿Los medios de comunicación reflejan lo que la sociedad piensa, o son los responsables de que la sociedad piense lo que piensa...?

No es un juego de palabras.

Me parece que el tema es muy complejo y que merecería, como hace tiempo vengo diciendo a mis compañeros y colegas, un autoexamen profundo. Creo sinceramente, que necesitamos una autorreflexión que reoriente nuestro por qué social. Que nos preguntemos con sinceridad si es verdad que publicamos aquello que la sociedad necesita saber, o que si publicamos solo aquello que queremos que se sepa...

Sirva como primer punto de pensamiento.

Como es otro asunto, partamos de la base convencional de que la prensa recoge lo que ocurre en su sector social y lo que presume que puede tener un interés para su público lector.

Quede claro que cuando hablo de prensa y público lector es como si hablara de televisión y público televidente o de radio y público oyente, o de cine y público espectador.

Me voy a permitir un análisis de nuestra sanidad. Creo que la conozco bien, y conozco también muy bien al que fue vicepresidente de la Comisión Abril, con el que he reflexionado sobre este tema. Veán en síntesis este análisis que merece discusión:

La sanidad pública es invisible para la sociedad, que en la práctica está integrada por ciudadanos sanos (han sido o serán enfermos, pero entonces la “baja médica” los desgaja de la sociedad), ciudadanos que no requieren asistencia sanitaria. La sanidad pública no es, pues, un problema de la sociedad, sino de aquellos que están enfermos y segregados, y cuando el problema es de otro no se mira, deja de verse; únicamente para los enfermos es visible la sanidad pública (por eso es secuestrada cómodamente por los políticos y no ha sido nunca un tema relevante del debate social, como son a menudo la educación, la vivienda, la administración de justicia, el paro, la seguridad, el precio del dinero o los accidentes de automóvil).

La enfermedad es un episodio individual, íntimo, que cada persona siente a su modo, distinto y separado al de los demás; los enfermos no constituyen un grupo social que pudiera ejercer alguna influencia (las escasas asociaciones de enfermos y de familiares de enfermos son formas de ayuda mutua); la baja calidad de la asistencia no puede ser percibida por el enfermo: nota, sí, el confort o la incomodidad, la diligencia o la desgana con que es atendido, pero su desconocimiento de

■ Investigación & Cuidados

la medicina no le permite distinguir la calidad de la asistencia, ¿cómo podrían los ciudadanos indignarse por los fallos de calidad y exigir que el Sistema los corrija cuando no pueden saber si hay fallos? Los políticos no esperan: en los sistemas de salud públicos de libre acceso universal y gratuitos en el momento de la asistencia, la “cola”, el tiempo de espera, es el mecanismo económico de asignación de los servicios médicos (escasos por naturaleza) entre la multitud de demandantes. Suprimido el precio, el enfermo ha de pagar con tiempo (o sea, con la prolongación de su incertidumbre y su dolor); la espera forma parte esencial de dichos sistemas, sin la espera no podrían funcionar. Pero los políticos y las personas influyentes no esperan: son atendidos en el acto por la sanidad pública que ellos gobiernan, como lo son los acomodados por la sanidad privada; sólo los menos favorecidos sufren la espera. “Si los miembros del Congreso y los poderosos tuvieran que esperar para recibir asistencia médica como cualquier otro, ese Sistema no duraría un minuto”, dijo John Godman, un liberal norteamericano. La asistencia médica es un servicio local: se asiste al enfermo allí donde cae enfermo, generalmente en el lugar de residencia; para los ciudadanos la asistencia pública próxima, la de su barrio o su localidad, es el Sistema entero. No pueden ver la de más allá, no pueden comparar ni enjuiciar. En esta disgregación de opiniones difícilmente puede llegar a formarse una opinión pública enterada y activa.

A DONDE NOS HA LLEVADO LA SITUACIÓN

Por todo lo dicho anteriormente, como señala Enrique Costas en un artículo titulado “La necesaria rebelión de los médicos”: “La sanidad pública sufre desde hace algunos años un proceso de progresivo deterioro que, por lo visto, los políticos quieren ignorar, seguramente porque temen afrontarlo. “Nuestro sistema de salud es uno de los mejores y más baratos del mundo” -dicen y repiten con entusiasmo-, así que sus eventuales fallos sólo pueden ser leves, de fácil arreglo; no hay por qué inquietarse. Lo cierto, sin embargo, es que esa negada erosión ya daña el funcionamiento y la ordenación de nuestro ensalzado Sistema Nacional de Salud e incluso debilita el pacto social y los principios

morales que lo sostienen: la equidad está hendida, si no rota, por las desigualdades de recursos y de prestaciones de los servicios de salud autonómicos; la solidaridad ha desaparecido en la desunión de dichos servicios, cada uno de ellos ensimismado en sus intereses y divorciado y hasta desconocido de los demás; un torpe igualitarismo y los bajos salarios desaniman el esfuerzo y el mérito y fomentan la mediocridad del personal sanitario; las listas de espera, aflicción mayor del Sistema, son falseadas por los políticos a su conveniencia; no ha cesado, a pesar de los solemnes acuerdos de financiación, el endeudamiento oculto de los servicios autonómicos (que en el momento propicio sabrán endosar al Estado, como de costumbre); la desinformación es casi absoluta: las autonomías, recelosas de posibles comparaciones entre ellas retrasan o esconden los datos reales de actividad y costes sanitarios, de forma que cualquier análisis estadístico es imposible (dicho de otro modo, los servicios autonómicos no soportan la transparencia y han convertido el Sistema Nacional de Salud en una mole de ignorancia que camina a ciegas); la gestión está sometida al partidismo, mucho más aplicado en colocar a los fieles y obtener rentas políticas que en mejorar la eficiencia del gasto; las altas instituciones del Sistema son una ficción: el Consejo Interterritorial carece de capacidad para coordinar y menos cohesionar los servicios autonómicos (la ley de Cohesión, tan consensuada, nunca fue más que papel mojado) y el Ministerio de Sanidad, casi vacío de competencias, flota en el limbo; no hay en el Sistema afán alguno por la calidad clínica, ni siquiera se intenta medirla (algunas autonomías incluso menosprecian la confidencialidad de las historias clínicas); la atención al enfermo, razón de ser de la sanidad pública, es apresurada y rutinaria en medicina general, inoportuna (con largas esperas) en gran parte de la asistencia especializada, azarosa en urgencias (en manos de médicos en formación) y siempre masificada y de práctica dudosa, no evaluada; etcétera. Podría alargarse mucho esta muestra de serios desperfectos, todos ellos hechos ciertos, no simples opiniones ni resultados de encuestas.

¿Soluciones?. Puede haber varias pero todas parten de que haya una voluntad de resolverlo. Y por tanto, primero hay que hacer visible esa sanidad. Se debería

por ejemplo, abrir vías prácticas de información y participación efectiva de los ciudadanos. Por ejemplo:

*Crear una comisión nacional de vigilancia y mejora de la calidad asistencial constituida por personas independientes con ascendencia en la sociedad y prestigio en sus profesiones designadas por el Congreso de los Diputados.

Instaurar una junta de gobierno en cada hospital público formada por médicos del mismo hospital y, en mayor número, ciudadanos elegidos por sorteo presididos por un notable nombrado por la autonomía correspondiente.

*Establecer el cargo de gerente de las listas de espera en cada uno de los servicios de salud autonómicos a desempeñar, también con independencia, por personas rigurosas y con crédito social.

Es un tema que dejar marcado para meditarlo o para discutirlo, como ustedes quieran.

Bueno, ciñéndonos mas a la percepción de la enfermería. Como ya cuando me invitaron a clausurar un Congreso de ustedes en Córdoba, rara vez aparece la enfermería en los medios de comunicación social... Rara vez, excepto cuando la noticia es que el personal de enfermería de tal o cual centro está en huelga...

Hasta ese momento, es como si la enfermería a escala de medio de comunicación social, no existiera.

¿Curioso, verdad?

Luego intentaremos ver no digo los porqués, sino alguna de las razones que se pueden aducir...

Otro hecho:

Incluso para los propios visitantes de un hospital, el personal de enfermería no existe mas que como funcionario de información. Y se asiste al diálogo:

- Por favor, el doctor Tal?
- ¿Que deseaba? -dice la enfermera.
- No, no, nada. Venia a ver al doctor...

Hasta que no se le explica claramente que el doctor no va a venir y que su problema se puede resolver, el visitante no se da cuenta de quien le ha atendido.

Si hablamos del plano ambulatorio, el problema es más curioso aun. La enfermera o el enfermero se convierten en una especie de filtro que la organización propone.

Y el comentario surge inevitable:

- No, no. Si el doctor Perenganez es un bendito, es muy amable.

Encima es ella quien tiene la culpa.

Bueno: volvamos al principio.

Hablamos de reflexión, al margen de anécdotas.

Sobre los medios de comunicación creo que hay poco más que decir. Me parece más útil ahora pensar en la enfermería. Quizá muchas de estas cosas a ustedes les suenen a muy sabias. Lo siento... se que es una osadía por mi parte opinar ante ustedes de enfermería, pero permítanme que sea esto como pensar en voz alta.

Si partimos de la pregunta de lo que hoy es la enfermería, es posible que nos encontremos ante muchas respuestas. Para la mayoría de la gente creo que, aunque sin razón, la respuesta mas abundante es que la enfermería es un sector subordinado al médico. Que es una especie de recadero del medico que hace lo que el médico dicta y que forma parte de "los otros".

Perdonen un inciso: cuando hablamos de "los otros" me refiero a todos aquellos que llaman paciente al enfermo. Bastante explicita es ya la palabra paciente. Todos los que no son paciente son, pues, los otros, en esa especie de argot tan curioso como el que ustedes utilizan : eso de "hacer una hemorragia, o "hacer un edema"...

Para la gran mayoría los enfermeros o enfermeras son quienes llevan a cabo las ordenes del médico. Por si fuera poco, en muchos campos, todavía se le da a la profesión un carácter sacerdotal.

La enfermería se convierte así en una especie de dedicación sublime a la que se entrega un grupo de gentes que, en vez de profesión, tienen vocación. Como si fueran religiosos. Ellos, ellas atienden, curan, complacen no porque tengan una profesión sanitaria, sino porque son parte de una vocación religiosa que incluye entregarse a los demás de esa forma.

En este sentido me llama la atención, como al redactar estas lineas, surge espontáneamente hablar de "las enfermeras", mas que de la enfermería. Hasta ahora, me parece, la enfermería era cuestión de casi monjas. No tiene nada de peyorativo salvo la significación que puede tener ignorar que además de la vocación hay una profesión que nada tiene que ver con credos, con ideologías, con vocación o confesiones.

■ Investigación & Cuidados

Casi me atrevería a asegurar que la enfermería hasta ahora ha sido considerada como una profesión femenina, casi religiosa, cuya función consistía en ser un minimédico.

Y en esta definición hay muchos factores sociológicos.

Pero vean qué curioso: ya hay por lo menos un 30% de varones enfermeros y el colectivo sigue hablando de enfermeras. Sin embargo, mas del 50 por ciento de pediatras son mujeres, y se sigue hablando de ir al pediatra o de los pediatras...

Sería interesante recordar una serie de cosas que ustedes conocen mejor que yo. Antes, lo importante, lo único importante era la práctica. Señal de que había poco de otros conocimientos; porque me da la impresión de que allí donde lo importante es la práctica, es porque hay mas que otra cosa, un oficio que se aprende repitiendo. Sin embargo, en el ejercicio de esa práctica, hay dos conceptos que aguardan escondidos: la disciplina y la subordinación hacia el médico, especie de semidiós infalible al que se le debe respeto y admiración. De ahí, por si fuera poco partieron no pocas bromas que ha sido esas si -objeto de máxima atención. Todas la historias eran posibles, y todas giraban en torno al mismo tema: medico joven se casa con enfermera de buen ver que en un momento de agotamiento supo secarle el sudor, o la lágrima....

Se presta a la novelería. Y lo triste es que aquí sí ha tenido amplio eco. Pero obsérvese que incluso aquí, se habla de novelería y no de literatura, lo cual también implica una valoración.

¿Y por qué todo esto?

Una razón básica puede estar en el comienzo. Es verdad que al principio la enfermería estuvo ligada a lo religioso. Aquella mujer de la lámpara, como llamaban a Florence Nigthingale, que pasaba con su linterna las noches recogiendo heridos en la batalla pertenecía a otra humanidad. En nuestro mundo, cuando alguien es solidario, cuando alguien ayuda a los demás, se le perdona si es por motivos religiosos. Si no, se le plantean alrededor siempre una serie de preguntas:

- ¿Y éste qué quiere? ¿Qué busca?

¿Como se puede concebir una ayuda a los demás sin pedir nada a cambio?

Habría que hacer toda una historia de las teorías de la enfermería, como ha hecho Rosette Poletti. Me voy a ahorrar todo eso que ustedes conocen mejor que yo. Voy a apelar a ejemplos.

Partamos de la base de que quien tiene trato con la enfermería o es un enfermo o es un familiar del enfermo.

Es un primer punto a tener en cuenta.

Fuera del círculo enfermeril -y permítanme la expresión- sólo tiene trato con la enfermería o el propio enfermo o el familiar que le acompaña. Son, pues, quienes unen la profesión de ustedes con el mundo exterior....

Y tanto enfermo como familiar son elementos curiosos. El familiar que va -no quiere decir que sea el más próximo- es un individuo que se lo sabe casi todo. El enfermo acude a él porque tiene desparpajo. Si no, iría otro. Pero va él, porque se lo sabe casi todo. Es quien conoce los derechos, quien ha hablado ya en dos ocasiones con el inspector, etc... Suele ser un sujeto bajito, descarado y que se cree con derecho a todo sin conocer ni uno solo de sus deberes.

Suele, además, amenazar con conocimientos de superiores que nada tienen que ver con el problema real. Pero conoce al chofer de uno que fue ministro de no sé que. Todo falso. Pero le hace ilusión.

Bueno, ya saben ustedes.

Como, además, el familiar no tiene padecimiento alguno está muy ajeno a la situación real. Protesta, por ejemplo, porque tarda el ascensor. E incluso protesta en la cafetería porque tardan en servirle el café. Es típico que apele a que él tiene derecho y a que su dinero vale lo mismo que el de los demás.

Por si fuera poco, el enfermo que le acompaña, porque entonces se invierten los papeles, adquiere la idea de que hay que ser así. Que hay que hacer valer los derechos. Pero hay que ser de una manera especial. El primo tiene mucho carácter. Es que el primo estuvo muchos años en la gran ciudad, y claro, él sabe lo que es esto. Lo dice siempre: o pisas o te pisan.

Ni una cosa ni otra. Cuando el primo acabó con toda su parafernalia, cuando acabo con todo lo que tenía que hacer, realmente tú, enfermo, te vas a quedar solo en la habitación. Y aunque haya más gente, te vas a quedar solo.

-Hola -vas a decir.

Y hola te van a contestar los otros, pero nada más. Tú y tu problema os vais a quedar solos en esa habitación. Y el primo se va a ir a su casa a decir aquello de que si no es por mi le meten en una habitación de quince...

Es lo mismo. Ya sabes que no. Y nunca te vas a molestar en llevarle la contraria.

El estará en su casa. Y esa noche, la primera noche de tu ingreso, vas a saber de verdad lo que es la soledad. La vas a sentir. Vas a ver, más que a sentir, que sólo hay dos momentos en la vida en que la soledad es realmente soledad. El primero, ni te acuerdas. Es cuando te cortan el ombligo y estiras tus pulmones. Y después ese otro momento dramático e intenso que es la muerte. Solo ahí estás solo. Y cuando te quedas así aislado en un centro sanitario porque estás enfermo, es cuando imaginas ese momento último. Lo imaginas de formas muy distintas. Incluso dándole otros nombres....

Y justo cuando estás sumido en esos pensamientos, llega la enfermera o el enfermero. Y saluda. Y lo hace sin rutina, aunque lo parece. Si lo piensas bien, es la primera vez que la rutina te satisface. Porque es lo de siempre. Para él, para ella, es lo de siempre. No tiene nada de extraordinario, y eso empieza a ser una buena señal. Tú eres uno más, aunque tengas el apéndice inflamado. Para él, para ella, para la habitación, para la planta, para el hospital, tú eres uno más. Y eso ya te integra en el grupo.

Luego te atreves. Y dices qué lejos está el primo:

- Por favor....

- ¿Si?- te contestan....

Preguntas y te contestan. Sin traumas. Bien. Y eso llega a sorprenderte. Porque empiezas a ver el mundo en otra dimensión. Ahora -y eso es lo importante- el mundo tiene muy poco que ver con el que aparece todos los días en la televisión. El mundo, ahora, solo tiene dos o tres coordenadas que casi siempre pasan por ti. Y poco más. Solo un par de cosas ves que son importantes. Lo demás es una pura anécdota. Te das cuenta de lo lejos que está Irak o lo poco que te importa ese señor llamado George Bush o lo que vaya a pasar en Mónaco. Es cuando empiezas a darte cuenta de lo que es la enfermedad. Cuando te hablaban de que la enfermedad te hacía crecer en madurez poco podías

imaginar que era eso. Yo pienso que la madurez no se adquiere por estar enfermo. La madurez se adquiere solo cuando uno habla consigo mismo. Cuando uno se quita la palabra a sí mismo y se dice esas cosas de los grandes por qués. Que qué hago yo aquí, que qué pinto yo aquí, que para qué y por qué estamos aquí... la respuesta de cada uno es la madurez de cada uno.

Empiezas en esa habitación individual y compartida a adquirir madurez. Tú, como individuo, eres un usuario que, bueno, a veces defendiste los derechos humanos. Y entonces sabes que tienes derecho a ellos como ser humano que eres. Piensas en ellos. Y entonces es cuando alguien con cabeza -y no tu primo- debe decirte que lo importante es que esos derechos humanos se puedan ejercer en un contexto en donde el ser humano es más humano y menos ser. Es decir, en un centro sanitario. Te das cuenta de que estás disminuido. Sí, que eres el de siempre, pero el hecho de estar enfermo te da una cualidad distinta de ser. No eres el mismo. O eres el mismo, pero enfermo. El mismo pero alterado por la enfermedad.

En ese estado de cosas, los derechos humanos no te los discute nadie. Tú mismo empiezas a cuestionártelos. Porque te ves envuelto en un farrago de cosas que no entiendes. Te sientes pieza de un engranaje inmenso. Te empiezas a sentir disminuido. Y todas las teorías que estudia la enfermería son entonces válidas. Te sientes poca cosa. Le preguntas a la enfermera o al enfermero....

- Por favor... ¿A qué hora puedo llamar?

Y te lo dicen. E incluso te sorprendes de que haya respuesta. No habías pensado que allí, vestida de blanco hay una persona que tiene la misión de ayudarte, que tiene como misión estar contigo, cuidarte, ayudarte a ser tú, a sanar. Que no es ni recadero del médico ,ni vigía, ni guardián de la planta, sino un profesional que tiene como misión establecer ese puente entre la curación y tú y que pertenece a una hermosa profesión que es la enfermería.

Hace muy poco, y en un tiempo que no pude ni pensarlo, tuve que someterme a una intervención quirúrgica. Ingresé una noche en un gran hospital. O bueno, en un hospital grande. A última hora llegó el enfermero a afeitarme el abdomen. Hablamos, claro,

■ Investigación & Cuidados

de la tele. El afeitado es lento, y el abdomen está abultado por un quiste como un balón.... La charla es distendida gracias a él.

Y entonces se establece una especie de transferencia, como dicen los psiquiatras, magnífica. Ya sé que ustedes deben estudiar eso. Y que deben conseguirlo. Pero eso no lo sabía yo entonces.

Vi entonces que ustedes tienen una misión que no aparece en los libros de texto. Quizá porque esos libros están escritos por profesionales. Su misión creo que es la de que no se note que estamos en un hospital. Y sobre todo -y ese es su gran sacrificio- QUE NO NOS ACORDEMOS.

He ahí la clave.

Lo hacen ustedes tan bien, que la vida del paciente se plantea entonces a base de una fecha: antes y después de haber estado en el hospital. En esa línea divisoria van a figurar, con letras grandes, el hospital, la enfermedad, el cirujano, la planta, el número de habitación, hasta el mismísimo vecino de habitación. Pero no va a figurar el personal de enfermería.

¿Por qué?

¿Por qué esa injusticia?

Piénsenlo.

No va a estar la enfermería.

Nos vamos a acordar de todo, nos vamos a acordar de detalles mínimos, imbéciles, incluso. Pero no de cómo se llamaba aquel hombre bueno, ni cual era el nombre de aquella chica que no había ni que decirle que tenías sed porque aparecía con su jarra de agua, siempre oportuna.

De ahí parte la inmensa injusticia que la sociedad tiene con ustedes.

De que no hay memoria.

De que nadie va a recordar lo que ocurrió tras aquellas paredes del centro sanitario.

Y eso habla bien de ustedes en dos sentidos. El primero: que ustedes han cumplido correctamente con su misión. Si se hubieran equivocado, se hubiera denunciado, habría notoriedad y por tanto habrían salido de su anonimato.

No se les conoce porque cumplen. Y además, porque cumplen bien. Yo recuerdo de niño una frase que me llamó mucho la atención. Era como una norma de

comportamiento. Decía: ser para los demás como un camino que se utiliza y se olvida.

Ustedes lo hacen.

La injusticia que los medios de comunicación cometen con ustedes es la misma que comete toda la sociedad.

Los medios aquí sólo reflejan la injusticia mayor de todo el grupo.

Se les olvida.

Y se me antoja que hay una razón. Ustedes no salen a la luz pública porque tienen el inmenso privilegio de ver al hombre en su debilidad. Ustedes saben de la debilidad de los demás. Del miedo. De la angustia. De cómo se desarma cada uno en el momento en que cada uno se desarma. Por eso no tienen audiencia. Porque lo que menos se perdona en este mundo no es el poder, ni el dinero, ni la inteligencia. Lo que no se perdona nunca es que alguien sepa, conozca, vea, nuestra debilidad.

Y ustedes tienen la enorme responsabilidad de conocernos como monos desnudos. Como animales enfermos. Como niños llorosos y débiles.

Es decir, como somos.

Como hombres.

¿Como pueden pretender que además se les perdone?

El silencio de los medios de comunicación es sólo eso: una contrapartida. Y, desde luego, una injusticia.

Quizá, para terminar, haya que decir que en ese silencio está el reconocimiento a su labor. Y que al margen de otras filosofías deberíamos exigirle a la sociedad que recapacitara. Que el hombre cuanto más solo, cuanto más débil, cuanto más doloroso, cuando se le escape una lágrima, no sólo no debe avergonzarse, sino que es ahí, en ese momento, sólo ahí, cuando es más hombre.

Solo para terminar quisiera decirles que muchas gracias. Muchas gracias por haberme permitido conocer la enfermería. Muchas gracias por haberme dado la oportunidad de hablarles. Muchas gracias, en definitiva, por ser ustedes, por existir.

Se lo digo como hombre, como profesional y como paciente.

Gracias por ser enfermeros. Si no es ahora, ya se lo reconocerán. Es cuestión de tiempo. Gracias.

Cuidados básicos del niño sano y del enfermo

Autor: Roser Casassas - M. Cecília Campos- Sonia Jaimovich
Editorial: Editorial Limusa 2010

Este libro trata en forma simple y fundamentada los conocimientos básicos necesarios para el cuidado del niño, enfatizando en forma especial el fomento y la protección de la salud. La forma en que se desarrollan los contenidos y el empleo de un lenguaje sencillo, hace el libro accesible a los padres y otras personas que, en su quehacer, tienen que asumir el cuidado de niños peque-

ños. Esta edición incluye contenidos como los referidos a los conceptos referidos al cuidado y autocuidado, estimulación neurossensorial a través del masaje y el dolor en los niños.



Publicación Científica Biomédica

Cómo escribir y publicar un artículo de investigación

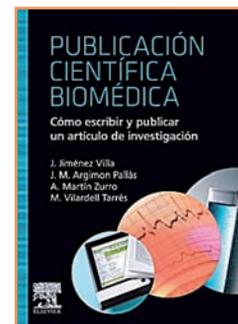
Autores: Josep M. Argimon Pallàs/ Josep Jiménez Villa/ Amando Martín Zurro/ Miquel Vilardell Tarrés.
Editorial: Editorial ELSEVIER 2010

Coordinado por 4 destacados expertos, esta obra proporciona todas las herramientas necesarias para que los profesionales interesados puedan redactar correctamente un manuscrito de acuerdo con las normas y recomendaciones reconocidas internacionalmente.

Es, por lo tanto, una herramienta útil y de interés para todos aquellos profesionales sanitarios que quieran o hayan publicado artículos científicos en revistas biomédicas, tanto de cualquier especialidad médica como de otras disciplinas relacionadas con ciencias de la salud (profesionales de enfermería, odontología, farmacia, etc.).

La obra nace como consecuencia del creciente aumento de la investigación en nuestro país y por tanto del aumento de la producción científica que se refleja como la cantidad de publicaciones científicas que los diferentes investigadores necesitan publicar, tanto en revistas de lengua española como extranjera. La obra está coordinada por cuatro grandes expertos en la materia; el Dr. Josep M^a Argimón, el Dr. Josep Jiménez, el Dr Martín Zurro y el Dr. Vilardell. Los dos primeros han dirigido y coordinado numerosas actividades tanto docentes, como profesionales sobre temas de investigación y publicaciones científicas. Actualmente dirigen el Master de Investigación en Atención Primaria de la

Universidad Autónoma de Barcelona y son autores de *Métodos de Investigación Clínica y epidemiológica* 3^a ed. publicado por Elsevier en 2004, así como de los capítulos sobre epidemiología, estadística, investigación y medicina basada en la evidencia de la 5^a ed. La obra cuenta con diferentes colaboradores (españoles y extranjeros), autoridades de reconocido prestigio en el mundo de la medicina y de la comunicación científica a nivel internacional. El objetivo principal de la obra es proporcionar todas las herramientas necesarias para que los profesionales interesados puedan redactar correctamente un manuscrito de acuerdo con las normas y recomendaciones reconocidas internacionalmente. De esa manera, se proporcionará amplia información sobre la estructura del artículo, las normas del estilo científico y acerca del propio proceso editorial. La obra es de interés para todos aquellos profesionales sanitarios que estén interesados en la publicación o hayan publicado artículos científicos en revistas biomédicas, tanto de cualquier especialidad médica como de otras disciplinas relacionadas con ciencias de la salud (profesionales de enfermería, odontología, farmacia, etc.).



IV JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha: 10 y 11 marzo de 2011

Lugar: Hotel Ayre Astoria Palace. Valencia

Información: Tfno.: 902 19 08 48

Fax: 902 19 08 50

www.4enfermeriacuidadospaliativos.com

sanicongress@4enfermeriacuidadospaliativos.com



XV JORNADAS NACIONALES DE NUTRICION PRACTICA / VII CONGRESO INTERNACIONAL NUTRICION, ALIMENTACION Y DIETETICA

Fecha: 30 y 31 marzo y 1 abril 2011

Lugar: Facultad Medicina Universidad Complutense Madrid

Información: Tfno: 91 577 90 65

congreso.nutricion@sprim.com

www.nutricionpractica.org

1as. JORNADAS NACIONALES DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DEL TRABAJO (FEDEET)

Fecha: 7 y 8 abril de 2011

Lugar: Hotel Avenida Palace. Barcelona

Información: www.fedeet.es

jornada@fedeet.es

XV JORNADAS NACIONALES NUTRICIÓN PRÁCTICA

Fecha: 12 y 13 de abril de 2011

Lugar: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Información: Tfno: 91 577 90 65; fax: 91 577 49 69

www.nutricionpractica.org

inscripciones.jornadas@sprim.com

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Fecha: 13, 14 y 15 de abril de 2011

Lugar: Palacio de Ferias y Congresos de Tarragona

Información: www.anesm.net

32º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Fecha: 4, 5 y 6 de mayo de 2011

Lugar: A Coruña

Información: Tfno. 981 21 64 16; fax. 981217542

congrega@congrega.es

www.enfermeriaencardiologia.com

www.congrega.es

VII CONGRESO NACIONAL FAECAP / II CONGRESO REGIONAL SEAPREMUR DE ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fecha: 11, 12 y 13 de mayo de 2011

Lugar: Auditorio y Palacio Congresos "Víctor Villegas", Murcia

Información: Tfno: 968 27 23 90 - fax: 968 24 97 21

congresosmurcia@viajeseci.es

www.congresoenfermeriafaecap.com



Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de Enfermería
de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en www.portalcecova.es

www.enfermeriadeurgencias.com

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

Como Sociedad Científica entre sus objetivos está impulsar a la Enfermería hacia un mejor conocimiento y valoración de las situaciones críticas, la actuación en desastres, la adopción de actitudes asistenciales de urgencia - técnicas y medicamentosas-, y su mantenimiento, la docencia y la investigación, rehabilitación de los pacientes, y en general, cuanto pueda mejorar la capacidad asistencial de la Enfermería en beneficio de los pacientes.

En esta web cabe destacar la multitud de interesantes enlaces con otras sociedades científicas, pero resalta el apartado de capa-



citación con acceso al programa de cursos que se ofertan desde esta sociedad.

Cuenta con una exhaustiva agenda de eventos relacionados con la profesión, así como con un completo apartado de documentación de consulta de procesos relacionados con el área de Urgencias.

Resalta la edición on-line de la "ciber" revista de la sociedad con gran cantidad de números editados, y un apartado de actualidad y noticias.

Sin duda una página con amplia información que nos acerca de manera clara y sencilla al mundo de las urgencias y emergencias.

<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>

Biblioteca Virtual en Salud

La BVS es una red de gestión de la información, intercambio de conocimiento y evidencia científica en salud, que se establece por medio de la cooperación entre instituciones y profesionales en la producción, intermediación y uso de las fuentes de información científica en salud, en acceso abierto y universal en la Web.

La red BVS está en constante desarrollo y renovación de sus metodologías y aplicativos, siempre orientados a fortalecer sus principios conceptuales fundamentales. En este sentido, se hace necesaria la síntesis periódica de su estado de desarrollo con el objetivo de situar y avanzar en dirección a los nuevos niveles de operación y eculización de todas las instancias geográficas, temáticas, institucionales y biográficas que constituyen la Biblioteca Virtual en Salud.

Desde esta pagina Web podemos realizar búsqueda vía descriptors DeCS/MeSH

- Fuentes de información
- Búsqueda Bibliográfica



Ciencias de la Salud en General
 _LILACS, IBECS, MEDLINE,
 La Biblioteca Cochrane, SciELO
 Portal de Evidencias
 Revisiones Sistemáticas,
 Ensayos Clínicos, Sumarios de la
 Evidencia, Evaluaciones
 _Económicas en Salud, Evaluaciones
 de Tecnologías en Salud, Diretrices
 para la Práctica Clínica
 Áreas Especializadas
 _BIOETICA, CidSaúde,
 DESASTRES, HISA, HOMEIN-
 DEX, LEYES, MEDCARIB, REPI-

DISCA

Organismos Internacionales
 PAHO, WHOLIS
 _LIS- Localizador de Información en Salud
 _DeCS- Terminología en salud
 Acceso a documentos
 SCAD- Servicio Cooperativo de Acceso a Documentos,
 Catálogo de revistas científicas

En la misma página podemos encontrar de reciente publicación la Guía 2011 de BVS.

Professional BS

Cuenta Expansión

OFERTA PARA:



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA

«Quiero **cero comisiones**
y todas las ventajas
con mi nómina»

¿Quiere tener **una cuenta con cero comisiones** de administración y de mantenimiento? ¿Y **tarjetas** de crédito y débito **gratis**? ¿Y **reintegros gratis** con tarjeta de débito en los cajeros ServiRed* (en disposiciones por un importe igual o superior a 60 euros)? ¿Quiere que **le devuelvan el 3% de sus recibos** de gas, luz, teléfono móvil e Internet, con un máximo de 20 euros al mes?

Así, la **Cuenta Expansión** es la respuesta.

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo**.



Memoria USB
de 8 Gb

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es**.

SOLO PARA PROFESIONALES

* Para un importe inferior, se cobrarán 0,60 euros. En cajeros de las marcas con las que opera Banco Sabadell, reintegros gratis para cualquier importe.

Oferta válida para nóminas superiores a 700 euros y domiciliadas por primera vez en las entidades del grupo Banco Sabadell a partir del 1 de mayo de 2010.

