

Contenidos

Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud

Diagnósticos enfermeros en personas cuidadoras de mayores dependientes

El estilo de vida mediterráneo disminuye la prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT

A propósito de un caso: hematemesis y lactancia materna

Tengo diabetes. ¿Quién cuida de mí en la escuela?

Somatización en la baja autoestima crónica

AEC

www.enfermeriacomunitaria.org



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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

902 22 01 02

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

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual

	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-574

COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

COMITÉ EDITORIAL

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

COMITÉ ASESOR

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



Sumario • Summary

Vol. 5 - nº 2 julio-diciembre 2012

Editorial

- Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Punto de inflexión 4
José Ramón Martínez Riera

Firma invitada

- Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud .. 5
José Luis Medina Moya

Originales

- Diagnósticos enfermeros en personas cuidadoras de mayores dependientes
Nursing diagnoses in caregivers of dependent elderly 10
Natalia Serrano Ortega, José Luis Gutiérrez-Sequera
- El estilo de vida mediterráneo disminuye la prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT
The mediterranean lifestyle decrease the prevalence of obesity: baseline of the EVIDENT descriptive study 17
Rubén Colominas Garrido
- A propósito de un caso: hematemesis y lactancia materna
Presentation of a case: hematemesis and breastfeeding 27
Felipe José Salguero Matamoros, Ana Magdalena Vargas Martínez, Ana Isabel Rivera Blanco, María Teresa Muñoz de la Montaña
- Tengo diabetes. ¿Quién cuida de mí en la escuela?
I have diabetes. Who takes care of me in school? 32
Alexandra Martínez Gómez, Raquel García González, Elena Arranz Calle, María del Carmen García Casado, Manuel Comellas Nicolás

A propósito de un caso

- Somatización en la baja autoestima crónica
Somatization due to chronic low self-esteem 35
María Viera Molina

Noticias RIdeC

- Congreso de la asociación de enfermería comunitaria 2012. Conclusiones de las mesas 40
Congreso de la asociación de enfermería comunitaria 2012. Conclusiones de los Foros 42

Editorial

Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Punto de inflexión

Después del esfuerzo que supone organizar y desarrollar un congreso internacional, siempre suelen quedar sensaciones y/o sentimientos que pueden resultar contradictorios. Sin embargo, la celebración del II Congreso Internacional y VIII Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha conseguido, en aquéllos que de una u otra manera han participado en él, un consenso de satisfacción.

El proyecto no era sencillo. No lo es nunca la organización de un evento científico. Sin embargo, en esta ocasión aun más si cabe, se trataba de buscar respuestas, analizar propuestas, debatir posturas, reflexionar sobre acciones, etc., en un momento de especial relevancia para el futuro de la Enfermería Comunitaria.

La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria incorporada ya en la mayoría de las Comunidades Autónomas planteaba dudas, incertidumbres, interrogantes, etc., pero también ilusiones, motivación, implicación y, por qué no, esperanza.

El congreso, junto al I Encuentro de Tutores y Residentes de la Especialidad, se presentaba pues como un importantísimo reto para fijar posturas, generar estrategias y formular alternativas de futuro y no defraudó. El trabajo incesante y permanente durante meses de muchas/os socias/os de la AEC logró una puesta en escena magnífica, pero también un guión y unos actores fantásticos que dieron cumplida cuenta al argumento que se les proponía. Por su parte, el público asistente lo fue como espectador de excepción, pero también como parte activa en el desarrollo del evento. La participación, a través de comunicaciones orales o póster, en talleres y foros o la interacción con ponentes, facilitó la construcción conjunta de conclusiones.

Además, y por primera vez, se contó con la participación directa, activa y dinámica de las/os primeras/os residentes de la especialidad. Su juventud, motivación y enormes ganas de avanzar, lograron contagiar a todas/os en la labor de construcción de un proyecto tan importante como necesario.

Quedaron en el aire dudas e interrogantes por responder, pero con la sensación de que existen las fuerzas, las ganas, el tesón y el conocimiento necesarios para poder despejar unas y responder otros.

Este congreso, me atrevo a decir sin miedo a equivocarme, supone un punto de inflexión y de partida para el que puede y debe ser un futuro de avance en la Enfermería Comunitaria.

El clima de unidad fue otra de las características permanentemente presente en todas las actividades desarrolladas, sin que ello supusiese ausencia de debate, contraste de pareceres y posiciones encontradas. Todo ello contribuyó a la riqueza de las reflexiones, el valor de los análisis y el rigor de las propuestas, como garantías inequívocas del valor científico alcanzado en el esfuerzo común de un mismo objetivo, la Enfermería Comunitaria.

Desde la AEC queremos trasladar nuestro más sincero agradecimiento a cuantos han permitido con su trabajo, participación y/o compromiso que este congreso haya logrado los niveles de calidad alcanzados.

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

Firma invitada

Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud

José Luis Medina Moya
Universitat de Barcelona

Dirección de contacto: Facultad de Pedagogía
Campus Vall d'Hebron, 171. Edificio Levante, 2ª planta, despacho 248.
08035 Barcelona.

E-mail: josep.lluis.medina@doc.ds.ub.es

"Educar es algo más que una responsabilidad, es una prueba: la del aprendizaje de la ceguera y su reconocimiento",
Chantal Maillard

"Todos en mayor o menor medida queremos hacer algo de alguien, pero no siempre entendemos demasiado bien cómo es que el algo y el alguien no son exactamente lo mismo e ignoramos que esa confusión nos condena, pese a toda la voluntad que queramos desplegar, al fracaso",
Philippe Mirieu

Introducción

No puedo empezar este escrito de otra manera que no sea mostrando mi agradecimiento al comité editorial de RlDEC por esta invitación, de la que me siento muy honrado.

En este breve ensayo me voy a centrar en el apasionante tema de la razón y la razonabilidad de las cuestiones que pensamos y de las cosas que hacemos cuando decimos que hacemos Educación para la Salud (EpS). Un tema ya venerable y que todavía no está resuelto: la problemática de cómo transformar en los saberes científicos que transmite la EpS en prácticas de vida -de autocuidado-.

Estas reflexiones pretenden ser una invitación a un apasionante trayecto intelectual en la búsqueda de nuevos significados y de sentidos innovadores para las actividades de la EpS. Se trata de acceder a otras lógicas y formas conceptuales que nos ofrezcan una mirada que vaya más allá de los márgenes de las "maquinarias" institucionales y profesiona-

les que nos aprisionan y que nos permita ver a través de sus grietas. Y esta búsqueda es de suma importancia porque, como muy bien nos recordaba el recientemente desaparecido Ralf Dahrendorf (2009), una de las características de las grandes ideas que han determinado los períodos históricos es el hecho de que provienen de los márgenes de las ortodoxias dominantes. Cuando se acuñan y publican por primera vez, suelen parecer irrelevantes y en todo caso fuera de sintonía con el espíritu de sus tiempos. Sin embargo, a largo plazo son siempre esas ideas las que sirven para modular nuestras vidas. Así pues, hoy más que nunca se hace necesario recuperar un pensamiento problemático y crítico que nos permita ir más allá de lo que se nos ha presentado como conocimiento lícito y verdadero, a veces de forma arrogante como "pensamiento único".

Sin embargo, ¿no va en contra de los tiempos afirmar que algunas de las actuales prácticas de EpS son problemáticas? ¿Por qué deberíamos aceptar como problemáticas nues-

tras comprensiones e ideas acerca de la realidad y del oficio de enseñar prácticas saludables de vida? Y, en todo caso, ¿qué significaría esa aceptación en términos de los saberes requeridos para el ejercicio de la EpS? A continuación trataré de hilvanar algunas respuestas a estas importantes cuestiones.

La EPS un intersticio de saberes, sujetos y prácticas

Las relaciones entre la educación y la salud son ancestrales. Desde muy lejos esta relación se ha prodigado sobre todo en los espacios y momentos de la intervención concreta educativa y sanitaria en instituciones como la escuela, el hospital o los centros de salud más que en los espacios y momentos de la elaboración teórica de las disciplinas Foucault (1990).

En la práctica, ésta es una relación obvia en el sentido que desde siempre o como mínimo desde la Ilustración se acepta el aserto que considera imprescindible una buena educación para alcanzar una vida saludable. En la práctica también esta relación ha sido por lo general jerárquica situándose las disciplinas sanitarias por encima, en tanto que ciencias reconocidas, de la Pedagogía, a la cual el estatuto de cientificidad no le ha sido reconocido del todo.

Una reflexión sobre la historia de las relaciones entre los saberes sanitarios y pedagógicos resultaría de gran utilidad para iluminar el proceso de comprensión de ese campo interdisciplinar que es la EpS. No es éste el lugar para semejante empresa pero sí que debe señalarse la importancia del reconocimiento de esa historia para comprender mejor de qué estamos hablando cuando afirmamos la "interdisciplinariedad" de la EpS. En mi opinión, esa palabra, ese concepto, esa práctica está todavía más influenciados por la vieja y obsoleta consideración jerárquica del orden entre las diversas disciplinas que en ella concurren que por un reconocimiento de la importancia de la relación entre ellas. Concretamente, cuando se habla de interdisciplinariedad se está intentando delimitar un espacio propio disciplinar y una asignación de competencias más que pensar en la complejidad de los fenómenos humanos y su necesario abordaje interdisciplinar.

La evolución histórica de las disciplinas sanitarias y pedagógicas que fundamentan las actuales prácticas de EpS presenta ciertos paralelismos. En primer lugar, esas disciplinas son definidas como un conjunto de saberes y prácticas que responden a ciertos mandatos sociales, de una manera genérica al bienestar social (Foucault, 1986). Ahora bien, esta búsqueda del bienestar impone a esas disciplinas unas expectativas utópicas; son utópicas en el sentido de que se hallan en franca contradicción con la realidad en la que sus prácticas se llevan a cabo. Así vemos cómo hoy en día la educación pretende formar ciudadanos solidarios e independientes sin discriminación de raza, género o clase social y la salud se entiende como un estado completo de bienes-

tar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). Sin embargo, estas titánicas tareas se producen en un contexto insolidario, competitivo, excluyente, contaminado y productor de enfermedad, oficios ambos respetables e inseparables de los contextos deseducativos y patologizantes en los que muchas veces se producen.

Estas reflexiones pueden servir para resituarnos y repensar nuestra práctica como educadores/as de salud. Una tarea de esa índole nos enfrenta con un serio dilema: nuestro deseo de implicación personal frente a las dificultades objetivas que experimentamos en nuestra práctica y que en ocasiones percibimos como inevitables. Ese dilema puede hacernos caer en actitudes omnipotentes que simplifican las situaciones humanas propias de la EpS o al contrario en una práctica que dimite y se abandona a la rutina fruto de la sensación de hastío e inutilidad de una tarea pocas veces recompensada con el éxito inmediato de su esfuerzo. Estas actitudes, a veces transformadas en mecanismo de defensa, solo pueden evitarse con el aprendizaje cotidiano de la importancia de nuestra actividad. Importancia relativa al reconocimiento que le demos al papel de las otras personas implicadas: los usuarios. Sencillamente con el reconocimiento realista del coprotagonismo que implica toda acción educativa basada en una relación interpersonal.

Ahora bien, ¿qué competencias y herramientas podemos usar para desarrollar una EpS que tenga en cuenta lo dicho hasta ahora? En lo que sigue trataré de ofrecer algunas sugerencias orientadas al desarrollo de práctica educativa en la que los usuarios antes que objetos sean considerados sujetos protagonistas de su proceso de salud, de vida.

Imágenes del otro: la necesidad de un cambio en la mirada de la EpS

A poco que se analice es fácil constatar como en el imaginario colectivo de un buen número de profesionales de la salud existe una imagen errónea de la EpS que se caracteriza por una relación desigual entre los profesionales que por definición "saben" y los individuos a los que hay que educar que por definición "no saben" (Bartoli, 2000).

Esta imagen propiciada por un contexto en el que impera "la cultura de los expertos" (Barnes, 1986) es poco favorecedora para el desarrollo de prácticas de EpS verdaderamente autonomizantes y emancipadoras. Sería razonable y eficaz entender la EpS como una intervención social que intenta ayudar a los usuarios a cambiar de manera consciente y duradera sus comportamientos en relación a la salud y que exige el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y de su mundo subjetivo.

De esta idea podemos inferir ya dos afirmaciones en las que se sustentarían unas prácticas de EpS verdaderamente educativas. En primer lugar que los destinatarios no son meros y simples receptores pasivos de información o prescripción,

sino que son sujetos activos en la relación educativa; y en segundo lugar, que la EpS no es una simple transmisión de consejos y procedimientos respecto a la salud, conocimientos todos ellos neutrales, sino que es una intervención en la cultura de los individuos porque incide en sus conocimientos, valores y comportamientos.

Es de un racionalismo abstracto pensar que la validez científica y de la información que transmite la EpS garantiza la modificación de las pautas de salud de los individuos. En primer lugar, porque ningún saber científico se ha elaborado con pretensiones pedagógicas, pero sobre todo porque como Durkheim (1974) nos enseñó la autoridad de un saber no depende únicamente de su valor objetivo. No es suficiente que sean objetivos y verdaderos para que se crea en ellos. Si no se armonizan con el imaginario social, serán rechazados y, por tanto, inexistentes para la comunidad. Ilustraré esta idea con un ejemplo. "*Antropología Estructural*", Levi-Strauss (1965) demostró la enorme eficacia simbólica de determinados rituales mágico-terapéuticos. Es el caso de las prácticas de los chamanes "Cuna" de Panamá ante los partos difíciles. El chamán a través de la palabra y tomando como marco de referencia las creencias compartidas por los Cuna, ubica, guía y reconstruye el sentido de las sensaciones que la parturienta está experimentando y que al hacer referencia a un mundo de representaciones por ella conocida la ayudan a ordenar y controlar su sufrimiento, padecer que al dotarse de un sentido ofrece a la mujer la capacidad de visualizar y organizar los procesos por los que su cuerpo está atravesando. Esa letanía o recitado mítico constituye un elemento terapéutico de primer orden porque se conecta significativamente con los constructos culturales que las mujeres Cuna manejan. Es a esa significatividad subjetiva a la que debería mostrarse sensible la EpS, pues sin su conocimiento podemos hacer muchas cosas "sobre" el otro menos educarle.

Ese racionalismo descontextualizante también está alimentado por la hegemonía del modelo biomédico que nos lleva a reducir el "enfermar" a la patología, confundir los conceptos de patología con el enfermar (Galimberti, 1996). El enfermar hace referencia a la experiencia o vivencia única e irrepetible que una persona tiene como consecuencia de un trastorno orgánico. La patología se refiere al trastorno en sí mismo. Si la patología como fenómeno puede abstraerse de su entorno social, es imposible desligar su vivencia del marco cultural en el que se inserta la persona. Por ejemplo, un estudio realizado por un equipo de antropólogos de la salud sobre un grupo de personas diagnosticadas por la reumatología de artritis reumatoide en el que se trataba de analizar y comprender los procesos socioculturales por medio de los cuales las personas construían y encarnaban el padecimiento (Devillard, Otegui y García, 1991). Una de las conclusiones más sugerentes fue las diferencias en las peticiones en relación a los tratamientos paliativos del dolor. Lo interesante es que esas diferencias no estaban directa-

mente relacionadas con el grado de afectación ya que, según los reumatólogos que los asistían, todos tenían el mismo grado de afectación: léase el mismo diagnóstico. Esas distinciones tenían más que ver con cuestiones socioculturales (el sentido que para cada sujeto tenía su propio padecer) que con la afectación músculo-esquelética objetivada en el diagnóstico. Se observó que la mayor demanda de tratamiento analgésico, independientemente de sus efectos secundarios, se daba entre aquellas personas que debían responder a exigencias sociolaborales inmediatas: amas de casa con hijos en las que la aparición del dolor (ya el cotidiano, ya el agudo) ponía en situación de emergencia, no solo a su cuerpo, sino a la marcha de las relaciones domésticas. Por el contrario, en aquellas personas en las que por sus circunstancias sociolaborales se podía rearticular un proceso de autocuidado (vendas, masajes), el tratamiento con corticoides quedaba exclusivamente reservado a los momentos de las crisis agudas. Otro aspecto que influía en la utilización diferencial de fármacos en personas con el mismo diagnóstico era las distintas formas en que la identidad de los sujetos era reconstruida en el contexto de una enfermedad crónica e invalidante. La resignificación que se hacía del concepto de persona desde la experiencia de convivir con la artritis (valerse, moverse, autoimagen) influía de manera determinante en la demanda de tratamientos. De este modo en ocasiones se prefería la convivencia del dolor ya articulado en un nuevo sentido de identidad que los tratamientos quirúrgicos que incluso resolviendo el dolor en la articulación afectada imponía un nivel de inmovilidad que estaba en contradicción con esa nueva subjetividad construida.

Lo que estos ejemplos sugieren es que la EpS es una actividad que se caracteriza por la confrontación entre los saberes sanitarios y los profanos a través de la cual los procedimientos y objetivos de la intervención educativa se redefinen constantemente debido a los procesos de transacción y negociación de los sujetos implicados.

La naturaleza social de la salud y la importancia de ese reconocimiento por parte de los profesionales de la salud

La sensibilidad fenomenológica que debería teñir cualquier práctica de EpS se deriva de la crítica a la pretendida universalidad, ahistoricidad, objetividad y neutralidad del saber sanitario. Hoy en día, gracias a la Antropología Cultural, se acepta que las ideas y nociones existentes acerca de los fenómenos de salud y enfermedad son construcciones sociales antes que descripciones objetivas de realidades externas e independientes de las personas. Por esta razón es prácticamente imposible (y quizás innecesario) llegar a una definición unánime de salud o de enfermedad. No puede existir una definición universal de los supuestos teóricos y empíricos que denotan la salud porque tal concepción está

determinada por múltiples factores, que lejos de ser consustanciales al ser humano, son, en realidad, constructos sociales y culturales, que adquirimos inadvertidamente del contexto en el que vivimos durante el proceso de socialización. Ideas aparentemente tan desligadas de la salud como son la autoimagen, la imagen que se tiene del propio grupo y su relación con otros grupos, el lenguaje o la idea que se tenga acerca del ser humano son de capital importancia a la hora de valorarla. Estos conceptos junto con muchos otros se transmiten durante el proceso de enculturación o socialización: un proceso inconsciente de transmisión y asimilación y que condiciona nuestra percepción y construcción del mundo que nos rodea.

Este proceso lleva pareja la tendencia a definir nuestras ideas, valores y actitudes como las únicas posibles, naturales y las mejores ignorando o menospreciado las de otros grupos, es decir, una postura etnocéntrica cuyas intervenciones suelen deparar resultados poco deseables. Por ejemplo, en las regiones andinas existe una forma comunitaria de trabajo denominada "la minga". Se trata de una forma colaborativa en la que los miembros de la comunidad abandonan sus tareas habituales para dedicarse a un trabajo de interés comunitario: una escuela, un camino, el "raleo de la ahípa" (eliminar flores para que crezca el tubérculo). No se recurre a organismos oficiales y es una actividad no remunerada con dinero. La minga es una fiesta, en ella, a través de la creación del objeto, la comunidad se consolida, fortalece sus vínculos y se re-crea. Lo que para un observador externo no serían sino "pobres indios" (detectan todos los indicadores occidentales de pobreza) no carecen de nada pues saben, quieren y pueden poner los medios para satisfacer la carencia que ellos mismos identificaron. Una bienintencionada y voluntariosa ONG eligió un valle ecuatoriano para experimentar algunas nuevas técnicas en su lucha contra la pobreza y la búsqueda del desarrollo comunitario con el fin de ayudar a esos pobres indios que trabajaban todo el día sin descanso y sin salario. Repartió un salario de manera "gratuita" a todos aquéllos que participaron en la minga. Evidentemente los indios identificaron el salario como pago por su labor (ya no co-laboración). Cuando esa generosa ayuda se dejó de prestar ningún indio quiso ya volver a ninguna minga en la que no hubiera salario. La escuela quedó sin acabar, la miseria y la esclavitud al salario se impusieron donde antes reinaba una sabia y ancestral estructura comunal solidaria.

La indeseabilidad de miradas objetivas en la EpS

Como ya se va vislumbrando existe una elevada variabilidad en las formas de gestar y pensar la condición de bienestar y malestar que se añaden a la gran heterogeneidad en los recursos materiales y sociales que condicionan las experiencias de salud y enfermedad de los individuos. Esa pluralidad económica, social y cultural, esa diversidad de trayectorias

personales de estilos de vida, de necesidades, aspiraciones y deseos, es el marco concreto dentro del cual se lleva a cabo la EpS y a la luz del que tienen sentido las prácticas de los individuos.

Una consecuencia importante de esta idea es la existencia de una subcultura profesional (la de la salud) que distingue al profesional del profano, pero advirtiendo que aquél es depositario también de una subcultura profana como miembro de su comunidad social. Su trabajo por mucho que esté fundado sólidamente en su saber profesional, estará también, en mayor o menor medida afectado por las actitudes, prejuicios, opiniones e ideología del grupo social al que pertenece y que poco tienen que ver con su saber científico. Temas como el aborto, la eutanasia, la sexualidad o el placer, están condicionados por opiniones que no proceden exclusivamente del ámbito científico-técnico.

Frecuentemente los profesionales de la salud piensan que los usuarios poseen una imagen de los servicios de salud que no se limita a reflejar las cualidades objetivas del sistema de prestaciones sino que condensa una serie de experiencias diversas entre sí. Sin embargo, es de rigor reconocer que el personal sanitario, por su parte, tiene una imagen de la población que no coincide tampoco con una descripción objetiva en términos estadísticos o epidemiológicos, imagen condicionada por factores de clase social, culturales y económicos que incide en el tipo de relaciones y servicios que los profesionales prestan.

No se trata de aseptizar la relación educativa entre los profesionales y los destinatarios de la EpS eliminando de ella todos estos aspectos simbólicos e interpretativos de naturaleza no técnica, sino de desarrollar en los profesionales sanitarios una sensibilidad pedagógica y antropológica que les permita reconocer el carácter no neutral de su intervención y aceptar la gran influencia de los marcos culturales en las prácticas de vida de las personas a las que asisten.

A modo de conclusión: para una EpS que ayude al otro a transformar los saberes científico-sanitarios en prácticas de vida

A partir de las ideas expuestas hasta aquí puede afirmarse que los modelos de autocuidado con los que los individuos gestionan su salud constituyen una realidad compleja y densa que el educador debe conocer para no caer en el fracaso. De aquí se deriva una de las premisas más importantes de la EpS: todas las modalidades con las que las personas defienden o arriesgan su propia salud o afrontan la enfermedad tienen un sentido o motivo para ellas, incluso aquéllas consideradas como irracionales para el saber científico biomédico. Se trata de una actitud profesional que no es obvia y que, por tanto, no es fácil de llevar a la práctica ya que implica entender que solo la investigación y descubrimiento de ese conglomerado de significados utili-

zados por los individuos facilitará al educador la negociación con ellos del significado de su propia intervención. Dentro de esta mirada procesual y dialógica la EpS podría adoptar los siguientes principios pedagógicos:

- La consideración de las personas que aprende acerca de su salud como "sujeto" y no como "objeto". Ella es la protagonista activa de su propio aprendizaje.
- La consideración del proceso de EpS como bidireccional, horizontal y liberador desarrollando métodos formativos que posibiliten la emergencia de estructuras de diálogo libres de dominación y el control compartido del proceso formativo.
- El necesario conocimiento de las condiciones materiales y contextuales que otorgan sentido a las prácticas educativo-sanitarias de las personas a las que nos dirigimos y a las nuestras. "Lo social" entendido como algo más complejo que el simple ambiente físico: las estructuras sociales, económicas y políticas que influyen en las prácticas educativas de las personas.
- La construcción de aprendizajes significativos basados en los intereses, motivaciones y contextos experienciales de las personas destinatarias de la EpS.

Podemos sintetizar todo lo dicho hasta aquí en un ejemplo cualquiera basado en la relación pedagógica que se establece en cualquier momento de la EpS. Si enfocamos la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios desde un punto de vista educativo, partimos del supuesto que aquéllos son depositarios de un saber que han de transmitir a la comunidad de modo que este saber se convierta en una práctica de autocuidado. Desde un punto de vista pedagógico no sería suficiente con una transmisión unidireccional acerca de, por ejemplo, pautas alimentarias o prevención de enfermedades de transmisión sexual por más que estas informaciones representasen los últimos avances en el campo. Desde un punto de vista pedagógico no sería suficiente porque hacer esto supondría que el profesional de la salud basa la eficacia de su acción en cierta omnipotencia de su saber olvidando que ese saber no está originalmente pensado para ser transmitido y que solo se convertirá en práctica real y efectiva a través de la persona a la que se dirige y, por tanto, de la consideración de la misma como protagonista de su propio aprendizaje. Tampoco sería suficiente con que el usuario aplicase irreflexivamente esos consejos escuchados porque sería necesario que adquirie-

se, además, ciertas nociones del porqué de su comportamiento, de cómo se produce un proceso de autocuidado y sobre todo el suyo.

Esa reproducción mecánica, tiene, por otra parte, un efecto perjudicial para la persona a la que se dirige la EpS que no es otro que la dependencia y el alejamiento de la autonomía, que se produce cuando el profesional instruye y no educa y que está basado en la consideración del saber sobre la salud como patrimonio exclusivo de los profesionales constituyéndose entonces en un saber que produce relaciones de poder. Sencillamente toda acción basada en la omnipotencia del saber del profesional está fundamentada y reproduce la ignorancia y la dependencia del usuario.

Ésta es una EpS fundamentada en el mito del profesional como "experto infalible". Una enseñanza que está totalmente determinada por la visión previa del profesional y centrada en la reproducción de su conocimiento por parte del usuario. Una concepción que carece de la flexibilidad y de la sensibilidad necesarias para adaptar su conocimiento a las singulares características de la situación; poco permeable a las perspectivas que los usuarios pueden tener sobre su propia salud y poco proclive al examen de sus propios prejuicios.

Bibliografía

- Barnes B. Sobre ciencia. Barcelona: Labor; 1987.
- Bartoli P. Antropología en la Educación Sanitaria. Trabajo Social y Salud 2000; 35: 173-181.
- Devillard M, Otegui R, García P. La voz callada: análisis antropológico social de los enfermos de artritis reumatoide. Madrid: Comunidad de Madrid; 1991.
- Dharendorf R. La libertad a prueba: los intelectuales frente a la tentación totalitaria. Madrid: Trotta; 2009.
- Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Madrid: Morata; 1974.
- Foucault M. Vigilar y Castigar. 5ª ed. Madrid: Siglo XXI; 1986.
- Foucault M. Historia de la medicalización. En: Varela J, Uría F (eds.). La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Sao Paulo: Conferencia pronunciada en 1974 en el curso de medicina social. Madrid: La Piqueta; 1990. p. 121-152.
- Galimberti U. La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. Archuipiologo 1996; 25: 11-14.
- Levi-Strauss C. Antropología Estructural. Madrid: Paidós; 1965.

Diagnósticos enfermeros en personas cuidadoras de mayores dependientes

Natalia Serrano Ortega
José Luis Gutiérrez-Sequera

Enfermera/o del Distrito Sanitario Guadalquivir (Córdoba).

Dirección de contacto:
Distrito Sanitario Guadalquivir,
Avenida de los Agujones, s/n (esquina huerta del
recuero). 14011 Córdoba.

E-mail:
nataliaserrano@hotmail.com

Resumen

La figura de la cuidadora familiar como proveedor principal de cuidados ha sido descrita en numerosos estudios. Mediante el presente trabajo, se pretende analizar la situación de salud de estas personas, a través del análisis de diagnósticos enfermeros.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de los diagnósticos que más evidencian deterioro de la salud.
- Identificar variables relacionadas con los siguientes diagnósticos: cansancio en el rol de cuidador y afrontamiento familiar comprometido.

Material y métodos: se escoge una muestra de 151 pacientes y se seleccionan variables sociodemográficas, tiempo como cuidadora y diagnósticos enfermeros. Se realizan auditorías de historias clínicas, usando medidas de tendencia central y dispersión para el primero de los objetivos, así como pruebas *chi* cuadrado y regresión logística para el segundo de ellos.

Resultados: el cansancio en el rol del cuidador fue el diagnóstico más prevalente, 51,5% (43,3–59,9). Se encontró asociación estadística entre dicho diagnóstico y el parentesco (otros frente a hijos). No se halló asociación significativa entre el afrontamiento familiar comprometido y el resto de variables.

Conclusiones: los resultados encontrados refuerzan estudios similares que relacionan un mayor riesgo de cansancio del rol del cuidador cuando el parentesco es distinto a hijo/a.

Palabras clave: cuidadora familiar; diagnósticos enfermeros; cansancio; cuidador principal.

Abstract

Nursing diagnoses in caregivers of dependent elderly

The figure of the family caregiver as primary care provider has been described in numerous studies. Through this work we analyze the health situation of these people, through the analysis of nursing diagnoses.

Objectives:

- To determine the prevalence of diagnoses which best show deterioration of health.
- To identify variables associated with the following diagnoses: tiredness in the role of caregiver and committed family coping

Material and methods: we chose a sample of 151 patients and selected socio-demographic variables, time as caregivers and nursing diagnoses. Audits of medical records were conducted, using measures of central tendency and dispersion for the first goal, and chi square and logistic regression for the second one.

Results: tiredness in the role of caregiver was the most prevalent diagnosis, 51,5% (43,3 to 59,9). A statistical association between the diagnosis and the degree on kinship (other versus children) was found. There was no significant association between committed family coping and the other variables.

Conclusions: these results reinforce similar studies linking an increased risk of fatigue of the role of caregiver when the kinship is different from son/daughter.

Key words: family caregiver; nursing diagnoses; tiredness; primary caregiver.

Introducción

El interés por el cuidado informal de personas mayores dependientes ha ido creciendo en los últimos años debido esencialmente al aumento de la demanda de cuidados, la progresiva disminución de disponibilidad de cuidadores informales y la reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos, con énfasis en la desinstitucionalización de los pacientes (1).

Los estudios realizados en España confirman que la familia es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de las personas que los necesitan (2).

Aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia quienes atienden al familiar dependiente, lo cierto es que la mayoría de las veces el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador principal (3).

Diversas investigaciones confirman consistentemente que cuidar, en el entorno familiar es predominantemente "cosa de mujeres". Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado; existen diferencias que indican que, también en el sistema informal, desigualdad de género y de clase social constituyen ejes entrelazados (2). Y es que el cuidado afecta, y mucho, en el desarrollo de la vida normal de las personas cuidadoras, presentando cierta vulnerabilidad y predisposición a desarrollar, problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos (1).

Teniendo en cuenta todo lo referido se planteó el presente trabajo, el cual está basado en el diagnóstico enfermero como forma de medir el nivel de salud de las personas cuidadoras y la importancia de analizar posibles factores de riesgo de dichos diagnósticos como base para la prevención.

Por tanto, la utilización de los distintos diagnósticos enfermeros, permite predecir el nivel de malestar físico y emocional de las personas cuidadoras, así como ayudar a poder planificar mejor los servicios y el apoyo a estas personas cuando lo necesiten, a poder ayudarles en un mejor afrontamiento de las dificultades y a tratar de prevenir la aparición de problemas serios de salud.

Los objetivos de este estudio son dos: en primer lugar, determinar la prevalencia en personas cuidadoras de grandes discapacitados de los siguientes diagnósticos enfermeros: conductas generadoras de salud, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño, riesgo de caídas, conocimientos deficientes y afrontamiento familiar comprometido (se decide analizar estos diagnósticos en concreto y no otros como indicadores del estado de salud porque son los más prevalentes en la historia clínica de las personas cuidadoras); y en segundo lugar, identificar variables relacionadas con los diagnósticos enfermeros; cansan-

cio en el rol de cuidador y afrontamiento familiar comprometido (4).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, cuya población de referencia está constituida por las personas cuidadoras de mayores dependientes del Distrito Guadalquivir (1.024 personas cuidadoras).

Sujetos

Las condiciones de cálculo de muestra han sido:

- Para estimación de porcentajes: error del 5%, prevalencia estimada del 50% y precisión del 6,5% (cálculos con EpiDat 3.1): $n = 151$.
- Para la regresión logística (criterios de Ortega y Cayuela), con un porcentaje medio estimado del 33% y una variables en el modelo: $n = 30$.

Por tanto, se elige un tamaño muestral de 151 que satisficé las dos condiciones. El tipo de muestreo utilizado ha sido aleatorio sistemático (marco de muestreo: censos de cuidadoras del Distrito).

Mediciones

Variables utilizadas en el estudio

- Sociodemográficas: sexo (hombre o mujer), edad (en años), parentesco (cónyuge, hija/o, hermana/o, madre/padre, sobrina/o, nuera/yerno, prima/o, cuñada/o y otros).
- Tiempo ejercido como cuidadora: en meses.
- Diagnósticos enfermeros de la NANDA (4), los cuales serán medidos a través de respuestas afirmativas o negativas según proceda (SÍ o NO): conocimientos deficientes: (carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, conductas generadoras de salud (búsqueda activa, en una persona con una salud estable, de formas de modificar los hábitos sanitarios personales o el entorno para alcanzar un nivel más alto de salud), cansancio en el rol del cuidador (dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia), manejo inefectivo del régimen terapéutico (patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud), deterioro del patrón del sueño (trastorno de la cantidad y calidad de sueño, suspensión de la conciencia periódica natural, limitado en el tiempo), afrontamiento familiar comprometido (la persona que habitualmente brinda el soporte principal proporciona en este

caso un apoyo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo, que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud) y riesgo de caídas (aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico).

Fuentes, instrumentos y procedimientos de recogida de datos

Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas (programa Diraya). Previamente a la recogida de datos se obtuvo el consentimiento informado y la aprobación por parte de la comisión de investigación. En todo momento, se ha guardado la confidencialidad de los datos, manejados solamente por el equipo investigador y dentro de los objetivos investigados.

Análisis estadístico

En respuesta al primero de los objetivos, la descripción de la muestra y la determinación de la prevalencia de diagnósticos se ha llevado a cabo mediante porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión, así como mediante sus intervalos de confianza al 95%.

Para responder al segundo objetivo, el análisis de la asociación estadística se ha efectuado mediante el test de *chi* cuadrado (variables cualitativas) y la regresión logística binaria simple (variable independiente cuantitativa y dependiente cualitativa dicotómica). En los contrastes de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Descripción de la muestra

Las 151 personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir tienen una media de edad de 65,43 (desviación típica: 14,61; rango: entre 29 y 91 años; IC de

la media al 95%: 63,08-67,77%). El tiempo medio que estas personas llevaban cuidando a sus familiares era de 19,36 meses (desviación típica: 9,297; rango: entre 1 y 46 meses. IC de la media al 95%: 17,86-20,85%). Del total de personas cuidadoras, 116 eran mujeres (76,8%; IC al 95%: 69,76-83,88) y 35 hombres (23,2%; IC al 95%: 16,11-30,24). En lo que respecta al parentesco con la persona cuidada, 52 eran hijos (45,2%; IC al 95%: 26,52-42,34; en su mayoría mujeres), 51 cónyuges (44,3%; IC al 95%: 29,9-41,64) y 12 otros familiares (10,4%; IC al 95%: 3,30-12,6).

Prevalencia de diagnósticos

Como se refleja en la Tabla 1, el diagnóstico más prevalente entre las cuidadoras familiares de nuestra población es el de cansancio en el rol del cuidador, presente en el 51,7% (43,3-59,9) de las cuidadoras. También hay que destacar el buen nivel de conocimientos, ya que el diagnóstico conocimientos deficientes fue hallado solo en el 11,3% (5,8-16,6) de los casos.

A continuación se analizan las variables independientes anteriormente mencionadas con los diagnósticos enfermeros: cansancio en el rol del cuidador, afrontamiento familiar comprometido y conductas generadoras de salud. Se eligen dichos diagnósticos porque son más prevalentes (el primero y el tercero) y porque son específicos de la persona cuidadora (el primero y el segundo).

Variables relacionadas con el cansancio en el rol del cuidador

Las relaciones entre cansancio en el rol del cuidador y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico y alteración en el patrón del sueño se han estudiado de forma conjunta para explorar la existencia de interacción entre ambas variables independientes.

Tabla 1. Prevalencia de diagnósticos enfermeros

Diagnóstico	Número	Prevalencia (%)	IC al 95%
Conductas generadoras de salud	73	48,3%	40,0-56,6%
Conocimientos deficientes	17	11,3%	5,8-16,6%
Cansancio en el rol del cuidador	78	51,7%	43,3-59,9%
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	29	19,2%	12,5-25,8%
Deterioro del patrón del sueño	28	18,5%	12-25%
Riesgo de caídas	33	21,9%	14,9-28%
Afrontamiento familiar comprometido	16	10,6%	5,3-15,8%

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre cansancio en el rol del cuidador (CRC) y: edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,011$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,027$), sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,05$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,030$), deterioro del patrón del sueño (Test *chi* cuadrado; $p = 0,006$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,001$) mientras que no se encontrado asociación con: tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,334$), conductas generadoras de salud (Test *chi* cuadrado; $p = 0,924$) y afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,084$).

Al analizar los datos mediante regresión logística binaria múltiple para evitar sesgos de confusión (Tabla 2), se mantienen la asociación con: parentesco (1) (OR: 8,48; $p = 0,012$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (OR: 0,164; $p = 0,01$). En este caso se pierde la asociación con el resto de variables.

Por tanto, solo se encontró asociación estadística entre el cansancio con el MIRT y el parentesco (1: otros frente a hijos). Mientras que no se ha encontrado asociación con la edad, sexo, parentesco (2: otros frente a cónyuges), tiempo, conocimientos deficientes, CGS, sueño y afrontamiento familiar comprometido (AFC).

Variables relacionadas con el afrontamiento familiar comprometido

Las relaciones entre afrontamiento familiar comprometido y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del

régimen terapéutico, alteración en el patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador se han estudiado de forma conjunta para explorar la existencia de interacción entre ambas variables independientes.

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre AFC y deterioro del patrón del sueño (Test *chi* cuadrado; $p = 0,044$) y conductas generadoras de salud (Test *chi* cuadrado; $p = 0,012$). Mientras que no se ha encontrado asociación con: sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,151$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,24$), edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,22$), tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,142$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,868$), afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,084$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,471$).

Al analizar los datos mediante regresión logística binaria múltiple (Tabla 3) no se encontró asociación estadística con ninguna de las variables.

Variables relacionadas con conductas generadoras de salud

Las relaciones entre conductas generadoras de salud y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, afrontamiento familiar comprometido, manejo inefectivo del régimen terapéutico, alteración en el patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador se han estudiado de forma conjunta para prevenir el sesgo de confusión entre ambas variables independientes.

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre conductas generadoras de salud y

Tabla 2. Variables relacionadas con el cansancio en el rol del cuidador

Variables	Valor de p	OR	IC 95% para la OR	
Edad	0,163	0,961	0,908	1,016
Sexo	0,167	0,475	0,165	1,366
Parentesco	0,042			
Parentesco (1)	0,012	8,481	1,601	44,919
Parentesco (2)	0,224	2,91	0,52	16,29
Tiempo	0,48	1,018	0,969	1,07
Conductas generadoras de salud	0,276	0,59	0,228	1,525
Conocimientos deficientes	0,134	3,656	0,67	19,931
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	0,01	0,164	0,042	0,643
Deterioro del patrón del sueño	0,071	3,06	0,907	10,329
Afrontamiento familiar comprometido	0,064	0,247	0,056	1,085

Tabla 3. Variables relacionadas con el afrontamiento familiar comprometido

Variables	Valor de p	OR	IC 95% para la OR	
Edad	0,514	0,974	0,898	1,055
Sexo	0,346	2,224	0,421	11,747
Parentesco	0,909			
Parentesco (1)	0,921	1,124	0,11	11,472
Parentesco (2)	0,729	0,666	0,067	6,625
Tiempo	0,141	0,924	0,831	1,027
Conductas generadoras de salud	0,088	0,259	0,055	1,22
Conocimientos deficientes	0,907	0,877	0,098	7,876
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	0,323	0,3	0,028	3,265
Deterioro del patrón del sueño	0,998	0	0	
Cansancio en el rol del cuidador	0,051	0,223	0,049	1,007

afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,012$), edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,045$) y tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,002$). No se ha encontrado asociación con: sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,422$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,268$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,359$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,404$). Con aquellas variables asociadas estadísticamente con las conductas generadoras de salud en el análisis bivariante se construyó un modelo de regresión logística. En dicho modelo, tanto el tiempo (OR: 1,06; $p = 0,003$) como el afrontamiento familiar comprometido (OR: 0,249; $p = 0,040$) mantuvieron la asociación con la variable dependiente, mientras que la asociación entre edad y conductas generadoras de salud desapareció (Tabla 4).

Discusión, limitaciones y conclusiones

Discusión

El perfil del cuidador principal observado en el presente estudio no difiere en los comunicados en trabajos previos. Se trata de una mujer de 65 años, comprendida entre los 29 y 91 años de edad. En el estudio de Casado y López (5) el 81% tiene más de 40 años; de hecho solo las mujeres de entre 45 y 54 años representan cerca del 40% del total de las cuidadoras. Según el trabajo "El uso del tiempo en la actividad cotidiana" de M^a Ángeles Durán (2005), en España el grupo con una dedicación máxima (5,45 horas/día) comprende entre los 50 y 59 años (3). Con respecto al tiempo ejercido como cuidadora, es de una media de 19 meses, considerando un tiempo mínimo de un mes y máximo 46 meses. Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres

como cuidadoras son abrumadoras: 76,8% frente a un 23,2% en los hombres. Las mujeres asumen con frecuencia también el papel de cuidadoras secundarias, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otra mujer de la familia: madre, hermana o hija. De hecho, actualmente se puede asumir que el cuidado informal se resuelve fundamentalmente a costa del trabajo y el tiempo de las mujeres; dicho de otra forma el cuidado informal "se escribe en femenino singular" (6).

Con respecto a la prevalencia de los distintos diagnósticos enfermeros empleados en este estudio, se puede observar como el cansancio en el rol del cuidador (51,7%) es el más observado en las personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir. Los resultados son similares a los de Vázquez y cols (7), que encuentran una prevalencia del 47% en su estudio. El diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador aparece cuando en el cuidador prin-

Tabla 4. Variables relacionadas con conductas generadoras de salud (regresión logística binaria múltiple)

Variables	OR	Valor de p
Tiempo	1,06	0,003
Edad	1,017	0,165
Afrontamiento familiar comprometido	0,343	0,011

principal se encuentra dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia (4,7). Se presenta con mucha frecuencia en procesos cuidadores, como el que nos ocupa, que son complejos, prolongados en el tiempo, que precisan de conocimientos específicos, en definitiva, que se van complicando a medida que transcurre el tiempo y el enfermo sigue empeorando (3).

Respecto al género y cansancio en el rol del cuidador, los resultados coinciden con los Del Pino y cols (5), apoyando la hipótesis de que en España no existen diferencias de género en la implicación en el cuidado. Esto hace que los hombres que llegan a cuidadores principales asuman la misma carga que las mujeres cuidadoras principales (5,8).

Esta hipótesis tiene como casos discrepantes los resultados posteriormente mencionados de Crespo y López (1) para la complejidad en el cuidado y de Larrañaga y cols (9) para la dedicación. Las mujeres siguen desempeñando el papel de cuidadoras principales en el seno de la familia mayoritaria y, por lo tanto, son ellas las que reciben el mayor impacto de los problemas derivados del desempeño de este papel (7,10). En estudios donde se han realizado entrevistas se han detectado que los hombres disponen de una red de apoyo más extensa y reciben más ayuda de familiares y amigos. Como consecuencia de ello el impacto del cuidado en su calidad de vida es más leve y manifiestan verse menos afectados a nivel psicológico (3). El esfuerzo y el tiempo dedicados a cuidar son también factores que determinan el desigual coste que el cuidado informal implica para la salud y la calidad de vida de hombres y mujeres. Sobre las mujeres recaen más y mayores demandas de cuidados y la asistencia que proporcionan es generalmente más intensa en tiempo y esfuerzo. Las consecuencias se plasman en un mayor riesgo de pérdida de salud y bienestar de las cuidadoras (9).

En relación al tiempo de duración de los cuidados, los resultados coinciden con los de Vázquez (no se asocia con un mayor cansancio del cuidador; la persona pasaría por diferentes etapas hasta llegar a una situación de equilibrio) (7).

Con respecto al parentesco con el cansancio en el rol del cuidador, parece probado que esposos e hijos experimentan mayores problemas de cansancio que cuidadores con otro tipo de parentesco con el mayor dependiente. La relación que los mayores tienen con sus esposos es distinta a la que puedan tener con otros tipos de familiares en términos de duración de la relación, compromisos mutuos adquiridos, etc. La mayoría de los hijos cuidadores son hijas cuidadoras de mediana edad, llenas de actividades y responsabilidades, a las que se añade una más, la de cuidar a su familiar, generándose en ellas tensiones al no poder desempeñar todas sus obligaciones tan bien como les gustaría (1). Del estudio se desprende, también, la falta de formación por parte de las personas cuidadoras, lo que hace necesaria una mayor educación sanitaria de estos, lo cual puede entenderse como

una oportunidad de mejora para todos los profesionales de la salud, pero especialmente para el personal de Enfermería por ser este colectivo el que está más en contacto. Por todo, la enfermera de Atención Primaria tiene ante sí una tarea importante en la atención a las personas dependientes y sus cuidadores. La atención domiciliaria puede aportar al paciente y a su cuidador una percepción de más autonomía, minimizando su dependencia del sistema sanitario y permitiendo una más larga permanencia en su domicilio con una mayor calidad de vida (3).

En lo referente al afrontamiento familiar comprometido (10,6%), es el menos observado en este trabajo. En sus resultados no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables. Por tanto, la importancia que adquiere dicho diagnóstico es bastante menor al CRC, debido a que no ha sido aún suficientemente investigado en nuestro medio sociocultural. No obstante, parece que en España sería necesario continuar profundizando en este diagnóstico, teniendo en cuenta la relación entre múltiples variables.

Como conclusión, comentar que los resultados de este estudio indican que, independientemente del grupo sociocultural de referencia, son las características del cuidador y no del contexto del cuidado las que mejor explican la problemática emocional de los cuidadores (1). Este tipo de estudios podría derivar en herramientas de análisis bastante certeras para determinar el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Limitaciones

Esta investigación tiene varias limitaciones. En primer lugar, el carácter descriptivo transversal del trabajo hace que no se pueda investigar la causa, por lo que los resultados de las variables relacionadas con el diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador hay que interpretarlos como hipótesis causales. En segundo lugar, el hecho de que la fuente de datos sea la historia clínica hace que los resultados relativos a diagnósticos prevalentes describan no los diagnósticos prevalentes en pacientes sino los diagnósticos prevalentes en la práctica profesional enfermera.

Conclusiones

Desde el punto de vista de la práctica profesional, los diagnósticos más prevalentes en las personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir han sido, por orden de frecuencia, los siguientes: cansancio en el rol del cuidador, conductas generadoras de salud, riesgo de caídas, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño, conocimientos deficientes y afrontamiento familiar comprometido. Sin embargo, y como se ha podido observar anteriormente, no existen diferencias

significativas respecto a los porcentajes que determinan la presencia de dichos diagnósticos en las personas cuidadoras.

Con respecto a la relación del cansancio en el rol del cuidador con la edad, el sexo, tiempo, parentesco, conocimientos deficientes, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño y afrontamiento familiar comprometido. En el presente estudio se ha encontrado que la prevalencia del siguiente diagnóstico: a) más grande en mujeres que en hombres; b) similar en cónyuges e hijas/os, teniendo estos dos grupos el triple de prevalencia a que otro tipo de parientes. Por tanto, solo se ha encontrado asociación estadística negativa entre el cansancio del rol del cuidador con parentesco (1) y el manejo inefectivo del régimen terapéutico. Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con: sexo, edad, parentesco (2), conocimientos deficientes, deterioro del patrón del sueño, conductas generadoras de salud y afrontamiento familiar comprometido.

Con respecto a la relación del afrontamiento familiar comprometido con la edad, el sexo, tiempo, parentesco, conocimientos deficientes, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador. La prevalencia del diagnóstico en el estudio ha sido: a) más frecuente en hombres que en mujeres; b) similar en cónyuges e hijas/os, estando en estos dos grupos la prevalencia doblemente disminuida que otro tipo de parientes. No obstante, ninguna de las anteriores diferencias es estadísticamente significativa junto con el resto de diagnósticos.

Bibliografía

- [1] Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa. Cómo mantener su bienestar. Madrid: IMSERSO; 2006. p. 17-51.
- [2] Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003; 18(2): 250-67.
- [3] Aramburu A, Izquierdo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de alzhéimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol* 2001; 11 (2): 64-71.
- [4] NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. Madrid: Elsevier España; 2008.
- [5] Del Pino Casado R, Frias Osuna A, Palomino Moral PA, Millán cobo MD. Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2010; 3(2). [En línea] [fecha de acceso: 29 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://enfermeria-comunitaria.org/web/enfermeria-familiar-y-comunitaria/29-ri-dec/21-ridec-2010-volumen-3-numero-2.html?start=2>
- [6] Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
- [7] Vázquez Sánchez MA, Casals Sánchez JL, Aguilar Trujillo P, Aparicio Benito P, Estébanez Carvajal F, Luque Espejo A et ál. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador. *Enferm clin* 2005; 15(2): 63-70.
- [8] IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
- [9] Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008; 22(5): 443-450.
- [10] Álvarez L, González AM, Muñoz P. Cuidar al cuidador. [En línea] [fecha de acceso: 29 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://ocenf.org/Cantabria/Lourdes.htm>

Rubén Colominas Garrido

El estilo de vida mediterráneo disminuye la prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT

Enfermero de CAP Passeig Sant Joan (Barcelona). Máster en Atención Primaria de Salud.

Dirección de contacto:
C/ Fivaller, 6. 08759 Vallirana (Barcelona).

E-mail:
colominasruben@gmail.com

Resumen

Objetivo: evaluar la relación entre el cumplimiento de una dieta mediterránea (DM), la realización rutinaria de ejercicio físico y los parámetros asociados con perfil metabólico no aterogénico, en pacientes atendidos en Atención Primaria.

Diseño, ámbito y participantes: estudio multicéntrico descriptivo transversal. La captación se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático en seis centros de Atención Primaria de España. El total de la muestra es de 438 pacientes, con edades comprendidas entre los 20-80 años.

Mediciones principales: en primer lugar, se han recogido datos socios demográficos, mediante entrevistas y cuestionarios, sobre la dieta y la actividad física (AF). En segundo lugar, se han realizado exploraciones físicas determinando peso, talla, perímetro abdominal (PA) y porcentaje de grasa corporal (PGC).

Resultados principales: se ha hallado que el riesgo de padecer sobrepeso de grado 2 es aproximadamente un 50% menor en los pacientes que siguen una DM. En este grupo de usuarios se observa hasta un 60% menos de prevalencia de obesidad y un menor PGC en general.

Además los que se autodefinen como activos, mayoritariamente hombres, tienen sobre un 40% menos de riesgo de padecer obesidad abdominal de alto riesgo.

Conclusiones: se demuestra que los pacientes que siguen una DM tienen una menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. También se ha observado que los sujetos considerados como activos tienen un PA considerablemente menor que los considerados sedentarios.

Estos hallazgos hacen pensar que unas medidas educativas y sanitarias en el ámbito de la dieta y la actividad física son imprescindibles para mejorar la salud de la población.

Palabras clave: dieta mediterránea; actividad física; obesidad; prevalencia.

Abstract

The mediterranean lifestyle decrease the prevalence of obesity: baseline of the EVIDENT descriptive study

Objective: to evaluate the relationship between adherence to a Mediterranean Diet (MD), the regular physical exercise and the parameters associated with a non-atherogenic metabolic profile in primary care patients.

Design, scope and participants: cross-sectional multicenter study. The collection of systematic random sampling was conducted in six primary care centres in Spain. The total sample comprised of 438 patients, aged 20-80 years.

Main measurements: first, we collected socio-demographic data, through interviews and questionnaires on diet and Physical Activity (PA). Second, physical examinations were performed by determining weight, height, Waist Circumference (WC) and Percentage of Body Fat (PBF).

Main results: the risk of having grade 2 overweight is about 50% lower in patients on a MD. In this group of patients there is up to 60% lower prevalence of obesity and lower overall PBF.

In addition, patients who described themselves as active, mostly men, have about 40% lower risk of high-risk abdominal obesity.

Conclusions: we demonstrated that patients on a MD have a lower prevalence of overweight and obesity. It has also been observed that subjects considered active have a substantially lower WC than subjects considered inactive.

These findings suggest that educational and health measures in the field of diet and physical activity are essential to improve the health of the population.

Key words: mediterranean diet; physical activity; obesity prevalence.

Introducción

Las causas principales de enfermedades no transmisibles, muchas de ellas relacionadas con la obesidad, son debidas a una alimentación poco saludable y a la falta de Actividad Física (AF) (1).

La obesidad y su prevalencia

La obesidad es una enfermedad crónica con una prevalencia creciente desde los años 60 (2). En los últimos 10 años ha aumentado entre un 10 y un 50% en la mayoría de los países europeos (3).

El incremento de personas obesas no se da solo en países desarrollados como pasaba en un principio, actualmente esta tendencia se da también en los que están en vías de desarrollo (1).

Las cifras en España son significativas el 14,5% de la población es obesa y el 38,5% tiene sobrepeso. Así, uno de cada dos adultos tiene un peso superior al recomendable (3) y se prevé que estas cifras sigan en aumento.

Causas

La obesidad se desarrolla cuando se ingiere más de lo que se gasta durante un determinado período de tiempo. Se piensa que el incremento de su presencia en la población es consecuencia directa de los cambios que se han dado en nuestro entorno, como la disponibilidad de instrumentos que ahorran esfuerzo físico en el trabajo, el transporte motorizado, los entretenimientos sedentarios como ver la televisión y un fácil acceso a alimentos ricos en calorías a un menor precio (4, 5).

Consecuencias

La obesidad como enfermedad crónica se asocia con numerosas complicaciones de la salud, enfermedades y aumento de la mortalidad, sus enfermedades relacionadas reducen la longevidad y la calidad de vida de las personas afectadas (2).

Aparte de las consecuencias que tiene su padecimiento sobre la salud del propio individuo, se ha estimado que la obesidad y las enfermedades relacionadas a la misma suponen un coste sanitario del 7% en España (6, 7).

Las elevadas tasas de obesidad en todo el mundo han estimulado el interés tanto por los hábitos alimentarios como por el nivel de AF.

Para mantener el peso a un nivel adecuado es necesario que haya un equilibrio entre la energía que se gasta y la energía que se ingiere (4).

La dieta mediterránea

Una buena manera de controlar la energía que se ingiere es el seguimiento de la Dieta Mediterránea (DM).

El concepto de DM surgió del estudio de los siete países, coordinado por Ancel Keys (5) en 1950, en el que se mostraba que la población de Creta tenía una tasa baja de enfermedad cardiovascular y de ciertos tipos de cáncer.

Las características principales de esta alimentación son un alto consumo de productos vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos), pan y otros cereales (trigo), aceite de oliva como grasa principal y consumo de vino en cantidades moderadas (4) (Dibujo 1).

Sin embargo, cuando se menciona la DM se está refiriendo a mucho más que a una pauta nutricional, en definitiva, es el estilo de vida que durante siglos ha mantenido la región mediterránea. Incluye una AF moderada favorecida por un clima benigno. Todo esto hace de la DM un excelente modelo de vida saludable (4, 8).

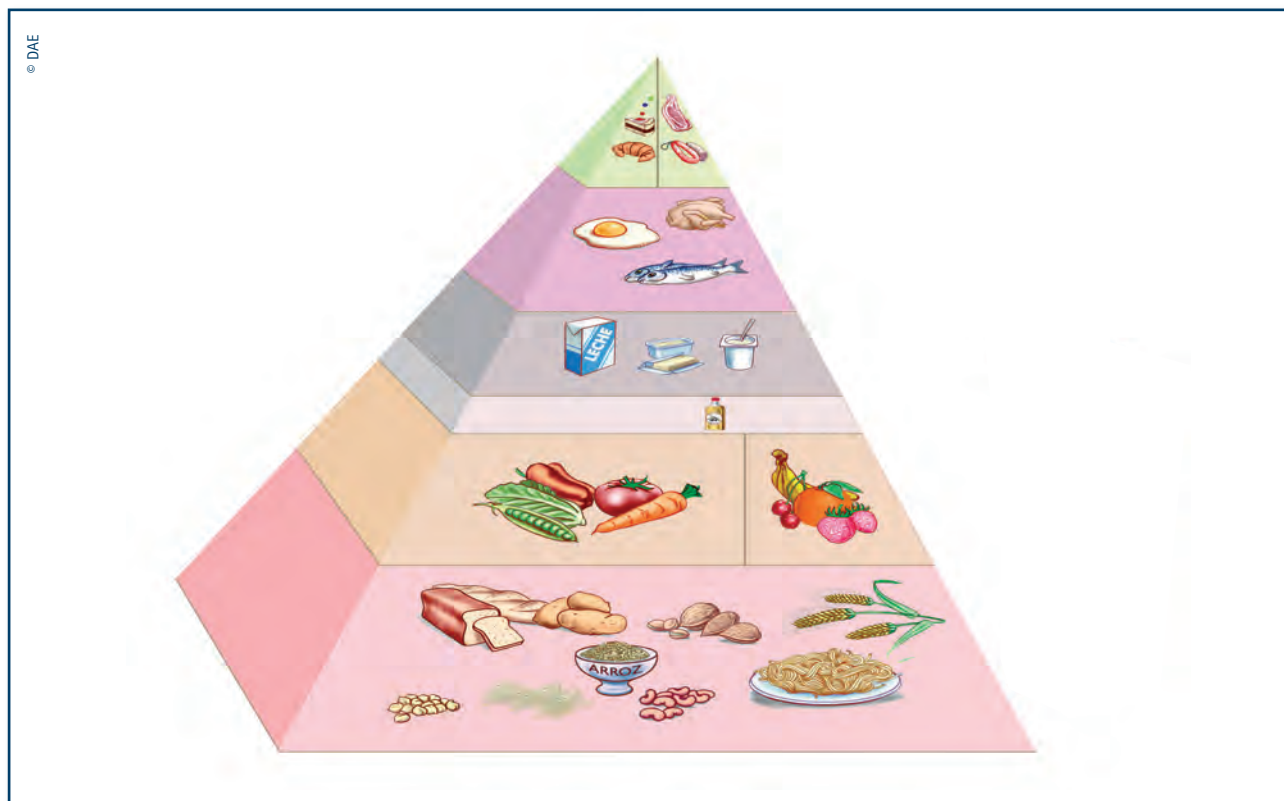
Existen varios mecanismos fisiológicos que pueden explicar por qué componentes clave de la DM podrían proteger de la ganancia de peso. Al ser una dieta rica en alimentos vegetales, proporciona una gran cantidad de fibra, la cual aumenta el efecto de saciedad a través de mecanismos como la masticación prolongada, el incremento de la distensión gástrica y el aumento de liberación de coliscitoquinina (hormona que actúa en la liberación de enzimas digestivas). Además la DM tiene una densidad energética baja comparada con otros modelos dietéticos. Su mayor contenido de agua conduce a un aumento de la saciedad y a un menor consumo de calorías, ayudando así a prevenir la ganancia de peso (9).

El contenido moderadamente elevado de grasas de la DM (más del 30% de la energía), debido al uso habitual del aceite de oliva o de frutos secos ha sido un tema de preocupación debido a los posibles efectos sobre la ganancia de peso (9). Sin embargo, algunos estudios prueban que dietas altas en grasa no son la principal causa de obesidad (9, 10, 11) y que el empleo de grasas monoinsaturadas en vez de grasas saturadas puede promover la pérdida de peso (12).

A pesar de las evidencias fisiológicas, los indicios epidemiológicos actuales son inconsistentes; incluso así la evidencia apunta hacia un posible papel de la DM en la prevención de obesidad (9, 13).

El seguimiento de la dieta mediterránea

En la actualidad existe un progresivo abandono de la DM por la influencia de nuevos hábitos y costumbres alimentarias poco saludables, que ya está teniendo repercusiones en los países mediterráneos. La dieta se ha visto afectada por diversos factores, como las técnicas de conservación alimen-



Dibujo 1. Pirámide vigente de la dieta mediterránea

taria, la incorporación de la mujer al mercado laboral, mayores ingresos económicos, esto ha supuesto un cambio tanto en la elección de los alimentos como en la forma de condimentarlos (14). Ha aumentado el consumo de carnes sobre todo de cerdo, por lo que el aporte de aceite ya no representa el mayor aporte de grasa en la dieta (9).

En las últimas dos décadas, España ha disminuido su adherencia a la dieta mediterránea y es el segundo país, después de Grecia, que más se ha alejado de la DM (15).

El país que ha registrado el mayor aumento en el aporte de grasas ha sido España, en donde éstas constituían tan solo el 25% de la dieta hace cuatro décadas y ahora suponen el 40% (16).

Estos datos contrastan con la creencia que tiene la población cuando se le pregunta a nivel general si siguen una dieta mediterránea, el 41% de los encuestados responden que la siguen a menudo, el 21% la sigue mucho, mientras que tan solo el 26% piensa que la sigue a veces o nunca (17).

Las contribuciones que el tipo de comida de la dieta mediterránea da al beneficio de la salud han estado bastante investigadas, pero se ha prestado menos atención a otro tipo de factores como es el estilo de vida activo que puede que contribuya más al beneficio que genera la propia dieta (18).

La actividad física

Está demostrado que si se trata de aumentar la energía que se gasta es más fácil mantener el equilibrio con la energía que se ingiere, evitando así el sobrepeso y la obesidad. Aquí es donde interviene la AF como factor determinante (1).

Se define AF como la energía total que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar. De esta manera cuando se habla de aumento de actividad física, se refiere de actividades extras que se realizan para conseguir un buen estado de forma y obtener un estilo de vida saludable (19).

Desde tiempos remotos los sabios ancianos ya sugerían que la AF es buena para la salud, aunque las investigaciones no empezaron hasta mediados del siglo XX. Los primeros estudios mostraban que los individuos con ocupaciones activas tenían una menor probabilidad de enfermedades de corazón que aquéllos con ocupaciones sedentarias.

Actualmente se conoce que el ejercicio regular durante 150 min/semana con intensidad moderada reduce el riesgo de muchas enfermedades crónicas y preserva la función del corazón (también psíquica y mental) entre las personas de la tercera edad y aumenta la longevidad (20). Además el ejercicio regular ha mostrado que es uno de los mejores armas en el mantenimiento de peso (21, 22).

La prevalencia del sedentarismo y sus consecuencias

La prevalencia del sedentarismo es elevada en la Unión Europea. España y otros países de la región mediterránea tienen mayores tasas de sedentarismo en comparación con países del norte de Europa (23).

Existe una estrecha relación entre los niveles bajos de AF y el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad y se ha demostrado que la inactividad física tiene importantes efectos negativos en la salud (24). En Europa se estima que un 5-10% de la mortalidad total es atribuible a la inactividad

física y la mortalidad cardiovascular atribuible al sedentarismo oscila entre el 13 y el 35% (25).

Debido a que la prevalencia de obesidad está aumentando de forma alarmante, son imprescindibles campañas a nivel nacional así como consejos de los profesionales de la salud en AP, sobre el aumento de AF y su relación con la pérdida de peso (26).

En definitiva AF y dieta mediterránea son dos armas fundamentales que se complementan a la perfección para combatir el sobrepeso y la obesidad (1, 27).

Tabla 1. Predictores de seguir la dieta mediterránea en los participantes del estudio

	Siguen dieta mediterránea						
	OR	(95% CI)	p		OR*	(95% CI)	p
Sexo							
Mujer	1,00				1,00		
Hombre	1,07	(0,72-1,59)	0,727		1,07	(0,72-1,59)	0,750
IMC (kg/m²)							
Normopeso (18,5-24,9)	1,00				1,00		
Sobrepeso grado I (25,0-26,9)	0,92	(0,54-1,56)	0,750		0,84	(0,48-1,46)	0,536
Sobrepeso grado II (27,0-29,9)	0,55	(0,32-0,93)	0,026		0,48	(0,27-0,85)	0,012
Obesidad tipo I (30,0-34,9)	0,39	(0,21-0,73)	0,004		0,34	(0,18-0,67)	0,002
Obesidad tipo II (35,0-39,9)	0,49	(0,17-1,45)	0,200		0,47	(0,16-1,39)	0,172
Porcentaje grasa corporal	0,97	(0,94-0,99)	0,017		0,95	(0,92-0,98)	0,003
Normopeso	1,00				1,00		
Límite	2,32	(0,24-22,41)	0,466		2,30	(0,24-22,28)	0,473
Obesidad	2,10	(0,23-19,00)	0,509		2,03	(0,22-18,48)	0,529
Circunferencia cintura							
Normal	1,00				1,00		
Riesgo	1,27	(0,78-2,07)	0,338		1,23	(0,75-2,03)	0,410
Riesgo elevado	0,71	(0,44-1,15)	0,165		0,67	(0,40-1,12)	0,130
Actividad física							
No	1,00				1,00		
Sí	1,12	(0,75-1,66)	0,582		1,11	(0,75-1,66)	0,605

OR: Odds Ratio; 1,00 indica la categoría de referencia.

*OR ajustada por edad y sexo, excepto el sexo que solo está ajustado por edad.

IMC: Índice de Masa Corporal.

Las categorías de IMC, porcentaje de grasa corporal y circunferencia cintura se han basado en las categorías propuestas por el Consenso SEEDO 2000 (SEEDO, 2000).

En la variable IMC no se han tenido en cuenta los dos grupos extremos (infrapeso y obesidad tipo III) debido al bajo número de sujetos en estas categorías.

En la variable porcentaje de grasa corporal no se ha tenido en cuenta el grupo de infrapeso debido al bajo número de sujetos en esta categoría.

En cursiva, valores de OR cuando la variable porcentaje de grasa corporal se considera como continua.

Objetivo general y específicos

Los objetivos del presente estudio son:

- Evaluar la relación entre el cumplimiento de la DM, la realización rutinaria de ejercicio físico y los parámetros asociados con perfil metabólico no aterogénico (obesidad, PA y PGC) en pacientes atendidos en Atención Primaria.
 - Conocer la relación existente entre IMC, PA y PGC con el seguimiento de la dieta mediterránea (Tabla 1).
 - Conocer la relación existente entre IMC, PA y PGC con un estilo de vida activo o sedentario (Tabla 2).

- Investigar la asociación entre la DM y el estilo de vida activo y corroborar o refutar la idea de DM como estilo de vida que incluye ejercicio físico moderado y no solo como pauta nutricional.

Los objetivos del estudio EVIDENT del cual se han extraído datos para este trabajo son:

- Analizar la relación del ejercicio físico y la forma física con el perfil circadiano de presión arterial y otros parámetros cardiovasculares proporcionados por la MAPA en suje-

Tabla 2. Predictores de ser activo en los participantes del estudio

	Actividad					
	OR	(95% CI)	p	OR*	(95% CI)	p
Sexo						
Mujer	1,00			1,00		
Hombre	1,85	(1,26-2,71)	0,002	1,93	(1,31-2,84)	0,001
IMC (kg/m²)						
Normopeso (18,5-24,9)	1,00			1,00		
Sobrepeso grado I (25,0-26,9)	1,07	(0,63-1,81)	0,813	0,95	(0,55-1,66)	0,868
Sobrepeso grado II (27,0-29,9)	0,93	(0,56-1,54)	0,767	0,76	(0,44-1,32)	0,331
Obesidad tipo I (30,0-34,9)	0,84	(0,47-1,49)	0,551	0,76	(0,41-1,39)	0,367
Obesidad tipo II (35,0-39,9)	0,57	(0,20-1,60)	0,286	0,56	(0,19-1,60)	0,277
Porcentaje grasa corporal						
Normopeso	1,00			1,00		
Límite	1,41	(0,63-3,15)	0,407	1,20	(0,53-2,75)	0,659
Obesidad	1,08	(0,58-2,01)	0,800	0,97	(0,51-1,85)	0,922
Circunferencia cintura						
Normal	1,00			1,00		
Riesgo	0,66	(0,41-1,07)	0,090	0,69	(0,42-1,12)	0,133
Riesgo elevado	0,46	(0,29-0,73)	0,001	0,59	(0,32-0,85)	0,009
Cumplimiento dieta mediterránea						
No	1,00			1,00		
Sí	1,12	(0,75-1,66)	0,582	1,11	(0,75-1,66)	0,604

OR: Odds Ratio; 1,00 indica la categoría de referencia.

*OR ajustada por edad y sexo, excepto el sexo que solo está ajustado por edad.

IMC: Índice de Masa Corporal.

Las categorías de IMC, porcentaje de grasa corporal y circunferencia cintura se han basado en las categorías propuestas por el Consenso SEEDO 2000 (SEEDO, 2000).

En la variable IMC no se han tenido en cuenta los dos grupos extremos (infrapeso y obesidad tipo III) debido al bajo número de sujetos en estas categorías.

En la variable porcentaje de grasa corporal no se ha tenido en cuenta el grupo de infrapeso debido al bajo número de sujetos en esta categoría.

En cursiva, valores de OR cuando la variable porcentaje de grasa corporal se considera como continua.

tos activos y sedentarios sin enfermedad arteriosclerótica.

- Analizar la relación del ejercicio físico y la forma física con la presión arterial central y periférica, la velocidad de la onda del pulso y el *augmentation index* en sujetos activos y sedentarios sin enfermedad arteriosclerótica.
- Valorar el consumo calórico y el patrón dietético y su relación con el perfil circadiano de presión arterial, la presión arterial central, el *augmentation index* y la velocidad de la onda del pulso en sujetos activos y sedentarios sin enfermedad arteriosclerótica.
- Estudiar la correlación entre los niveles de osteoprotegerina (OPG) y endogлина con la rigidez arterial, analizada a través de la velocidad de la onda del pulso y el *augmentation index*, así como con el perfil circadiano de la presión arterial, en sujetos con diferente nivel de actividad física y diferentes patrones de alimentación.

Material y método

Diseño: estudio multicéntrico descriptivo transversal, basado en el estudio EVIDENT.

Ámbito: seis centros de Atención Primaria de España: Centro de Salud "La Almedalilla" de Salamanca; Centro de Salud "Casa del Barco" de Valladolid; Centro de Salud "Algor-ta" de Bizcaia; Centro de Salud "Torreramona" de Zaragoza; Centro de Salud Cuenca III; CAP Passeig Sant Joan de Barcelona.

Criterios de inclusión y exclusión de los casos:

- Criterios de inclusión: sujetos entre 20 y 80 años.
- Criterios de exclusión: patología aterosclerótica conocida coronaria o cerebrovascular; insuficiencia cardiaca grado II; EPOC moderado o severo; enfermedad músculo-esquelética que limite la deambulación; enfermedad respiratoria, renal o hepática avanzada; enfermedad mental severa; enfermedad oncológica en tratamiento diagnosticada en los últimos cinco años; pacientes en situación terminal; embarazo.

Selección de participantes: la captación de realizó mediante muestreo aleatorio sistemático. Se incluyó 438 pacientes que acudieron a los centros de salud. Se trata de los primeros sujetos captados del estudio EVIDENT cuya estimación de reclutamiento final es de 1.500 usuarios (Proyecto FIS, convocatoria 2009/01057).

Definición de las variables utilizadas: se recogieron las siguientes variables: sexo (hombre, mujer), tipo de dieta (sigue DM o no la sigue), actividad física (activo o sedentario), datos socio-demográficos, (IMC, PA y PGC).

Técnicas de medida de las variables e instrumentos de medición: la información sobre la dieta y actividad física se

recogió mediante cuestionarios validados (28, 29) y la medida del porcentaje de grasa corporal mediante impedanciómetro modelo OMROM® Body Fat monitor BF306 (30).

Planteamiento de análisis y pruebas estadísticas realizadas: en primer lugar, se ha realizado un análisis bivariado en el que se describe a la población; y en segundo lugar, se usó una regresión logística para el cálculo de las odds ratios, las cuales se ajustaron por sexo y edad.

Resultados

Se analizaron los datos de los primeros 438 usuarios del estudio EVIDENT, con edades comprendidas entre dos y 80 años, para los que se disponía todos los datos de interés. La edad media es de 54 años. El 45% son hombres y el 55% mujeres.

En cuanto al seguimiento de la DM el 35,2% de los usuarios siguen este tipo de pauta nutricional, mientras que el 64,8% no la siguen (Gráfico 1).

También se hallaron diferencias en características basales entre pacientes con y sin cumplimiento de DM en las siguientes variables: IMC y PGC. En regresión logística, se halló un porcentaje menor de pacientes con sobrepeso grado 2 y obesos en los cumplidores de DM (OR ajustada 0,48 [IC 95% 0,27-0,85], $p = 0,012$ y OR ajustada 0,34 [IC 95% 0,18-0,67], $p = 0,002$, respectivamente) (Gráfico 2) y un menor PGC en estos pacientes (OR ajustada 0,95 [IC 95% 0,92-0,85]; $p = 0,003$) (Gráfico 3).

En cuanto a la realización rutinaria de ejercicio físico se encontró que el 45% de los sujetos son activos y el 55% son sedentarios (Gráfico 4).

Además se hallaron diferencias en características basales entre estos pacientes en: género, PGC y PA. Al comparar los 241 sujetos sedentarios con los 197 activos y tras ajustar

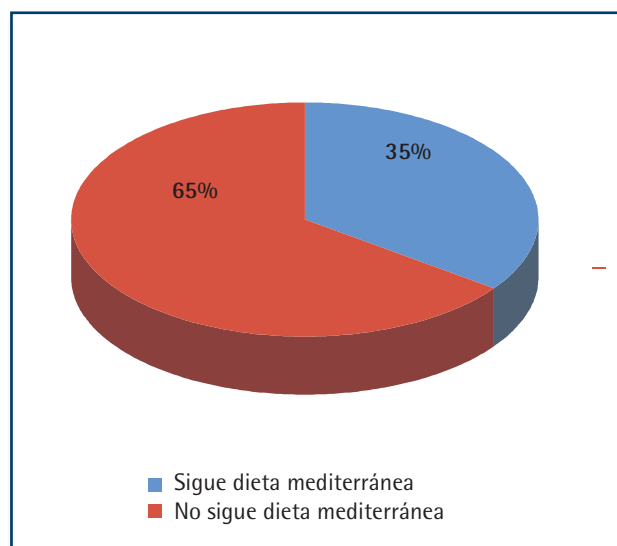


Gráfico 1. Porcentaje de sujetos que siguen DM

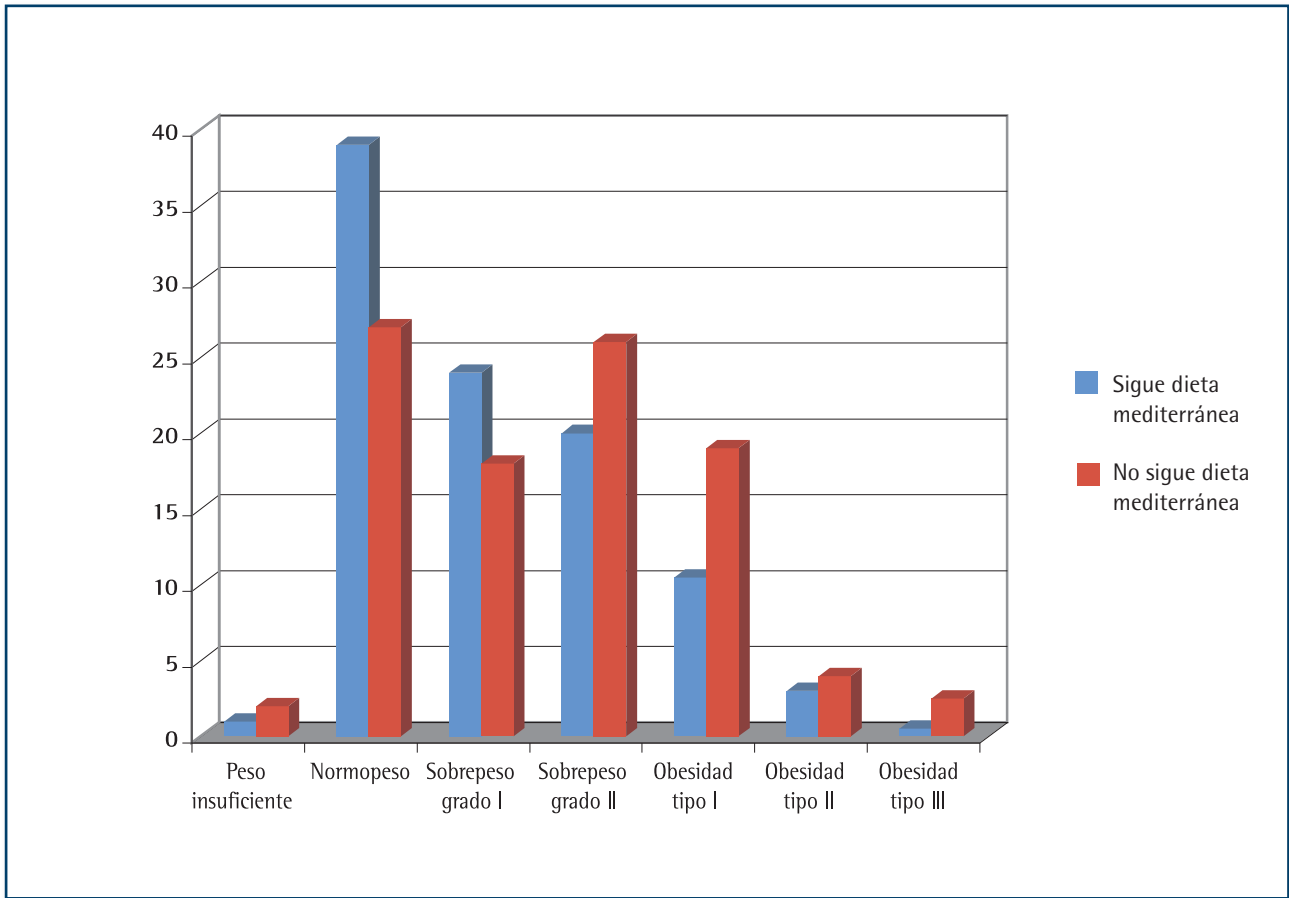


Gráfico 2. Porcentaje de sujetos que siguen o no la DM según su IMC

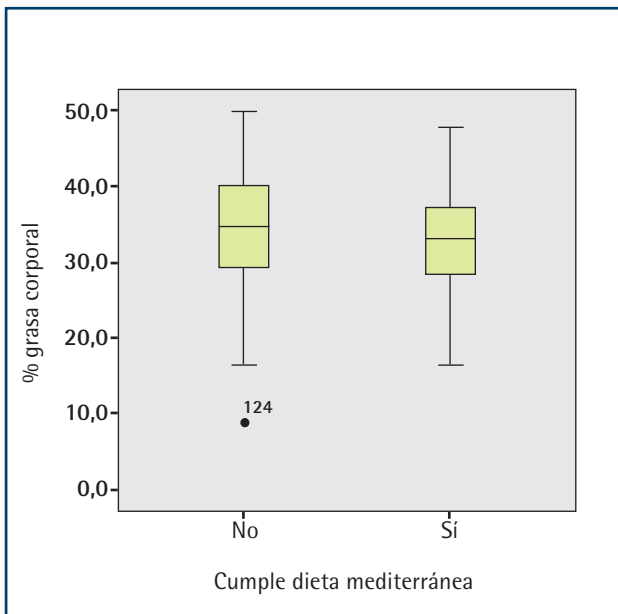


Gráfico 3. Porcentaje de grasa corporal de los sujetos en función del seguimiento de la dieta mediterránea

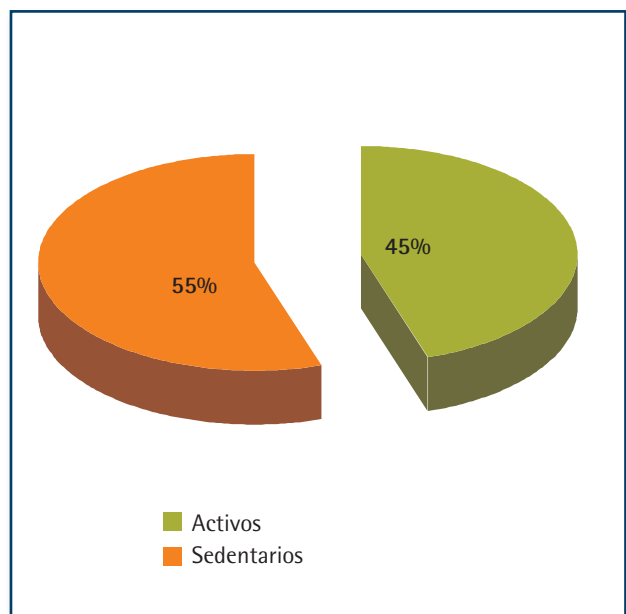


Gráfico 4. Porcentaje de sujetos considerados activos y sedentarios

por posibles confusores, se halló que los hombres eran más activos que las mujeres (OR 1,93 [IC 95% 1,31-2,94]; $p = 0,001$) (Gráfico 5), así como un menor porcentaje de pacientes con PA de riesgo entre los activos (OR ajustada 0,59 [IC 95% 0,32-0,85]; $p = 0,009$) (Gráfico 6) y un menor PGC entre los sujetos activos (OR no ajustada 0,97 [IC 95% 0,95-1,00]; $p = 0,037$). También se ha podido ver que existe un mayor IMC relacionado con el sedentarismo, aunque no es estadísticamente significativo. No se ha demostrado que exista relación alguna entre el seguimiento de la DM y el ser sedentario o activo.

Discusión

Existen numerosos estudios que evidencian la importancia que tiene la DM y la AF en relación con el sobrepeso, obesidad u otras enfermedades no transmisibles. Este estudio aporta información adicional ya que se une y se compara en el mismo frente la relación que tienen las variables de DM y AF con el sobrepeso y obesidad. En la mayoría de los trabajos que se han revisado se ha valorado el grado de obesidad mediante el IMC. Aunque el IMC es un indicador de sobrepeso y obesidad válido y aceptado a nivel mundial, no proporciona una medida directa de la grasa corporal, ni precisa la existencia de obesidad central, el cual se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular. Por ello, en el presente trabajo se han incluido medidas de nivel de grasa total valo-

rando el PGC (mediante impedanciómetro) y de obesidad central a partir de la medida de PA.

Según la bibliografía se precisan estudios bien diseñados para determinar los beneficios de la DM en la prevención del incremento ponderal. Nuestro deseo es que éste contribuya en la causa (9).

Se demuestra que los pacientes que siguen una DM tienen un riesgo aproximado de un 50% menor de sobrepeso grado 2, casi un 60% menor de obesidad. Los datos hallados referentes al IMC corroboran los resultados de otros trabajos (12,31, 32).

Además los pacientes que se autodefinen como activos tienen un riesgo aproximadamente un 40% menor de obesidad abdominal de alto riesgo, lo cual está en la línea de algunos estudios que sugieren que el aumento de la AF reduce la acumulación de grasa abdominal (32, 33, 34).

Uno de los hallazgos que se consideran más importantes en este trabajo, dado la escasa evidencia disponible es el hecho de que los valores de PGC han sido menores en los sujetos que seguían una DM y en los que tenían un estilo de vida activo, en definitiva, aquellos pacientes que tienen hábitos de vida saludables.

También se relaciona un mayor IMC entre los sujetos que se consideran sedentarios, aunque no se puede decir que sea estadísticamente significativo.

Gráfico 5.1. Diferencias entre sexos

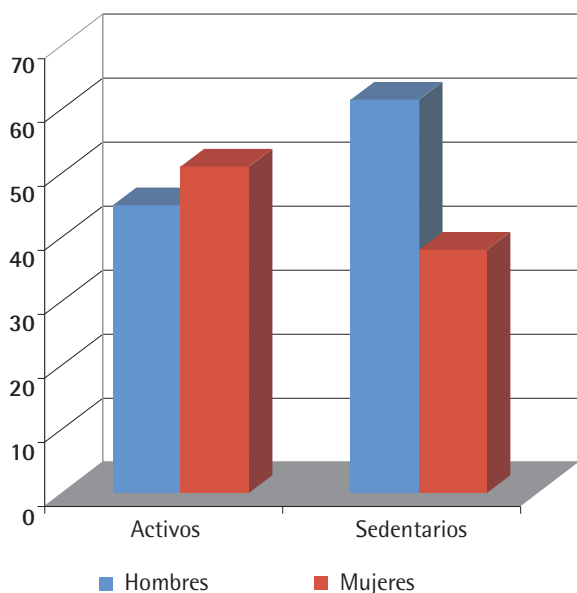


Gráfico 5.2 Por cada mujer activa hay casi 2 hombres activos

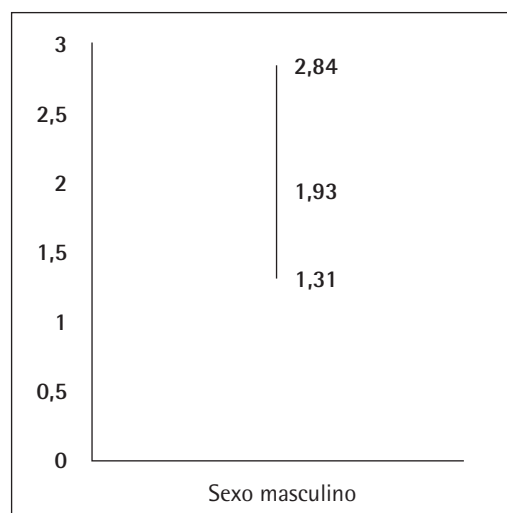


Gráfico 5. Porcentaje de sujetos que son activos o sedentarios según el sexo

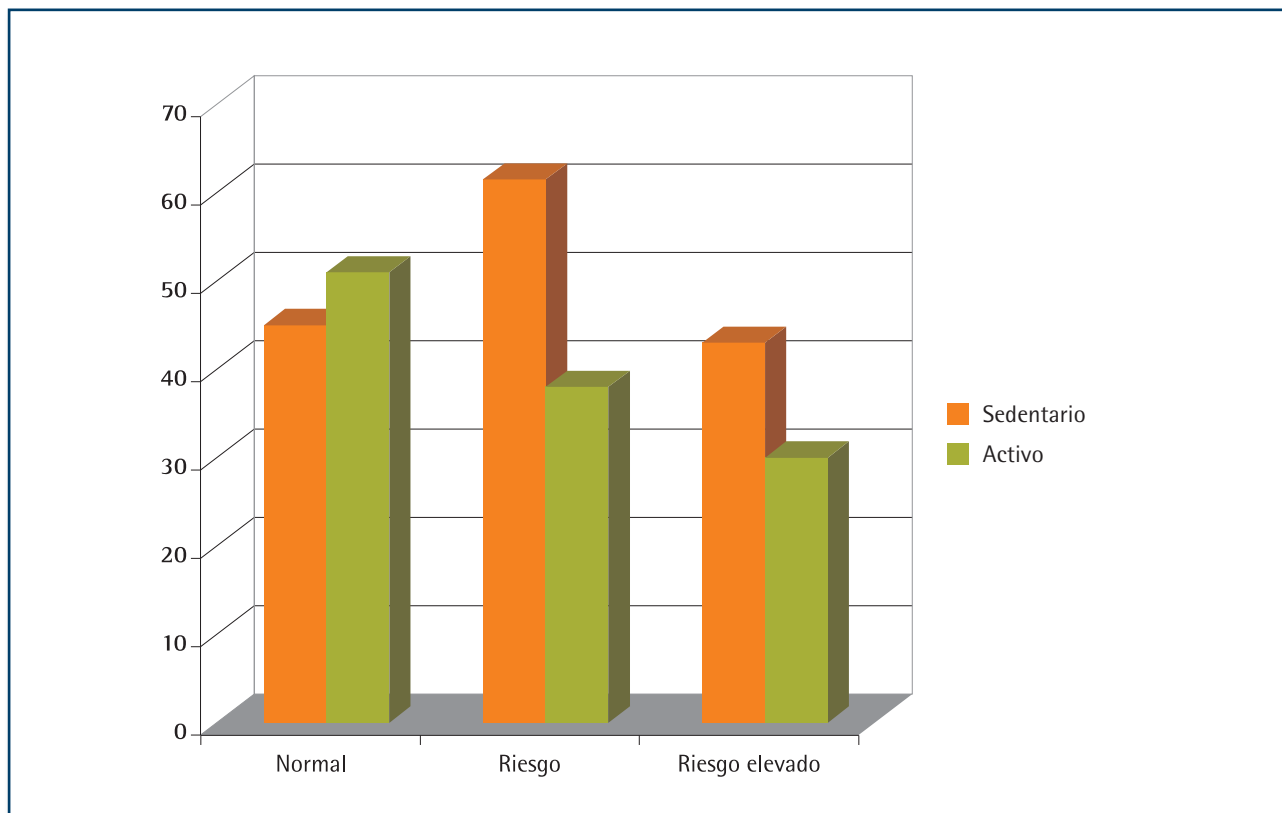


Gráfico 6. Porcentaje de sujetos que son sedentarios o activos según la medida de PA

Destaca el hecho de que los hombres son casi dos veces más activos que las mujeres, coincidiendo con resultados de encuestas sobre ejercicio físico (35).

Cabe reseñar también el bajo índice de adherencia a la DM, el 35,2% la siguen, mientras que el 64,8% no la siguen. Esto no es de extrañar y los resultados de este trabajo coinciden con diferentes estudios al demostrar que el patrón alimentario de la población se aleja del modelo de DM tradicional (9, 15, 36).

No se ha demostrado que exista relación alguna entre el seguimiento de la DM y el ser sedentario o activo, por lo que no se puede corroborar ni refutar la idea de DM como estilo de vida que incluye ejercicio físico moderado y no solo como pauta nutricional.

Una de las limitaciones importantes que se creen es que ha condicionado algunos de los resultados de este estudio ha sido la media de edad elevada, la cual es un reflejo de la población que utiliza los servicios de CAP con asiduidad. Así hipótesis como el hecho de que los usuarios que tienen estilos de vida saludables en cuanto a la alimentación también los tienen en cuanto al ejercicio físico ha sido refutado.

La edad también se cree que puede haber sido clave en el hecho de que un alto índice de la muestra (más del 70%) ha

sido catalogada como obesa en la prueba de PGC. La edad elevada está correlacionada con una masa muscular baja.

Los datos de este estudio sugieren que es relevante la adopción de medidas preventivas relacionadas con nutrición y la AF en Atención Primaria, así los hábitos de vida saludables como seguir patrones de DM o llevar una vida activa, pueden ser útiles en la lucha contra la obesidad.

Los resultados pueden tener importantes implicaciones en el desarrollo de estrategias y futuro asesoramiento en la prevención de la obesidad.

El equipo de Atención Primaria se puede plantear intervenciones que permitan aproximar la dieta de la comunidad a la DM, así como dar a conocer programas que promuevan la AF en la sociedad, cada día más sedentaria.

Bibliografía

- [1] WHO. Obesity and overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Ginebra: WHO; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es>
- [2] Müllerová. Obesity prevention. Vnitr Lek 2010; 56(10): 1098-1102.
- [3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nutrición y

- estrategia NAOS. Obesidad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
- [4] Wikipedia, la enciclopedia libre. Obesidad. Wikipedia, la enciclopedia libre; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Obesidad>
- [5] Fernández Vergel R, Peñarrubia María MT, Rispau Falgàs A, Espín Martínez A, Gonzalo Miguel L, Pavón Rodríguez F. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea? *Aten Primaria* 2006; 37(3): 148-153.
- [6] Rodríguez Artalejo F, López García E, Gutiérrez Fisac JL, Banegas Banegas JR, Lafuente Urduinguo PJ, Domínguez Rojas V. Changes in the prevalence of Overweight and Obesity and their risk factors in Spain 1987-1997. *Prev Med* 2002; 34(1): 72-81.
- [7] Aranceta J, Serra LL, Foz M, Moreno B. Prevalencia de Obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(12): 460-466.
- [8] Gonçal Lloveras. La dieta mediterránea: Realitat o mite? En: *Quinceavo Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana*; 1996. p. 29-34.
- [9] Buckland G, Bach A, Serra L. Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de obesidad. Una revisión bibliográfica. *Rev Esp de Obes* 2008; 6(6): 329-339.
- [10] Espósito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord* 2011; 9(1): 1-12.
- [11] Romaguera D, Norat T, Vergnaud AC, Mouw T, May AM, Buckland G et al. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. *Am J Clin Nutr* 2010; 92(4): 921-21.
- [12] Piers LS, Walker KZ, Stoney RM, Soares MJ, O'Dea K. Substitution of saturated with monounsaturated fat in a 4-week diet affects body weight and composition of overweight and obese men. *Br J Nutr* 2003; 90(3): 717-27.
- [13] Schröder H, Marrugat J, Vila J, Covas MI, Elosua R. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *J Nutr* 2004; 134(12): 3355-3361.
- [14] Schröder H, Elosua R, Vila J, Marti H, Covas MI, Marrugat J. Secular trends of obesity and cardiovascular risk factors in a Mediterranean population. *Obesity* 2007; 15(3): 557-562.
- [15] Grupo de revisión, estudio y posicionamiento de la asociación española de dietistas-nutricionistas (GREP-AEDN). La Unesco declara la dieta mediterránea patrimonio inmaterial de la humanidad. *GREP-AEDN* 2010; 2(10). [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://www.grep-aedn.es/newsletter/noviembre2010.htm>.
- [16] FAO. Sala de prensa. La población mediterránea abandona su dieta. *FAO* 2008; 29 de julio. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://www.fao.org/newsroom/es/news/2008/1000871/index.html>
- [17] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Encat. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 2002-2003. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depssalut/pdf/encat2003semi.pdf>
- [18] France Bellisle. Infrequently asked questions about the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition* 2009; 12(9): 1644-1647.
- [19] Wikipedia, la enciclopedia libre. Actividad física. Wikipedia; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Actividad_f%C3%ADsica
- [20] Blair SN, Morris JN. Healthy hearts-and the universal benefits of being physically active: physical activity and health. *Anal of epidemiology* 2009; 19(4): 253-256.
- [21] McInnis KJ. Exercise and obesity. *Coron Artery Dis* 2000; 11(2): 111-116.
- [22] McTiernan A, Sorensen B, Irwin ML, Morgan A, Yasui Y, Rudolph RE et al. Exercise effect on weight and body fat in men and women. *Obesity* 2007; 15(6): 1496-1512.
- [23] Varo JJ, Martínez-González MA, Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol* 2003; 32(1): 138-146.
- [24] Cenarruzabeitia V, Martínez A, J Alfredo, Martínez-González A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(17): 665-672.
- [25] WHO. World Health Report 2002. Ginebra: WHO; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- [26] Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Clin Proc* 2002; 77(2): 165-173.
- [27] Caudwell P, Hopkins M, King NA, Stubbs RJ, Blundell JE. Exercise alone is not enough: weight loss also needs a healthy (Mediterranean) diet? *Public Health Nutrition* 2009; 12(9A): 1663-1666.
- [28] Martínez González MA, Fernández Jarne E, Serrano Martínez M, Wright M. Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(11): 1550-1552.
- [29] Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of brief physical activity assessment for use by family doctors. *Br J Sports Med* 2005; 39(5): 294-297.
- [30] Deurenberg P. Validation of OMRON BF306 in samples of European populations. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://www.ajmedical.se/BF%20306%20validation.pdf>
- [31] Romaguera D, Norat T, Vergnaud AC, Mouw T, May AM, Agudo A et al. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. *Am J Clin Nutr* 2010; 92(4): 912-921.
- [32] Rodríguez Rodríguez E, López Plaza B, López Sobaler AM, Ortega RM. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutr Hosp* 2011; 26(2): 355-363.
- [33] Arsenault BJ, Rana JS, Lemieux I, Després JP, Kastelein JJ, Boekholdt SM et al. Physical inactivity, abdominal obesity and risk of coronary heart disease in apparently healthy men and women. *Int J Obes* 2010; 34(2): 340-347.
- [34] Kay SJ, Fiatarone Singh MA. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2006; 7(2): 183-200.
- [35] Margalloes M, Donate I. Ejercicio físico y descanso. [En línea] [fecha de acceso: 1 de junio de 2012]. URL disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/Temas/Salud/Encuestas%20de%20salud/Archivos/ESA%20IB_6%20ejercicio%20fisico.pdf
- [36] Romaguera D, Norat T, Mouw T, May AM, Bamia C, Slimani N et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *J Nutr* 2009; 139(9): 1728-37.

¹Felipe José Salguero Matamoros
¹Ana Magdalena Vargas Martínez
¹Ana Isabel Rivera Blanco
²María Teresa Muñoz de la Montaña

A propósito de un caso: hematemesis y lactancia materna

¹ EIR 2 FYC UDM Badajoz.

² Enfermera AP. Tutora EIR UDM FYC Badajoz.

Dirección de contacto:
 C/ Jesús Nazareno, 18. 06370 Burguillos del Cerro (Badajoz).

E-mail:
 salmata1983@yahoo.es

Resumen

Una madre acude a la consulta de Enfermería con su bebé, por presentar éste un cuadro de hematemesis.

Se lleva a cabo una valoración enfermera tanto del recién nacido como de la madre. No hay ningún patrón con alteraciones en el bebé, salvo la detección de un frenillo lingual corto que precisa una postura correcta para no causar dificultad en la succión. En la valoración materna se detecta una úlcera en el pezón con enrojecimiento, sangrado al roce y dolor, así como una falta de conocimientos sobre la lactancia materna, mediante la cual alimenta a su hijo de forma exclusiva. También se aprecia ansiedad y miedo. A partir de estas valoraciones, se puede determinar que probablemente el factor causante de la hematemesis del bebé sea la ingestión de sangre materna procedente de la lesión de la mama.

Por ello se instaura un programa de formación, citando a la madre y al bebé durante cinco días consecutivos, coincidiendo con la hora aproximada de la toma, para evaluar el bebé, la madre y la lactancia.

Se observa curación de la úlcera y la no aparición de nuevas. Disminución progresiva del dolor, la ansiedad y el miedo de la madre.

Al séptimo día, se observa una lactancia materna correcta y bien instaurada, concluyendo que a través de una buena educación sanitaria y apoyo psicológico, se ha resuelto una situación que en numerosos casos termina con el abandono de la lactancia natural.

Palabras clave: lactancia materna; educación sanitaria; hematemesis; úlcera mamaria.

Abstract

Presentation of a case: hematemesis and breastfeeding

A mother and her baby visited the nursing consulting room because the baby showed symptoms of hematemesis.

A nursing assessment of both the newborn and mother was conducted. There were no anomalies in the baby, apart from for the detection of a short frenulum which required a good technique to avoid causing difficulty in sucking. The assessment detected a nipple ulcer with redness, bleeding on touch and pain as well as a lack of knowledge about breastfeeding, which at this time was the only the source of nourishment for the child. Anxiety and fear were also evident. From these assessments, we could determine that probably the factor that caused the baby's hematemesis, was the ingestion of maternal blood from the breast lesion.

Therefore we implemented a training program for mother and baby during five consecutive days, coinciding with the approximate time of breastfeeding to assess the baby, the mother and the breastfeeding.

The ulcers healed and there were no new ones. We could see a progressive decrease in the pain, anxiety and fear of the mother.

On the seventh day, we saw breastfeeding was correct and well instituted. We conclude that through good health education and counseling, a situation, which in many cases ends with the abandonment of breastfeeding, was resolved.

Key words: breastfeeding; health education; hematemesis; breasts sores.

Sinopsis (breve descripción de un caso)

La hematemesis del lactante o el recién nacido suele ser una entidad que provoca gran alarma, tanto en la familia como en el propio personal sanitario. Puede deberse a varios procesos relacionados con alteraciones del aparato digestivo o con alteraciones hematológicas. También puede ser debido a la ingestión de sangre del recién nacido procedente de la madre durante el parto o durante la lactancia.

En el caso que ocupa, tras realizar valoraciones, tanto al recién nacido como a la madre, se determina que la hematemesis es provocada por la ingestión de sangre del bebé procedente de la madre, ya que ésta tiene una lesión en la mama.

El bebé tiene un frenillo lingual corto y la madre un déficit de conocimientos sobre lactancia materna, con lo que ambas cosas se suman para impedir un correcto agarre del pecho, causando lesiones sangrantes en las mamas y desencadenando el cuadro de hematemesis en el niño.

Mediante educación sanitaria y apoyo psicológico a la familia se consigue adecuar el agarre, por tanto, evitar la aparición de nuevas lesiones, facilitar la curación de la existente, obtener un correcto aporte de nutrientes para el bebé disminuyendo la ansiedad materna.

Valoración

Madre que acude a la consulta de la enfermera de pediatría de su centro de salud, con su hijo, varón de siete días de vida, al que alimenta mediante lactancia materna exclusiva a demanda, por la realización de su bebé de un vómito hemático.

Se remite a su pediatra que realiza una valoración general, determinando que el cuadro no requiere medidas urgentes, ya que no tiene repercusión general en el bebé ni tampoco repercusión hemodinámica.

Se lleva a cabo una valoración enfermera por patrones funcionales de Marjory Gordon, tanto de la madre como del bebé.

Valoración enfermera del bebé

- Percepción-manejo de la salud: bebé nacido a término, con embarazo normal y controlado, sin antecedentes personales de enfermedad ni malformaciones. Parto natural. Apgar 1,9 y 5,10. Antecedentes familiares sin interés. No tabaquismo pasivo. Realizado cribado precoz de sorderas. Bien vacunado.
- Aspecto general bueno, reactivo y buena tonicidad. Normocoloreado y bien hidratado. No irritabilidad ni quejido.

- Nutricional-metabólico: alimentación: lactancia materna exclusiva a demanda. Existencia de regurgitaciones escasas y presencia de vómito hemático (observado por la madre). Apetito normal, sin presencia de cólicos. Frenillo lingual corto. No utilización de chupete (Tabla 1).
- Eliminación: hábito intestinal normal, con apariencia de heces normales y frecuencia normal. Eliminación urinaria normal, de color y cantidad normal (aproximadamente 6-7 pañales diarios).
- Actividad-ejercicio: fontanelas normales. Aparato locomotor dentro de la normalidad. *Haizea llevant*: área postural normal.
- Reposo-sueño: duerme 14-15 horas de las que 8-10 son nocturnas y el resto repartidas entre varias siestas diurnas. Concilia el sueño fácilmente. Duerme en cuna ubicada en la habitación de los padres en decúbito supino.
- Cognitivo-perceptual: reacciona de forma normal a estímulos auditivos y visuales.
- Autoestima-autopercepción: no se aprecia sensación de malestar. La expresión de la familia a cerca del bebé es de preocupación por el cuadro que presenta.
- Rol-relaciones: no valorable.
- Sexualidad-reproducción: genitales normales, con testículos en bolsas.
- Adaptación-tolerancia al estrés: no irritabilidad.
- Valores-creencias: no valorable.

Valoración enfermera de la madre

- Percepción-manejo de la salud: mujer sin problemas de salud, ni antecedentes familiares. Puerperio normal con involución normal. Piel normocoloreada, bien hidratada, sin edemas. No presencia de hábitos tóxicos.
- Nutricional-metabólico: alimentación normal, con dieta variada rica en frutas y verduras. Cinco comidas de cantidades normales. Valoración de las mamas: mamas de aspecto normal, con pezones normales y con areola de tamaño y coloración normal. Se aprecia una grieta en el pezón de la mama derecha con enrojecimiento, dolor y sangrado con el contacto. No ingurgitación ni signos locales de infección.

Tabla 1. Percepción-manejo de salud del bebé

	Nacimiento	Día de consulta
Peso (percentil)	2,900 kg (3)	3,030 kg (3)
Longitud (percentil)	50 cm (75)	51,5 cm (75)
P. craneal (percentil)	35 cm (50)	36 cm (50)

Valoración del dolor mediante Escala Visual Analógica (EVA):

- Habitual: 3 (1 a 10)
 - Durante lactancia: 7 (1 a 10)
 - Peso: 68,1 kg
 - Talla: 1,64m
 - IMC: 25,4
- Eliminación: eliminación intestinal con frecuencia y aspecto normal. Eliminación urinaria normal, sin infecciones.
 - Actividad-ejercicio: actividad física limitada por puerperio. Movilidad y aspecto físico normal.
 - Reposo-sueño: duerme sobre nueve horas de las cuales ocho son nocturnas y el resto en siesta diurna. No dificultad para conciliar el sueño. Nivel de energía normal, aunque manifiesta que se encuentra cansada por el esfuerzo que le supone la lactancia materna.
 - Cognitivo-perceptual: percibe correctamente el entorno. Acepta adecuadamente su reciente maternidad. Se miden los conocimientos que posee acerca de la lactancia materna, manifestando que es duro y que no se siente segura de lo que está haciendo al respecto, pero que quiere conseguir una buena lactancia materna.
 - Autoestima-autopercepción: se siente bien, con buen estado de ánimo. Sin signos de depresión.
 - Rol- relaciones: buen apoyo familiar. Manifiesta que su pareja es colaborador en las actividades familiares. También refiere recibir ayuda por parte de su madre y otros familiares.
 - Sexualidad-reproducción: órganos sexuales normales. Involución de órganos reproductores normal (seguimiento por parte de matrona de EAP), sin heridas ni laceraciones en canal del parto.
 - Afrontamiento-tolerancia al estrés: comenta estar estresada y asustada por el vómito hemático de su hijo, aunque tras hablar con el personal sanitario refiere estar más tranquila. Manifiesta ir adaptándose bien a la maternidad.
 - Valores y creencias: está convencida de que la lactancia materna es la mejor alimentación para su hijo y dice que hará todo lo que esté en su mano para conseguir una buena lactancia. Actualmente tiene como una de sus metas poder resolver los problemas que le están surgiendo relacionados con la crianza de su bebé.

Diagnósticos/problemas

- 0046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p alteración de la superficie de la piel.
- 00126 Conocimientos deficientes sobre lactancia materna r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema.

- 00104 Lactancia materna ineficaz r/c ansiedad maternal y déficit de conocimientos m/p el lactante se encuentra incapaz de cogerse correctamente al pecho y persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.
- 00107 Patrón de alimentación ineficaz en el lactante r/c anomalía anatómica m/p incapacidad para iniciar una succión eficaz.
- 00146 Ansiedad r/c estrés y crisis situacional m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos manifestando interés por el tema.

Resultados esperados y conseguidos

- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- 1102 Curación de la herida: por primera intención.
- 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante.
- 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre.
- 1819 Conocimientos: cuidados del lactante.
- 1002 Mantenimiento de la lactancia materna.
- 1800 Conocimiento: lactancia materna.
- 1205 Autoestima.
- 1302 Afrontamiento de problemas.
- 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- 0602 Hidratación.

Intervenciones

- 3590 Vigilancia de la piel.
- 3660 Cuidados de las heridas.
- 5606 Enseñanza: individual.
- 5244 Asesoramiento en la lactancia.
- 1054 Ayuda en lactancia materna.
- 5520 Facilitar el aprendizaje.
- 1160 Monitorización nutricional.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5880 Técnica de relajación.

Actividades enfermeras

- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Tomar notas de los cambios en la piel y membranas mucosas.

- Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.
- Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.
- Evaluar comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción y succión).
- Evaluar la habilidad materna al acercar al bebé al pezón.
- Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.
- Fomentar maneras de aumentar el descanso, incluyendo la delegación de las tareas del hogar.
- Fomentar la utilización de ambos pechos en cada toma.
- Instruir sobre los signos de problemas.
- Vigilar la capacidad del bebé para mamar.
- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.
- Analizar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón.
- Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.
- Mostrar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Establecer metas realistas objetivas con la paciente.
- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza en términos medibles/observables.
- Ajustar la instrucción a nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Proporcionar información adecuada a su nivel de desarrollo.
- Presentar a la paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.
- Proporcionar ayudas a la memoria.
- Reforzar la conducta cuando proceda.
- Pesar a la paciente a los intervalos establecidos.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.
- Comprobar el crecimiento y desarrollo.
- Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento, si procede.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.
- Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Instruir a la paciente en el uso de técnicas de relajación si resulta necesario.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente de confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Reforzar el comportamiento si procede.
- Sentarse y hablar con la paciente.
- Mantener contacto visual de la paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Reafirmar a la paciente en su seguridad personal.
- Favorecer una respiración lenta, profunda.
- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
- Instruir a la paciente sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora: hablarle, tocarle, acariciarle, liberar los brazos, mecerlo, etc.

Evaluación

Se realiza una evaluación continua citándose a la madre y al bebé durante cinco días consecutivos, coincidiendo con la hora aproximada de una toma, para evaluar tanto al bebé como a la madre.

Se va observando mejoría de la lesión del pezón, así como la evidencia de no aparición de nuevas lesiones, manifestándose por el no sangrado de la misma al tercer día y una disminución significativa del dolor al séptimo día: habitual (EVA 0) y durante la toma (EVA 3). Como único tratamiento de la úlcera se recomienda la hidratación del pezón y areola con gotas de leche materna. No precisó tratamiento farmacológico, ni antibiótico. Se lleva a cabo una monitorización del peso y longitud del lactante (Tabla 2).

Se evalúa el grado de hidratación del mismo, mediante el estado de piel y mucosas, así como del número de micciones y deposiciones, estando estos en todo momento dentro de la normalidad.

Tabla 2. Monitorización del peso y longitud del lactante

	1ª consulta	Fin programa educativo
Peso (percentil)	3,030 kg (3)	3,230 kg (8)
Longitud (percentil)	51,5 cm (75)	53,1 cm (70)

En cada una de las visitas, se imparte educación sanitaria adaptada al nivel cultural de la familia. También se evalúa la adquisición de conocimientos de días anteriores e interrogamos sobre la aparición de dudas y problemas.

Con la educación sanitaria y el apoyo psicológico brindado, se evidencia una disminución de la ansiedad y una mejora en el afrontamiento de problemas, en torno a la cuarta sesión.

Al séptimo día, había desaparecido por completo la lesión del pezón. La lactancia materna estaba correctamente instaurada y se observa una tendencia ponderal al alza. También se produce un aumento en la satisfacción de la madre acerca de la lactancia materna y de la crianza de su bebé.

Como conclusión final, cabe decir que mediante la observación, la educación y el apoyo psicológico, se logró una lactancia bien instaurada, resolviéndose de forma satisfactoria una situación que en múltiples ocasiones termina con el abandono de la lactancia natural.

Bibliografía

- Blázquez MJ. Posición, colocación y succión del bebé al pecho. *Medicina Naturista* 2006; (9): 464-470.
- Cuervo JL. Anquiloglosia (frenillo lingual corto): sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires* 2008; 50(228): 125-129.
- Martínez Herera B. Fomento de la Lactancia Materna en Atención Primaria. *Bol Pediatr* 1997; 37: 153-159. [En línea] [fecha de acceso: 30 de mayo de 2012]. URL disponible en: http://www.sccalp.org/boletín/161/BolPediatr1997_37_153-159.pdf
- Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Guía práctica SES 2011/27. Mérida: Ed: SES Dirección Gral. de Asistencia Sanitaria; 2011.
- Ramos Espada JM, Calabuig Sánchez M. Hemorragia digestiva en pediatría. Tratamiento de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica 2ª ed. Madrid: Sociedad Española de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica; 2006. p. 62-76.

Tengo diabetes. ¿Quién cuida de mí en la escuela?

¹Alexandra Martínez Gómez
¹Raquel García González
²Elena Arranz Calle
²María del Carmen García Casado
²Manuel Comellas Nicolás

¹ Enfermera. Residente de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Urbano I de Mérida.

Dirección de contacto:
C/ Pedro María Plano, 45, bajo izquierda.
06800 Mérida (Badajoz)

² Enfermera/o. Tutor/a de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Urbano I de Mérida.

E-mail:
sandramar_87@msn.com

Resumen

La Junta de Extremadura publicó en 2010 el "Protocolo de Atención al niño/adolescente con diabetes en la Escuela" respondiendo a la demanda de padres, profesionales sanitarios y profesores que reclamaban coordinación ante el problema real que se plantea cuando un alumno con diabetes se incorpora a un centro escolar.

Se inicia el proceso en un colegio de nuestra zona con dos intervenciones educativas: la primera dirigida a docentes y padres; y la segunda a compañeros del alumno con diabetes. Se empleó una metodología participativa en la que han predominado actividades con dinámica de grupo, trabajando contenidos básicos sobre diabetes a través de talleres, con actividades con el objetivo de capacitar para resolver situaciones en la escuela.

Se evaluaron los conocimientos previos y posteriores a los talleres, actitud de profesores y alumnos antes y después, y el grado de satisfacción global sobre la actividad desarrollada. Los resultados obtenidos fueron que el profesorado mejoró su disposición a actuar ante una hipoglucemia, en ambos grupos, se mejoraron los conocimientos objetivos y 97% de asistentes valoró como buena o muy buena la intervención.

Las intervenciones propiciaron que profesores y alumnos adoptaran una actitud positiva y de normalidad frente a la presencia de personas con diabetes en la escuela, también aumentó su disponibilidad de actuación ante posibles complicaciones agudas.

El protocolo permite reforzar el papel de la enfermera familiar como referente en todo el proceso, coordinado a padres, profesores y equipo sanitario.

Palabras clave: diabetes; escuela; adolescente; protocolo.

Abstract

I have diabetes. Who takes care of me in school?

The Regional Government of Extremadura published in 2010 the "Protocol for Diabetic Child/Adolescent Care at School" in response to the demand from parents, health professionals and teachers who requested coordination to face the real problem which arises when a student with diabetes joins a school.

We began the process in a school in our area with two educational interventions: the first aimed at teachers and parents, and the second at fellow students of the pupil with diabetes. We used a participatory methodology mainly through group dynamics activities, working in workshops with a basic content on diabetes, and activities with an objective to be able to resolve situations in the school.

Knowledge and the teacher and student's attitudes were assessed before and after the workshops, as well as the overall satisfaction on the activity.

The results showed that teachers improved their willingness to act in cases of hypoglycemia, both groups improved their factual knowledge and 97% of attendees rated the intervention as good or very good.

Interventions led teachers and students to develop a positive attitude and normality to the presence of people with diabetes in school and also increased its willingness to act in case of possible acute complications. The protocol reinforces the role of the family nurse as a reference throughout the process, coordinated with parents, teachers and the health team.

Key words: diabetes; school; adolescent; protocol.

Tipo de estudio

Experiencia dentro del ámbito comunitario. Puesta en marcha del "Protocolo de Atención al niño/adolescente con diabetes en la Escuela".

Justificación/introducción

La junta de Extremadura publicó en 2010 el "Protocolo de atención al niño/adolescente con diabetes en la escuela" respondiendo a la demanda de padres, profesores y profesionales sanitarios que reclamaban una coordinación efectiva ante el problema real que se plantea cuando un alumno con diabetes, normalmente de reciente diagnóstico se incorpora al centro escolar. Este protocolo ha puesto de manifiesto que es posible un acuerdo entre las diferentes consejerías (Sanidad y Educación) para actuar ante una necesidad sentida de su población y que apuesta por el desarrollo de la comunidad autónoma.

Objetivos

- Coordinar a los centros educativos con los sanitarios, a través de la figura del profesional referente en diabetes mellitus (DM) presente en ambos centros.
- Visitar los centros educativos tras cada nuevo diagnóstico de DM, celebrando una reunión con padres y profesores para planificar las actividades educativas.
- Prever las necesidades sanitarias de los niños con diabetes tanto en su estancia en el centro como en sus salidas extraescolares.
- Revisar el material dedicado a la atención del niño/adolescente con diabetes ubicado en los centros y actuar en consecuencia.
- Desplazarse al centro educativo cuando sea necesario para prestar atención sanitaria, cuando así lo tenga programado. Para casos de urgencias y emergencias se utilizarán los mismos criterios generales que para el resto de problemas de salud.
- Informar sobre la existencia de grupos y asociaciones, locales y estatales, para las personas con diabetes y facilitar su contacto. Participar en las actividades formativas que se establezcan para el profesorado, de forma voluntaria y en las que se requiera su presencia.
- Emitir y actualizar regularmente la "Cartilla del alumno con diabetes", cumplimentando los datos referidos a los aspectos sanitarios.

Material y método

Se prepararon dos actividades-talleres formativos, una para los padres y profesores de todo el centro y una segunda en la que participarían los niños, compañeros de los alumnos con DM.

- En la primera intervención realizada se reunió a los profesores y padres del alumno (34 asistentes) en el salón de actos del centro educativo y se llevó a cabo una intervención educativa con la ayuda de material multimedia y sanitario de los siguientes contenidos:
 - Escenificación de una hipoglucemia.
 - Contenido teórico: fisiopatología de la diabetes.
 - Situaciones normales en el niño con diabetes (ejercicio, dieta, actividades extraescolares).
 - Cómo actuar ante complicaciones: hiperglucemia y hipoglucemia.
 - Taller: se hizo una demostración de un control glucémico. Más tarde se repartieron glucómetros y todos los asistentes realizaron la medición a un compañero para así capacitarlos para realizar la prueba en caso de necesidad.

Después se explicó cómo administrar glucagón e igualmente todos los asistentes practicaron esta técnica.

Se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes donde evaluaron la intervención como muy positiva y sugirieron posibles mejoras para próximas intervenciones.

Se mejoró así la disposición a actuar en caso de necesidad de todos los profesores y la confianza de los padres en el equipo del centro educativo al que acude su hijo.

Se motivó a la participación en el Plan de Atención al niño/adolescente con DM en el centro educativo.

- En la segunda intervención se reunió a los compañeros del alumno con diabetes (23 asistentes) y, previo consentimiento de sus padres y del propio adolescente, se realizó una intervención educativa en el salón de actos con los siguientes contenidos:
 - Tormenta de ideas para evaluar los conocimientos previos de los alumnos sobre el tema a tratar.
 - Explicación breve de la fisiopatología de la diabetes.
 - Trivial® de la diabetes: juego diseñado especialmente para esta intervención que constaba de diferentes pruebas. Se dividió al grupo en dos y se les dio unas tarjetas con las preguntas a realizar al otro equipo, también unos dibujos para que uno de ellos lo dibujará y así su equipo pudiera adivinarlo y, por último, una prueba de palabras prohibidas, en la que un adolescente describía una palabra sin decir otras clave, siempre sobre el tema de la diabetes. El objetivo era tener más puntos, es decir, aciertos que el equipo contrario. Esto sirvió para captar la atención y el interés de los alumnos, para evaluar los conocimientos adquiridos y para

que el adolescente con DM se sintiera integrado en el grupo.

- Por último, se hizo una charla-coloquio en la que el adolescente con diabetes explicó a sus compañeros cómo se sentía, compartió con todos su experiencia y sus compañeros se comprometieron a ayudarlo y apoyarle en todo lo que fuera necesario.

Al acabar las intervenciones se cumplimentó la "Cartilla del alumno con diabetes" y se explica a la referente en DM del centro escolar que éste es el instrumento básico de comunicación que se va a emplear y la necesidad de anotar cualquier incidencia o cambio en la situación del alumno, para después poder la enfermera referente valorarla en posteriores visitas.

En el aspecto legal, los padres firmaron consentimientos que autorizaban a los profesores para la administración urgente de medicamentos y la exención de responsabilidad. Así mismo, autorizaron mediante consentimiento informado a la enfermera referente en diabetes la consulta de información sanitaria específica y confidencial con el fin de garantizar un buen control y tratamiento adecuado de su hijo en el centro educativo.

Resultados

El profesorado mejoró su disposición a actuar ante una hipoglucemia, ya que el 92,67% valoró la intervención educativa como muy útil a la hora de actuar en caso de que se presentará una urgencia. En este aspecto, en las recomendaciones que hicieron los docentes demandaban una formación continuada.

En ambos grupos se mejoraron los conocimientos objetivos.

EL 97% de los asistentes valoró como buena o muy buena la intervención. Lo peor valorado fue el horario de la intervención, aunque por disponibilidad tanto de los profesores como de los profesionales sanitarios que participaron en las actividades no fue posible modificarlo.

Conclusiones

- Las intervenciones propiciaron que profesores y alumnos adoptaran una actitud positiva y de normalidad frente

a la presencia de personas con diabetes en la escuela; como también mejoraron su disponibilidad y capacidad para actuar ante la aparición de complicaciones agudas.

- El protocolo permite reforzar el papel de la enfermera familiar y comunitaria como referente en todo el proceso, coordinando a padres, profesores y equipo sanitario.
- Aumentó la satisfacción y confianza de los padres implicados tanto en el equipo sanitario como en el cuerpo docente.

Bibliografía

- American Diabetes Association. Diabetes Care in the School and Day Care Setting. *Diabetes Care* 2004; 27(1): 122-128.
- American Diabetes Association. Diabetes Care in the School and Day Care Setting. *Diabetes Care* 2008; 31(1): S79-S86.
- Associació de persones amb diabetes de les Illes Balears (ADIBA). Projecte l'infant i l'adolescent amb diabetis a l'escola. Palma de Mallorca: ADIBA; 2006.
- Barrio R. La diabetes en la escuela [monografía de Internet]; 2004. [En línea] [fecha de acceso: 30 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://www.ascensia.es/user/ediarticulos29.htm>
- Buesa E. El niño diabético en el colegio [monografía de Internet]. Castellón: Hospital General; 2004 [En línea] [fecha de acceso: 30 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://buesa.org/DM-ESCUELA.pdf>
- Carramiñana F, Igual D, Parra J, Pérez ME, Rodríguez MA. Diabetes Mellitus. En: Ferrer JL, Villa JM, Cantero AB, Ruiz E. CD-ROM de Materiales de Educación para la Salud. Volumen 3. [CD-ROM]. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2008.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Associació de Diabètics de Catalunya (ADC). Protocol d'actuació per a la diabetes a l'escola. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005.
- González E, Hinojosa MC, Inglada L. Diabetes mellitus tipo 1 y 2: etiopatogenia, formas de comienzo, manifestaciones clínicas, historia natural. *Medicine* 2008; 10(17): 1091-1101.
- Nevada Diabetes Association for Children and Adults. Recommendations For Management Of Children With Diabetes In School [monografía de Internet]. Reno; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 30 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://health2k.state.nv.us/diabetes/documents/School%20Guidelines2.pdf>
- Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L et ál. Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. A statement of the American Diabetes Association. *American Diabetes Association. Diabetes Care* 2005; 28(1): 186-212.

María Viera Molina¹
Cristina Roviralta Puente¹
Francisca Pérez Roldán¹
María Eva Sáez Torralba²
Alejandro Villarín Castro²

Somatización en la baja autoestima crónica

¹Enfermera residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

²Coordinadores de Formación de Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria de Toledo.

Dirección de contacto:
Avda. Ronda de Buenavista, 41, portal 1 - 1º D.
45005 Toledo

E-mail:
maviera87@gmail.com

Resumen

Paciente de 49 años, mujer, que acude a una consulta de Enfermería por manifestar dolor y rigidez en las piernas. Tras una exploración médica no se encuentran indicios de una patología física. Por el contrario, al analizar los distintos diagnósticos enfermeros, se observa que tiene alterada la cantidad y calidad del sueño y que este patrón está afectado por una alteración en el estado de ánimo asociado a un desengaño sentimental, es diagnosticada de insomnio relacionado con la separación de la persona significativa.

Ambos diagnósticos están relacionados, ya que el dolor puede provocar un descanso inadecuado y viceversa, el dolor también puede agravarse por la falta de sueño.

Palabras clave: somatización; autoestima; Proceso de Atención de Enfermería; NI; NOC; NANDA.

Abstract

Somatization due to chronic low self-esteem

49-year-old woman, goes to the nursing room because she has pain and stiffness in her legs. A medical examination could find no evidence of physical pathology. But, after analyzing the various nursing diagnoses, an altered quantity and quality of sleep was observed and this pattern was affected by emotional stress after a relationship breakdown. She was diagnosed with insomnia related to separation from a partner. Both diagnoses are related, since pain can lead to inadequate rest and vice versa, the pain can be aggravated by lack of sleep.

Key words: somatization; self-esteem; Nursing Care Process; NIC; NOC; NANDA.

Introducción

Mujer de 49 años, acude a la consulta de Enfermería derivada por el médico de familia, por dolor y rigidez de piernas. Tras la exploración médica no se encuentra indicios de patología física.

La enfermera realiza una valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, formato adoptado en la historia clínica informatizada del centro de salud:

Percepción/manejo de salud: manifiesta con un estado de salud "regular". Tiene antecedentes de dos ingresos hospitalarios por intento de suicidio y es fumadora de 20 cigarrillos al día.

Nutricional/metabólico: no relevante.

Eliminación: no relevante.

Actividad/ejercicio: camina media hora diaria.

Reposo/sueño: expresa necesitar ayuda para conciliar el sueño, se siente cansada al levantarse, presenta signos de falta de descanso y comunica que últimamente se distrae con facilidad. Comenta que acaba de tener un desengaño sentimental que dificulta la conciliación del sueño.

Cognitivo/perceptivo: dolor y rigidez en piernas, la paciente afirma que la sintomatología aparece cuando se siente desanimada y se agudiza cuando más triste se encuentra,

dice hallarse en este momento "de bajón" por un desengaño sentimental el cual no quiere especificar.

Autopercepción/autoconcepto: se considera poco importante. No se gusta a sí misma, se expresa en un tono de voz dubitativo.

Rol/relaciones: vive con dos compañeras con las que comparte piso. Tiene una hermana que vive cerca de ella y a la que pide ayuda cuando lo necesita. Le gusta salir con sus amigos, aunque ahora manifiesta no apetecerle mucho.

Sexualidad/reproducción: no relevante.

Afrontamiento al estrés: en situaciones problemáticas acude a su hermana y amigos.

Valores y creencias: no es religiosa.

Valoración

Patrones afectados:

Percepción/manejo de salud: estado de salud "regular", dos ingresos hospitalarios por intento autolítico, fumadora de 20 cigarrillos/día.

Reposo/sueño: sueño no reparador, necesita ayuda para conciliarlo y últimamente se distrae con facilidad. Durante la entrevista la paciente comenta que el desengaño sentimental afecta principalmente a este patrón.

Cognitivo/perceptivo: dolor y rigidez en piernas que aparecen cuando se siente desanimada y se agudiza cuando más triste se encuentra, puede sugerir un signo de somatización, dice encontrarse actualmente "de bajón" por un desengaño sentimental.

Autopercepción/autoconcepto: se considera poco importante. No se gusta a sí misma, tono de voz dubitativo. El lenguaje no verbal confirma lo que la paciente expresa.

Diagnósticos enfermeros

000119 Baja autoestima crónica

- Definición del Dx: larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
- Factores relacionados: "pendiente de desarrollo".
- Resultados NOC:
 - 001205 Autoestima: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
 - 001209 Motivación: impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.

- Indicadores:
 - 120504 Mantenimiento del contacto ocular.
 - 120501 Verbalización de autoaceptación.
- Intervenciones NIC:
 - 005240 Asesoramiento (utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyo la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales) .
 - 005270 Apoyo emocional (proporcionar seguridad, aceptación y ánimos en momento de tensión) .
 - Derivación*.
 - Documentación*.
- Actividades:
 - 05410 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto.
 - 04274 Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
 - 03446 Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
 - 01041 Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
 - 00766 Animar a la paciente a que muestre sus sentimientos.

000132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (psicológicos)

- Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.
- Factores relacionados:
 - 74 r/c agentes lesivos (psicológicos).
- Resultados NOC:
 - 002102 Nivel de dolor.
- Indicadores:
 - 210201 Dolor referido.
 - 210204 Duración de los episodios de dolor.
 - 121129 Trastorno del sueño.
 - 121106 Tensión muscular.
 - 121112 Dificultades para la concentración.
- Intervenciones NIC:
 - 004920 Escucha activa (gran atención y determinación

* Nota: en la historia clínica informatizada, este factor relacionado está definido como tal y por ello, se utiliza en el caso clínico aunque en la bibliografía no aparece consultado.

de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente).

- 001400 Manejo del dolor (alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente).
- 002300 Administración de la medicación (preparar administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación).
- Actividades:
 - 05424 Estar atento al tono, tiempo, volumen entonación e inflexión de la voz.
 - 05426 Hacer preguntas o frases que animen a expresar sus sentimientos.
 - 09638 Proporcionar información acerca de la causa del dolor, tiempo que durará y sus incomodidades.
 - 08377 Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
 - 00251 Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.

000095 Insomnio r/c separación de la persona significativa

- Definición: trastorno de la cantidad y la calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
- Factores relacionados: separación de las personas afectivas*.
- Resultado NOC:
 - 001204 Equilibrio emocional.
 - 000003 Descanso.
- Indicadores:
 - 120402 Muestra un estado de ánimo sereno.
 - 120404 Refiere dormir de forma adecuada (al menos cinco horas al día).
 - 120405 Muestra concentración.
 - 120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.
- Intervenciones:
 - 001850 Mejorar el sueño (facilitar ciclos regulares sueño/vigilia).
 - 006040 Terapia de relajación simple (uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular).

- 005880 Técnica de relajación.

- Actividades:
 - 02325 Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.
 - 07372 Instruir a la paciente sobre técnicas que disminuyan la ansiedad.
 - 00318 Administrar medicamentos ansiolíticos, si fuera necesario.
 - 0813 Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.

000150 Riesgo de suicidio r/c historia de intentos previos de suicidio y enfermedad o trastorno psiquiátrico

- Definición: riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.
- Factores relacionados: r/c historia de intentos previos de suicidio y enfermedad o trastorno psiquiátrico.
- Resultado NOC:
 - 001408 Autocontrol de impulso suicida.
 - 001206 Deseo de vivir.
 - 001204 Equilibrio emocional.
- Indicadores:
 - 140821 Utiliza los servicios de salud mental disponibles.
 - 140822 Hace planes para el futuro.
 - 120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.
- Intervenciones:
 - 006340 Prevención de suicidios (disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la atención de acabar con la vida).
 - 005230 Aumentar el afrontamiento (ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o aumentos perceptivos que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana).
- Actividades:
 - 01660 Ayudar a la paciente a identificar las personas y los recursos de apoyo.
 - 00309 Administrar medicación si procede.
 - 08733 Observar o registrar algún cambio de humor que pueda aumentar el riesgo.

* Nota: en la historia clínica informatizada, este factor relacionado está definido como tal y por ello, se utiliza en el caso clínico aunque en la bibliografía no aparece consultado.

- 01759 Ayudar a la paciente a resolver problemas de una manera constructiva.
- 02659 Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.
- 03693 Determinar riesgos en la paciente para hacerse daño.
- 04325 Disponer de un ambiente de aceptación.
- 01703 Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo.

Discusión

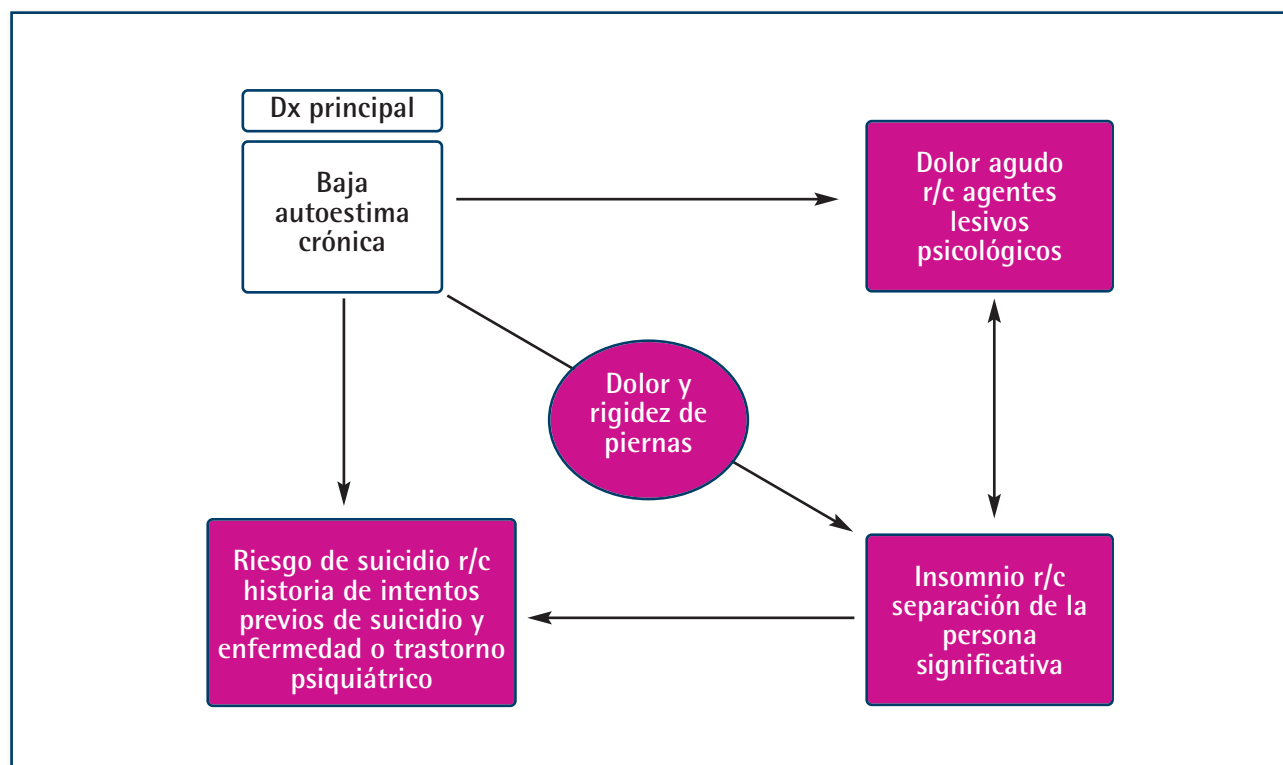
Al analizar los distintos diagnósticos enfermeros, se observan interrelaciones: la paciente acude a consulta por dolor y rigidez de piernas y es diagnosticada de dolor agudo en relación con agentes (psicológicos). No se evidencia ningún indicio de patología física, comenta que tiene alterada la cantidad y calidad del sueño y que este patrón está afectado por una alteración en el estado de ánimo asociado a un desengaño sentimental, es diagnosticada de insomnio relacionado con la separación de la persona significativa. Ambos diagnósticos están relacionados, ya que el dolor puede

provocar un descanso inadecuado y viceversa (el dolor también puede agravarse por la falta de sueño).

El insomnio (alteración de la cantidad y la calidad del descanso), su estado de ánimo, sus antecedentes personales autolíticos, su autoconcepto pueden condicionar a la paciente tanto física como psicológicamente e influir en el riesgo de suicidio.

El diagnóstico que repercute en todos los diagnósticos identificados es el de baja autoestima crónica. Se puede deducir que al resolver éste, podrá mejorar el diagnóstico de riesgo de suicidio y además podrán desaparecer algunos dependientes como el diagnóstico de insomnio y dolor agudo. Por tanto, se puede deducir que la baja autoestima crónica es el diagnóstico principal y que se trata de un caso de somatización relacionado con dicha baja autoestima crónica.

La autoestima es la actitud o concepto valorativo (positivo o negativo) hacia uno mismo; no es de carácter innato, se aprende, se puede cambiar y desarrollar. Se basa en los pensamientos, sentimientos y comportamientos que la persona tiene sobre sí misma y que ha ido configurando, asimilando e interiorizando durante su experiencia de vida.



Cuadro 1. Relación de diagnósticos

La autoestima es una necesidad básica del ser humano y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida, desempeñando un papel clave en las elecciones y decisiones que le dan forma; tiene valor de supervivencia y su ausencia dificulta el desarrollo de la persona y la capacidad para hacer y progresar en la vida. Condiciona el proceso de desarrollo de las potencialidades humanas y la inserción de la persona dentro del entorno social.

La persona crea una imagen de sí misma, aunque no sea plenamente consciente de ello; esta imagen refleja la idea que se ha forjado de quién es como persona y cuánto de valiosa es con respecto a otros. Se corresponda o no con la realidad, esta imagen es su punto de referencia con respecto al mundo que le rodea, constituye la base para tomar sus decisiones y es la guía para configurar su calidad de vida.

Se dice que una persona tiene autoestima baja, deficiente o negativa cuando las apreciaciones de su autoevaluación y autovaloración le hacen daño y hay carencia de estima hacia sí misma.

Cuando una persona no consigue autovalorarse se pueden producir alteraciones emocionales y mentales, tales como enfermedades psicológicas, depresión, neurosis y alteraciones que pueden no ser patológicas pero que generan disconfort y situaciones de dolor, como por ejemplo: temores, trastornos psicósomáticos, etc., afectando a su estado de salud y a las respuestas humanas.

Tras realizar la valoración e identificar los patrones alterados se acuerdan con la paciente los objetivos a alcanzar a medio y largo plazo, lográndose a medio plazo los siguientes:

- 000003 Descanso.
- 002102 Nivel de dolor.

Actualmente se están desarrollando en el equipo multiprofesional los objetivos pactados a largo plazo tras el diagnóstico.

Evaluación

Tras evaluar el caso clínico se puede constatar la importancia del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) en Atención Primaria, ya que la utilización de la metodología enfermera permite al profesional identificar el problema de salud subyacente al motivo de consulta y planificar los cuidados. Además se ha realizado un seguimiento del estado de salud de la paciente, mostrándose mejoría sintomática tras las intervenciones aplicadas y la terapia psicológica.

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Camacho R. Autoestima y motivación. CD. [En línea] [fecha de acceso: 2 de junio de 2012]. URL disponible en: www.monografias.com
- Dresel W. Toma un café contigo mismo. 7ª ed. Barcelona: Zenith; 2006.
- Gaona JM. El síndrome de Eva. Manual práctico para mejorar la autoestima. 2ª ed. Madrid: La Esfera de los libros; 2001.
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA 2012

CONCLUSIONES DE LAS MESAS

Mesa 1. Las unidades docentes multiprofesionales: equipos desde el principio

- La gran ilusión es el sentimiento más común en todos los colectivos implicados, en especial, en los tutores y los residentes.
- Hay una inmensa satisfacción porque las Unidades Docentes (UD) sean multiprofesionales, aunque se perciben riesgos y han aparecido problemas reales derivados de la posición hegemónica de la profesión médica.
- La constitución y el desarrollo de las UD suponen un enorme esfuerzo por la propia idiosincrasia de la especialidad y del programa oficial, que no se corresponde con la dedicación de recursos humanos enfermeros en las mismas, para que dirijan adecuadamente el proceso y puedan convertirse en claros referentes para los residentes.

Mesa 2. Enfermera generalista, enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada: ¿compatibilidad, necesidad u oportunidad?

- Las tres figuras son tres visiones complementarias del desarrollo competencial de Enfermería Familiar y Comunitaria no son competitivas ni opuestas, pudiendo coexistir.
- Puede ser una oportunidad única ante la actual coyuntura para la remodelación del actual modelo de Atención Primaria de Salud.
- Prestar atención a modelos de otros países es importante, pero no se trata de copiar modelos sino de adaptarlos a las necesidades contextuales de España, previa definición clara y exhaustiva de los roles, perfiles y competencias que cada figura pueda desempeñar en el Sistema Nacional de Salud. Se hace necesario reflexionar sobre la figura de la enfermera de práctica avanzada.

Mesa 3. Enfermería familiar y comunitaria: realidad internacional

Los ponentes de la mesa internacional han dado una visión del panorama internacional de la Enfermería en el ámbito comunitario y, específicamente, familiar:

- La persona no puede prescindir de su entorno y la enfermera comunitaria, al cuidar a dicha persona, cuida también a la familia. Al cuidar a la persona, familia y comunidad como un todo, el objetivo es tener una visión integral de la atención en la práctica diaria.
- El *International Family Nursing Project* es un proyecto multinacional (España, Inglaterra, Alemania, Italia, Armenia, Portugal, Polonia, Rumanía, Austria y Eslovenia) del que se ha podido aprender lo que le diferencia y lo que se tiene en común, comparando resultados para ver nuestra práctica diaria y hacia dónde vamos.
- Como enfermeras comunitarias hay que lograr el objetivo de ser un punto de referencia para las familias en el ámbito de la salud y no solo en la enfermedad. De esa forma se podrá influir de manera más profunda en el desarrollo, el mantenimiento y la interiorización de hábitos saludables de vida.

Mesa 4. Sociedades científicas y salud comunitaria: un entendimiento necesario

- Las sociedades científicas, de médicos y enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria, han coincidido plenamente en que la implantación de la enfermera especialista, mejorará el nivel de salud de la población y la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud.
- Todas las sociedades científicas participantes coinciden de forma unánime en que las enfermeras actualmente están preparadas y capacitadas para asumir con plenas garantías la gestión de equipos de Atención Primaria. El nombramiento de directoras/es de equipo, por tanto, debe obedecer exclusivamen-

te a criterios de mérito y capacidad con independencia de su profesión.

- El desarrollo de las competencias propias y el de nuevas competencias es una necesidad y deben implementarse cuanto antes para potenciar la Enfermería Comunitaria sin complejos.
- Resulta imprescindible que se definan los puestos de trabajo que deberán ocupar las futuras enfermeras especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Las Unidades Docentes multiprofesionales son una gran oportunidad de trabajo interdisciplinar, pero requieren de una adecuada regulación que permita a las enfermeras liderar la formación de las especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria en igualdad de condiciones a la del resto de disciplinas que las componen.

Mesa 5. Investigación en Enfermería Comunitaria: ¿qué, cómo, cuándo, dónde?

- Según los datos sobre documentación científica, la apreciación y tópico que dice que la Enfermería no pública es falsa. En los últimos años se ha publicado de forma significativa en distintas revistas relacionadas con la Salud Pública, Medicina, Nutrición, Sociología, Psicología, Educación y sobre todo, Enfermería.
- Es necesario desarrollar habilidades de lectura crítica y aplicar los resultados de la investigación al ámbito profesional asistencial-docente, tendiendo puentes y colaborando en redes de apoyo a los nuevos investigadores.
- La mayor parte de los estudios de investigación que se publican se agrupan en: investigación en resultados de salud, prácticas basadas en la evidencia y la mayor parte en todo lo relacionado con el entorno del paciente.
- No es necesario que todas las enfermeras investiguen, pero sí que resulta imprescindible que todas conozcan los resultados obtenidos de las investigaciones enfermeras.

Mesa 6. Innovación tecnológica y salud comunitaria: más allá de Internet

- La aplicación de las tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el cuidado fami-

liar y comunitario están demostrando su utilidad a efectos de la comunicación asincrónica, la continuidad de los cuidados, la disminución de desplazamientos y otros ejemplos que merecen ser valorados y evidenciados por las enfermeras comunitarias.

- La tecnología social, también llamada 2.0, permite incrementar extraordinariamente la interacción social, tanto con las compañeras/os de trabajo como con los usuarios/as, y entre las personas que comparten situaciones y problemas de salud.
- Como herramienta, la enfermera virtual permite introducir en la práctica diaria las TIC creando nuevas formas de relación entre usuarios y sistema de salud, para promocionar la autonomía en el autocuidado, fomentando la independencia de las personas con un mejor control y mejora de la salud.
- La experiencia de cuidadoras en red, red social *online* de personas cuidadoras, está demostrando que las cuidadoras familiares de personas mayores y dependientes que participan en ella aumentan sus niveles de autoeficacia y de aprendizaje, tanto en el propio autocuidado como en el cuidado de sus familiares, contribuyendo al empoderamiento de las mismas.

COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO

Presidente

Vicente Gea Caballero

Secretaria

Mireia Juana Ladios Martín

Vocales

Enrique Castro Sánchez

Edurne Zabaleta del Olmo

Antxón García Iriarte

Daniel Fernández García

Rosa María Blasco Santamaría

Rafael del Pino Casado

Nuria Fabrellas Padrés

CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA 2012

CONCLUSIONES DE LOS FOROS

1. Foro de residentes

Los objetivos perseguidos han sido los siguientes:

- Buscar alianzas entre las enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria y otras enfermeras especialistas.
- Unir y generalizar criterios a nivel nacional.
- Movilizar a las/os Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria para:
 - Seguir la "discusión" a través de foros.
 - Unirse a través de asociaciones, como la AEC.
- Reconocer en el currículum a todas las personas junto a las que hacen las rotaciones y no únicamente a las tutoras y coordinadoras de las Unidades Docentes.
- Demandar la tutorización adecuada en todas las rotaciones y las guardias.
- Disminuir la inseguridad en consecuencia a la falta de referencia.
- Defender la representación de la enfermera Familiar y Comunitaria en las Unidades Docentes. Formar dos comisiones: una de Enfermería y otra de Medicina, apoyando siempre la multidisciplinariedad de la Unidad Docente pero en equidad de las distintas profesiones.

Finalmente, se concluye:

- Se han detectado grandes diferencias en cuanto a la formación práctica y teórica entre las diferentes unidades docentes, dado que se han desarrollado de forma desigual en las distintas Comunidades Autónomas.
- Las/os residentes en Enfermería Familiar y Comunitaria muestran gran incertidumbre y preocupación por la salida laboral tras terminar la residencia:
 - Bolsas de trabajo: puntuación por formación y tiempo trabajado. Revindicar preferencia.

- Oposiciones.

- Reconocimiento de la categoría profesional.

2. Foro de tutores

En el foro de tutores de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se hizo un análisis DAFO con un grupo de 25-30 enfermeras que, posteriormente, fue revisado en una segunda sesión.

Lo más destacable fue que la identificación de fortalezas y oportunidades es más cuantiosa que la de debilidades y amenazas.

Las fortalezas fundamentales son las ganas e ilusión y toda la experiencia previa que tienen tanto en formación pregrado como en otros formatos docentes.

Entre las debilidades más citadas están las que habrá que formar a futuros especialistas sin tener la especialidad hasta que se desarrolle el acceso extraordinario y la necesidad de formarse en determinadas competencias.

Existen muchas oportunidades que reflejan la percepción de mejora que aporta trabajar junto a los Enfermeros/os Internos Residentes tanto a nivel individual para los tutores (revisar competencias, *feedback* por los residentes) como para el sistema (mejora de la cartera de servicios tanto en calidad como en cantidad). Y entre las amenazas el riesgo de medicalizar la especialidad en las Unidades Docentes multiprofesionales y el riesgo de tensiones dentro de la Enfermería de Atención Primaria por coexistir enfermeras tutoras con otras que no lo son y enfermeras especialistas con enfermeras generalistas.

Además, se preguntaron por las competencias que tendrían que tener las enfermeras y enfermeros tutores y se pudieron agrupar en dos grandes categorías: por una parte, competencias en técnicas avanzadas de comunicación y aprendizaje; y por otra, en competencias presentes en el programa de la especialidad y poco desarrolladas.

3. Foro de directivos

- El cambio de paradigma social y profesional ha de significar una oportunidad para el desarrollo del liderazgo enfermero en todos sus campos.
- Del proceso personal, facilitador de cambios en las personas para mejorar sus capacidades de autocuidado, se potenciará la visibilidad profesional y social que se merece.

4. Foro de docentes en Enfermería Familiar y Comunitaria

- Existe una gran heterogeneidad de planes de estudios en los que la materia de Enfermería Comunitaria no siempre está presente o queda oculta en otras materias (Salud Pública, Educación para la Salud, etc.).
- Los prácticums se distribuyen de manera muy diversa en los planes de estudio y no siempre guardan una relación coherente con el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además las competencias que han de adquirirse en los mismos no siempre están bien identificadas.
- El grupo concluye que se necesita realizar una revisión de los actuales planes de estudio para poder visibilizar y/o incorporar de nuevo la Enfermería Comunitaria como materia.
- Se establece un grupo de trabajo para recoger las competencias de la Enfermería Comunitaria que deberían configurar la materia y su distribución en los planes de estudio, así como los prácticums correspondientes. El grupo se gestionará a través de la web de AEC. El documento base será el "*Libro Blanco de ANECA*".