



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](mailto:ridec@grupo-paradigma.com)  
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:  
[dae@grupo-paradigma.com](mailto:dae@grupo-paradigma.com)

**Periodicidad:** 2 números al año.

**Tarifa de suscripción anual**

	España	Extranjero
Personal	25 €	35 €
Instituciones	35 €	45 €
Estudiantes	20 €	25 €

**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

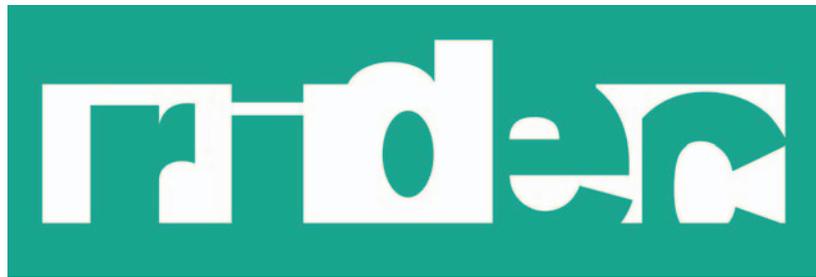
- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

## COMITÉ EDITORIAL

- Dra. M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Dr. Juan Diego Ramos Pichardo
- Mirella Ladios Martín

## COMITÉ ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M<sup>a</sup> 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 Mendonça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)



# Sumario • Summary

Vol. 3 - nº 2 agosto-diciembre 2010

## Editorial

El principio del fin o al fin el principio. <i>José Ramón Martínez Riera</i> .....	5
--	---

## Firma invitada

Tim Albert Training: preparación de manuscritos para revistas científicas <i>Tim Albert's Training: how to prepare manuscripts for scientific journals</i> .....	6
<i>Jesús Esteban Hernández</i>	

## Originales

Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes <i>Gender differences in the overhead and involvement in family care of dependent elderly</i> .....	12
<i>Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna, Pedro A. Palomino Moral, Martín D. Millán Cobo</i>	
Cuidadores familiares. "Aprendiendo a vivir" <i>Family caregivers. "Learning to live"</i> .....	20
<i>María Dolores Saavedra Llobregat, José Ramón Martínez Riera, Manuel Lillo Crespo, Isabel Casabona Martínez</i>	
Crisis de identidad enfermera: origen y ¿superación a través de la práctica reflexiva en el entorno comunitario? <i>Nursing Identity Crisis: origin and overcoming through reflective practice in the community setting?</i> .....	28
<i>Inmaculada Mínguez Moreno, José Siles González</i>	

## Opinión

El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas <i>Leadership in health care services for people with complex chronic conditions</i> .....	33
<i>José Miguel Morales Asencio</i>	
La renovación de la Atención Primaria de salud: implicaciones para Enfermería <i>Renewing Primary Health Care: implications for Nursing</i> .....	44
<i>Maricel Manfredi, Edilma Guevara</i>	

## Noticias RIdeC

¡La enfermería familiar y comunitaria está nuevamente de enhorabuena! .....	54
Salud comunitaria: nuevas demandas, nuevas respuestas .....	57
Asociación de Enfermería Comunitaria .....	60
Decálogo de la/el enfermera/o comunitaria/o .....	63

..GRACIAS A NUESTROS CLIENTES  
EL FUTURO YA ESTÁ AQUÍ

**Encuentra@**

Enfermería inteligente

**LA MEJOR WEB  
DE ENFERMERÍA  
DEL MUNDO**

- ✓ Todas las especialidades
- ✓ Todas las técnicas y procedimientos
- ✓ Todos los cuidados avanzados
- ✓ Toda la investigación y actualidad enfermera

Accede desde [www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com)

# Editorial

## *El principio del fin o al fin el principio*

Tras un largo período de tiempo, el trabajo, las voluntades, los esfuerzos, las ilusiones y las expectativas de las enfermeras comunitarias han hecho posible que la especialidad, nuestra especialidad, de Enfermería Familiar y Comunitaria sea una realidad desde el día 22 de septiembre de 2010 cuando se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.

Con la publicación de la convocatoria de la prueba selectiva para el acceso en el año 2011 de 132 plazas de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria se cierra un largo capítulo de desencuentros, dificultades, obstáculos, trabas y retrasos, pero también de encuentros, reflexión, superación, empeño y fe. Fe ciega, que no irracional, en lo que ya hace muchos años desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) se planteó como una necesidad, una oportunidad y una fortaleza de la Enfermería en general y de la Enfermería Comunitaria en particular, para la población a la que prestamos cuidados.

Ahora, y una vez concluido el capítulo comentado, se abre uno nuevo en el que la atención, el trabajo y la dedicación deben estar centrados en la formación de calidad de las nuevas especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

El programa aprobado y las Unidades Docentes acreditadas permiten ser optimistas de cara al futuro inmediato, pero nada en este proceso puede ni debe quedar en manos de la improvisación.

La AEC tiene que ser un referente, un estímulo y un soporte constante para las nuevas residentes. Por ello nuestra

revista, RIdEC, nace con la voluntad de constituirse en el principal vehículo de divulgación científica en Enfermería Comunitaria de las nuevas Unidades Docentes y de las que se acrediten en el futuro, liderando la Enfermería Comunitaria a través de las evidencias científicas que le permitirán seguir avanzando y situándose como interlocutor válido en la comunidad científica, haciéndose visible e imprescindible en las organizaciones sanitarias y aportando mejoras continuas en la prestación de los cuidados que demanda la comunidad.

RIdEC y la nueva página web de la AEC se configuran por tanto en este nuevo capítulo como dos potentes herramientas para la formación de las nuevas especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, al igual que lo seguirán haciendo para el resto de enfermeras comunitarias que, con su dedicación, esfuerzo y motivación han logrado que lleguemos a este punto. Sin ellas, las enfermeras comunitarias, nada de lo logrado hubiese sido posible.

Compartamos pues la alegría y la satisfacción por lo que ya es una realidad, pero unámonos también en el compromiso e implicación para todo lo que queda por hacer y construir. Desde la AEC animamos a todas las enfermeras comunitarias a sumarse en este ilusionante trayecto que ha de conducirnos a ser referente profesional, institucional y comunitario, a través del diálogo constante, el trabajo permanente y la firme voluntad, para conseguirlo.

José Ramón Martínez Riera

*Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria*



# Firma invitada

## *Tim Albert Training: preparación de manuscritos para revistas científicas*

Jesús Esteban Hernández  
Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos

Dirección de correspondencia:

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Inmunología y Microbiología médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos  
Avda. de Atenas s/n. 28922 Alcorcón (Madrid)  
E-mail: [jesus.esteban@urjc.es](mailto:jesus.esteban@urjc.es)

### Resumen

**Introducción:** el artículo de investigación es el último paso de la misma y sin duda el mejor medio para difundir sus resultados. Sin embargo, aunque en los planes de estudios de las facultades de Ciencias suelen incluir competencias en alguno de los aspectos relacionados con el hecho de publicar, son pocos los que incluyen competencias específicas sobre escritura científica. Muchos investigadores reconocen esta tarea como una de las más difíciles por diferentes razones.

**Objetivo:** mostrar el abordaje a este problema utilizando el método diseñado por Tim Albert®.

**Resultados:** el método se articula en torno a diez pasos a través de los cuales identificaremos las reglas del proceso (Paso 1. *The game*), reflexionaremos sobre nuestras auténticas motivaciones para publicar (Paso 2. *The player*), elaboraremos un esquema en torno a cinco preguntas clave (Paso 3. *The brief*), utilizaremos técnicas visuales para organizar la información (Paso 4. *Organizing the information*), planificaremos la construcción del artículo (Paso 5. *Writing a plan*), disfrutaremos de la escritura (Paso 6. *Write*), reescribiremos revisando nuestro artículo en dos niveles (Paso 7. *Rewrite*), añadiremos tablas, gráficos, bibliografía... (Paso 8. *Add the extras*) y finalmente, tras pasar por varios tipos de revisores internos (Paso 9. *Reviewers*), enviaremos el manuscrito a la revista elegida (paso 10. *Send the Package*).

**Conclusión:** aunque seguramente el nivel de aplicación final del método varía entre los asistentes, al final del curso todos afirman tener una visión más nítida del camino a seguir para conseguir que su manuscrito tenga una alta probabilidad de ser aceptado en la revista elegida.

### Abstract

**Tim Albert's Training: how to prepare manuscripts for scientific journals**

**Introduction:** the research article is the last step of this research, and surely the best way to disseminate their results. However, although the curricula of the health sciences colleges usually include some aspects related to the publishing process, very few include specific skills on scientific writing. Many researchers acknowledge this task as one of the most difficult for several reasons. **Objective:** To show the stepwise approach to this problem using the method designed by Tim Albert®.

**Results:** the method is structured around ten steps through which we will identify the rules of the process (Step 1. *The Game*), we will think about our actual motivation for being published (Step 2. *The player*), we will prepare a brief around five key questions (Step 3. *The brief*), we will use visual techniques to organize information (Step 4. *Organizing the Information*), we will plan the construction of the article (Step 5. *Writing a plan*), we will enjoy writing (Step 6. *Write*), we will rewrite it after two levels of reviewing (Step 7. *Rewrite*), we will add tables, graphs, references... (Step 8. *Add the extras*), and eventually, after going through several internal reviewers (Step 9. *Reviewers*), we will send the manuscript to the chosen journal (Step 10. *Send the package*).

**Conclusion:** although probably the application of the method varies among the attendees, at the end of the course all of them claim to have a clearer vision of the way forward to ensure that their manuscript had a high probability of being accepted by the journal they have chosen.

**Palabras clave:** escritura, comunicación, publicación.

**Key words:** writing, communication, publishing.

## Introducción

Cuando recibí la amable invitación del comité editorial de la revista para redactar un artículo especial sobre el método de Tim Albert para escribir artículos de investigación, lo primero que vino a mi mente fue: ¿es necesario? ¿Es la redacción científica un problema para la enfermera? No creo poder responder a esta pregunta, pero hay pruebas indirectas de que es un problema no sólo para la Enfermería, sino también para investigadores de otras áreas. La primera prueba es que Tim ha impartido ya más de 1.000 cursos en 20 años y, por tanto, ha cambiado la forma de aproximarse a este problema de miles de investigadores. Los que tuvimos la fortuna de ser entrenados por él para enseñar su método también recibimos muchas solicitudes para impartir esta formación. La segunda prueba son los ya cientos de libros, la mayoría en inglés, sobre técnicas de escritura científica aparecidos en los últimos años. Así pues, acepté el encargo con la esperanza de que el lector interesado descubra una manera diferente de acercarse a la redacción científica.

Como cualquier investigador sabe, el último paso de un proyecto de investigación es la difusión de sus resultados y la herramienta más poderosa es la elaboración de los artículos que, con una buena técnica y algo de suerte, serán publicados en la revista de nuestra elección. Así pues, se asume en cualquiera que quiera hacerlo cierta formación metodológica en esta materia. Aunque algunos planes de estudio de las escuelas y facultades en España incluyen cierto nivel de competencia en alguno de los aspectos relacionados con el hecho de publicar (búsqueda bibliográfica, lectura crítica, formato de cita bibliográfica, etc.), me atrevería a decir que son muy pocas las que incluyen competencias específicas en escritura científica.

Sorprendentemente esto no ha impedido que en España se escriba mucho y bien. Así que, ¿es necesario recibir esta forma-

ción? En mi opinión sí. Casi todo se puede aprender de manera autodidacta o con ayuda de nuestros compañeros o mentores. Sin embargo, el aprendizaje se hace mucho más fácil cuando seguimos un método basado en la evidencia disponible y no en el principio de autoridad o en la imitación de lo que uno sabe que funciona, sin comprender muy bien por qué. Tim Albert se dio cuenta de este vacío hace ya años. También observó que la dificultad no era tanto técnica como metodológica. Nos suele faltar claridad de ideas sobre lo que queremos contar, herramientas para organizar nuestros pensamientos y una estructura lógica que vaya más allá del famoso IMRAD (*Introduction, Methods, Results And Discussion*). Las herramientas necesarias para este trabajo son más que conocidas por los escritores profesionales, pero no tanto por los escritores científicos.

No es mi intención publicitar el curso, como tampoco lo es traducir el libro en el que Tim Albert recoge el método (1), cuya lectura recomiendo encarecidamente. Este artículo sólo pretende mostrar el abordaje a este problema utilizando el método diseñado por él. Como Tim dice: "no es obligatorio creer".

## El método

El método huye de la tradicional visión crítica sobre lo que no deberíamos haber hecho al escribir, por qué esta tabla o gráfico no es correcto o por qué nuestro estilo es deficiente. Sencillamente se centra en sistematizar el proceso de escritura. Para ello recorreremos un camino en diez pasos.

### Paso 1. *The game*

La primera cuestión importante a definir son las reglas del juego. Sólo acercándonos a los criterios utilizados para que

**Tabla 1.** Razones frecuentes de rechazo de artículos\*

- El estudio no examina un aspecto científico importante
- El trabajo no era original (alguien más ha hecho ya el mismo o uno similar)
- La investigación realmente no comprueba las hipótesis de los autores
- Debería haberse hecho un estudio diferente
- Dificultades prácticas (p. ej.: en el reclutamiento de sujetos) llevan a los autores a comprometer el protocolo original del estudio
- El tamaño de la muestra era demasiado pequeño
- El trabajo no incluyó grupo control o el grupo control era inadecuado
- El análisis estadístico fue incorrecto o inapropiado
- Los autores llegan a conclusiones que no se derivan de sus resultados
- Hay un importante conflicto de intereses (p. ej.: uno de los autores o un patrocinador podría beneficiarse económicamente de la publicación del artículo y se observan insuficientes salvaguardas para evitar el sesgo)

\*Traducida de Greenhalgh (2010) (4)

**Tabla 2.** Jerarquía de nivel de evidencia en función del diseño del estudio

- Metanálisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)
- ECA controlados aleatorizados
- Estudios de cohortes
- Estudios de casos y controles
- Estudios transversales
- Series de casos

Aunque el objetivo de establecer un sistema común para evaluar el nivel de evidencia, que respecto a un tema aportaban los diferentes estudios en función de diferentes criterios, en la actualidad hay más de 100 sistemas para evaluar dicho nivel de evidencia, establecer el grado de recomendación de las intervenciones y las guías de práctica clínica que de ellos se derivan. De igual manera, cualquiera de ellas reconocería la existencia de la jerarquía recogida en esta tabla respecto al nivel de evidencia en función del diseño del estudio

nuestro escrito sea considerado de interés para la revista en cuestión podremos adaptar nuestro artículo para que lo cumpla. Los criterios pueden gustarnos o no, pero si queremos pertenecer a un club privado, y las revistas lo son, o aceptamos sus reglas o buscamos otro club. Dichas reglas no tienen que ver sólo con las normas de estilo, sino con algo mucho más intangible como es la línea editorial. Para conocerla sólo hay un camino. Leer con frecuencia la revista en cuestión. Y leerla mucho, cuanto más, mejor. Casi todas las revistas ya indican qué tipo de artículos esperan. Algunas prefieren artículos clínicos, otras metodológicos, otras cualitativos, otras sólo ensayos clínicos aleatorizados, etc. En el fondo cualquier publicación, sea esta una revista científica, de entretenimiento o un periódico, ha de tener un criterio para seleccionar los artículos a publicar y un público al que estos artículos van dirigidos. Sin embargo, a diferencia de otras, en la publicación científica los consumidores de la información, los lectores, son con frecuencia también los productores de la misma.

### Paso 2. *The player. Understanding yourself*

La segunda cuestión importante es reconocer con sinceridad qué nos motiva a publicar. Aunque la investigación en general se suele asociar a la búsqueda de la verdad y en el caso de las Ciencias de la Salud a la búsqueda del bienestar de la población, a nadie se le escapa que si ésta fuese la única motivación que impulsase la investigación el mundo, muchos problemas de salud importantes estarían ya resueltos. No se trata tanto de juzgarnos, como de entendernos y aceptarnos. El proceso de escritura es duro y solitario. Dado que a diferencia de los novelistas, los autores científicos no recibimos remuneración por nuestros artículos en dichas revistas, es importante conseguir motivaciones sólidas. En algunas ediciones del curso, tras este proceso de introspección, alguno de los asistentes han decidido dedicar ese tiempo a su familia o a su afición favorita. Y eso también está bien.

### Paso 3. *The brief*

Mensaje. Todo nuestro escrito ha de girar en torno a un mensaje. No es el título, ni el tema, ni el resultado más importante. Es la conclusión fundamental que hemos obtenido y que queremos transmitir a la dirección de la revista y a través de ella a nuestros posibles lectores. Sin él, es muy probable que el artículo carezca de sentido. Esto supone tener muchos problemas resueltos con antelación (Tabla 1). La fuerza, el interés del mensaje y el nivel de evidencia en función del diseño del estudio (Tabla 2) condicionarán las respuestas a los otros componentes principales del *brief*: el mercado y el formato. Las revistas más importantes sólo están interesadas en los mensajes más relevantes y apoyados por un mayor nivel de evidencia. Los dos anteriores, mensaje y mercado, condicionan a su vez el formato de nuestro manuscrito: original, original breve, serie de casos. Con todo ello sólo nos resta establecer fechas límite en la preparación de los sucesivos borradores y los coautores. Establecer los coautores en este punto evita al menos dos problemas posteriores: los autores fantasma (en un sentido u otro) y en segundo lugar, tener que cambiar el artículo porque uno o varios autores no están de acuerdo con el mensaje. Soy consciente de que esto, establecer los autores *a priori*, no es la norma sino la excepción, pero creo firmemente que podría evitar muchos problemas más adelante (2).

**Tabla 3.** Reglas para completar un mapa conceptual

- Ponga el mensaje (12 palabras con un verbo) en el centro
- Trabaje desde el centro hacia fuera tanto como pueda
- Después regrese y comience otra vez el proceso en las ramas siguientes
- Ajustese a una o dos palabras por punto
- Use líneas para relacionar los items
- Evite listas
- No haga juicios de valor (todavía)

#### **Paso 4. Organizing the information**

El punto de partida de nuestro artículo es la propia investigación. Yo diría que en realidad el artículo se empieza a redactar a la vez del protocolo de investigación que dará lugar a él. Al plantear las hipótesis es raro que no anticipemos en alguna medida los posibles resultados y las consecuencias de los mismos en función del sentido de los mismos, es decir, que ya estemos pensando en la información que finalmente contendrá el artículo. Este mapa mental de información puede ser todo lo complejo que queramos, pero innegablemente de él saldrán las ideas y argumentos fundamentales para nuestro artículo. En otras palabras, sin ideas no hay artículo, pero salvo raras excepciones no nos suelen enseñar herramientas para organizar estas ideas de forma que nos sean útiles a la hora de escribir. Sabemos leer, subrayar, anotar, obtener esquemas, etc. Todas estructuras lineales. Sin embargo, el pensamiento no es lineal y aquí es donde algunas estrategias, como el uso de mapas conceptuales, nos pueden ayudar a organizar y clarificar nuestras

Este mapa conceptual se construye alrededor del mensaje que se coloca en el centro de la hoja. Alrededor de dicho mensaje dibujaremos cuatro ramas que tratan de responder a cuatro preguntas fundamentales: ¿por qué comenzamos? ¿Qué hicimos? ¿Qué hemos obtenido? ¿Qué significa lo que hemos obtenido? De cada una de ellas colgarán conceptos que nos permitan rellenar la rama correspondiente. Para facilitar su lectura es recomendable usar un DIN-A3. En esta fase lo más importante es ser creativo y tener muy claro qué hemos obtenido en nuestra investigación y cuál es su significado, para lo cual deberemos tener un conocimiento profundo de los resultados de nuestro estudio.

#### **Paso 5. Writing a plan (or four)**

El mapa conceptual nos permite plasmar en una única hoja todas las ideas fundamentales que queremos plasmar en nuestro escrito, pero para poder hacerlo hemos de trasladarlas de nuevo a un formato lineal. Para ello es necesario construir un plan. En realidad cuatro planes. Cada plan ten-

*El último paso de un proyecto de investigación es la difusión de sus resultados y la herramienta más poderosa es la elaboración de los artículos que serán publicados en la revista de nuestra elección*

ideas. Sólo una vez que las tengamos claras, podremos redactar un artículo coherente. Esta claridad depende de dos cuestiones: de nuestro profundo conocimiento de la cuestión que estemos investigando y de lo bien que conozcamos nuestros resultados. Si estas condiciones no se dan estaremos sometidos a la utilización de los argumentos que dan otros autores en artículos similares y esto se va a notar en el apartado de discusión.

Seguramente muchos lectores ya usan mapas conceptuales, aunque por mi experiencia en los cursos he constatado que cada uno entendemos algo diferente. Tony Buzan registró el término MapaMental® (MindMap®) hace años para poner nombre a una herramienta que hoy es usada por muchas personas y grupos para organizar las ideas estableciendo relaciones entre ellas y para estimular su recuerdo (3). El mapa conceptual que proponemos usar es una versión muy simplificada de estos y, aunque mantiene algunos principios básicos (Tabla 3), no utiliza dibujos ni colores, lo que lo hace mucho más útil para nosotros, a costa de ser menos ventajosos a la hora de activar nuestro recuerdo.

drá tantas ideas clave como párrafos queramos construir dentro de cada sección. No es infrecuente que comencemos escribiendo la introducción añadiendo párrafos y párrafos de toda la información que hemos revisado, sin tener en cuenta que lo importante es comunicar sólo la información necesaria para apoyar el mensaje de nuestro artículo y no comunicar todo lo que hemos sido capaces de leer. El plan nos pone límites a lo que queremos incluir, no sólo en la introducción, sino también en el resto de apartados.

#### **Paso 6. Write**

Ciertamente para escribir tan sólo nos hace falta un lápiz y una hoja de papel. Los procesadores de texto y todas las posibilidades que ofrecen para dar formato o configurar estilos han facilitado considerablemente la generación de documentos vistosos desde el punto de vista de diseño. Sin embargo, es frecuente que nos perdamos en este proceso, lo que frena considerablemente la creatividad.

Debemos evitar cualquier proceso que interfiera con la escritura. En este momento lo esencial es mantenerse en movimiento, no mirar atrás, no ponerse a dar formato, no pararse a buscar citas, no resaltar texto en negrita, es decir, sencillamente se trata de escribir. Si creemos que nos falta cierta información o que en algún punto se ha de citar algún documento es preferible dejar el hueco marcado con alguna señal. Ya tendremos tiempo de rellenarlo más tarde. Si lo hacemos así no nos hace falta más que un papel y una hoja o, como mucho, un procesador de texto, pero de los más sencillos. No disponer de conexión a Internet o del paquete ofimático de turno no es excusa para escribir. Dicho así, parece sencillo, pero cualquiera que se haya enfrentado a este proceso sabe que los problemas aparecen pronto. Hay dos que me parecen relevantes: el bloqueo del escritor y el que yo denominaría "no tengo tiempo para escribir 2.500 palabras".

El bloqueo del escritor, bien al inicio (el miedo a la página en blanco) o durante la redacción (no saber cómo seguir a partir de un punto) no es algo exclusivo de los novelistas. No pocos escritores científicos lo padecen. Este bloqueo casi siempre está relacionado con no tener claro lo que queremos escribir. Aquí es donde el trabajo de preparación del artículo que hemos descrito en los puntos anteriores, los mapas conceptuales y el plan corto lineal son esenciales, pues nos han permitido decidir qué incluir y qué no y facilitan mucho comenzar a escribir.

Una vez hemos clarificado sobre qué queremos escribir necesitamos descomponer el todo en partes para que la tarea no parezca inasequible. Igual que no construiríamos una casa montando las paredes sino poniendo ladrillos, la construcción del artículo es considerablemente más manejable si utilizamos sus ladrillos: los párrafos. Aunque existen variaciones de unas revistas a otras, la estructura interna sigue un patrón aproximado 3-6-6-7

(IMRAD). Cada párrafo suele comenzar por la idea principal que luego se desarrolla o, menos frecuentemente, la inversa, esto es texto y acabar con la idea principal del párrafo. Redactar una sección es una tarea difícil, sin embargo, redactar 100-120 palabras sobre nuestro tema de investigación favorito alrededor de la idea principal no lo es tanto.

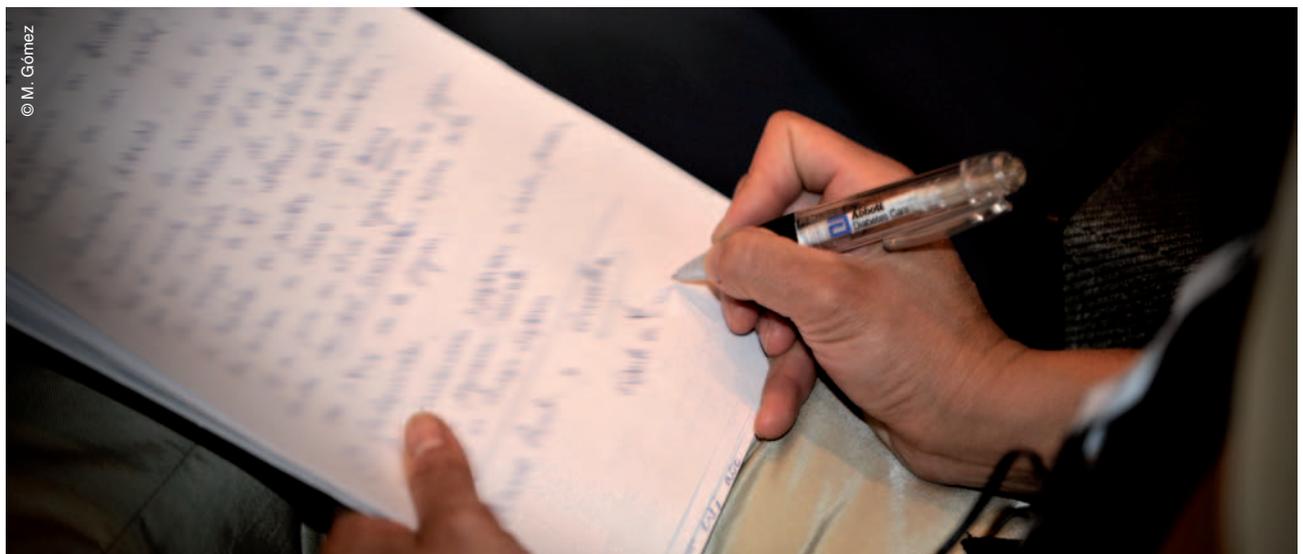
Es cierto que incluso habiéndolo escrito, el artículo aún no está acabado, pero lo que resta no nos debería llevar más de un mes adicional.

### Paso 7. Rewrite

En este momento hemos de hacer dos tipos de reescritura. Una supone volver a considerar si nuestro mensaje sigue siendo el adecuado para la revista que hemos elegido. A este proceso le denominamos macroedición. Si seguimos conformes con la revista, formato y estructura de nuestro artículo pasamos al proceso de microedición. Durante esta fase revisamos:

- Ortografía y gramática. La comprobación ha de ser doble, automática y manual. No pocas veces el corrector automático comete errores o acepta como válidas palabras que, siendo correctas ortográficamente, dejan sin sentido a la frase.
- Estilo. El estilo de redacción es algo muy personal. A nuestro favor tenemos lo impersonal que es el estilo científico. Sin embargo, se nota cuando un investigador sabe transmitir las ideas de manera clara, a pesar de que la investigación sea muy compleja.

Que yo sepa, no cumplir con las reglas del buen estilo no es impedimento para ser publicado. De nuevo, si el tema del ar-



© M. Gómez

título interesa a la revista y la metodología y ejecución de la investigación es adecuada, ésta lo querrá publicar. Si es difícil de leer nos recomendará que clarifiquemos su contenido.

### Paso 8. Add the extras

Aunque parezca que no, en este punto nuestro original está prácticamente escrito, pero también es cierto que algunas de las piezas que faltan son esenciales. Consideraremos extras todos los elementos que acompañan a nuestro artículo bien para presentarlo (carta al editor), para identificarlo (página de título), resumirlo (resumen) o para apoyar su contenido (tablas, gráficos, imágenes y citas bibliográficas). La buena noticia es que el contenido y forma de todos ellos viene establecido en la sección de instrucciones para autores que toda buena revista colocará en lugar visible de su portal de Internet, por lo que poco más hay que añadir, salvo que hay que seguirlas escrupulosamente. La mala noticia es que muchas veces es un trabajo tedioso, pero en el que hay que poner especial atención para evitar errores.

Un elemento importante, con frecuencia desdeñado, es la carta al editor. Sin embargo, ésta es la carta de presentación de nuestro trabajo y, por tanto, la que le va a permitir pasar (o no) el primer filtro en su viaje hacia la publicación definitiva. Esta carta ha de contener información sobre quiénes somos, qué enviamos y por qué creemos, en nuestra humilde opinión, que nuestro artículo debería ser publicado en la revista en cuestión.

Existen muchas cartas tipo, pero ¿se imaginan tener que leer cada día cientos de cartas tipo? Creo que si yo fuera el editor agradecería cartas que incluyan una mezcla equilibrada de formalidad y pasión que hagan sobresalir nuestro escrito por encima del montón que los editores han de revisar a diario. Por cierto, no pocas revistas obligan a declarar el conflicto de interés en dicha carta, sin perjuicio de que también se certifique en otras secciones.

### Paso 9. Reviewers

Finalmente es conveniente que alguien, además de nosotros mismos, revise el escrito final, porque es muy probable que al conocerlo con profundidad pasemos por alto errores triviales que pueden ser considerados negligencias por los revisores.

Entre los revisores necesitamos fundamentalmente de dos tipos y a cada uno de ellos le encargaremos tareas diferentes. Por un lado, están aquellos que van a juzgar los aspectos científicos (errores en la argumentación, en la descripción de los métodos, etc.). Este tipo de revisión se la encargaremos a nuestros colegas o compañeros, pero también necesitamos revisores que se encarguen de revisar aspectos más básicos aunque no por ellos menos importantes (comas y puntos sobrantes, frases inacabadas, erro-

res ortográficos, etc.). Estos últimos pueden ser familiares o amigos dispuestos a aceptar tan ingrata tarea.

### Paso 10. Send the package

En la actualidad ya no hay un envío físico del paquete con todos los elementos. A través de un portal mantenido por la editorial se nos solicitará ir introduciendo secuencialmente información (nombre, apellidos y filiación de los autores, palabras clave, tipo de artículo, resumen, etc.), para finalmente subir los archivos (página de título, manuscrito, tablas, figuras e imágenes).

Ya sólo nos resta esperar la respuesta del editor o, si éste considera que el escrito puede ser interesante para su revista, de los comentarios de los revisores. Respecto a estas últimas, sólo decir que no es obligatorio estar de acuerdo con ellas. Desgraciadamente hay revisiones que dejan claro que el revisor no es un experto en el tema, si bien no es lo más frecuente. Sin embargo, hay otras que incluso indican que el revisor ha entendido aspectos que ni siquiera nosotros como autores habíamos apreciado y que enriquecen mucho el original. En caso de que nos permitan responder a sus preguntas y comentarios hay que hacerlo siempre con formalidad, sinceridad y apoyando nuestros argumentos con bibliografía, cuando lo consideremos necesario.

Aunque a veces las críticas de algún revisor son tremendamente injustas es mejor no hacer de ello algo personal. Como todo en la vida, mejor quedarse con lo que sirve y tratar de aprender en el proceso, acepten o no nuestro artículo.

## Conclusión

Frente a los métodos tradicionales basados en criticar lo que ya está hecho, el método de Tim Albert se centra en los puntos clave que favorezcan el proceso en sí mismo. Creo que esta aproximación práctica facilita considerablemente la tarea.

Espero haber convencido al lector de que para escribir sólo hace falta tener un mensaje claro en nuestra mente y elegir la audiencia adecuada. El resto lo marca la revista.

## Bibliografía

- [1] Albert T. Winning the Publications Game: How to Write a Medical Paper without Neglecting Your Patients. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford Radcliffe Publishing Ltd; 2008.
- [2] Albert T, Wager E. How to handle authorship disputes: a guide for new researchers. In: White C (ed.). The COPE Report 2003. London: BMJ Books; 2003. p. 32-34.
- [3] Buzan T, Buzan B. El libro de los mapas mentales: cómo utilizar al máximo las capacidades de la mente. Barcelona: Urano; 1996.
- [4] Greenhalgh T. Getting your bearings -what is this paper about?- How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 4<sup>th</sup> ed. London: BMJ Books; 2010. p. 31-46.

## Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes

<sup>1</sup>Rafael del Pino Casado

<sup>2</sup>Antonio Frías Osuna

<sup>3</sup>Pedro A. Palomino Moral

<sup>4</sup>Martín D. Millán Cobo

<sup>1</sup> *Enfermero. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor Colaborador del Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén.*

<sup>2</sup> *Enfermero. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén.*

<sup>3</sup> *Enfermero. Licenciado en Psicopedagogía y Doctor por la UNED. Profesor Titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén.*

<sup>4</sup> *Enfermero. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida por la Universidad de Jaén y doctorando. Enfermero gestor de casos del Centro de Salud de Bailén, Servicio Andaluz de Salud.*

### Resumen

**Objetivos:** analizar la existencia de diferencias de género en la sobrecarga subjetiva y la implicación en el cuidado (carga objetiva y antigüedad) en personas cuidadoras familiares (PCF) de mayores dependientes.

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal sobre una muestra probabilística de 204 personas cuidadoras familiares principales de mayores dependientes. Variables: género, edad, parentesco, residencia en común, sobrecarga subjetiva, carga objetiva (dedicación al cuidado, complejidad del mismo y necesidad de cuidados de la persona cuidada) y antigüedad. Recogida de datos mediante entrevista. Análisis estadístico: tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, intervalos de confianza, test t de *Student* para grupos independientes y regresión lineal múltiple.

**Resultados:** no existen diferencias de género estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) ni en la implicación en el cuidado (carga objetiva y la antigüedad), ni en la sobrecarga subjetiva (tanto en el análisis bivariante como en el multivariante controlando por carga objetiva y antigüedad).

**Conclusiones:** los anteriores resultados, junto con los de importantes encuestas elaboradas a nivel nacional, apoyan la existencia de un patrón cultural específico del modelo mediterráneo de cuidado informal, donde no hay diferencias de género en la implicación en el cuidado de personas cuidadoras familiares principales, debido a que los hombres que entran a cuidadores principales familiares lo hacen cuando ya se han agotado todos los recursos femeninos y se contempla la posibilidad de internamiento. La no existencia de diferencias de género en sobrecarga subjetiva en este estudio, unida al hecho de que en otros trabajos donde hay diferencias de género, éstas desaparecen al controlar por carga objetiva, apoya la hipótesis de que cuando hay diferencias de género en sobrecarga, éstas se deben a una desigual distribución por género de la carga objetiva. Dicha hipótesis podría explicarse también por el anteriormente mencionado patrón cultural específico pero, en cualquier caso, es una hipótesis que necesita más investigación.

**Palabras clave:** género, cuidado informal, personas mayores, dependencia, sobrecarga subjetiva, carga objetiva.

### Abstract

**Gender differences in the overhead and involvement in family care of dependent elderly**

**Objectives:** to analyze gender differences in subjective overload and involvement in care (objective burden and duration) in family caregivers (FCG) of dependent elderly.

**Material and methods:** cross sectional study on a random sample of 204 primary family caregivers of dependent elderly. Variables: gender, age, kinship, common residence, subjective overload, objective burden (dedication to the care, complexity of care and need of care of person cared for) and duration. Data collection by interviews. Statistical analysis: frequency tables, measures of central tendency and dispersion, confidence intervals, Student's T test for independent groups and multiple linear regression.

**Results:** there were no were statistically significant differences in gender ( $p < 0.05$ ), involvement in care (objective burden and duration), and subjective overload (both in bivariate analysis and in multivariate analysis controlling the objective burden and duration).

**Conclusions:** previous results, along with those of major surveys conducted at national level, support the existence of a specific cultural pattern of informal care o the Mediterranean model, where there are no gender differences in involvement in the care of primary family caregivers, because men start acting as main caregivers once they have exhausted all female resources and the possibility of internment is considered. The absence of gender differences in subjective overload in this study, coupled with the fact that in other studies where there are gender differences, they disappear when controlling the objective burden, supports the hypothesis that when there are gender differences in overload, these are due to unequal gender distribution of objective burden. This hypothesis could also be explained by the above specific cultural pattern, but in any case, it is a hypothesis that needs further investigation.

**Key words:** gender, informal care, elderly, dependency, subjective overload, objective burden.

## Introducción

El aumento de la esperanza de vida en países industrializados provoca altos niveles de discapacidad en personas mayores e incrementa como nunca se había visto las demandas de cuidados de larga duración (1). En estos países, la mayoría del cuidado prestado a las personas mayores proviene del entorno familiar y, más concretamente, de las mujeres de la familia. Si bien existen diferencias cuantitativas entre países en la participación femenina en el cuidado informal (2), incluso en aquellos países con menos diferencias de género en este aspecto, como es el caso de EE.UU (razón de feminidad de 1,5) (3), dichas diferencias aumentan cuando nos centramos sólo en personas cuidadoras de alta dedicación. España posee una de las cifras más altas de participación femenina en el cuidado informal (4). Según la Encuesta sobre el Apoyo Informal a las Personas Mayores de 2004 del IMSERSO (5), el 83,6% de las personas cuidadoras son mujeres, habiendo aumentado dicho porcentaje casi un punto desde 1994.

El cuidado de mayores dependientes es por tanto familiar y femenino. Por otro lado, la provisión de cuidado informal a personas mayores dependientes se ha demostrado estresante (6) y perjudicial para la salud de las personas cuidadoras (7). Son varias las revisiones sistemáticas (8-10) que han demostrado la existencia de mayores niveles de consecuencias negativas del cuidado en mujeres cuidadoras, tales como sobrecarga subjetiva, depresión y peor salud percibida. Así, el cuidado informal constituiría una doble forma de desigualdad de género, ya que no sólo habría una mayor participación femenina, sino también un mayor riesgo de consecuencias negativas en ellas. Además, una de las anteriores revisiones sistemáticas (8) y otra revisión narrativa (11) han puesto de manifiesto un incremento en la implicación de la mujer cuidadora tanto en el tiempo de dedicación como en la complejidad del cuidado prestado. Esto supondría otra forma de desigualdad de género, ya que existe suficiente evidencia para relacionar la carga objetiva de cuidado con las consecuencias negativas de dicho cuidado (12). Ahora bien, en las anteriores revisiones no existen estudios realizados en el ámbito mediterráneo en general ni en España en particular.

Según los resultados de diversos trabajos internacionales (2,4,13,14) podemos hablar de un modelo mediterráneo de apoyo informal, caracterizado por:

- a) Una actitud favorable de la familia hacia el cuidado de sus mayores dependientes y, por tanto, una alta participación de la familia en dicho cuidado (tanto en cobertura como en servicios).
- b) Creencias y valores de obligación femenina de cuidar, que conllevan una alta colaboración de la mujer en el cuidado informal.

- c) Participación casi nula de la mujer cuidadora en el mercado laboral (que es consecuencia de los anteriores mandatos culturales pero también factor de reproducción social y cultural).
- d) Una baja participación del sistema formal (también tanto en cobertura como en servicios), en cierta medida causada y sobre todo mantenida por las actitudes familiares hacia el cuidado.

Así, es necesario saber si dicho modelo se comporta de la misma manera que los resultados de los estudios citados anteriormente. Además, los hallazgos de los escasos trabajos españoles existentes sobre diferencias de género en la implicación en el cuidado no son coincidentes, ya que si bien la tendencia es la de no haber diferencias de género (5,15), existen estudios discrepantes (16) que sí las encuentran, poniendo de manifiesto una mayor implicación femenina. Por todo ello se hace necesaria más investigación sobre estos aspectos.

## Objetivos

Analizar la existencia de diferencias de género en la sobrecarga subjetiva y la implicación en el cuidado (carga objetiva y antigüedad) en personas cuidadoras familiares (PCF) de mayores dependientes.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio descriptivo transversal.

### Sujetos

La población de referencia está constituida por las PCF principales de mayores dependientes del Distrito de Atención Primaria Jaén-Norte. La muestra analizada se ha elegido mediante muestreo aleatorio sistemático (marco de muestreo: censos de personas cuidadoras).

Se ha calculado un tamaño muestral de 204 personas. Dicho tamaño muestral permite: una precisión del 7%, una seguridad del 95%, una potencia del 80% y una diferencia mínima de medias a detectar del 10% del valor máximo de cada variable cuantitativa (cálculos con EpiDat 3.1).

### Variables

- a) Socio-demográficas: género (masculino/femenino), edad (años), parentesco (cónyuge, hija/o, otros) y residencia común con la persona cuidada (sí/no).

- b) Sobrecarga subjetiva: medida mediante la versión española del Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson (17), validada en población española con buenos resultados por López y Moral (18).
- c) Carga objetiva: dedicación al cuidado (número de horas semanales), complejidad (número de actividades básicas de la vida diaria -ABVD- y actividades instrumentales -AIVD- atendidas, tomando como referencia los índices de Barthel y Lawton y Brody, respectivamente) y necesidad de cuidados medida mediante el Índice de Barthel (validado en población española por Baztán y cols (19)), el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (versión española validada por Vilalta-Franch y cols (20)) y el test de Pfeiffer (validado en población española por Martínez de la Iglesia y cols (21)).
- d) Antigüedad en la labor cuidadora (en meses).

### Recogida de datos

La recogida de datos ha sido realizada mediante entrevista por personas con alta cualificación (enfermeras de enlace con al menos tres años de experiencia o enfermeras de familia con al menos 10 años de trabajo en la atención a cuidadoras de mayores dependientes, con experiencia también en la aplicación de los cuestionarios utilizados) y con adiestramiento específico sobre la recogida de datos (sesión de formación de 5 h), para garantizar la calidad y uniformidad de la recogida de datos.

Todos los anteriores cuestionarios estandarizados han sido heteroadministrados para favorecer la comprensión de dichas herramientas en cada caso particular. Todos han sido pregun-

tados a la persona cuidadora, salvo los de Pfeiffer y Barthel, que siempre que se ha podido se han preguntado a la persona cuidada, para mejorar la validez y precisión de la medida.

### Análisis estadístico

- a) Descriptivo: porcentajes, medias y desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95% de porcentajes y medias.
- b) Bivariante: test t de *Student* para grupos independientes, con confirmación previa de la normalidad (Test de Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (Test de Levene).
- c) Multivariante: regresión lineal múltiple, con confirmación previa de los supuestos del modelo de regresión lineal: normalidad (Kolmogorov-Smirnov, gráficos P-P Normal); linealidad (gráficos de regresión parcial); homocedasticidad (gráficos de dispersión de residuos tipificados y pronósticos tipificados); independencia de errores (estadístico de Durban-Watson); y no colinealidad (diagnósticos de colinealidad).

En todos los test de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación estadística de 0,05.

### Resultados

La muestra estudiada está compuesta por 177 mujeres (85,1%) y 31 hombres (14,9%), con una edad media de 59,2 años, existiendo predominio de hijas/os (61,1%) y residencia en común (83,7%). La antigüedad media en el cuidado es de 51,6 meses (4,7 años) y la dedicación media a las tareas cuidadoras es de 59,6 horas a la semana. En la Tabla 1 apare-

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra estudiada y comparación de ésta con la Encuesta de Apoyo Informal de 2004

		Muestra estudiada		Encuesta nacional 2004	
		Frecuencia absoluta (y %) o media (y desviación típica)	IC al 95% de la media o el %	Medias o %	IC al 95% de la media o el %
Edad (años)		59,2 (12,9)	57,4; 60,9	53,2	52,5; 53,9
Género	Femenino	177 (85,1%)	79,4; 89,5	83,6%	81,7; 85,5
	Masculino	31 (14,9%)	10,5; 20,6	16,4%	14,5; 18,3
Parentesco	Cónyuge	64 (30,8%)	24,77; 37,6	16,8%	14,9; 18,8 (*)
	Hija/o	125 (60,1%)	53,1; 66,7	52,7%	54,7; 59,8
	Otros	19 (9,1%)	5,7; 14,1	16,1%	14,2; 17,9
Residencia en común		174 (83,7%)	77,8; 88,3	70,0	67,6; 72,3
Antigüedad (meses)		56,1 (57,9)	48,1; 63,9	72,88	68,9; 76,8
Dedicación (horas/semana)		59,6 (41,2)	53,9; 65,8	No disponible	---

(\*) Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

cen las características de la muestra estudiada, así como su comparación con las de la anteriormente mencionada Encuesta sobre Apoyo Informal de 2004 (5), encuesta que es representativa a nivel nacional.

La media de carga subjetiva se sitúa en 6,27, con una desviación típica de 3,35 y un IC de la media al 95% entre 5,82 y 6,73. Si utilizamos el punto de corte de 7 propuesto por López y Moral (18), existiría un 46,2% de personas con sobrecarga subjetiva (IC al 95%: 39,3; 53,2). Al analizar las diferencias de género en sobrecarga observamos que la media de carga subjetiva en mujeres (6,33) es apenas superior a la de los hombres (5,97) y que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas medias (prueba t de *Student* para medias independientes, valor de p para la t: 0,58).

Al analizar dichas diferencias controlando por carga objetiva (dedicación, complejidad y necesidad de cuidados) y antigüedad en el cuidado (variables que han sido relacionadas con la sobrecarga subjetiva con suficiente nivel de evidencia (12)), mediante regresión lineal múltiple (Tabla 2), nos encontramos que mantiene la ausencia de significación estadística (valor de referencia: género femenino, Beta = 0,263, p = 0,658).

Respecto de la implicación en el cuidado (carga objetiva y antigüedad), no se han encontrado diferencias de género estadísticamente significativas en dedicación (p = 0,488), nº ABVD (p = 0,622), nº AIVD (p = 0,423), Barthel (p = 0,884), Cummings (p = 0,924), Pfeiffer (p = 0,492) y antigüedad (p = 0,989). En la Tabla 3 se detallan estos resultados.

## Discusión y conclusiones

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas de la muestra estudiada

da y las de la Encuesta de Apoyo Informal (5), salvo para el porcentaje de cónyuges (Tabla 1). Dado que dicha encuesta es representativa a nivel de España, nuestra muestra, además de ser probabilística, puede considerarse razonablemente similar a la población española de personas cuidadoras, aspecto éste que reforzaría la validez externa de nuestro estudio.

En este trabajo no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la dedicación, complejidad y antigüedad del cuidado. En relación con la dedicación, nuestros resultados coinciden con el meta-análisis de Miller y Caffaso (10) y con el estudio español conducido por Crespo y López (15) (estos autores encuentran que no hay diferencias de género en el número de horas dedicadas al cuidado), mientras que discrepan con la revisión sistemática de Pinquart y Sorensen (8) y la revisión narrativa de Yee y Schulz (11). Estos autores informan de un mayor tiempo de dedicación de la mujer, si bien existe alta heterogeneidad en la revisión sistemática y estudios discrepantes en la revisión narrativa. También se diferencian con los resultados encontrados por Larrañaga y cols (16), que ponen de manifiesto mayor elevada dedicación al cuidado (definida como cuidado permanente de personas con discapacidad grave o moderada) en las cuidadoras.

En lo que respecta a la complejidad del cuidado prestado, nuestros resultados difieren de los encontrados por Pinquart y Sorensen (8), Yee y Schulz (11), Miller y Caffaso (10) y Crespo y López (15), que apuntan a una mayor dedicación al cuidado personal por parte de las cuidadoras, si bien coinciden con los resultados de la Encuesta sobre el Apoyo Informal a las Personas Mayores de 2004 del IMSERSO (5), donde se pone de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas en la complejidad del cuidado

**Tabla 2.** Diferencias de género en sobrecarga subjetiva, ajustando por carga objetiva (dedicación, complejidad y necesidad de cuidados) y antigüedad (regresión lineal múltiple)

	Betas	Error típico	Betas estandarizados	t	Valor de p
Género	-,263	,593	-,028	-,443	,658
Dedicación (horas/semana)	,004	,005	,050	,737	,462
Nº ABVD	,105	,124	,086	,844	,400
Nº AIVD	-,046	,178	-,024	-,260	,795
Barthel	-,015	,012	-,131	-1,292	,198
Lawton y Brody	-,204	,130	-,127	-1,561	,120
Cummings	,111	,022	,345	5,150	,000
Pfeiffer	-,010	,070	-,012	-,149	,882
Antigüedad (meses)	-,002	,004	-,029	-,456	,649
Constante	6,055	1,869		3,240	,001

**Tabla 3.** Diferencias de género en dedicación, complejidad, necesidad de cuidados y antigüedad

	Medias (y desviaciones típicas)		Valor de p
	Mujeres	Hombres	
Dedicación (horas semanales)	58,7 (42,1)	64,4 (35,8)	0,488
Nº ABVD	7,71 (2,75)	7,97 (2,52)	0,622
Nº AIVD	7,01 (1,71)	6,74 (1,78)	0,423
Barthel	38,2 (29,5)	39,03 (27,5)	0,884
Cummings	7,45 (10,41)	7,65 (10,01)	0,924
Pfeiffer	5,15 (3,77)	4,65 (3,58)	0,492
Antigüedad (meses)	56,0 (60,45)	55,9 (41,38)	0,989

prestado por mujeres y hombres. En este sentido, hay que tener en cuenta que, en dicha encuesta, la mayoría de las personas entrevistadas son cuidadoras/es familiares (95,6%) y principales (83%).

Nuestros resultados sobre dedicación y complejidad del cuidado, junto con los resultados sobre este tema ya comentados de la mencionada encuesta de 2004, apoyan la hipótesis de que en España no existen diferencias de género en la implicación en el cuidado en PCF principales de mayores dependientes. Ello, lejos de ser positivo, corrobora la prioridad de las familias españolas para elegir PCF, basada en un criterio de género (primero la mujer) y de institucionalización como último recurso, aspecto éste que se ha puesto de manifiesto de forma reiterada en distintas encuestas del CIS (5,22,23). Esto hace que los hombres que llegan a cuidadores principales asuman la misma carga que las mujeres cuidadoras principales. Este aspecto puede ser tenido en cuenta a la hora de definir perfiles de riesgo en PCF que apoyen la detección e intervención precoz.

Esta hipótesis tiene como casos discrepantes los resultados anteriormente mencionados de Crespo y López (15) para la complejidad en el cuidado y de Larrañaga y cols (16) para la dedicación. No obstante, dichos resultados deben ser tenidos en cuenta con cautela debido a que el primer estudio se realiza sobre una muestra no probabilística (posible sesgo de selección) y en el segundo se mide dedicación (frecuencia del cuidado: permanente y no permanente) y dependencia de forma conjunta, con lo que existe un posible sesgo de clasificación, ya que un nivel alto de dependencia no implica necesariamente un alto tiempo dedicado. Además, en el estudio de Larrañaga y cols (16), aunque las personas cuidadoras conviven de forma permanente con la persona cuidada, no se especifica si son o no principales.

En lo referente a la antigüedad, nuestros resultados coinciden con los de la revisión sistemática de Pinquart y Sorensen (8), apoyando la no existencia de diferencias de género en este aspecto. Esta coincidencia de resultados adquiere

mayor importancia teniendo en cuenta que en la anterior revisión apenas hay estudios europeos del ámbito del mediterráneo.

En nuestro trabajo las diferencias de género en sobrecarga subjetiva son pequeñas y no estadísticamente significativas. Estos resultados difieren de los encontrados en las revisiones sistemáticas de Pinquart y Sorensen (8) y de Miller y Cafasso (10) y en la revisión narrativa de Yee y Schulz (11), si bien hemos de recordar que estas investigaciones son poco representativas a nivel del modelo mediterráneo de apoyo informal.

En lo que respecta a la situación en España, nuestros resultados coinciden con los de Moreno-Garviño y cols (24) y Roig y cols (25), y difieren de los de Crespo y López (15) y Molina e Iañez (26). Moreno-Garviño y cols (24) analizan una muestra probabilística con suficiente tamaño muestral ( $n = 461$ ) y por tanto con suficiente potencia estadística. Roig y cols (25) analizan una muestra de conveniencia con escaso tamaño muestral ( $n = 52$ ), por lo que sus resultados no deben tenerse en cuenta dada la probabilidad de un error tipo II ligado a escaso tamaño muestral. Crespo y López (15) encuentran diferencias de género en sobrecarga, si bien analizan una muestra no probabilística y las mencionadas diferencias en sobrecarga desaparecen al controlar por carga objetiva, estresores secundarios y variables mediadoras. Los resultados del estudio de Molina y cols han de desecharse, al trabajar con una muestra no probabilística y un escaso tamaño muestral (nueve hombres y 37 mujeres), lo que le plantea una alta probabilidad de error tipo I por sesgo de selección. Así, nuestros resultados coinciden con un estudio (24) con muestreo probabilístico y suficiente potencia estadística para sustentar la no asociación y discrepa con otro (15) con una muestra no probabilística donde las diferencias de género en sobrecarga desaparecen al controlar por variables potenciales de confusión como la carga objetiva. En la revisión sistemática de Pinquart y Sorensen (12) dismi-

nuyen las diferencias de género en sobrecarga al controlar por carga objetiva.

En otros trabajos se produce el mismo efecto en otras consecuencias de cuidado, como la calidad de vida percibida (16). Esto nos lleva a pensar que las diferencias de género en sobrecarga que se observan en algunas investigaciones se deben a las diferencias en carga objetiva, ya que en estudios donde aparecen diferencias en sobrecarga y se controla por carga objetiva desaparecen dichas diferencias y en otros donde no hay diferencias en carga objetiva (como es el caso del nuestro), no hay diferencias de sobrecarga. Estos datos nos llevan a considerar que existe una relación entre género y sobrecarga, que estaría mediada por la carga objetiva y que podría haber un patrón cultural diferenciado también en las diferencias de género en sobrecarga, que estaría también motivado por las especiales características del rol de cuidador masculino en nuestro país que hemos explicado anteriormente y que hace que hombres y mujeres se igualen en las condiciones y percepciones de la situación de cuidado a igualdad de carga objetiva, sobre todo en el caso de personas cuidadoras principales.

Según Krieger (27), las formas en las que los roles de género pueden afectar a los resultados en salud son muy variadas, pero pueden conceptualizarse en tres tipos básicos: mayor exposición por mayor proporción de un determina-

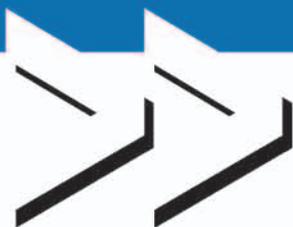
do sexo: esta situación no refleja mayor riesgo, pero provoca resultados proporcionalmente distintos en cada sexo, de un determinado evento (un ejemplo de esto lo constituye la mayor proporción de inoculaciones accidentales en enfermeras respecto de enfermeros, medida sobre total de profesionales); mayor riesgo relacionado con la presencia de un determinado rol de género (p. ej.: mayor riesgo de queratitis bacteriana en hombres por una menor propensión a limpiar las lentillas correctamente) y una combinación de ambas situaciones. En caso de cumplirse la hipótesis anteriormente planteada, las desigualdades de género en el cuidado informal podrían explicarse, según la terminología de Krieger, por una mayor exposición al riesgo. Esta hipótesis discreparía con diversos estudios realizados en el ámbito anglosajón que ponen de manifiesto una percepción diferencial de la situación de cuidado. Estos estudios argumentan que dicha percepción es más positiva (28) y/o dotada de mayor significado (29) en hombres que en mujeres y que el sentido de responsabilidad está más acuciado en ellas (30). No obstante, se hace necesaria más investigación para comprobar la mencionada hipótesis.

Como conclusión, comentar que nuestro trabajo apoya el hecho de que pueden existir condiciones culturales específicas en las diferencias de género en el cuidado informal en el modelo mediterráneo, las cuales limitarían la extrapolación de resultados en otros ámbitos.



## Bibliografía

- [1] OECD. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. Paris: OECD; 2009.
- [2] OECD. Long-term care for older people. Paris: OECD; 2005.
- [3] National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving in the US: National Alliance for Caregiving; 2004.
- [4] Jenson J, Jacobzone S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Labour Market and Social Policy. Occasional papers no. 41. Paris: OECD; 2000.
- [5] IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
- [6] Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH, Whitlatch CJ. Profiles in Caregiving. San Diego: Academic Press; 1995.
- [7] Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003; 18: 250-67.
- [8] Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61(1): 33-45.
- [9] Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull* 2003; 129(6): 946-72.
- [10] Miller B, Cafasso L. Gender differences in caregiving: fact or artifact? *Gerontologist* 1992; 32(4): 498-507.
- [11] Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2000; 40(2): 147-64.
- [12] Pinquart M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58(2): 112-28.
- [13] Fokkema T, Bekke S, Dykxtra PA. Solidarity between parents and their adult children in Europe. Amsterdam: NIDI; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 29 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/share-solidarity-01.pdf>
- [14] Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background Report Münster: LIT Verlag; 2005.
- [15] Crespo M, López J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento* 2008; (35): 1-33.
- [16] 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): 443-50.
- [17] Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol* 1983; 38(3): 344-8.
- [18] López SR, Moral MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comunit* 2005; 1(1): 12-7.
- [19] Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
- [20] Vilalta Franch J, Lozano Gallego M, Hernández Ferrándiz M, Llinás Reglá J, López Pousa S, López OL. Neuropsychiatric Inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev de Neurología* 1999; 29(1): 15-9.
- [21] Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117(4): 129-34.
- [22] Campo MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000.
- [23] CIS. Apoyo informal a las personas mayores (2ª fase). Estudio no. 2.117. Madrid: CIS; 1994.
- [24] Moreno-Gaviño L, Bernabéu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón M, Bohórquez P, Cassani M et ál. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Prim* 2008; 40(4): 193-8.
- [25] Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología* 1998; 14(2): 215-27.
- [26] Molina M, Lañez MA. Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga. *Anales de Psiquiatría* 2006; 22(5): 234-42.
- [27] Krieger N. Gender, sex and health: what are the connections - and why does it matter? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 32: 652-7.
- [28] Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(3): 294-304.
- [29] Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E, Von Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(2): 257-65.
- [30] Ussher J, Sandoval M. Gender differences in the construction and experience of cancer care: The consequences of the gendered positioning of carers. *Psychology & Health* 2008; 23(8): 945-63.



**El formato enciclopédico  
Taber te ofrece algo  
más que definiciones:**

- Abreviaturas y siglas
- Los fármacos más recetados y de uso más frecuente
- Secciones sobre el cuidado del paciente con información clínicamente pertinente
- Advertencias que te ayudarán en la práctica segura del cuidado de la salud
- Tablas que ponen a tu alcance información importante
- Entradas de enfermedades que incluyen síntomas, diagnósticos y tratamientos

**Taber incluye valiosos  
apéndices como:**

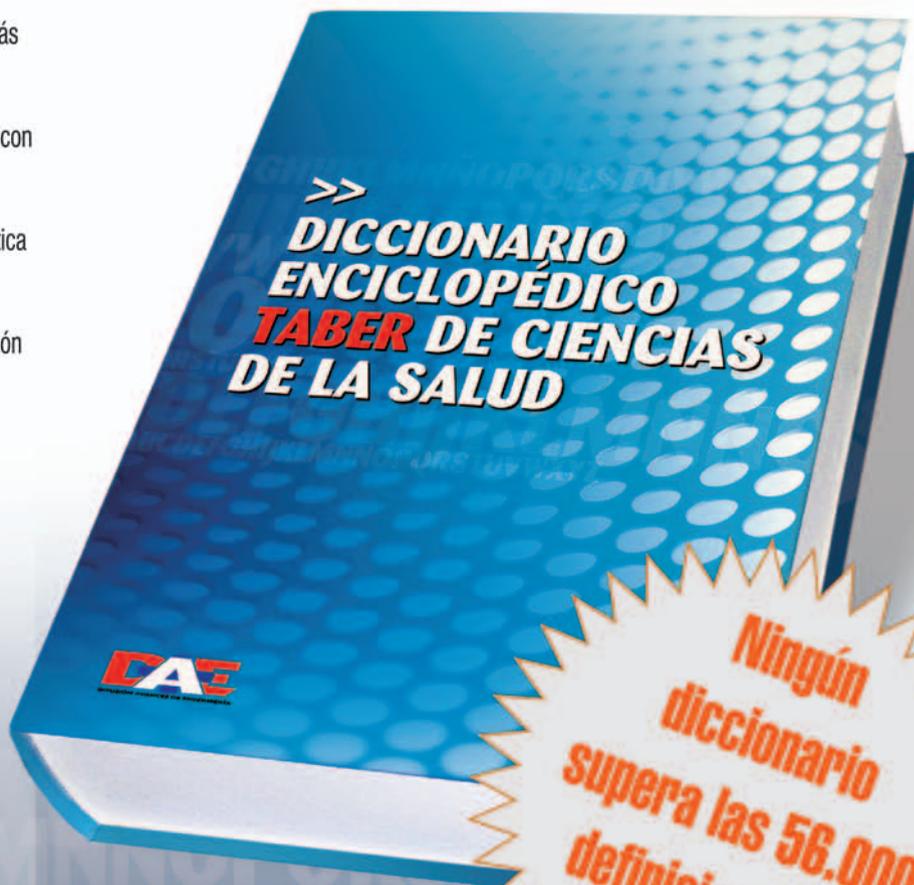
- NANDA
- MINIATLAS de anatomía
- NIC y NOC
- Urgencias médicas
- Modelos y teorías de enfermería

**Ficha técnica:**

- 56.000 definiciones
- 750 ilustraciones a todo color
- Edición: 2007
- Páginas: 1.832
- Tapa dura

# TABER, el diccionario más **exhaustivo** del mercado

También en versión  
**ON-LINE**  
[www.diccionariotaber.com](http://www.diccionariotaber.com)



**Ningún  
diccionario  
supera las 56.000  
definiciones de  
TABER**

# TABER



**56.000 entradas, 50% más que otros diccionarios de la salud**

## Cuidadores familiares. "Aprendiendo a vivir"

<sup>1</sup>M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat

<sup>2</sup>José Ramón Martínez Riera

<sup>3</sup>Manuel Lillo Crespo

<sup>4</sup>Isabel Casabona Martínez

<sup>1</sup> Enfermera de Gestión Comunitaria. Centro de Salud Florida (Alicante). Profesora Asociada del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

<sup>2</sup> Enfermero. Secretario Académico de la Escuela Universitaria de Enfermería. Profesor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

<sup>3</sup> Supervisor del área de hospitalización Clínica Vistahermosa (Alicante). Profesor Asociado del Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.

<sup>4</sup> Supervisora del área de Urgencias UCI Clínica Vistahermosa (Alicante). Profesora Asociada del Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.

Dirección de correspondencia:  
E-mail: [egc\\_florida.alac@gva.es](mailto:egc_florida.alac@gva.es)

### Resumen

**Justificación:** el desarrollo de intervenciones grupales con cuidadores nos obliga a valorar su impacto, tanto en la percepción de calidad de vida como en la repercusión en el funcionamiento familiar.

### Objetivos:

- Demostrar que las intervenciones grupales (talleres) con cuidadores familiares:
  - Mejoran su percepción de calidad de vida.
  - Proporcionan herramientas para llevar a cabo cambios en el entorno familiar, mejorando los sistemas de apoyo del cuidador principal.
- Realizar un comparativo con cuidadores, que no han tenido todavía intervención grupal.
- Conocer la percepción de algunos profesionales implicados.

**Material y método:** estudio cualitativo, con la intención de capturar el fenómeno de estudio de manera holística, comprendiéndolo dentro de un contexto: "la experiencia del cuidador familiar". Las técnicas seleccionadas para este estudio son el grupo focal y la entrevista en profundidad.

**Resultados:** la percepción de nivel de sobrecarga disminuye en los cuidadores que han participado en los talleres y se mantiene después de dos años de la intervención.

La percepción de calidad de vida ha mejorado y su comparativo con el grupo de cuidadores que no ha tenido intervención grupal es significativa. Mejoran los sistemas de apoyo en algunas familias en beneficio del cuidador principal.

Conocemos la percepción de los profesionales con respecto al cuidado familiar y su repercusión en el cuidador.

Los valores definitivos se aportarán en el trabajo completo, una vez finalizado el análisis del discurso.

**Conclusiones:** es necesario evaluar las intervenciones para confirmar que se cumplen los objetivos que se persiguen y tener elementos fiables para llevar a cabo cambios en la utilización de una herramienta como es la intervención grupal y validarla en la atención a determinados colectivos, en este caso los cuidadores familiares por su eficacia y eficiencia.

**Palabras clave:** cuidadores familiares, sobrecarga del cuidador, intervenciones grupales.

### Abstract

**Family caregivers. "Learning to live"**

**Rationale:** the development of group interventions with caregivers requires us to assess their impact both on the perceived quality of life, as in the impact on family functioning.

### Objectives:

- To demonstrate that group interventions (workshops) with family caregivers:
  - Improve their quality of life perception.
  - Provide tools to implement changes in the family environment, improving the support systems for the primary caregiver.
- To perform a comparison with caregivers, who have not yet had group intervention.
- To understand the perception of certain professions.

**Material and methods:** a qualitative study intended to capture the phenomenon of study in a holistic manner, understanding it within its context: "the experience of family caregivers". The techniques selected for this study are the focus group and in depth interviews.

**Results:** the perceived level of burden on caregivers who have participated in workshops decreases and is maintained after 2 years of the intervention.

The perception of quality of life improves, and its comparison with the group of caregivers had no intervention group is significant. Improved support systems in some families for the benefit of the primary caregiver.

We know the perception of professionals regarding family care and its impact on the caregiver.

Definitive figures will be submitted on the complete work, once the discourse analysis is completed.

**Conclusions:** it is necessary to evaluate interventions to confirm that they meet the objectives pursued and have reliable evidence to bring about changes in the use of a tool such as the intervention group and validated in the care of certain groups, in this case family caregivers for their effectiveness and efficiency.

**Key words:** family, caregivers, caregiven, burden, group interventions.

## Introducción

El "cuidado familiar" es una asignación tradicional, sin embargo, en la sociedad moderna la familia intermedia la relación entre los individuos que son cuidados y las limitaciones de los sistemas de salud y sociales. Esta actividad filial trasciende en los intercambios por generaciones, apoyándose tradicionalmente en la figura femenina, aunque se presenta intergeneracionalmente de manera diferenciada de unas culturas a otras (Delicado et ál, 2000).

Según datos desde 2005 del Instituto de Servicios Sociales (IMSERSO), en España el 88% del cuidado es otorgado por familiares o es de autocuidado. Se estima de un 10 a un 15% de personas a partir de 65 años con dependencia. Por familia suele haber un cuidador principal que responde al siguiente perfil: de 45 a 65 años, la mayoría casados, sin ocupación remunerada, sin o con poco apoyo familiar. La percepción de cuidar por parte del cuidador familiar es de permanente atención por exigencia física y psico-afectiva. Muchos combinan la labor del cuidado con otros roles familiares como atención de hijos y del hogar e, incluso, la faceta laboral en cada vez más casos.

Tradicionalmente, el cuidado es una actividad asignada a alguna mujer de la familia como legado y agregado a las ya asumidas funciones tradicionales. La relación cuidador/cuidado surge por necesidad dentro del núcleo de la familia. La tradicional posición proveedora del hombre le permite disfrutar del cuidado sin considerar su participación en el hogar, hijos y personas dependientes. Esto, como conducta aprendida se reproduce en el interior de la familia con impacto adverso a la salud de las mujeres cuidadoras (Lagarde, 2005; Delicado et ál, 2000). Sin embargo, cada vez encontramos más casos de hombres que ejercen como cuidadores familiares, especialmente, en su faceta de hijocuidador.

En la Comunidad Valenciana se desarrolla desde el 2007 el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria con dos nuevos perfiles de Enfermería cuya función primordial es garantizar la continuidad informativa y asistencial de pacientes complejos, generalmente domiciliarios, con prestación de atención a pacientes y a sus cuidadores familiares.

El desarrollo de intervenciones grupales con cuidadores durante este período nos obliga a valorar su impacto, tanto en la percepción de calidad de vida como en la repercusión en el funcionamiento familiar.

## Justificación

Ante la pregunta: ¿son eficaces las intervenciones enfermeras para eliminar la sobrecarga del cuidador? Nos encontramos que varios estudios realizados en América Latina ofrecen resultados de encuestas cualificadas e interpretadas dando muestra de las incapacidades de los grupos de mayo-

res, con datos como que a mayor edad mayor incapacidad, siendo los mayores de 80 años los que presentan limitaciones superiores, 40% en el área motora, permaneciendo el 25% confinado en su domicilio y un 3% no puede salir a la calle sin ayuda.

El incremento sostenido global de las personas ancianas, la esperanza de vida cada vez mayor después de los 60 años y las condiciones para mantener y recuperar la salud han determinado las evidentes necesidades de este grupo vulnerable de cuidadores familiares. Las enfermedades crónicas degenerativas incrementan la prevalencia de morbilidad y por ende el incremento del índice de dependencia de adultos mayores y los costes en los servicios sociales y de salud se elevan al grado de ser insuficientes (Pinto et ál, 2000), lo cual determina una mayor sobrecarga de estos cuidadores familiares.

De esta situación emerge el binomio cuidador familiar y familiar dependiente. Habitualmente, las mujeres de la familia adoptan el cuidado como un legado. Es un agregado a las ya tradicionales actividades de madre, esposa, hija, ama de casa y trabajadora, este último, como resultado de la necesidad y las cargas de la sociedad industrializada (Lagarde, 2005; IMSERSO, 2005).

Las condiciones socioeconómicas, el sistema familiar actual, el nivel de dependencia con la creciente exigencia y consecuentemente la permanencia al cuidado además de factores personales adversos, provocan un alto riesgo de padecer el "síndrome del cuidador familiar" que le modifica su estilo de vida personal, familiar, laboral, de salud física, mental y social (Barrera, 2005; Moreno et ál, 2004).

La familia es el principal apoyo para la salud ante la sociedad y el gobierno, específicamente la mujer que es la proveedora de los cuidados de salud para todos los miembros de la familia en casos de enfermedad y discapacidad. Este acto filial trasciende como un legado generacional estigmatizado al rol diferenciado de hombres y mujeres. El cuidado se considera una actividad feminizada y al hombre se le asigna lo externo, la provisión y el disfrute de los beneficios (Lagarde, 2005; Hernández, 2000).

Al no encontrar bibliografía específica de intervenciones enfermeras destinadas a disminuir la sobrecarga del cuidador hemos intentado evaluar los efectos de las intervenciones grupales con cuidadores (talleres), realizados durante los tres años de desarrollo del programa de mejora de la atención domiciliaria.

## Objetivos

- Demostrar que las intervenciones grupales (talleres) con cuidadores familiares:
  - Mejoran su percepción de calidad de vida.

- Proporcionan herramientas para llevar a cabo cambios en el entorno familiar, mejorando los sistemas de apoyo del cuidador principal.
- Realizar un comparativo con cuidadores que no han tenido todavía intervención grupal.
- Conocer la percepción de algunos profesionales implicados.

## Bases de datos y catálogos bibliográficos

Se realizó una búsqueda exhaustiva en la base de datos CUIDEN y CUIDATGE especializadas en Enfermería, del año 2000 en adelante. Bajo las palabras claves: cuidadores informales, necesidades, motivaciones, dependientes, adultos mayores, adultos mayores dependientes y género.

Otra base de datos explorada fue: ProQuest Medline de 2000 a la fecha. Se integraron las palabras: *Family caregivers*, *Caregivers*, *Informal care* y *Aged, gender*. Se combinaron las palabras y se hizo selección de los contenidos.

Se consultaron páginas web a través del buscador Copernic Agent Basic. Se consideraron las palabras: cuidador familiar, cuidador informal, necesidades y motivaciones de cuidadores informales, cuidadores familiares de adultos mayores dependientes y género. De la información obtenida se seleccionó la de mayor relevancia.

## Revisión bibliográfica y estado de la cuestión

Según Durán (2004), el Informe del IV Programa Cuatrienal de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo "Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea" (1993), la mayor parte del cuidado de las personas mayores -que además se reporta largo y difícil- recae sobre mujeres cónyuges e hijas. Se informa que estudios realizados en Bélgica fijan que el 12% de los cuidadores llevan ejerciendo ese papel más de quince años. Otros estudios en el Reino Unido estiman que una cuarta parte de los cuidadores llevan más de diez años en esa situación. El informe señala mayor dedicación de hijas a los padres y el tipo distintivo de relación emocional que establecen. Los varones suelen "marcar los límites de lo que están dispuestos a soportar", aceptan menos cuidar a padres con fuerte pérdida de autonomía y les cuesta menos decidir su ingreso a residencias de ancianos. Los hijos -no así las hijas- se alejan del elevado coste psicológico del cuidado, evitan así las consecuencias. En general, los hombres conservan el tiempo libre, relaciones externas a la familia, la vida profesional y las aficiones mejor que las mujeres durante la situación de cuidado.

Resulta interesante el estudio llevado a cabo por Martínez Cepero en 2009 realizado con 25 cuidadores familiares de La Habana (Cuba) a través de un cuestionario de conocimientos y donde se concluía la necesidad de los mismos a la hora

de capacitarse en el cuidado de ancianos con demencia tipo Alzheimer. En este estudio se reconocía al profesional enfermero como el primordial o canalizador del conocimiento para hacer el seguimiento del cuidado familiar. Como éste existen muchos otros trabajos que demuestran la importancia de dotar con formación al cuidador familiar, sin embargo, además de las iniciativas llevadas a cabo en la Comunidad Valenciana, existen otras como es el caso de "Cuidando a los cuidadores", un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica, realizado en Bogotá, Colombia y que surge en respuesta a las necesidades identificadas en cuidadores familiares de diferentes ciudadanos de Colombia y en distintos países de América Latina. El programa se basa en los lineamientos conceptuales de Nkongo: el conocimiento, el valor y la paciencia y tiene la finalidad de fortalecer la habilidad de cuidar de dichos cuidadores familiares con el resultado de una mejora en su propia salud, es decir, mayor habilidad desarrollada llevará consecuentemente a mayor autosalud. Resulta interesante destacar que, en muchos casos y tras la evaluación, fue preciso hacer una readmisión a los talleres para lograr los objetivos propuestos por el programa.

Sin embargo, la atención e intervención con familias es fundamental para realizar programas de intervención con familias de personas dependientes. Entre otras disciplinas, la psicología y sus profesionales han hecho nuevas contribuciones a nivel teórico y práctico con cuidadores familiares, especialmente desde la terapia sistémica y familiar, como es el caso que se presenta por M<sup>a</sup> Dolores Ortiz Muñoz en su experiencia publicada por Intervención Psicosocial en 2007, donde ya no sólo se habla del cuidador familiar como un ente individual, sino que se introduce el término "familia" como un ente plural.

## Metodología

La metodología utilizada para esta investigación debe permitir conocer, describir y comprender la realidad de los cuidadores familiares a través de las intervenciones grupales. Debido a que se investiga este tipo de fenómeno se propone la metodología cualitativa como referente metodológico para el estudio, puesto que es la que mejor ilustra el proceso de comprensión que se pretende alcanzar.

La investigación cualitativa, considera que la realidad no es externa a las personas sino que es construida. Por tanto, pone énfasis en la subjetividad, interesándose por analizar cómo las experiencias son vividas e interpretadas por las personas.

El carácter reflexivo de la investigación cualitativa también está fundamentado en el interaccionismo simbólico. Por tanto, los significados no surgen de las actitudes iniciales de las personas o de su predisposición, sino que se aprenden en la interacción con los otros.

*La familia es el principal apoyo para la salud ante la sociedad y el gobierno, específicamente la mujer que es la proveedora de los cuidados de salud para todos en casos de enfermedad y discapacidad*

El significado que está vinculado a la situación no es permanente, ni estable, cambia al modificarse la circunstancia (Blumer, 1969). Los presupuestos del interaccionismo simbólico son el escenario idóneo para examinar el desarrollo y la comunicación que se produce en las intervenciones grupales, porque permiten identificar fases del proceso.

Los participantes están conformados por:

- Cuidadores familiares para comparar la percepción de calidad de vida de cuidadores que han estado en talleres con otros de reciente captación y que no han tenido aún intervención grupal.
- Profesionales (médicos y enfermeras).

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Florida de Alicante en donde se realizaron las intervenciones grupales y las encuestas necesarias para la investigación.

La recogida de datos de esta investigación se hizo mediante la grabación de las intervenciones grupales con cuidadores familiares de los dos perfiles y en ambos se cumplimentan láminas de calidad de vida, se han utilizado las de la Wonca, validadas para un uso fácil de aplicar por Dr. Luis Lizán, médico de familia, y que hemos empleado en todos los talleres realizados con cuidadores y la recogida de datos de las encuestas a profesionales. Estas técnicas apoyan la comprensión del fenómeno estudiado.

La utilización de diferentes tipos de datos proporciona la posibilidad de triangular y, por lo tanto, minimizar las distorsiones inherentes a cada clase de datos. La triangulación utilizada en esta investigación ha sido la de métodos, ya que se han usado diferentes procedimientos para estudiar el mismo fenómeno.

En relación a los aspectos de validez y credibilidad, los planteamientos en esta investigación son claros. Tanto los objetivos como los referentes teóricos utilizados para entender la realidad analizada son coherentes entre sí, es decir, han sido escogidos y formulados con la misma perspectiva de

comprender el contexto y los comportamientos adoptados por los actores implicados. A la vez que el método, las estrategias de recolección de la información y la forma de análisis, incluyendo la triangulación de los datos, permiten reconstruir el fenómeno, de un modo lo más fidedignamente posible a la realidad estudiada.

Este trabajo de investigación está orientado por los tres principios fundamentales de la ética: respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia. En este estudio se han intentado respetar estos principios con diferentes estrategias durante la intervención, que asegurarán al máximo los principios éticos.

### **Análisis de resultados y discusión**

Tras el análisis de los resultados a partir de la narrativa o transcripción del grupo de discusión llevado a cabo con cuidadores familiares que ya habían pasado por la experiencia de los talleres, hemos observado que efectivamente aquellos cuidadores sometidos a formación en talleres aprecian la experiencia y destacan especialmente el taller de "adaptación al rol de cuidador". Sin embargo, reconocen la importancia de individualizar en talleres sobre cuidados a enfermos con patologías específicas, especialmente Alzheimer y deterioros cognitivos. Reconocen que estos cuidadores padecen situaciones de mayor sobrecarga, ansiedad y estrés y en muchas ocasiones, y a pesar de los talleres, se sienten "desbordados" a la hora de llevar a cabo los cuidados diarios del enfermo y los suyos propios.

En este sentido coinciden con las necesidades de aprendizaje detectadas por Martínez Cepero en su artículo publicado en 2009 en la Revista Cubana de Enfermería, donde se reconoce que la demencia es una de las enfermedades crónicas más invalidantes y dependientes, enfrentada a la escasa formación de sus cuidadores familiares y reemplazada únicamente con la fuerza del cariño, pero sin poder evitar que la situación en ocasiones es "desesperada" para el cuidador, lo que se manifiesta en un deterioro de su salud.

Además, los cuidadores familiares aprecian que los profesionales de la salud "se acuerden de ellos" y valoran el tiempo empleado en los talleres y reuniones para "desconectarse" de la situación vivida en el domicilio. En este sentido, experiencias como ésta y como las que se proponen en otros países como es el caso del programa "Cuidando a los cuidadores" en Bogotá (Colombia), que desde 2007 da apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica, se convierten en necesarias para los cuidadores familiares y les gustaría no desvincularse de la misma.

Resulta curioso escuchar la importancia que se le da en el grupo de cuidadores al aspecto psicológico y valorarían la inclusión de algún tipo de terapia psicológica individual y/o grupal dentro de los talleres y como seguimiento.

Mientras que el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia moderada o más, antes de los talleres, fue de sobrecarga intensa (Zarit = 55) en un 56% y el resto, un 46%, percibieron sobrecarga leve o nula. En la presente investigación, es decir, con cuidadores familiares que ya habían pasado con anterioridad por los talleres y que participan en la evaluación, el 80% manifiestan una sobrecarga leve (Zarit = 47 a 55) mientras que el 20% manifiesta no tener sobrecarga (Zarit = menor de 47).

De la intervención grupal evaluadora de los talleres que se presenta en este trabajo, también se han detectado como indicadores de ésta los siguientes: edad del cuidador y edad del paciente, rol dentro de la familia de cada uno de ellos, tipo de patología del enfermo, apoyo o ayuda por parte de otros familiares, nivel de adaptación al rol de cuidador, expectativas del cuidador hacia el enfermo y su evolución, apoyo de tipo espiritual o religioso.

Mientras que la percepción de calidad de vida que manifestaron los cuidadores contestando a las láminas que les presentamos cuando iniciaron el taller fue:

- 56% contestan que a partes iguales, unas veces bien y otras mal.
- 12% bastante bien.
- 24% bastante mal.
- 8% muy mal, no podía haber sido peor.

En la intervención grupal evaluadora de los talleres, la percepción de calidad de vida detallada por ítems fue:

- Estado de salud: 71% regular y 29% muy buena.
- Forma física: 57% moderada, 28% muy intensa y 14% intensa.
- Sentimientos: 57% moderado, 14% intensamente, 14% poco y 14% bastante.
- Actividades cotidianas: 71% moderada, 14% ninguna y 14% casi inexistente.

- Actividad social: 42% ligeramente, 28% moderadamente, 14% nada en absoluto y 14% bastante.
- Cambios en el estado de salud: 71% igual o por el estilo y 29% un poco mejor.
- Dolor: 42% ligero, 28% nada de dolor, 14% moderado y 14% intenso.
- Apoyo social: 57% alguien y 43% alguna persona.

Hay que destacar que mientras que los cuidadores refieren menor sobrecarga después de completar los talleres, siguen identificando que su salud es igual que antes de la intervención, lo que nos lleva a pensar que identifican la salud como ausencia de la enfermedad o falta de manifestaciones físicas.

Los aspectos que no han mejorado comparativamente han sido los relacionados con lo psico-social como los sentimientos, lo cual nos plantea la dificultad de que se produzcan cambios a corto plazo en ellos, no siendo suficiente las intervenciones tipo taller, teniendo que considerar otro tipo de acciones más a largo plazo como terapias individuales o grupales.

En cuanto a su calidad de vida, los cuidadores familiares que han pasado por los talleres reconocen que efectivamente está afectada, pero muy especialmente a nivel psicológico y social y es a partir de ahí como se va afectando lo físico.

Los profesionales de referencia (médicos y enfermeras) que atienden a las mujeres participantes en los talleres para cuidadores consideran la figura del cuidador familiar entre importante e imprescindible, no existiendo diferencias entre ambos colectivos.

El grupo de cuidadores familiares más relevante según los profesionales es el de los pacientes crónicos dependientes y paliativos. Tanto médicos como enfermeras consideran que el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares es intenso y que no tienen sus necesidades cubiertas ni como cuidadores ni como personas y que sus necesidades más afectadas son las psíquicas y sociales. De forma unánime, consideran que el sistema sanitario no da cobertura a estas necesidades, que se deberían cubrir por parte de enfermeros y trabajadores sociales.

## Conclusiones

Los objetivos fundamentales de los talleres dirigidos a cuidadores familiares no sólo irán orientados a la formación sino que pretenderán capacitar, concienciar y comprender a estas personas, lo cual nos dará garantía de la protección y conservación de su salud.

Es necesario individualizar en la capacitación de aquellos casos que suponen mayor sobrecarga al cuidador familiar, como es el caso de las discapacidades cognitivas como el Alzheimer.

Hay que llevar a cabo una evaluación común o grupal pero también una autoevaluación o *feed-back* permanente de los cuidadores familiares que pasan por los talleres, de tal forma que sean partícipes de la creación y evaluación de dichos grupos de apoyo.

El programa de apoyo se considera una actividad anexa al programa formativo en el que sería necesario que participasen todos los agentes de salud posibles: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., siendo el profesional enfermero la figura de conexión con todos ellos.

El programa de apoyo permite que los cuidadores socialicen entre ellos, lo cual es importante, puesto que en muchos casos se trata de una función que han suprimido en sus vidas.

Sería interesante de cara a un futuro, crear instrumentos sensibles con indicadores obtenidos a partir de procesos de investigación que determinen las habilidades de cuidado de los cuidadores, si se cumplen o no, así como indicadores determinantes en la prevención y promoción de la salud de dichos cuidadores.

También sería interesante continuar incluyendo a otras figuras familiares en los grupos de apoyo y en los talleres, de tal forma que fuesen conscientes de la sobrecarga a la que está sometida el cuidador familiar y fueran partícipes del reparto de la misma y la mayor colaboración.

## Bibliografía

- Asamblea Mundial de Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas a favor del envejecimiento. Asamblea Mundial de Naciones Unidas; 1991. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/iyp/esi-yoppo.htm>
- Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Cuidando a los cuidadores: un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Index Enferm* 2006; 15(52-53): 54-58. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132)
- Barrera L. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades. Universidad Nacional de Colombia; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005422/docs\\_curso/unidades/unidad04/central4\\_4.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005422/docs_curso/unidades/unidad04/central4_4.htm)
- Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. New Jersey: Prentice Hall; 1969.
- Bover Bover A. Mayores cuidando a mayores, una perspectiva de género y generación *Gerokomos* 2005; 16(4). [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos/01ultimnumero/02rincon/01.asp>
- Martínez Cepero FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Rev Cubana Enfermer* 2009; 25(3-4). [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200006&lng=es)
- Collière M. Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros. *Rev. ROL Enferm* 1999; 22(1): 27-31.
- Conferencia Sanitaria Panamericana Salud de la personas de edad. *Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma*. 25ª Washington DC; 1998.
- Corbin J, Strauss A. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 1ª ed. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002. p. 62-133.
- Carpenito L. *Manual de diagnósticos de Enfermería*. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2002.
- Chaves J, García M, Nieves M. Cuidados domiciliarios informales y cuasi-formales a personas con problemas de salud crónicos y percepción de su proveedor. *Gerokomos* 2005; 16(3): 144-154. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos>
- De la Cuesta C. *Cuidado Artesanal: la invención ante la adversidad*. 1ª ed. Colombia: Universidad de Antioquia; 2004.
- Delicado M, García M, López B, Martínez P. Cuidadoras informales, una perspectiva de género. Córdoba: Federación de organizaciones feministas del estado español; 2000. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras\\_informales.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm)
- Durán M. Las demandas sanitarias de las familias. Departamento de economía. Consejo superior de Investigaciones Científicas. *Gaceta Sanit* 2004; 18(supl): 195-200. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.ses-pas.es/informe2004/sespas2004p195-200.pdf>
- Fajardo-Ortiz G, Chávez-Samperio J, Lozano M. Transición demográfica. El fenómeno de envejecimiento individual y poblacional. *PAC MG-2*. Tomo 7; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en [http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7\\_p10.htm](http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p10.htm)
- Frank V. *El hombre en busca del sentido ultimo. El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. México: Paidós; 2002. p. 186-187.
- González E. Síndrome del cuidador. Un cuidador enfermo. *Enfermería Docente* 2005; 82: 12-17.
- Guzmán J. *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (CELADE). Serie 28. Población y Desarrollo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/7/LCL1737P/serie28.pdf>
- Gutiérrez L. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. Consejo Nacional de Población; 2004. p. 53-60. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm2004.htm>
- Hayflick L. *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Hender; 1999.
- Hernández M. *Desigualdades según género en la vejez*. Madrid: Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud; 2000.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.inforesidencias.com/docs\\_pago/imserso-cuidados-mayores.pdf](http://www.inforesidencias.com/docs_pago/imserso-cuidados-mayores.pdf)

- Izquierdo J, Serrano M, Bermejo D, Moreira M, Peña I, López A. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia ene-feb; 2006; 3(7).
- Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras Informales. Ciencia y Enfermería 2005; XI(1): 37- 49. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art05.pdf>
- Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 3ª ed. Madrid: Mosby; 2003.
- Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 4ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
- Macías D. Arreglos residenciales de los adultos mayores. Consejo Nacional de Población; 2004. p. 43-51. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm2004.htm>
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby; 2003.
- Martínez Riera JR. Necesidades de los cuidadores según tipo de residencia. Enfermería Comunit 2005; 1(2): 8-15. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a8-15.php>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Secretaría de Estado y Servicios Sociales, Familiares y Discapacidad. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.inforesidencias.com/libro\\_blanco\\_dependencia.asp](http://www.inforesidencias.com/libro_blanco_dependencia.asp)
- Moreno M, Náder A, López C. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. Revista Avances en Enfermería 2004; XXII(1). [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2004\\_1.htm](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2004_1.htm)
- Organización Mundial de la Salud. Salud de las personas en edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Washington DC: 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 1998. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25\\_12.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_12.pdf)
- Parlamento Latinoamericano. Proyecto de declaración de los derechos del adulto mayor. Parlamento Latinoamericano; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.un.org/aageing/coverage/parlamentoS.htm>
- Pérez L. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España. Boletín sobre envejecimiento; Perfiles y tendencias. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- Pervin L, John O. Personalidad. Teoría e investigación. Manual Moderno; 1999. p. 177-181.
- Pinto N, Sánchez B. El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Universidad Nacional de Colombia. UNIBIBLOS; 2000. p. 172-183. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/53885/unidades/unidad04/central4\\_2.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/53885/unidades/unidad04/central4_2.htm)
- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: Manual Moderno; 2000. p. 547-552.
- Pozo D, Gómez J. El concepto de necesidad humana básica como aproximación a la definición del cuidado. Index Enfermería digital 2003; (43): 23-27.
- Sánchez Ayéndez M. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos. El caso de Puerto Rico. Washington: OPS. Publicación científica 1993; 541: 286-291.
- Sánchez B. La experiencia de ser cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia. UNIBIBLOS Investigación y educación en enfermería 2001; XIX(2): 36-51. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/Cuidador%20cr%F3nico.htm#\\_ftnreflcurso/unidades/unidad04/central4\\_1.htm](http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/Cuidador%20cr%F3nico.htm#_ftnreflcurso/unidades/unidad04/central4_1.htm)
- Social Security (2006). Disability Programs. Social Security; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/disability/>
- Sánchez B. Habilidades de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia. UNIBIBLOS; 2002. p. 373. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005422/docs>
- Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Gobierno de México. Secretaría de Salud; 2001.
- Ysern de Arce JL. Adulto Mayor: Aspectos psicoafectivos del envejecimiento. [página web]; 1998. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.ubiobio.cl/vitri-na/envejecim.htm>
- Zavala M, Castro M, Vidal D. Características sociodemográficas de los cuidadores de ancianos. 4º Congreso Chileno Antropología. Simposium Antropología de la vejez. Chile: Universidad de Concepción; 2001.



## El más completo y actual tratado de la materia

Libro de referencia para enfermeras y estudiantes de enfermería a la hora de realizar aquellos procedimientos que ayuden a diagnosticar y/o resolver los problemas de salud de los pacientes. Por ello es el material de apoyo imprescindible tanto en las dudas que puedan surgir en la práctica diaria enfermera como en el aprendizaje continuo de los estudiantes.

Sus casi 800 páginas están ilustradas con innumerables fotografías y dibujos a todo color que muestran detalladamente la realización de cada técnica.

Las técnicas y procedimientos están estructurados por orden alfabético, lo que agiliza la consulta rápida.

## Autores

Inés C. González Gómez  
Angustias Herrero Alarcón  
y más de 60 colaboradores

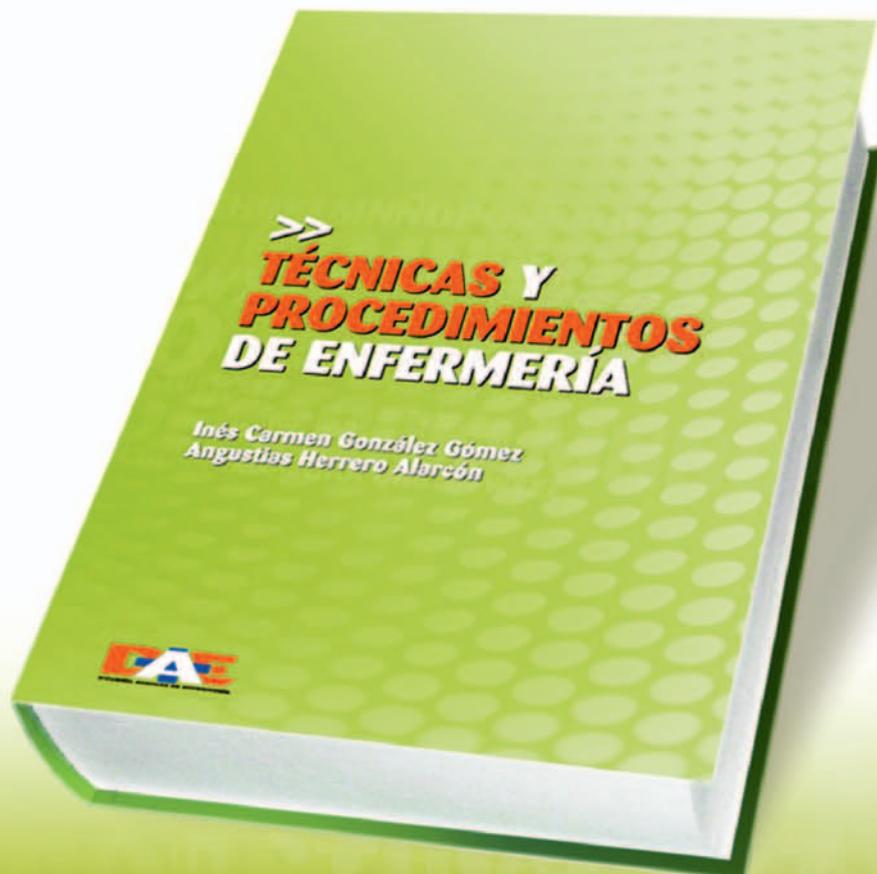
## Ficha técnica

- Editorial: DAE
- Edición: 2009
- Páginas: 761
- Medidas: 20 x 28 cm
- Tapa dura



**Obra imprescindible**  
en la biblioteca personal de  
toda **enfermera**

**NOVEDAD**



**>>**  
**TÉCNICAS Y  
PROCEDIMIENTOS  
DE ENFERMERÍA**

**más de 170 técnicas y procedimientos  
ajustados a la realidad enfermera española**

## Crisis de identidad enfermera: origen y ¿superación a través de la práctica reflexiva en el entorno comunitario?

<sup>1</sup>Inmaculada Mínguez Moreno  
<sup>2</sup>José Siles González

<sup>1</sup> Enfermera. Máster en Ciencias de las Salud por la Universidad de Zaragoza, Doctoranda del Departamento de Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermera de UCI CRTQ, Hospital Miguel Servet (Zaragoza).

<sup>2</sup> Enfermero. Licenciado en Pedagogía. Doctor en Historia. Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante

### Resumen

**Objetivos:** demostrar que la práctica reflexiva puede ser útil como herramienta para superar la crisis de identidad enfermera.

- Demostrar que el distanciamiento entre profesionalización de los cuidados e historia se origina por el uso del modelo positivista.
- Demostrar que con la Ley General de Sanidad de 1986 se materializó un cambio paradigmático y que éste describe una práctica reflexiva.

**Método:** a través de un proceso de reflexión heurística y hermenéutica, con un enfoque postmodernista y feminista, se intentará alcanzar los objetivos propuestos.

**Resultados:** el modelo positivista actuó como asfixiante entre la Enfermería moderna y su historia. Con la Reforma Sanitaria de 1986 comenzó la reconciliación histórica y el cambio paradigmático, que motivó un trabajo basado en la práctica reflexiva.

**Conclusiones:** el cisma entre historia enfermera y cientificación de los cuidados surge en el siglo XIX y XX, causa de la utilización de un modelo inadecuado. El modelo positivista se muestra como un modelo inadecuado para superar la crisis de identidad. La práctica reflexiva se expone como un vehículo para superar la crisis de identidad actual.

Podemos afirmar que existe un paralelismo entre la Enfermería socio-crítica y enfermera reflexiva. La reforma sanitaria propició el escenario para el inicio de una Enfermería reflexiva.

**Palabras clave:** práctica reflexiva, crisis de identidad, paradigma, Ley General de Sanidad.

### Abstract

**Nursing identity crisis: origin and overcoming through reflective practice in the community setting?**

**Objectives:** to demonstrate that reflective practice may be useful as a tool to overcome the nursing identity crisis.

- To show that the gap between professional care and history is caused by the use of the positivist model.
- To show that with the General Health Law of 1986, a paradigm shift has materialized and that this paradigm describes a reflective practice.

**Method:** through a process of heuristic and hermeneutic reflection, postmodern and feminist approach which will attempt to achieve the objectives.

**Results:** the positivist model acted stiffed nursing in relation to its history. With the Health Reform of 1986 the historic reconciliation and the paradigm shift began, which caused a work based on reflective practice.

**Conclusions:** the schism between nursing history and scientification of care emerged in the nineteenth and twentieth century, due to the use of an inadequate model. The positivist model is shown as an inadequate model to overcome the crisis of identity. Reflective practice is considered as a vehicle to overcome the current identity crisis.

We can assert that there is a parallelism between nursing and socio-critical nursing and reflective nursing. The health care reform set the stage for the start of a reflective nursing.

**Key words:** reflective practice, identity crisis, paradigm, General Health Law.

## Introducción

Pocas son las profesiones que han atravesado tantas luchas a lo largo de su historia. Conocido es el conflicto de identidad de la Enfermería ligado a la historia de esta profesión. Varios son los factores que han influido en esta crisis. Por un lado está la separación y especificación del cuidado de forma ancestral ligado al sexo. Más que documentada está la asignación femenina de los cuidados de la vida cotidiana, comenzado por la lactancia y siguiendo por todos los cuidados que envuelven la maternidad, así como los referentes al hogar (1). Por otro lado, el origen práctico y la ligazón al género femenino de la profesión ha condicionado su evolución histórica. El concepto casi peyorativo a lo largo de la historia del trabajo manual y práctico, hunde sus raíces en prejuicios sociales donde esclavitud y trabajo manual han formado un tándem. Eso favoreció tanto el abandono del uso como el estudio de actividades prácticas por tener un estatus de trabajo de esclavos (2).

Además de las influencias de su origen, su evolución, también ha favorecido la crisis de identidad actual. Como disciplina viva (3) que es, la Enfermería ha ido adaptándose e intentado mimetizarse en cada momento. En esos intentos, se adoptaron patrones poco adecuados a su naturaleza histórica (práctica).

A finales del siglo XIX y durante el siglo XX, coincidiendo con el impulso de los movimientos feministas y los conflictos bélicos, la Enfermería inició el cambio desde los cuidados cotidianos a la profesionalización de los mismos (1). Influido por corrientes filosóficas, políticas, económicas y sociales dominantes en cada momento, esos cambios incidieron directamente sobre la ciencia y por extensión en la Enfermería.

Esto forzó la desaparición de la hegemonía científica del positivismo, momento en el que se comenzaron a materializar cambios en la ciencia que permitieran liberarse de la teorización y el considerado único método científico para dar paso a otras formas, despreciadas hasta entonces pero impulsadas por las nuevas corrientes orientadas hacia la práctica. En España estos cambios se materializarían con la Reforma Sanitaria de la Ley General de Sanidad de 1986 impulsando a la Enfermería adoptar nuevos roles y permitiendo un escenario propicio (4).

El objetivo principal de este artículo pasa por ver si la práctica reflexiva puede ser útil como herramienta para superar el problema de identidad enfermera: el cisma creado entre historia y profesionalización. En ese camino intentaremos también:

- Demostrar que la práctica reflexiva puede ser útil como herramienta para superar la crisis de identidad enfermera.
- Mostrar que el distanciamiento entre profesionalización de los cuidados y la historia enfermera se ve reforzado

por la adopción del modelo positivista por parte de la Enfermería como intento de autoafirmación.

- Exponer que la Reforma de Sanitaria con la Ley General de Sanidad de 1986, materializó el cambio un cambio paradigmático, el socio-crítico (Siles, 1997) y que éste describe una práctica reflexiva.

## Estado de la cuestión

### El problema de la identidad: la divergencia entre historia y profesionalización

La identidad enfermera atraviesa una crisis causa de la sima que hay entre su historia, ligada a los cuidados básicos unidos al género y la practicidad y la profesionalización de la profesión. La Enfermería está ligada inevitablemente al género femenino, por tanto, hablar de identidad femenina e identidad enfermera es hablar de una misma historia. Muchas y documentadas son las culturas que revelan los procesos referidos al cuidado en el entorno doméstico como actividades desempeñadas únicamente por mujeres, como parte de un papel asignado. Hablamos, por tanto, de una identidad dada o lo que en términos hegelianos se puede denominar como *ser en sí*. Ese punto de partida predeterminado genera de por sí un estancamiento difícil de superar. Ese *status quo*, donde tanto la mujer como la Enfermería se desarrollan dentro del hogar, establece un mapa donde superar una identidad asignada o moral esclava, en términos nietzscheanos, engloba y define una condición dada para la mujer y la Enfermería. Sólo la liberación de esa asignación predeterminada se ha mostrado como el único camino para que se produjera el tránsito desde dentro del hogar al exterior del mismo. Ese proceso de liberación se desencadenó, tanto si hacemos referencia a la identidad femenina como a la profesión enfermera en el siglo XIX, con el movimiento feminista y las guerras, momento en el que mujer y la Enfermería emprendieron el camino desde el hogar al exterior del mismo. Tanto los movimientos feministas como las guerras impulsaron la negación de la aceptación de un *status quo* histórico condición necesaria (Kojève, 1994 "La idea de la muerte en Hegel") para impulsar el cambio del *ser en sí* históricamente ligado a la mujer, al *ser para sí* identidad no dada, si no adquirida de forma libre y crítica, dando lugar a la mayor revolución que se ha dado en la Enfermería y por extensión en la mujer (5).

La salida del hogar conllevó el abandono de un cuidado con unas características determinadas para proyectarse hacia un cuidado fuera de éste con nuevas formas, escenarios, etc., influidos por un paraguas científico dominante en ese momento. El positivismo paradigma dominante en la ciencia durante el transcurso de esos acontecimientos, forjó una Enfermería con una práctica reducida a técnica con una orientación totalmente teorista. Es en ese momento en el que se surge la disyuntiva entre historia y profesionalización,

producto de un análisis inadecuado y rígido, donde historia y actualidad se analizan como diferentes e incompatibles, creando así una crisis de identidad profesional.

Esta reconceptualización se produce en un momento donde el paradigma científico dominante es el positivista impregnando a ese inicio de liberación de la profesión de un carácter y caminos determinados. La adopción de ese modelo ha llevado, en muchos casos, a que el término ciencia enfermera se haya utilizado y aplicado exclusivamente a un conocimiento teórico distante de la realidad cotidiana, encorsetado en un método científico utilizando procesos metodológicos ideales, estables bajo una explicación causal (6). De igual modo la práctica quedó reducida a simple técnica siguiendo los patrones dominantes, creando todo ello un abismo entre la Enfermería del siglo XIX y XX y su historia.

La profesionalización de los cuidados (7) mostró la evolución en la profesión estableciendo la diferencia entre el cuidado de cualquier otra índole: maternos, filiales etc., pertenecientes a una identidad dada o *ser en sí* y los cuidados enfermeros entendidos como: arte, facultad o ciencia (8) o *ser para sí* abriendo una brecha entre pasado y presente. Este proceso se muestra como necesario para el avance de la profesión en lo en lo que Siles explica como evolución necesaria si queremos hablar de la Enfermería profesional: *"para que la Enfermería profesional sea un hecho la Enfermería doméstica tiene que morir... o al menos se deben de diferenciar de una forma suficientemente nítida hasta el punto que, cada una dentro de las respectivas lindes resulten del todo inconfundibles"* (6).

La profesionalización de los cuidados sentó las bases de lo que hoy se denomina como Enfermería moderna. Ahora bien, el escenario en el que se dio el proceso de científica no se mantuvo fiel a los orígenes de la profesión, basada hasta entonces en la práctica, el aprendizaje experiencial sino que el proceso de liberación se produjo al abrigo del modelo reinante con una naturaleza muy distinta a la enfermera.

### Nuevos aires: la práctica reflexiva

La hegemonía absoluta del paradigma positivista comenzó su derrumbe en la última mitad del siglo XX. Ello permitió el aperturismo científico y el comienzo de nuevas formas de hacer ciencia. Fraguadas por autores de distintas disciplinas envueltas en momentos de cambio y en un proceso organizado y descrito por Kuhn (9) como proceso de revolución científica, se propició la caída del paradigma dominante hasta entonces, para dar paso a otros. La utilización del método científico dio paso a la reconceptualización de la ciencia. Autores como Schön (10) cambiaron la percepción vigente, demostrando que el modelo positivista, guía de la profesión durante tiempo "presenta una visión inadecua-

da: estrecha, instrumental y rígida" (11), repleto de carencias y nada adecuado para el trabajo práctico enfermero. De igual modo y dentro de la profesión, al abrigo de un paradigma científico nuevo, surgen nuevas escuelas de pensamiento influidas por las nuevas corrientes científicas. Autoras como Benner son buena muestra de ello. Se comienza a hablar en Enfermería de un conocimiento científico apostado en la práctica (12) y donde el conocimiento es producto de un razonamiento práctico. El concepto de ciencia vigente hasta entonces comienza a cambiar.

### La reforma sanitaria en España: el cambio paradigmático, el entorno perfecto para el desarrollo de la práctica reflexiva

Los cambios paradigmáticos comienzan a hacerse extensivos, a todos los ámbitos. En el ámbito de la salud, a nivel mundial, se produce un cambio en el concepto de salud que pasa de ser un término vacío, ausencia de enfermedad, a convertirse en un término con significado propio. Hechos como éste, entre otros muchos, dan lugar a una reconceptualización en el ámbito de la salud, que marcará la Atención Primaria (AP) como la clave para poder alcanzar el nuevo concepto de salud.

En España, la llegada de la democracia impulsó el posterior comienzo de la reforma del Sistema Sanitario. En ese período la Enfermería accede a la Universidad (1977). Eso permite la formación de profesionales formados bajo las nuevas corrientes científicas. Se pasa de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), con una formación, con un marcado carácter mecanicista e individualista (13) donde incluso, sus siglas son fiel reflejo de una época, a Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), profesionales formados para un nuevo concepto de salud. La Enfermería es considerada en este momento como pieza clave tanto para el proceso de cambio como para el desarrollo y fomento de la profesión (14). La Ley General de Sanidad de 1986 (5) produce una modificación importante sobre todo en lo referente a la estructura del sistema, orientado hacia un nuevo concepto de salud y habilita legalmente a los profesionales enfermeros para el trabajo para el que ya estaban siendo formados.

La AP se muestra como el motor ideal para el desarrollo autónomo de los enfermeros y se invita a la investigación y a la divulgación como motor desarrollo de la profesión (14). La enfermera se entiende ahora como profesional que debe estar capacitado para identificar problemas reales o potenciales, ser capaz de resolver aquellos que puedan repercutir en la salud, identificar los recursos disponibles, recoger datos para planificar y evaluar sus actividades, ayudar a los individuos y familias a asumir responsabilidades, educar a los propios profesionales, así como colaborar y recurrir a otros sectores si para promover el desarrollo del individuo y comunidad fuera necesario (15). Esta evolución, auspiciada

da en los cambios internacionales y nacionales, refleja profesionales de Enfermería establecidos ahora en nuevos conceptos y nuevas formas de hacer Enfermería que, según Siles (1999), están íntimamente ligados a la madurez y desarrollo de la democracia.

La reforma de la Ley General de Sanidad se puede señalar como punto de referencia a la hora de establecer la materialización de un cambio paradigmático profesional en la Enfermería en España. Esa nueva forma de "hacer" Enfermería la bautiza como *Enfermería socio-crítica* y la define con capacidad para utilizar "el tipo de conocimiento [...] propio de una Enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias" (16).

deconstruccionista (19), que permita superar el vacío creado por una interpretación errónea de la historia de la Enfermería y la profesionalización de la misma. Queda de manifiesto que la crisis de identidad surge causa de una mirada de la realidad desde una única vista que no permite observar la perspectiva real, por lo que es necesario entender que la deconstrucción de esa realidad creada se hace necesaria para superar el error interpretativo que mantiene como discordantes la profesionalización de los cuidados y su historia. Ese proceso deconstruccionista permite reinterpretar la realidad y entender que la experiencia cotidiana ha de ser su origen como ciencia práctica que es (Strasser) (20) y desacomplejarse de su origen práctico apuntillado éste, como factor confusor, incapacidad o freno para la

## *A finales del siglo XIX, coincidiendo con el impulso de los movimientos feministas y los conflictos bélicos, la Enfermería inició el cambio desde los cuidados cotidianos a la profesionalización de los mismos*

### Resultados

Varios son los motivos que se muestran como influyentes en la crisis de identidad profesional. Se ha de diferenciar entre factores de origen y factores contextuales.

El origen familiar, su ligadura al género femenino y su origen práctico han condicionado la historia de la misma y su largo letargo hasta propiciarse la profesionalización de los cuidados (1).

Por otro lado, el monopolio científico positivista propició que el conocimiento práctico, pilar histórico del trabajo enfermero, no gozase de buena reputación siendo en muchos casos ignorado o desechado por ser considerado un conocimiento no científico o lo que Alan Chalmers define como pseudociencia (17). La negación por parte de la profesión del uso del mismo llevó a la imitación de otras profesiones en las que el método científico y la racionalidad teórica se mostraban como las coordenadas necesarias para crear un conocimiento científico. Influido esto por el paradigma dominante, causó que la práctica quedara reducida a mera técnica (18). La Enfermería en un intento por reivindicarse como ciencia, según los cánones establecidos, consiguió un efecto inesperado, el abandono de su origen práctico y en consecuencia, el alejamiento de su historia.

Poder superar el desacuerdo, creado entre su historia y profesionalización de los cuidados, pasa por un proceso

de construcción de una ciencia. De igual modo esa reinterpretación permite tener: "una actitud abierta más adecuada en el proceso y se manifiesta como liberada de consideraciones teóricas, conceptos, cuantificaciones, definiciones, procedimientos pre-establecidos, relaciones de causa y efecto, hipótesis, conjeturas" (21). Autores como Schön mantienen que las actividades que se realizan de forma continuada conllevan un saber implícito que permite realizarlas sin formalizar razonamientos previos de manera consciente. La acción es llevada a cabo sin análisis ni normas preestablecidas, únicamente es guiado por el conocimiento producto de la experiencia y de las reflexiones previas. Esto se conoce como *conocimiento en la acción* (22). Durante las acciones existe la posibilidad no sólo del conocimiento sino que también se puede dar reflexión, es lo que denomina como reflexión en la acción. Una vez transcurrida la acción se pueden dar un proceso de meta análisis de la acción y la reflexión en la acción. Esto es lo que Schön denomina como reflexión sobre la reflexión en la acción (23).

Todo ello permite reconciliar historia y profesionalización del cuidado y entender que el proceso del cuidar es un proceso complejo, fenomenológico, donde menospreciar o ignorar la subjetividad, particularidad y el conocimiento práctico que se desprende de cada una de las intervenciones enfermeras sería establecerse casi en una actitud

despótica más típica de la ilustración que nos alejaría de entender que la propia práctica es una herramienta (práctica reflexiva) que se muestra como una opción útil para acortar la distancia entre historia y profesionalización y, por tanto, que facilita la superación de la crisis de identidad.

Por otro lado, el desarrollo de la democracia y el cambio de paradigma científico, así como el marco legal con la Ley General de Sanidad, se muestran como factores determinantes en la profesionalización de la Enfermería en España. La Atención Primaria, y por extensión la Enfermería Comunitaria, se han mostrado como el escenario y el modelo de la materialización del nuevo perfil enfermero (24) el socio-crítico. Este perfil definido en 1997 por Siles muestra un profesional con capacidad reflexiva y que muestra las características dadas por D. Schön. En ambas, la subjetividad, el proceso dialéctico y la resolución de problemas/construcción de nuevas realidades son las bases comunes de un proceso que es el cuidado enfermero inmerso en el paradigma actual característico de una profesión madura, inmersa en una sociedad transcultural que permiten crear una historia profesional, con voz propia y de forma crítica, evitando así la construcción de una historia de forma acrítica que pueda causar nuevas y futuras crisis de identidad profesional (23).

## Conclusiones

En consecuencia, y después de las reflexiones expuestas, podríamos enunciar ciertas conclusiones:

- La práctica reflexiva se muestra como vehículo para superar la crisis de identidad actual, pudiendo ser utilizado para superar el estigma del origen práctico.
- El cisma entre historia enfermera y científicación de los cuidados surge en el siglo XIX y XX, impulsado por la utilización de un modelo inadecuado que favorece el distanciamiento entre historia enfermera y científicación de los cuidados.
- El modelo positivista se muestra como un modelo inadecuado para la práctica enfermera y para superar la crisis de identidad.
- La reforma sanitaria y la democracia se muestra como el escenario adecuado para el inicio de una Enfermería reflexiva.
- Se puede afirmar que existe la Enfermería socio-crítica reúne las características de una Enfermería reflexiva.

## Bibliografía

- [1] Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enferm* 2004; 47. [En línea] [fecha de acceso: 24 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47\\_articulo\\_7-10.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_7-10.php)
- [2] Conesa JM, Moral P, Esteban M. *Fundamentos de la enfermería: Teoría y método*. 2ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2003.
- [3] Mínguez J. Responsabilidad enfermera: decirse. *Temperamentum* 2007; 5. [En línea] [fecha de acceso: 24 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t1206.php>
- [4] Ley General de Sanidad del 14/1986, de 25 de abril. (Boletín Oficial del Estado, núm. 102, del 29 de abril de 1986).
- [5] Siles González J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm* 2005; 50. [En línea] [fecha de acceso: 24 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>
- [6] Medina JL. *La Pedagogía de cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999.
- [7] Siles J. *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara; 1999.
- [8] *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Madrid: Espasa; 2003.
- [9] Kuhn T. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Paidós; 2005.
- [10] Schön, Donald A. *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós; 1992.
- [11] Moya JI, Parra S. Nursing education as a reflective practice. *Enfermagem* 2006; 15(2): 303-311.
- [12] Suzanne K, Jacinthe P, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson; 1995.
- [13] Terris M. *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. México: Ecimed; 1980.
- [14] Alberdi, R. Atención primaria de salud: un camino para la enfermería española. *Rev ROL Enferm* 1984; VII (72-73): 34-38.
- [15] Farrell MP, Flynn B. Rol de enfermería en atención primaria. *Rev ROL Enferm* 1984; 72-73: 40-45.
- [16] Siles J. Análisis del cuidado en el ámbito comunitario. *Arnedillo: AEC*; 2000 [En línea] [fecha de acceso: 24 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/siles.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/siles.html)
- [17] Chalmers A. *La ciencia y cómo se elabora*. Madrid: Siglo XXI; 1992.
- [18] Comte A. *Auguste Comte y el positivismo*. Buenos Aires: Aguilar; 1972.
- [19] Derrida J. *Notas sobre deconstrucción y pragmatismo*. Buenos Aires: Paidós; 1998.
- [20] Dewey J. *Democracia y educación*. Madrid: Morata; 1995.
- [21] Fernández de Freitas Genival, Barbosa Merighi M, Prado Fernández MF. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm* 2007; 16(58): 55-58.
- [22] Medina J. *La Pedagogía de cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999.
- [23] Schön DA. *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós; 1992.
- [24] Siles J. *Historia de la Enfermería Comunitaria en España: un enfoque político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios*. *Index de Enferm* 1999, III(24-25): 25-31.

# Opinión

## El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas

José Miguel Morales Asencio  
Profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia,  
Podología y Terapia Ocupacional, Universidad de Málaga.

Dirección de correspondencia:  
Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional.  
Universidad de Málaga.  
Paseo de Martiricos, s/n. 29009 Málaga  
E-mail: jmmasen@uma.es

### Resumen

Las enfermedades crónicas originan el 60% de la mortalidad global, con una elevada carga de morbilidad y afectación de la calidad de vida de millones de personas, sin que termine de convertirse en un objetivo prioritario para muchos Servicios de Salud. Por el contrario, éstos están diseñados aún para atender a procesos agudos y únicos; cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve fragmentaria, discontinua y variable.

Se han explorado alternativas asistenciales y organizativas para hacer frente a este problema, destacando el desarrollo de modelos integrales de organización de la atención, como el Chronic Care Model, entre otros. Las características que establecen éste y otros modelos, sitúan a la enfermera en una posición estratégica para liderar este enfoque de atención, debido a su orientación hacia la atención integral, el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud, sobre todo cuando se incorporan roles de práctica avanzada. Las experiencias desarrolladas en este sentido han mostrado una alta efectividad y una mejora en la capacidad de resolución e intervención del resto de miembros del equipo multidisciplinar.

La clave reside en que los Servicios de Salud deben ser capaces de integrar muchas de las acciones y recursos que ya tienen, adecuadamente coordinados y reorientados desde un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas, para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud.

**Palabras clave:** Atención a crónicos, enfermedad crónica compleja, pluripatología, enfermería de práctica avanzada, gestión de casos, autocuidado.

### Abstract

**Leadership in health care services for people with complex chronic conditions.**

Chronic diseases are the responsible of 60% of the global mortality, with a heavy morbidity burden and loss of quality of life in millions of people around the world, but it still is not a priority concern for many Health Care Services. Conversely, many of them are designed from an acute-care perspective; so when the acute diseases get chronic and multiple, health care become fragmentary, discontinuous and variable.

Different alternatives have been explored to organize health care in order to cope with this problem, with special emphasis in those with a comprehensive orientation, as the Chronic Care Model, among others. The features of these models place the nurses in a strategic position for leading this care, owing to their holistic view and their orientation towards self-care promotion through education and empowering the person's capabilities. Nurses are key agents in the continuity of care processes, home care follow-up and health promotion, more than ever when advanced roles are developed into their practice, with high effectiveness and improvement in resolution among the rest of the health care team.

The key is that Health Care Services must integrate many of the actions and resources that already have, with an adequate coordination and reorientation from a comprehensive model that make sense and serves as a guidance for citizens, providers and policy makers.

**Key words:** chronic care, complex chronic disease, pluripatology, advanced practice nursing, case management, self-care.

## Las cuatro "C" de las enfermedades crónicas en nuestra era: complejidad de un problema conocido y creciente, en un sistema en crisis

Resulta casi tautológico enunciar la dimensión del desafío que las enfermedades crónicas suponen para los servicios de salud en la actualidad. Se está convirtiendo en el clásico tema del que todo el mundo ya ha oído cientos de argumentos, provocando una "naturalización" del problema que acaba desensibilizando a políticos, gestores, proveedores, medios y colectivos ciudadanos.

La consecuencia de la merma de sensibilidad hacia este problema responsable de casi el 60% de la mortalidad global (1,2), es que menos de la mitad de países evaluados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene partidas de financiación para programas destinados a enfermedades crónicas (3). En otros casos, los gobiernos tienen desplegadas acciones que repercuten en las enfermedades crónicas, pero descoordinadas entre sí y sin un enfoque integral encaminado a un objetivo común.

La cronicidad compleja, junto con el envejecimiento poblacional, el incremento de la dependencia, la disminución de la red de apoyo informal, la utilización inadecuada de servicios de salud, el aumento de la tecnología sanitaria disponible, etc., generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales.

Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años (4), siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios (5) y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto. Las enfermedades crónicas en España suponen una importante carga: casi 30.000 sujetos de la Encuesta Nacional de Salud afirmaba padecer algún proceso crónico (6). En el Reino Unido las enfermedades crónicas ocupan el 52% de las citas con el médico de familia, el 65% de las consultas hospitalarias y el 69% del gasto sociosanitario (7).

Si se contabilizan las enfermedades crónicas de forma individual las cifras son abultadas. En España, el estudio EP-SCAN identificó que la EPOC se sitúa en una prevalencia del 10,2% (IC al 95% 9,2% a 11,1%) (8). Este proceso supone un elevado consumo de recursos y de frecuentación en el sistema sanitario, en su mayoría asumido por AP, representando entre el 10-12% de los pacientes que acuden a los centros de salud (9,10). Otro de los grandes procesos crónicos, la insuficiencia cardiaca, supone la primera causa de ingreso en mayores de 65 años, con una prevalencia del 1% en mayores de 40 años, que se duplica cada diez años de edad (11) y es responsable del 4 al 8% de las muertes totales del país y del 12 al 20% de la mortalidad cardiovascular (12). La diabetes oscila entre el 6,5 y el 10,3% de prevalencia en población de 30 a 89 años, con una frecuente aparición de complicaciones (25% desarrolla neuropatía, un 32% retinopatía y un 23% nefropatía). Es la tercera causa de muerte en

mujeres y la séptima en hombres (13). Por otra parte, el 14% de los pacientes que acuden a AP tienen depresión (14) y la prevalencia a lo largo de la vida en población general es del 16,5% para mujeres y del 8,9% para hombres (15). En el caso de la artritis reumatoide, la prevalencia en adultos en España es del 0,5% (IC al 95%: 0,25 a 0,85), siendo cuatro veces más frecuente en mujeres, calculándose una afectación total cercana a los dos millones de personas en nuestro país (16).

Es sólo una muestra del calado de una situación que, en realidad, es mucho más preocupante porque el caso más común es la presencia de varias enfermedades crónicas simultáneamente (17) que conducen a una utilización de servicios de salud cuatro veces mayor (18).

Sin embargo, el desafío se complica aún más, ya que para hacer frente a este entramado, disponemos de unos servicios de salud pensados para atender a procesos agudos y únicos (19). Cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve torpe, dispersa, discontinua, variable y fragmentaria. Las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos no están planificadas en su mayoría, pese a su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión) (20). Es fácil que una persona que sufre una insuficiencia respiratoria aguda sea atendida rápidamente por servicios de emergencias extrahospitalarias que establezcan su vía aérea y su patrón respiratorio y lo trasladen a un centro hospitalario en el que permanecerá varios días en cuidados intensivos y hospitalización hasta recuperar su función respiratoria, gracias a un despliegue de tecnología y proveedores altamente especializados. No obstante, es un verdadero reto conseguir que la transición a su domicilio sea fiable, con un seguimiento adecuado encaminado a prevenir que las causas desencadenantes vuelvan a aparecer y favorecer el autocuidado, etc., y más difícil aún que, años atrás, hubiese recibido una atención proactiva encaminada a eliminar sus factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo...) y con capacidad para detectar rápidamente la complicación del proceso. Lo que le esperará a esta persona es una hilera de proveedores, entornos y decisiones no siempre coordinadas, que aparecen de forma reactiva (cuando surge el problema ya de forma catastrófica, no antes) y que acaban mostrando la cara más impotente de nuestro sistema sanitario.

Existe un consenso global acerca de la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral, que garantice su efectividad en la continuidad de la atención, en la diversificación de servicios y la orientación de éstos hacia la persona (21), pero, ¿qué hay que hacer?

## Modelos alternativos para hacer frente al problema

La indagación de alternativas asistenciales y organizativas para hacer frente a la demanda de atención efectiva a per-

sonas con múltiples enfermedades crónicas ha dejado una producción científica nada desdeñable, aunque con una alta variabilidad de intervenciones, enfoques y contextos (22). Personas con diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, ictus, depresión, trastorno mental grave, artritis, ancianos frágiles, pacientes inmovilizados, personas con procesos oncológicos o cuidadores familiares, engrosan la larga lista de colectivos analizados a lo largo de las diversas experiencias.

Esta producción atomizada exigía que tarde o temprano se formularan modelos integradores que permitiesen albergar, en un nivel de abstracción superior, muchas de estas iniciativas y aportase elementos para la evaluación desde un enfoque más sólido. Uno de los más extendidos y analizados es el *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner (23), implementado en más de 1.000 organizaciones sanitarias de todo el mundo que, en un meta-análisis ha mostrado impactos notables en pacientes diabéticos, asmáticos, depresivos y con insuficiencia cardiaca (24,25).

Este modelo asume de entrada que la mayoría de cuidados en personas crónicas se producen fuera del entorno "formal" y lejos de los proveedores sanitarios. Por ello, hace especial énfasis en varias áreas de intervención encaminadas todas a aumentar las posibilidades de que, en los períodos en que el paciente no está "cerca de los proveedores formales", su capacidad de iniciativa y manejo de la situación le proporcionen recursos suficientes para mejorar su calidad de vida y prevenir agudizaciones. La otra gran clave del modelo radica en que se necesitan profesionales "proactivos" que no adopten actitudes a la espera reactiva de que ocurran acontecimientos, sino que inician acciones precozmente, buscan sistemáticamente signos tempranos de complicaciones y ayudan a emponderar al paciente y su entorno familiar (Figura 1) (26).

Para ello, el CCM centra su atención en:

- Movilizar recursos de la comunidad para la atención a las necesidades de los pacientes crónicos.
- Definir procesos bien diseñados, con incentivos para cambiar los modos de provisión de atención que garanticen una atención efectiva, segura y de alta calidad, reforzando y potenciando sistemas y políticas encaminadas a este fin de forma específica.
- El apoyo estructurado para la modificación de conductas hacia el autocuidado.
- El empoderamiento de los pacientes para que aprendan a manejar su enfermedad.
- La introducción de cambios organizativos y de los sistemas de práctica, para reorientarlos hacia las necesidades de los pacientes con una interacción entre Atención Primaria y hospitalaria, de acuerdo con las preferencias de los pacientes.
- El uso sistemático de guías basadas en la evidencia y sistemas de ayuda para la toma de decisiones.
- La organización de la información y de los datos de los pacientes para que faciliten la atención y la toma de decisiones de forma efectiva.

Este modelo ha sido expandido y mejorado para incluir dimensiones como la competencia cultural, la seguridad del paciente, las políticas comunitarias o la gestión de casos (27). Adicionalmente, otros servicios de salud han ido haciendo adaptaciones del CCM para desarrollar servicios de atención para pacientes crónicos, como el NHS *Social Care Model* (28).

Otro modelo muy extendido que ha inspirado múltiples versiones y adaptaciones posteriores (29-31) es el denominado "Modelo de la Pirámide de Riesgo", procedente de la Or-

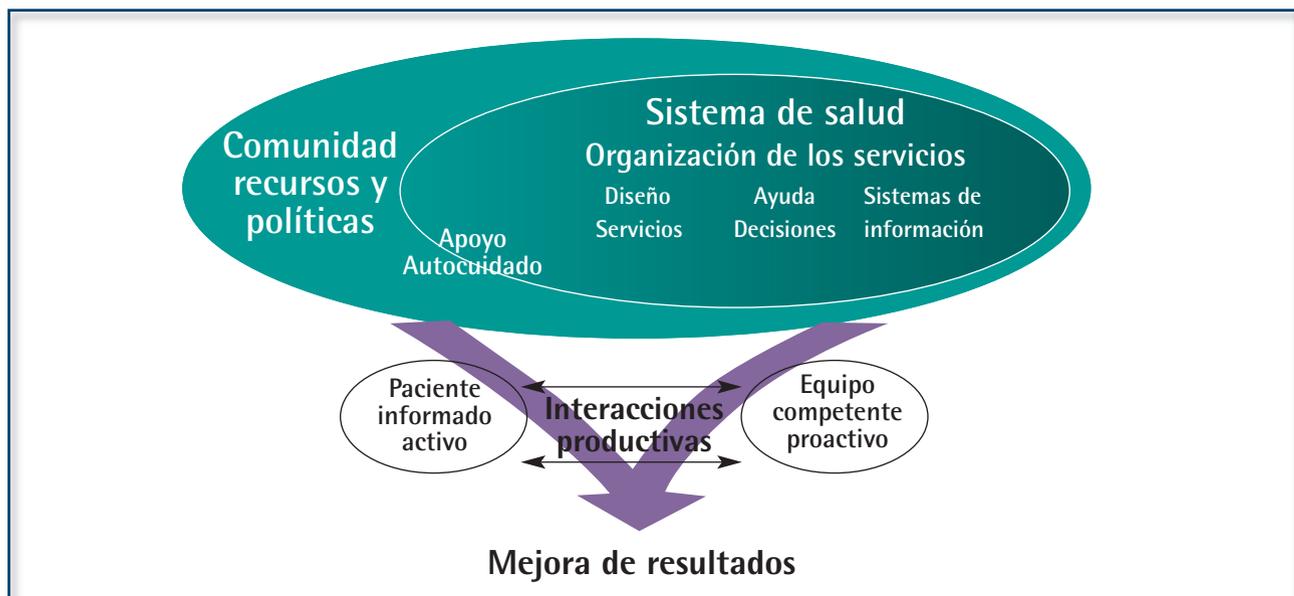


Figura 1. Componentes del *Chronic Care Model*

ganización Kaiser Permanente (KP) de EE.UU. Este modelo, imbuido de muchos elementos del CCM, estratifica la población susceptible de recibir atención por procesos crónicos en tres niveles, con arreglo a su grado de complejidad y comorbilidad y el uso de recursos (Figura 2).

La propuesta de este modelo es organizar la atención de los pacientes crónicos en función de la complejidad del caso y, por tanto, disponer la utilización de recursos con arreglo a la misma. La mayoría de pacientes crónicos tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo para el autocuidado y el empoderamiento de su capacidad para manejar su enfermedad (base de la pirámide de riesgo). A continuación se encontraría el colectivo de sujetos con morbilidad intermedia y alto riesgo de complicaciones, que entrarían en los planes clásicos de gestión de enfermedades, orientados a una atención estructurada por procesos, desplegando intervenciones sustentadas en guías de práctica y sistemas de ayuda a la toma de decisiones, llevadas a cabo por equipos multidisciplinares bien coordinados a lo largo de los distintos niveles de atención. En la cúspide estarían los pacientes crónicos complejos, con alto nivel de comorbilidad y consumo de servicios, que requieren múltiples proveedores y entornos (con frecuencia ajenos al sistema sanitario), así como una adecuada coordinación y acceso a los mismos, siendo la gestión de casos el modelo de intervención propuesto para satisfacer estas necesidades (32-35).

Otros modelos más específicos encaminados a colectivos de pacientes más concretos han sido desarrollados como el *Strenght Model* en Salud Mental (36), el modelo PACE para

ancianos frágiles (37) o, más recientemente, el Modelo *Guided Care* de Boulton y cols, sustentado en la gestión de casos por enfermeras de práctica avanzada para pacientes crónicos complejos, que ha mostrado importantes efectos en la calidad de la atención proporcionada (38).

A lo largo de estos modelos y de las distintas experiencias publicadas en la literatura se han identificado múltiples intervenciones (39-48) que se resumen en la Tabla 1.

Como consecuencia del desarrollo de estos modelos se ha avanzado bastante en la búsqueda de sistemas de predicción que permitan adecuar cursos de acción en función de los riesgos. Instrumentos como el *Combined Predictive Model* (49), *PRA-Tool* (50), el SPARRA (51), el PARR (52), o el desarrollado recientemente en Cataluña (53) tratan de predecir riesgos de reingreso en grupos de pacientes crónicos complejos, con variables como la edad, el sexo, la comorbilidad, los ingresos previos, entre otras.

A pesar de los avances que se han hecho en esta línea quedan algunas barreras de corte metodológico que han dificultado la evaluación exhaustiva en muchos casos. Uno de los escollos más difíciles es la variedad de intervenciones que se han probado, la mayoría de las veces, de carácter multicomponente, muchas veces sin el suficiente rigor metodológico que garantizase una adecuada descripción y control de elementos como la cantidad, intensidad y frecuencia de la intervención, tipos de proveedores, homogeneidad de los destinatarios. Como resultado, la comparabilidad y la identificación de la atribución causal que da lugar a los distintos efectos, resulta laboriosa, cuando no imposible de determinar en muchos estudios (54). Existen pro-

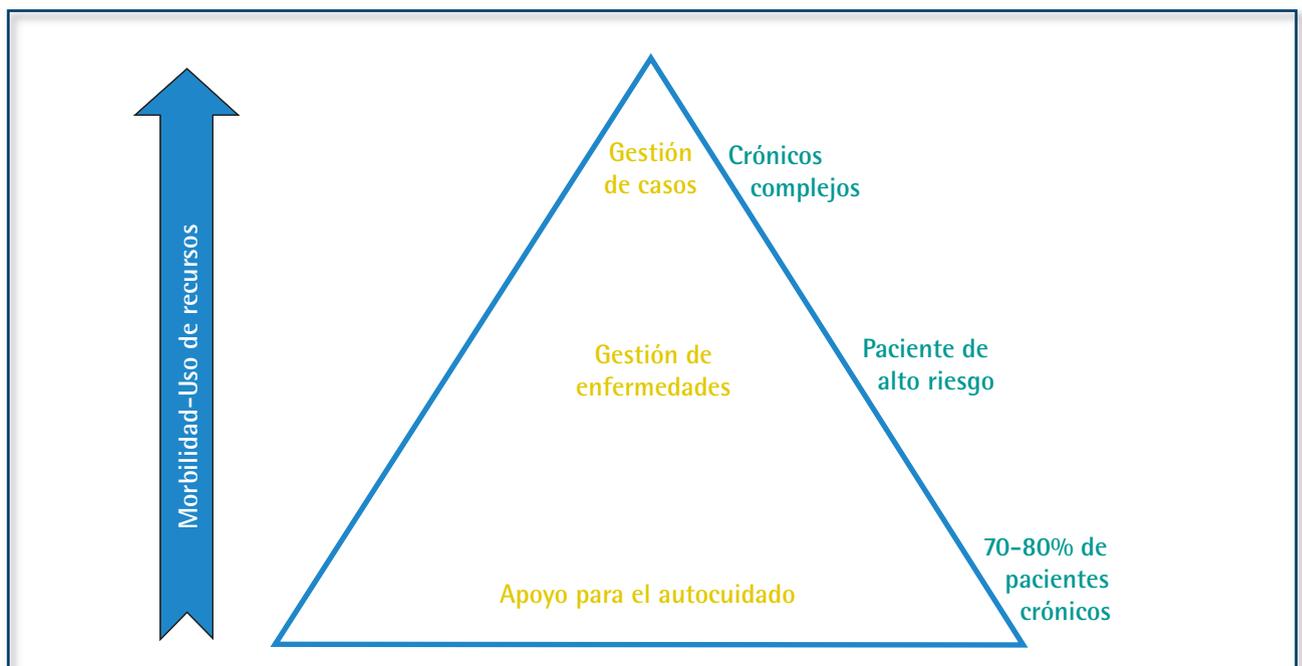


Figura 2. Niveles del Modelo Kaiser permanente

**Tabla 1.** Dimensiones del CCM e intervenciones enfermeras mediante práctica avanzada

Dimensión	Intervenciones
Apoyo al autocuidado y emponderamiento de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos e información empleada en formato grupal o individual para la educación en el autocuidado</li> <li>• Diagnóstico y planificación de cuidados en respuestas humanas directamente relacionadas con el autocuidado</li> <li>• Ayuda para la resolución de problemas para el autocuidado</li> <li>• Entrevista motivacional</li> <li>• Identificación y potenciación de activos de salud en la persona y su entorno de cuidado</li> <li>• Apoyo a la familia y cuidadores</li> </ul>
Sistema de ayuda para la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración multidimensional</li> <li>• Utilización rutinaria de Guías de Práctica Clínica para las decisiones sobre el cuidado de pacientes crónicos</li> <li>• Sistemas de alerta y recordatorio en registros electrónicos</li> <li>• Sistemas de registro estructurado para determinados procesos o situaciones</li> <li>• Consultoría con proveedores para problemas específicos al hilo de la atención</li> </ul>
Diseño de los sistemas de provisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redefinición de entornos de atención (potenciación de la atención domiciliaria, aumento de la capacidad de resolución de AP, entre otros)</li> <li>• Atención sin fisuras: garantizar la fiabilidad de la continuidad asistencial. Planificación anticipada de las altas hospitalarias</li> <li>• Redefinición de roles profesionales: garantizar la toma efectiva de decisiones por los profesionales mejor situados para ello, en cada situación. Incorporación de intervenciones de efectividad probada que implican expansión o sustitución de roles y funciones. Redistribución de carteras de servicios entre AP y hospitalaria, entre proveedores, entre agentes</li> <li>• Trabajo colaborativo con equipos multiprofesionales, tratando de proporcionar un enfoque holístico que cubra necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su familia, con información a otros profesionales sobre cambios en la situación</li> <li>• Regulación y monitorización de dosis de fármacos y del cumplimiento terapéutico</li> <li>• Solicitud de pruebas</li> <li>• Eliminación de actividades sin valor añadido para el resultado global del proceso</li> <li>• Apoyo en vías clínicas y procesos bien definidos entre todos los agentes implicados</li> <li>• Seguimiento proactivo estructurado (apoyado o no en medios tecnológicos) en la comunidad/domicilio, con contactos frecuentes</li> </ul>
Recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de agentes y recursos de la comunidad para la promoción del autocuidado y la modificación de estilos de vida</li> <li>• Utilización de grupos de apoyo, asociaciones de pacientes</li> <li>• Comunidades virtuales de pacientes</li> <li>• Identificación y potenciación de activos de salud de la comunidad</li> </ul>
Apoyo organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo del liderazgo de la enfermera de práctica avanzada en la atención a personas con procesos crónicos</li> <li>• Integración funcional de determinados servicios entre niveles (Atención Primaria-Hospitalaria) e Instituciones (sociales y de salud), con proveedores "híbridos" capaces de coordinar entornos, recursos y profesionales</li> </ul>
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de registro electrónico, compartido entre Atención Primaria y Hospitalaria</li> </ul>

**Tabla 1.** Dimensiones del CCM e intervenciones enfermeras mediante práctica avanzada (cont.)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de detección, predicción y estratificación de riesgo en pacientes complejos</li> <li>• Explotación de registros de pacientes</li> <li>• Sistemas inteligentes de planificación, revisión y seguimiento de pacientes</li> <li>• Acceso remoto de pacientes a su historia y determinados servicios (gestión de citas, renovación de prescripciones, consulta <i>on line</i> con proveedores, etc.)</li> <li>• Utilización de sistemas electrónicos de transmisión de información (imágenes, datos de salud) y teleatención</li> </ul>
--	---

**Tabla 2.** Áreas competenciales de *Community Matrons* en el Reino Unido

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderar la coordinación de pacientes complejos a lo largo del <i>continuum</i> asistencial</li> <li>• Práctica clínica avanzada</li> <li>• Manejo proactivo de procesos crónicos complejos</li> <li>• Valoración multidimensional, diagnóstico y planificación de intervenciones</li> <li>• Capacidad para identificar pacientes de alto riesgo y para manejar sistemas de ayuda a la toma de decisiones y sistemas de información</li> <li>• Capacidad para proporcionar apoyo para el autocuidado, la educación de pacientes y la promoción de salud en situaciones de complejidad y multimorbilidad</li> <li>• Manejo de deterioro cognitivo y problemas de salud mental</li> <li>• Prescripción farmacológica independiente y colaborativa</li> <li>• Manejo del régimen terapéutico y de la adherencia del paciente</li> <li>• Manejo de cuidados al final de la vida</li> <li>• Excelencia en la práctica en entornos comunitarios y domiciliarios</li> <li>• Liderazgo profesional que incluya: práctica autónoma, aprendizaje autodirigido, gestión de incertidumbre y grandes habilidades de comunicación y de trabajo en equipo</li> </ul>
---

puestas metodológicas que permiten sortear con éxito estas debilidades y actualmente nuestro grupo de investigación tiene en curso un estudio para el diseño de un modelo de gestión de casos en procesos crónicos complejos, desde estas premisas (55).

No obstante, sí parece claro que la garantía del éxito en la reorientación de los Servicios de Salud hacia la atención a crónicos pasa por actuar en varios frentes a la vez, con especial énfasis en el desarrollo de programas de autocuidado, la potenciación de la gestión de casos y el fortalecimiento de la Atención Primaria, junto con la armonización de políticas y estrategias (7).

### La posición de la enfermera en la atención a crónicos: redefinición de roles y el liderazgo como soporte para la atención integral

Con una sola ojeada a la naturaleza del problema al que se enfrentan los servicios de salud y los requisitos para el desarrollo de estrategias de éxito, la posición de la enferme-

ra parece clave en muchos aspectos. La enfermera parte de un enfoque conceptual –orientado ya desde su formación universitaria– hacia la atención integral y la visión holística de la persona. Además, su juicio clínico y planificación están encaminados hacia el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud (56).

Por otra parte, las evidencias sobre el impacto de los roles de práctica avanzada en el caso de las enfermedades crónicas son muy alentadoras y muestran una alta capacidad de abordaje de distintas situaciones clínicas con gran efectividad. La utilización de enfermeras de práctica avanzada como proveedores principales (*nurse practitioners*, gestoras de casos, centros ambulatorios guiados por enfermeras, etc.), da cobijo a un espectro de intervenciones muy amplio y en absoluta coherencia conceptual con el CCM (Tabla 1). Un estudio reciente ha mostrado su garantía en la sostenibilidad de este modelo en pacientes diabéticos, insuficiencia cardíaca e hipertensos, siendo el proveedor más influyente en

*La cronicidad compleja, junto con el envejecimiento poblacional, el incremento de la dependencia, etc., generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales*

tres de los componentes del mismo: autocuidado, apoyo a las decisiones y rediseño del sistema de provisión (57).

La enfermera comunitaria con funciones de práctica avanzada es una de las que mejor situada está para liderar esta reorientación de los servicios, ya que reúne muchas de los requisitos necesarios para asumir una cartera de pacientes de estas características. Pese a que la descripción de modelos de práctica avanzada también arroja bastante heterogeneidad, sí hay algunos elementos clave que aparecen en la mayoría de propuestas a nivel internacional. En la Tabla 2 se detallan, a modo de ejemplo, algunas de las competencias establecidas para las *Community Matrons* en el Reino Unido (58), muchas de las cuales han sido incorporadas ya en experiencias de gestión de casos en nuestro medio (59).

Esto no quita que la contribución del resto de miembros del equipo asistencial y de otros entornos (social, comunitario, etc.) no tengan un papel crucial, sino más bien todo lo contrario: la reorientación desde una perspectiva integral aumenta su capacidad de resolución e intervención, ya que la gestión de casos, junto con otras medidas que aportan los modelos de atención a crónicos, "acercan" al paciente a los proveedores que necesita, en cada momento de su larga travesía con su condición compleja. De hecho, el estudio ENMAD realizado en Andalucía mostró cómo aumentaba el número de intervenciones del equipo multiprofesional con la incorporación de la gestión de casos (59).

Nuestros servicios de salud no tienen que realizar grandes despliegues de carácter revolucionario. La verdadera innovación reside en que sean capaces de integrar muchas de las acciones que ya existen y que adecuadamente coordinadas, proporcionan suficientes elementos para hacer frente a este enorme reto. Se trata de reenfocar la utilización de los recursos existentes y ubicarlo todo en un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud.

## Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Una inversión vital. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- [2] Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA* 2004; 291: 2616-2622.
- [3] Alwan A, MacLean D, Mandil A. Assessment of National Capacity for Non-communicable Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2001.
- [4] Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta de Establecimientos en Régimen de Internado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- [5] Suárez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S et ál. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 237-248.
- [6] Ministerio de Sanidad y Política Social. INE. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006.
- [7] Ham C. Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges. *Health Affairs* 2009; 28(1): 190-201.
- [8] Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Durán-Tauleria E, Sánchez G et ál: Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009; 64(10): 863-868.
- [9] Miravittles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 388-393.
- [10] Anto JM. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(3): 7-11.
- [11] Rodríguez Artalejo F, Banegas JR, Guallar Castellón P. Epidemiología de la Insuficiencia Cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2): 163-70.
- [12] Boix-Martínez R, Almazán Isla J, Medrano Albero MJ. Mortalidad por insuficiencia cardíaca en España: 1977-1998. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(3): 219-26.
- [13] Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(6): 657-670.

- [14] Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health* 2008; 8(8): 256.
- [15] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; (420):21-27.
- [16] Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002; 41(1): 88-95.
- [17] Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni S, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(3): 240-245.
- [18] Costa GR, Berjón MF, Mochales JA, Maleras RG, Laso AR, Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(6): 835-46.
- [19] Bengoa R. Empantanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008; 1(1). [En línea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/8>.
- [20] Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. *Med Care* 2005; 43(3): 246-55.
- [21] Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la Atención Integral. *Enferm Comunitaria [Edición digital]* 2005; 1(2). [En línea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a37-48.php>
- [22] Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2006; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [23] Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res* 1997; 32: 702-14.
- [24] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
- [25] Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11(8): 478-88.
- [26] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288(15): 1909-14.
- [27] Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q* 2003; 7(1): 73-82.
- [28] Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration. London: The Stationery Office; 2005.
- [29] Carrier J. Managing long-term conditions and chronic illness in primary care. A guide to good practice. London. Routledge Taylor & Francis; 2009.
- [30] Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 1427-34.
- [31] Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007; 334: 31.
- [32] Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- [33] Strandberg-Larsen M, Schiøtz M, Silver J, Frølich A, Andersen J, Graetz I et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Services Research* 2010; 10(1): 91.
- [34] Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, Bellows J, Søgaard J, White K. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 252.
- [35] Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [35] Fast B, Chapin R. The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J Case Manag* 1996; 5(2): 51-7.
- [37] Mui AC. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *J Aging Soc Policy* 2001; 13(2-3): 53-67.
- [38] Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein DO. Early Effects of Guided Care on the Quality of Health Care for Multimorbid Older Persons: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Gerontol Med Sci* 2008; 63A(3): 321-327.
- [39] Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925.
- [40] Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria con enfermería de extensión para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [41] Whellan DJ, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman KA. Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *Am Heart J* 2005; 149(4): 722-9.
- [42] Jaarsma T, Van der Wal MH, Lesman-Leegte I et al. Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008; 168(3): 316-24.
- [43] Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar

- obstructiva cr3nica (Revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; n3 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [44] Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acci3n para la enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica (Revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; n3 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [45] Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch Intern Med* 2007; 167(6): 551-561.
- [46] Morales Asencio JM, Sarri3 Santamera A. Modelos alternativos de atenci3n para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisi3n sistem3tica. *Rev Cal Asist* 2006; 21(1): 51-59.
- [47] Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilisation outcomes. *Med Care* 2001; 39: 1217-23.
- [48] Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(4): 361-7.
- [49] Kings Fund, Health Dialogu, NY University. Combine Predictive Model. Final Report. 2006
- [50] Pacala JT, Boulton C, Reed RL, Aliberti E. Predictive validity of the Pra instrument among older recipients of managed care. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(5): 614-7.
- [51] SPARRA: Scottish patients at risk of readmission and admission. Edinburgh (United Kingdom): National Services Scotland. National Health Services (NHS); 2006.
- [52] Billings J, Dixon J, Mijanovich T, Wennberg D. Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients. *BMJ* 2006; 333(7563): 327.
- [53] Rajmil L, L3pez Aguil3 S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona: Ag3ncia d'Avaluaci3 de Tecnologia i Recerca M3diques. Servei Catal3 de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
- [54] Morales Asencio JM. Investigaci3n en implementaci3n de servicios enfermeros de atenci3n a pacientes cr3nicos y dependientes. *Index Enferm* 2009; 18(4): 249-257.
- [55] Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694-6.
- [56] Cumbie S, Conley V, Burman M. Advanced Practice Nursing Model for Comprehensive Care With Chronic Illness: Model for Promoting Process Engagement. *Adv Nurs Science* 2004; 27(1), 70-80.
- [57] Watts SA, Gee J, O'Day ME, Schaub K, Lawrence R, Aron D, Kirsh S. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(3): 167-72.
- [58] Department of Health. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers. United Kingdom; 2006. [En l3nea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4133997](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4133997)
- [59] Morales Asencio JM, Gonzalo Jim3nez E, Martin Santos FJ, Morrilla Herrera JC, Celdr3n Mañas M, Carrasco AM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 193.

# Aula DAE

La mejor formación enfermera on line

[www.auladae.com](http://www.auladae.com)

oposiciones

bolsa de  
trabajo

especialidades



Cursos acreditados por  
la Comisión Nacional de  
Formación Continua.  
Ministerio de Sanidad y  
Política Social

**cursos a  
 distancia**



## Flexibilidad



Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Tú manejas tus tiempos. Sólo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas un curso

## Garantía



Más de 35.000 alumnos avalan nuestra experiencia docente

## Agilidad



En cuarenta días desde el inicio del curso tienes el diploma en casa

## Calidad



Tenemos los mejores autores: M<sup>º</sup> Paz Mompert, Pilar Arroyo, José M<sup>º</sup> Rodríguez Dacal, Elías Rovira, etc.

**DAE**  
DIFUSIÓN AVANCES DE ENFERMERÍA

TU FORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

# Curso del mes

## Úlceras por presión en contextos especiales

Actualiza tus conocimientos sobre cuidados de enfermería y nuevas tendencias terapéuticas relacionadas con las úlceras por presión y heridas crónicas en situaciones particulares para poder aplicarlos en su entorno profesional.

Duración: 100 horas

Fecha de inicio: 15 de diciembre de 2010



6,3 CFC

CRÉDITOS

CURSO ON LINE

**65** € PVP ~~81€~~

## Otros cursos Aula DAE

### Actualización en nutrición y dietética para enfermer@s

Actualización enfermera sobre los principales conocimientos en materia de cuidados y salud alimentaria.

Duración: 100 horas; créditos: 5,7  
PVP: 81 €

Precio promoción: 65 €



5,7 CFC

CRÉDITOS

CURSO ON LINE

### Actualización en gestión y cuidados del paciente crítico adulto

Actualizar los conocimientos y habilidades de los alumnos para conseguir una adecuada prestación de cuidados y atención enfermera a pacientes críticos adultos.

Duración: 100 horas; créditos: 4,4  
PVP: 81 €

Precio promoción: 65 €



4,4 CFC

CRÉDITOS

CURSO ON LINE

### Actualización en ostomías para enfermeras

Actualización enfermera en los principales conocimientos de los cuidados a los pacientes con diferentes tipos de estomas.

Duración: 100 horas; créditos: 4,4  
PVP: 81 €

Precio promoción 65 €



4,4 CFC

CRÉDITOS

CURSO ON LINE

# Opinión

## La renovación de la Atención Primaria de salud: implicaciones para Enfermería

Maricel Manfredi, BS, MSN. Doctora de Enfermería. Miembro del Comité Asesor Global de Enfermería y Partería de la Organización Mundial de Salud. *World Health Organization Global Advisory Group of Nursing and Midwifery (GAGNM)*.

Edilma Guevara, BS, MPH, DrPH. Asesora Internacional en el área de Epidemiología y Enfermería Comunitaria. Profesora retirada de la Universidad de Texas Medical Branco. *Department of Epidemiology and Community Health*.

Dirección de correspondencia:  
E-mail: maricelmanfredi@aol.com

### Resumen

La renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) ha surgido como respuesta a las inequidades de salud generadas por la globalización y las reformas de salud basadas en principios de mercadeo.

Este documento presenta un resumen de las tendencias globales y de los postulados y principios de la renovación de la APS con el fin de identificar oportunidades y retos para la Enfermería Comunitaria.

La renovación de la APS abre nuevos espacios para las enfermeras comunitarias en torno a la creación de ambientes saludables, mejoramiento de la calidad de vida y liderazgo en el análisis y definición de políticas. Otra oportunidad es el desarrollo de modelos innovativos para mejorar el acceso a servicios, disminuir el riesgo de complicaciones y hospitalizaciones evitables a través de la integración de servicios y seguimientos a pacientes. Sin embargo, las enfermeras comunitarias necesitan incrementar su capacidad para negociar la expansión de su práctica.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, papel de enfermeras comunitarias, servicios de salud, políticas de salud, globalización y salud.

### Abstract

#### Renewing Primary Health Care: implications for Nursing Summary

Renewing Primary Health Care (PHC) has emerged as a response to health inequities generated by globalization and health reforms based on principles of marketing.

This paper presents an overview of global trends and the tenets and principles of PHC renewal in order to identify opportunities and challenges for community nursing.

The renewal of the PHC opens new spaces for community nurses in relation to the creation of healthy environments, improving the quality of life and leadership in the analysis and policy development. Another opportunity is through the development of innovative models to improve access to services, reduce the risk of complications and avoidable hospitalizations through integration and monitoring services to patients. However, community nurses need to increase their ability to negotiate the expansion of their practice.

**Key words:** Primary Health Care, role of community nurses, health care, health policy, globalization and health.



## Introducción

La Declaración de Alma-Ata (1978) promulgó el concepto de Atención Primaria (APS) como una estrategia global para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000". La definición de APS continúa siendo la misma: "la atención esencial de salud a individuos, familias y comunidades basados en métodos y tecnologías prácticas, científicamente demostradas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias y comunidades mediante su plena participación y a un costo que los países puedan soportar. La APS forma parte integral del sistema de salud y del desarrollo de los sistemas económicos y sociales de la comunidad" (1).

Sus postulados centrales fueron incorporados como ejes en las políticas de salud del mundo y, aunque los cambios económicos, políticos y tecnológicos condicionaron el logro de la meta enunciada, en la mayoría de los países se desarrollaron programas de APS y se implementaron numerosas estrategias en cuanto a la práctica, capacitación y la formación del personal de salud.

Los países se aproximaron a las realidades epidemiológicas y demográficas de sus poblaciones en un intento por mejorar la prestación de servicios de salud y extender la cobertura de servicios de salud básicos. Sin embargo, estos esfuerzos se vieron truncados por reformas sectoriales, las cuales redujeron drásticamente el gasto público, promovieron la separación de funciones y la descentralización administrativa y disminuyeron el énfasis que se venía otorgando a la extensión de cobertura de los servicios (2).

Las inequidades en salud han crecido a pesar de los incrementos en la esperanza de vida y las mejoras en las condiciones de salud en los países desarrollados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud continúan concentrándose en la atención especializada y curativa, en obtener resultados a corto plazo con servicios fragmentados para el control de enfermedades y en permitir la comercialización de la salud en forma no regulada (3).

El desviarse del concepto principal de la APS ha hecho que las instituciones que la promulgaron a nivel mundial como la OMS y la OPS plantearan la renovación de la misma, con el fin de reflejar mejor las necesidades de salud y desarrollo de la población. La renovación de la APS requiere el abordaje de las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como acceso, justicia económica, adecuación y sostenibilidad de recursos, compromiso político y desarrollo de sistemas de salud con calidad.

## Contexto global

### Tendencias sociológicas

A pesar de la disminución en la tasa de crecimiento mundial (1,2% entre 2000-2005), existe un continuo aumento

de la población global. En los países desarrollados, el número de personas mayores de 59 años ha sobrepasado al grupo de entre 12-24 años y en los países en desarrollo los mayores de 59 años superarán al grupo 12-24 en el año 2045 (4). También se observan cambios en la proporción de hombres/mujeres en algunos países, debido a infanticidio y aborto de fetos femeninos.

La diversidad cultural seguirá aumentando debido a la migración entre países. La globalización, los desastres naturales, guerras y tráfico humano y de drogas continuarán incrementando las desigualdades económicas, sociales, ambientales, educativas y en servicios (4), así como el empobrecimiento de las áreas urbanas (aproximadamente 33% de personas viven en áreas marginadas) (5).

Estas tendencias indican la necesidad reflejar las características de la población en la composición la fuerza de trabajo de Enfermería (6) y sus sitios de práctica.

### Tendencias tecnológicas

Las tecnologías de la información han producido enormes avances en ciencias y comunicaciones. Estos avances continuarán disminuyendo distancias, facilitando el flujo de información, generando redes virtuales internacionales y mejorando las posibilidades de competir a nivel global (7). La miniaturización de tecnología y complejidad tecnológica de los ambientes de trabajo, escuelas y hogar seguirán aumentando (6).

El desarrollo de la nanotecnología está llevando a una nueva forma de tratamientos médicos y al surgimiento de un nuevo profesional de la salud como es el ingeniero médico. Se espera que la ingeniería genética conduzca a una cuarta revolución agrícola y produzca grandes contribuciones al tratamiento de enfermedades hasta ahora consideradas incurables. La tecnología del transporte ha incrementado los flujos migratorios y demanda energética a nivel mundial. La invasión de la privacidad y tiempo de descanso por la tecnología, así como problemas derivados del exceso de consumo en países desarrollados continúan acentuándose.

Estas tendencias llevan a la adopción y entrenamiento en tele-medicina, tele-Enfermería y tecnología portable. También generan dilemas éticos en relación con el papel del individuo en la protección del planeta y sus habitantes (6).

### Tendencias económicas

Las últimas décadas se caracterizan por la desigualdad en el intercambio comercial entre países ricos y pobres, incremento de la pobreza e inequidades en el mundo, como consecuencias de la globalización y minimización del papel del estado en la financiación de la educación, salud y otros servicios sociales (8).

Cerca del 80% de la población mundial vive con menos de 10.00 dólares al día, casi el 50% vive con menos de 2,50 dólares al día y cerca del 25% viven con menos de 1,25 dólares (9). La crisis mundial de alimentos y el aumento en el costo de energía agregarán otros 100 millones al grupo de personas con ingresos por debajo de la línea de pobreza internacional (10). La pobreza continúa aumentando el riesgo de hambre, enfermedad y muerte en algunos países. Se estima que 28% de los niños en los países en desarrollo están desnutridos, con la mayor cantidad de ellos en Asia del Sur y el Sub-Sáhara de África (11).

Las enfermeras necesitan entender el papel de la globalización y su influencia sobre la vida diaria, especialmente, aquellos encargados de liderar o participar en el desarrollo de políticas (6).

### Tendencias políticas

La inestabilidad política, actos de terrorismo, resurgimiento del fundamentalismo y la violación de los derechos humanos ha ido en aumento (12). Al mismo tiempo, se observa una creciente capacidad de cooperación ciudadana y un incremento en la búsqueda del significado de la vida acompañado de movimientos espirituales.

La inclusión de la renovación de Atención Primaria como política del estado plantea la necesidad de integrarse a las actividades políticas y a las organizaciones comunitarias locales, con el fin de responder a las necesidades y valores de la comunidad (6).

### Tendencias ambientales

Los cambios climáticos, la sobreexplotación de recursos naturales, la disminución de agua disponible y la crisis energética continuarán siendo problemas globales en espera de respuesta. Estos retos requieren de la cooperación de todos los países, especialmente de los países de las regiones más afectadas como Asia y el Medio Oriente para solucionar la escasez de agua (13).

La influencia de los cambios ambientales y migraciones masivas sobre el resurgimiento de enfermedades infecciosas indican la necesidad de utilizar y entrenar a las enfermeras comunitarias en el empleo de enfoques socio-ambientales en el estudio de sus comunidades (6).

### Inequidades en salud

La mortalidad infantil ha disminuido en todos los países. Sin embargo, es 20 veces menor en los países ricos que en los países pobres. En 2008 el promedio de mortalidad infantil en países con bajos ingresos fue de 109 muertos por mil nacidos vivos en contraste con cinco muertos por mil naci-

dos vivos en países desarrollados. En 2008 la esperanza de vida al nacer en los países más desarrollados era de 80-84 años y de 39-57 en los menos desarrollados (14).

El informe *"The State of The World's Children 2008-Child Survival"* revela que Brasil redujo la mortalidad en menores de un año de 48 muertes por mil nacidos vivos a 19, lo cual representa una reducción de más de la mitad entre 1990 y 2006. Sin embargo, existen diferencias significativas en la mortalidad infantil entre grupos raciales y étnicos, con altas tasas de mortalidad para los negros y mulatos (15). Esta diferencia racial también se observa en Sudáfrica, en donde la mortalidad infantil es cinco veces mayor entre los negros que entre los blancos (15).

Mientras los países desarrollados han pasado por la transición epidemiológica, otros están en diferentes etapas de esta transición. Las primeras causas de muerte en países en desarrollo con baja mortalidad infantil y alta esperanza de vida se deben a enfermedades cardiovasculares y cáncer, seguidas por enfermedades respiratorias y accidentes. En otros países en desarrollo, como en Sub-Sáhara (África) con alta mortalidad infantil y de adultos, las principales causas de muerte se deben a enfermedades transmisibles o parasitarias, VIH-SIDA, malaria enfermedades respiratorias, condiciones perinatales, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes (16).

Las enfermedades transmisibles nuevas y re-emergentes son una permanente amenaza derivada de la trans-nacionalización de las enfermedades. En el mundo, una de cada tres muertes se debe a enfermedades infectocontagiosas, como VIH-SIDA. Esta epidemia es más intensa en África (17).

### Servicios de salud

La transición epidemiológica combinada con un aumento de la población adulta mayor representa un reto para los servicios de salud, debido al costo de enfermedades crónicas y la necesidad de programas de seguimiento. Muchos de estos padecimientos pueden ser postpuestos con programas de promoción con énfasis en estilos de vida saludables.

Los desórdenes nutricionales ofrecen un cuadro de tendencias bidireccionales: la desnutrición aumenta en los niños y afecta a muchas madres de países pobres y la obesidad, se incrementa a casi más de la mitad de la población de algunos países ricos.

Estudios epidemiológicos indican que 400 millones de personas en el mundo sufren de trastornos mentales severos (8% del total mundial de enfermedad), a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la atención de la salud mental (18).

La reforma del sector salud, por su parte, impulsó la implementación de nuevas políticas, reorganización de ministerios y servicios y una mayor participación del sector priva-

do en los servicios. El Estado disminuyó su responsabilidad de gestión de la salud, se introdujo el concepto de costo y facturación de servicios acompañados de la idea de competir con otras instituciones, se desregularizó y burocratizó el sistema de salud y se incrementó la manipulación política en la participación y autonomía de las decisiones (19).

Los recursos humanos en salud exhiben antiguos y nuevos problemas. Su cantidad y distribución son inadecuadas y las migraciones amenazan sistemas de salud en países pequeños. La desvinculación entre educación, servicio y prioridades de salud produce frustraciones en los profesionales e ineficiencia en la atención; las condiciones de trabajo se deterioraron en los países menos desarrollados y las prácticas tradicionales colisionaron con los requerimientos del sistema.

## La renovación de la APS

La descripción de la renovación de la APS plantea la necesidad de crear sistemas de salud basados en APS, como la mejor estrategia para obtener resultados de salud equitativos y sostenibles, a la vez que define los valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la APS.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS en América Latina, figuran (20):

- Los nuevos desafíos económicos.
- La necesidad de corregir las incoherencias presentes en algunos enfoques de la APS.
- El desarrollo de nuevos instrumentos sobre las nuevas prácticas para incrementar la efectividad de la APS.
- El reconocimiento creciente de la APS como estrategia para alcanzar un máximo de salud posible.
- La capacidad de la sociedad para disminuir las desigualdades en material de salud y por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades en materia de salud.

Dentro de este marco, la renovación de la APS utiliza como guía para su implementación los siguientes cuatro grupos de reformas en pro de (3):

- Cobertura universal para mejorar la equidad sanitaria.
- Prestación de servicios para desarrollar sistemas de salud centrados en las personas a la vez que respondan a las necesidades de un mundo cambiante y a la de producir mejores resultados de salud.
- Liderazgo participativo basado en la negociación, como requisito para responder a la complejidad de los sistemas de salud actuales y para mejorar la confiabilidad en las autoridades sanitarias.
- Políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades a través de la integración del cuidado

primario con las acciones de salud pública y con las políticas de salud a través de todos los sectores.

La renovación de la APS propone los valores de equidad, solidaridad y justicia social como base para el establecimiento de políticas y programas en nombre del interés público. Esto implica que el proceso hacia la creación de un sistema de salud basado en APS ha de comenzar por el análisis de los valores sociales y por involucrar y hacer participe a los ciudadanos y a los encargados de tomar decisiones (20).

## Sistemas de salud basados en la APS

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios y elementos que proporcionan las bases para las políticas de salud, como la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos y la operación de los mismos (20).

Dichos principios incluyen (20):

- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población a través de una atención centrada en las personas.
- Proporcionar servicios con calidad a través de una respuesta apropiada e inmediata a las necesidades de la población.
- Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos.
- Sostenibilidad del sistema de salud.
- Participación ciudadana.
- Justicia social.
- Intersectorialidad.

Los elementos de un sistema de salud basado en Atención Primaria están conformados por aspectos estructurales y funcionales que se interrelacionan entre sí a través de todos los niveles del sistema de salud. Deben basarse en evidencia, efectividad y relevancia en lo que atañe a la prestación de servicios. Estos elementos incluyen (20):

- Cobertura y acceso universal.
- Primer contacto.
- Atención integral, integrada y continua.
- Orientación familiar y comunitaria.
- Énfasis en la promoción y prevención.
- Cuidados apropiados.

En resumen, la renovación de la APS está orientada a proporcionar una nueva forma de organización ofreciendo un continuo de servicios integrados para promover una mayor efectividad en el logro de las metas contenidas en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) y en la formación del recurso humano requerido (21).

### La renovación de la APS y las contribuciones de Enfermería Comunitaria

La renovación de la APS da a la salud un carácter de recurso para el desarrollo de los pueblos y por ello precisa del uso de marcos conceptuales de salud que permitan incorporar el concepto de trabajo por la salud en el día a día de cada uno y de la comunidad en su conjunto (22). Quizás es pertinente retomar la definición de salud expresada en la Carta de Ottawa: *"la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Por tanto, la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás y también es el resultado de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar un buen estado de salud"* (23).

Dentro de este marco la esencia de Enfermería es *"el cuidado a la vida humana a través del proceso evolutivo y del entorno en que éste se va desarrollando"* (24) y como ya lo dijera Guevara, *"la meta enfermera es prevenir y disminuir los riesgos para la salud, a través de un cuidado integral, al mismo tiempo que se mejora la capacidad del individuo y/o de la comunidad para practicar el autocuidado"* (25).

Las enfermeras del mundo mucho antes de la Declaración de Alma-Ata, habían internalizado el concepto de APS y lo habían puesto en práctica con variado éxito, de acuerdo a las posibilidades dentro de los sistemas de salud en cada país. Las enfermeras tuvieron y continúan teniendo una participación importante en la aplicación de la Atención Primaria, como parte de equipos multidisciplinarios en centros de salud, en los hogares, en la comunidad, en el desarrollo de formas alternativas de atención y en la planificación e implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los diferentes grupos poblacionales (26).

Sin embargo, como resultado de las reformas de salud y de los cambios en los servicios de salud, las enfermeras han reducido sus actividades de participación en acciones de Atención Primaria y se han concentrado en instituciones dedicadas a proporcionar cuidados curativos. Lo anterior ha llevado a la desvalorización del trabajo comunitario por Enfermería y otros miembros del equipo.

### Oportunidades

La renovación de la APS representa grandes oportunidades para la Enfermería debido a su formación profesional, variada experiencia con el trabajo comunitario y más recientemente al reconocimiento de sus contribuciones a la APS. Por ejemplo, la importancia de las enfermeras en la provisión de servicios de Atención Primaria fue promulgado en la Declaración de Islamabad (2007), la cual reiteró el hecho

de que la gente tiene el derecho a acceso a un *"cuidado de Enfermería competente y de calidad con la correspondiente supervisión y apoyo para su trabajo"* (27).

Las contribuciones enfermeras a la APS han sido demostradas en varias publicaciones a nivel nacional y/o regional (25, 28-33) y en trabajos inéditos a nivel local. La revisión de estos documentos y una publicación más reciente (*A Compendium of Primary Care Cases*) (34) permiten identificar un amplio rango de intervenciones enfermeras en APS. Estas intervenciones abarcan atención individual, atención comunitaria, organización y administración de servicios y educación.

- Atención individual: atención a la madre y recién nacido, menores, escolares, adultos y ancianos a través de la evaluación de riesgos individuales, referencia y seguimiento de pacientes crónicos.
- Atención comunitaria: desarrollo y/o participación en diagnósticos comunitarios, evaluación, planificación y programación de la atención a la comunidad. Planificación y participación en actividades de promoción y Educación en Salud, para promover estilos de vida y comunidades saludables y abogacía. Actividades de prevención y control de enfermedades infecciosas y endémicas locales y la provisión de medicamentos esenciales.
- Administración: supervisión y apoyo al personal de APS bajo su cargo y, en algunas ocasiones, la coordinación del equipo de salud y el establecimiento de asociaciones y compromisos con la comunidad y los encargados del desarrollo de políticas a nivel local. Colabora con otros miembros del equipo de salud, agencias e instituciones para proporcionar y extender la continuidad del cuidado a individuos y grupos. Participa o desarrolla redes de servicios integrados de salud para facilitar un cuidado integral, integrado y continuo a través de diferentes niveles de servicio.
- Educación: preparación de personal, formación en servicio y educación permanente. Colabora con instituciones educativas en la formación de recurso para APS.

En Estados Unidos, Canadá y otros países existen diferentes modelos de práctica avanzada de Enfermería para enfermeros con título de postgrado en APS. Estos enfermeros generalmente evalúan la salud del paciente, proporcionan el manejo de enfermedades y casos en forma individual, desarrollan algunos procedimientos médicos, realizan actividades de abogacía por el paciente, promueven la prevención de enfermedades, promoción de salud, bienestar y educación del paciente y la importancia de la participación de éste en la toma de decisiones sobre su propia salud (35).

Uno de los principios de la APS es la participación ciudadana para convertir la comunidad en socio activo para la toma de decisiones. Las enfermeras, como miembros del equipo de salud más cercanos y confiables por la comunidad, están

en mejor posición para informar y establecer compromisos tanto con la comunidad como con los niveles decisorios sobre la definición de políticas relacionadas con la Atención Primaria.

El informe del Programa de Trabajo Global 2008-2009 abre nuevos espacios para Enfermería al mencionar las siguientes actividades claves para enfermeras en el desarrollo de un plan de acción para la provisión de servicios de salud dentro del contexto de APS (36):

- Influenciar a los responsables de tomar decisiones sobre la importancia de la salud para mejorar la calidad de vida y la creación de ambientes saludables para todos los miembros de la sociedad.
- Producir guías para una "mejor práctica" y análisis de las opciones políticas que apoyen la continuidad del cuidado.
- Expandir las contribuciones enfermeras a la APS y los sistemas de salud basadas en evidencia científica.

Otra oportunidad es el reconocimiento internacional de la Enfermería como un grupo importante dentro de los planes de desarrollo a largo plazo para contribuir al logro de los objetivos del milenio y la renovación de la APS.

## Retos para la Enfermería

Algunos de los retos para la Enfermería se desprenden de las barreras para la implementación de la APS. Los servicios de salud están siendo afectados por la crisis de la economía global y disponibilidad de recursos económicos, tecnológicos y humanos apropiados y sostenibles.

Existe falta de compromiso político, coordinación inadecuada entre comunidades y entidades locales y nacionales, escasa cooperación intersectorial, utilización inadecuada de la información local y desinterés en disminuir el énfasis curativo/hospitalario e incrementar el énfasis preventivo/comunitario. La segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, la falta de políticas en la planificación del recurso humano y las pobres condiciones de trabajo representan limitaciones para las enfermeras como una carrera de oportunidad.

Desde el punto de vista de recurso humano la Enfermería afronta un gran número de retos para maximizar su contribución a la renovación de la Atención Primaria, como son (35):

- Provisión de calidad de la educación y atención de salud efectiva.
- Administración y retención de la fuerza de trabajo.
- Suficiente número enfermeras adecuadamente motivadas.

- Establecimiento de un equipo de trabajo efectivo y desarrollo de mecanismos de colaboración entre sus miembros.
- Reconocimiento del talento de la Enfermería.
- Reclutamiento, retención y formación de nuevas generaciones de enfermeras.

La cantidad y distribución del recurso enfermero son inadecuadas y las migraciones amenazan los sistemas de salud en países pequeños. La desvinculación entre servicio y docencia y las prioridades de salud producen ineficiencia en la prestación de servicios, el deterioro de las condiciones de trabajo y colisiones de las prácticas tradicionales con los requerimientos del sistema en algunos países.

La gran diversidad en la calidad de los programas de Enfermería debe reducirse, así como la diversidad en énfasis y profundidad del currículum. Muchos programas aún no cumplen los estándares globales de formación y no están orientados para apoyar los cambios de los sistemas y la renovación de la Atención Primaria. Algunas escuelas de Enfermería mantienen pocos recursos físicos y de personal docente, reducidas instalaciones de biblioteca, información y tecnología, así como material de aprendizaje.

Uno de los aspectos fundamentales será la formación de docentes. Muchos de los mejor preparados están en época de retirarse y otros abandonan la academia o la profesión. La deserción de docentes es debida a la falta de oportunidades de entrenamiento y de movilidad de carrera, aumento de actividades administrativas y número elevado de estudiantes.

## Conclusiones

Son indudables los efectos del contexto global sobre la práctica de la Enfermería Comunitaria. Las tendencias demográficas empiezan a reflejarse en las características de los estudiantes (diversidad cultural y social con un amplio rango de edad y un aumento del número estudiantes del sexo masculino), en los programas de licenciatura de Enfermería.

Las contribuciones enfermeras a la APS serán moduladas por las tendencias globales, especialmente por la crisis económica y el compromiso político, para la transformación de los servicios. Como líderes claves y proveedores de cuidado en todos los niveles, las enfermeras necesitarán estar preparadas para responder a los dilemas éticos generados por avances tecnológicos, valores sociales, cambios ambientales y las inconsistencias del sistema.

La educación a la comunidad se enfocará a promover estilos de vida saludables, la influencia de cambios ambientales sobre la salud y derechos del consumidor, incluyendo el uso y acceso al servicio y la capacidad de decidir sobre su cuidado.

Es necesario definir claramente un conjunto de políticas, metas y objetivos para permitir a las enfermeras contribuir efectivamente a mejorar los resultados de las intervenciones de salud en la población. También debe definirse la participación enfermera en todos y cada uno de los estamentos que componen los servicios integrados de salud.

La asociación con equipos multidisciplinarios y establecimiento de alianzas estratégicas facilitarán la movilización de recursos y entrega de intervenciones que muestren el amplio papel de las enfermeras en la APS.

Paradójicamente, una oportunidad y un reto para la Enfermería es el hecho que a nivel internacional se ha llamado la atención acerca de la escasez de personal enfermero, su distribución desigual y las dificultades para retenerlo. Esto pone de manifiesto la necesidad de mejorar condiciones de empleo poco atractivas, así como políticas internacionales que estimulan emigración de enfermeras a los países más desarrollados.

Es necesario fortalecer las estructuras organizacionales para estimular la retención de enfermeros comunitarios en sus puestos de trabajo, maximizando su salud y bienestar, al mismo tiempo que mejorando la productividad y el acceso a un cuidado de calidad.

Es imperativo promover cambios curriculares apropiados y relevantes que incorporen todos los aspectos de APS y la utilización de estrategias educacionales progresivas que permitan la transformación de la educación y el desarrollo de liderazgo entre las enfermeras con capacidad de administrar y liderar.

También es importante aplicar metodologías de solución de problemas en la enseñanza y aprendizaje, promover aprendizaje experiencial a través de nuevos escenarios y la integración de instituciones de docencia y servicios, así como la especialización en el área de Enfermería Comunitaria.

El entrenamiento multiprofesional es un aspecto de gran importancia para fomentar el trabajo en equipo, pues permite a grupos de estudiantes de diferentes profesiones de salud, aprender a practicar y trabajar juntos en algunas áreas de su entrenamiento. Entre las competencias comunes y compartidas a adquirirse por todo el equipo de APS se encuentran la salud pública, manejo de información, gestión de recursos y comunicación.

El desarrollo de modelos innovativos y formación de redes para mejorar el acceso a servicios, disminuir el riesgo de complicaciones y hospitalizaciones evitables a través de la integración de servicios y seguimientos a pacientes representa una gran oportunidad para la Enfermería. La cooperación bilateral entre Enfermería y otros miembros del equipo a nivel global debe ser enfatizada para engrandecer el rol de Enfermería en APS.

Finalmente les invitamos a apoyar la Declaración Nightingale para un mundo saludable, la cual expresa: *"nosotras las enfermeras y los ciudadanos preocupados de la comunidad global, por este medio nos dedicamos a lograr un mundo saludable para el año 2020. Declaramos nuestra buena voluntad para unirnos a un programa de acciones, compartir informaciones y soluciones y mejorar las condiciones de salud para toda la humanidad, localmente, nacionalmente y globalmente. Además resolvemos adoptar prácticas personales y llevar a cabo políticas públicas en nuestras comunidades y naciones para hacer que esta meta sea alcanzable e inevitable para el año 2020, comenzándola hoy en nuestras vidas y la vida de nuestra propia nación y el mundo entero"* (37).

## Bibliografía

- [1] Organización Mundial de Salud. Declaración de Alma-Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- [2] Organización Mundial de Salud. Capítulo 7. Sistemas de salud. En: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003-forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index1.html](http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index1.html)
- [3] World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
- [4] United Nations. Department of Economic and Social Affairs: Population Challenges and Development Goals. New York: United Nations publications; 2005.
- [5] Shah A. Poverty Facts and Stats. Global Issues, Updated: 28 mar 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>
- [6] Guevara E, Medias EP, Goins P. Framework for a comparative analysis of the changes in nursing practice, education, and regulation. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2001. p. 96. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.paho.org/English/Hsp/HSO/hsonur6\\_en.pdf](http://www.paho.org/English/Hsp/HSO/hsonur6_en.pdf)
- [7] National Intelligence Council. Mapping the global future: report of The National Intelligence Council's 2020. Project based on consultations with non-governmental experts around the world. Washington DC: National Intelligence Council; 2004. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [http://www.dni.gov/nic/NIC\\_globaltrend2020.html](http://www.dni.gov/nic/NIC_globaltrend2020.html)
- [8] Madeley J. Big Business, Poor Peoples: The Impact of Transnational Corporations on the World's Poor. London: Zed Books; 1999. p.103.
- [9] Shah A. Causes of poverty Global Issues, updated: 28 mar 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>

- [10] Shah A. Poverty Around The World. Global Issues, Updated: 01 mar. 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.globalissues.org/article/4/poverty-around-the-world>.
- [11] United Nations Children's Fund. Childhood under threat. The State of the World's Children; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.unicef.org/sowc05/english/index.html>.
- [12] Haugen G, Boutros V. And Justice for All: Enforcing Human Rights for the World's Poor. *Foreign Affairs* 2010; 89(3): 51-62.
- [13] United Nations. Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world; 18 jul 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/>
- [14] World Health Organization. Facts about Health; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.who.in/mediacentre/factsheet/fs314/en/index.html>
- [15] United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2008-Child survival Report. New York: UNICEF; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.unicef.org/sowc08/report/report>
- [16] Organización Mundial de Salud. Capítulo 1. Retos Actuales. En: Informe sobre la salud en el mundo 2003-forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter1-es.pdf>
- [17] United Nations. Report on global HIV AID Epidemic; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/default.asp>
- [18] Malvarez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Conferencia Inaugural. Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria y Simposio Internacional de Enfermería Comunitaria; 2006.
- [19] Guevara E, Mendías E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación en Enfermería: Un estudio de 5 países. [Health care reform and its implications for nursing practice, regulation, and education: A 5 country study]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001. p. 133. [LILACS ID: 275918]
- [20] Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- [21] Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la APS de Salud. Washington DC: 490 Consejo Directivo 61ª Sesión del Comité Regional; septiembre 28-2 octubre 2009. CD 49/16 13 de agosto de 2009. Punto 4.12 del orden del día provisional.
- [22] Restrepo H. Promoción de la salud y estilos de vida. Presentación en el Grupo de Consulta sobre estrategias de mujer, infancia y adolescencia. Washington: Documento interno OPS/OMS Programa de la Salud; 1991.
- [23] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 nov 1986. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- [24] Perdomo J. El papel de enfermería en el cuidado del adulto con énfasis en la promoción de la salud. Washington, DC: OPS División de Promoción y Protección de la Salud; 1993.
- [25] Guevara E. El papel de enfermería en el cuidado del adulto con énfasis en la promoción de la salud Washington, DC: OPS División de Promoción y Protección de la Salud; 1993.
- [26] Manfredi M. Enfermería frente a los grandes retos al aproximarse el siglo XXI. Documento inédito, Washington 1998.
- [27] World Health Organization. Islamabad Declaration on Strengthening Nursing and Midwifery 4-6 march 2007. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: [www.who.int/entity/hrh/nursing\\_midwifery/declaration\\_islamabad.pdf](http://www.who.int/entity/hrh/nursing_midwifery/declaration_islamabad.pdf)
- [28] Manfredi M. Primary Health Care and Nursing Education in Latin America. *Nursing Outlook* 1983; 31(2): 105-108.
- [29] Durana I. The Concept of Equity in Primary Health Care. Paper presented to the Pan American Health and Education Foundation during the XII Pan American Sanitary Conference. Washington DC: Unpublished.
- [30] Alarcón Garzón N. The role of health care professionals in increasing access to primary health care. *Family and Community Health: The Journal of Health Promotion and Maintenance*; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/toc/1994/07000>.
- [31] McElmury BJ. Primary Health Care. *Annual Review of Nursing Research* 1999; 17(1): 241-268.
- [32] Arango de Bedoya Y, Casas LA, Grill H, Hoyos J, Jiménez F, Montoya JG, Torres CH. Práctica comunitaria en unidades de Atención Primaria a nivel rural: una experiencia con estudiantes de medicina. *Educación Médica y Salud* 1984; 18(2): 164-179.
- [33] Guevara EB. Contribution of nursing and midwifery to health system performance and goals. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2001. p. 27. [LILACS ID: 381904]. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://www.paho.org/english/hsp/hso/guevara3country.pdf>
- [34] World Health Organization. Now more than ever: The contribution of nurses and midwives to primary health care. Geneva: A Compendium of Primary Care Cases: 38 case studies submitted by 29 countries across the 6 WHO regions; 2009.
- [35] Ministry of Health. Evolving Models of Primary Health Care Nursing Practice. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2005.
- [36] World Health Organization. Global Program of Work 2008-2009: Scaling up the capacity of nursing and midwives services to contribute to the millennium development goals. Geneva: Human Resources for Health; 2008.
- [37] Nightingale Initiative for Global Health (NIGH). The Nightingale Declaration for Our Healthy World; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <https://www.nightingaledeclaration.net/declaration/healthy/>



[www.aulaeir.com](http://www.aulaeir.com)

TRAS EL ÉXITO DEL CURSO LARGO EIR 2011 AHORA LLEGA  
EL **CURSO LARGO** DE PREPARACIÓN DE **EIR 2012**



**AULA EIR** ONLINE **DAE**

**CURSO DE PREPARACIÓN  
ON LINE DEL EIR**



El mejor itinerario  
formativo



Tutorización 24 horas  
con el mejor equipo  
de expertos



Los mejores contenidos



Simulacros de todos  
los exámenes del EIR



La mayor base de datos  
de test comentados  
(más de 6.000)

PREPÁRATE EL EXAMEN DE ACCESO AL EIR DE ENERO 2012 A UN PRECIO JUSTO

**500 PLAZAS**  
**CON EL 20%**  
 ¡NO TE QUEDES SIN  
 ELLA Y MATRICÚLATE  
 CUANTO ANTES!

# ¡Empieza a estudiar ya!

Disponemos únicamente de **500** plazas con el descuento del **20%**. Estas plazas serán entregadas por riguroso orden de matriculación.

Puedes reservar tu plaza en el **curso de preparación on line del EIR** a través del teléfono de atención al cliente o bien directamente en **www.aulaeir.com**

**Atención al cliente 902 22 01 02**

PVP ~~1200€~~  
**960€**

Financiación sin intereses  
 6 cuotas de 160€



## Fechas

**Duración: 10 meses**

**Fecha de inicio: 15 de marzo de 2011**

**Última fecha de matriculación: 14 de marzo de 2011**

**Fecha finalización del curso: 2ª-3ª semana de enero de 2012**

## Cronograma

OCTUBRE 2010	Materias	Lectura y comprensión de todas las asignaturas.
	Test	50 preguntas por materias estudiadas, sin tiempo.
	Materias	Todas las lecciones del temario en formato PDF. Test ordenados por asignaturas/temas, con respuestas razonadas. Foro de consulta e intercambio de opiniones. Foro de anuncios. Calendario de eventos.
NOVIEMBRE 2010	Objetivos	En cuanto a las materias, la comprensión de las mismas e identificación de las que resultan de mayor dificultad para el alumno. En cuanto a los test, tienen como objetivo reforzar la comprensión y conocimiento de las materias estudiadas.
	Materias	Estudio y retención de los conceptos fundamentales.
	Test	50 preguntas por materias estudiadas, con tiempo de ejecución programado de 1 hora por test. Test examen EIR intermedio, con y sin tiempo.
DICIEMBRE 2010	Materias	Todas las lecciones del temario en formato PDF. Esquemas y documentación complementaria que faciliten el aprendizaje (biblioteca virtual). Test ordenados por asignaturas/temas, con respuestas razonadas. Foro de consulta e intercambio de opiniones. Foro de anuncios. Calendario de eventos.
	Objetivos	En cuanto a las materias, el aprendizaje efectivo de conceptos fundamentales. Los test servirán para reforzar el aprendizaje y para entrenar el concepto tiempo/respuesta, fundamental en una prueba tipo test.
	Materias	Repaso y afianzar conocimientos basados en conceptos.
ENERO 2012	Test	Exámenes de 110 preguntas de convocatorias reales de EIR de otros años, sin límite de tiempo y test de 110 preguntas escogidas aleatoriamente de todos los temas estudiados y con tiempo.
	Materias	Los que ya dispone el alumno, haciendo un uso principal de los esquemas y resúmenes. Foro de consulta e intercambio de opiniones. Foro de anuncios. Calendario de eventos.
	Objetivos	Terminar de afianzar los conocimientos y familiarizarse en la realización de pruebas similares a las que tendrán que enfrentarse durante el examen real.
ENERO 2012	Materias	Deberían estar ya estudiadas.
	Test	Parte fundamental en este último periodo. Durante este tiempo los alumnos tendrán la ocasión de realizar los mismos exámenes que se han llevado a cabo en las diferentes convocatorias desde su comienzo. Harán exámenes tal cual fueron convocados y realizarán exámenes compuestos por las preguntas de las convocatorias oficiales del EIR y de los test de las materias estudiadas.
	Materias	Una base de datos en torno a 6.000 preguntas tipo test, ordenadas por materias y con respuestas razonadas, que de manera aleatoria compondrán simulacros de examen de 110 preguntas a responder en 2 horas. Todos los materiales docentes utilizados durante el curso. Foro de consulta e intercambio de opiniones. Foro de anuncios. Calendario de eventos.
Objetivos	Terminar de afianzar los conocimientos, mediante la realización de simulacros de examen. Entrenamiento en ejecutar exámenes tal y como serán el día de la prueba, con tiempo real.	

**www.aulaeir.com**

**PREPARA TU FUTURO CON GARANTÍAS**

**5 BUENAS RAZONES PARA MATRICULARTE**

**20% DESCUENTO PROMOCIÓN**

**GRATIS**  
 MANUAL DAE DEL EIR  
 2 VOLÚMENES

**6.000 TEST COMENTADOS GRATIS**

**GRATIS**  
 RECOPIACIÓN DAE DE EXÁMENES OFICIALES DEL EIR

**EXITO GARANTIZADO**  
 por la anterior convocatoria

## II. AUTORIDADES Y PERSONAL

### B. Oposiciones y concursos

#### MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

14539

Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.

### ¡LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA ESTÁ NUEVAMENTE DE ENHORABUENA!

El día 22 de septiembre de 2010, el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010 para el acceso en el año 2011 a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.

En un tiempo récord, y con gran esfuerzo, siete Comunidades Autónomas han constituido Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, han conseguido acreditar 144 plazas de Enfermeros Residentes (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria y se ofertan para este año 132.

Con esta convocatoria de plazas EIR se abre un futuro esperanzador con la instauración en el sistema de formación tipo "residencia" para nuestra especialidad y también porque da paso al inicio del proceso de acceso a la especialidad por el llamado "Acceso Excepcional al Título de Especialista" (disposición transitoria segunda del RD 450/2005).

#### Examen EIR:

- Publicación de la oferta en el BOE: 22 de septiembre de 2010.
- Solicitud admisión a examen EIR:
  - Plazo de presentación de solicitudes: del día 24 de septiembre al 4 de octubre de 2010.

– Modelo solicitud: <http://www.msps.es/fse/mode-lo790>.

– Pago de tasas: 21,33 €

- Examen: 29 enero de 2011.
- Asignación de plazas: desde el 30 de marzo de 2011.
- Incorporación de residentes: 12-13 de mayo de 2011.

#### Acceso Excepcional al Título de Especialista

¡Atención! Finalización del plazo de presentación de solicitud al Acceso Excepcional del Título de Especialista: 22 marzo de 2011 (seis meses de la publicación de la oferta EIR)

La prueba objetiva de evaluación de la competencia está determinada por la disposición transitoria segunda RD 450/2005, es competencia de la Secretaría General de Universidades (Resolución del 17 julio de 2009, BOE del 29 julio) y su objetivo es "constatar que los aspirantes disponen de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la especialidad". El examen versará sobre las materias determinadas en el programa de la especialidad. Cada profesional se podrá presentar al examen de cuantas especialidades tenga derecho pero, finalmente, tendrá acceso solamente a una.

## ¿Quién se puede presentar a la prueba objetiva?

- Haber ejercido como enfermera las actividades propias de la especialidad al menos cuatro años.
- Dos años de ejercicio + formación: 40 créditos de formación continuado o título de postgrado universitario de 20 créditos ó 200 horas en el campo de la especialidad.
- Un año de ejercicio + tres años como profesor de EUE en áreas relacionadas con la especialidad.

---

*El examen versará sobre las materias determinadas en el programa de la especialidad*

---

## ¿Cómo solicitar admisión a la prueba objetiva?

Presentar en registro oficial los originales o copia compulsada de:

- Solicitud firmada (existe un modelo en la página web del Ministerio de Educación).
- Adjuntar la documentación que acredite:
  - DNI o pasaporte.
  - Título de ATS/DUE.
  - Certificado del tiempo en que se han ejercido las competencias propias de la especialidad.
  - Formación complementaria (sólo si es preciso).
- La solicitud se puede presentar, además de "en papel", por vía electrónica a través de la página web del Ministerio Educación. Esto es interesante porque facilita el proceso y permite ver el estado del expediente en cada momento.

## ¿Qué datos debe reflejar el certificado de ejercicio profesional?

El certificado de ejercicio profesional retribuido debe estar emitido por el gerente o responsable legal de la institución o por el director de Enfermería o máximo res-

pensible de Enfermería o por el director de Recursos Humanos/Gestión en el que conste de forma detallada:

- La categoría profesional.
- Las características generales de los puestos/unidades donde se ha desarrollado la actividad dentro del campo de la especialidad solicitada.
- Las actividades más relevantes realizadas como enfermera/o en el campo específico de la especialidad solicitada, durante el desempeño del puesto.
- Las fechas de inicio y finalización del período ejercido en este campo.
- La firma del responsable que ha emitido el certificado.
- El sello corporativo de la institución.

## ¿Qué características tiene la prueba objetiva?

Se realizará la convocatoria para tres fechas diferentes y cada profesional admitido se podrá presentar a dos de ellas. Consta de una primera parte de 100 preguntas test (negativos 0,35) cuyo valor será de 100 puntos y una segunda fase de cinco casos con cinco preguntas test cada uno, que también valdrá 100 puntos. El apto estará en 100 puntos, siendo necesario alcanzar como mínimo 40 en cada prueba.

Toda la información original se puede encontrar en:

- Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Graduados/Diplomados en Enfermería.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (BOE, 29 de junio de 2010).
- Resolución de 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE, 29 de julio de 2009).
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE, 6 mayo de 2005).
- <http://www.educacion.es/educacion/universidades/convocatorias/especialidad-enfermeria.html>
- <http://www.msps.es/profesionales/formacion/espEnfermeria.htm>

# Noticias RIdeC

CCAA	Unidad Docente	Plazas acreditadas	Plazas ofertadas
Andalucía	Bahía de Cádiz-La Janda	4	4
	Campo de Gibraltar	2	2
	Jerez Costa	2	2
	Málaga	4	4
	Norte de Málaga	0	2
	Valle Guadalorce	1	1
	<b>Total Andalucía</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
Castilla-La Mancha	Albacete-Hellín	6	6
	Guadalajara	4	4
	Toledo	10	10
	<b>Total CLM</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
Cataluña	Terrassa	8	6
	Costa Ponent de Barcelona	4	4
	Clinic Maternitat Barcelona	8	4
	Girona	4	4
	<b>Total Cataluña</b>	<b>24</b>	<b>18</b>
Extremadura	Mérida	2	2
	Badajoz	6	6
	<b>Total Extremadura</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
P. de Asturias	Asturias	12	6
	<b>Total Asturias</b>	<b>12</b>	<b>6</b>
Castilla y León	Valladolid oeste	6	6
	Ponferrada	10	10
	<b>Total Cyl</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
Madrid	Área 1	4	4
	Área 2	6	6
	Área 3	4	4
	Área 4	4	4
	Área 5	4	4
	Área 6	5	5
	Área 7	4	4
	Área 8	4	4
	Área 9	4	4
	Área 10	4	4
	Área 11	6	6
	<b>Total Madrid</b>	<b>49</b>	<b>49</b>
<b>Total</b>		<b>142</b>	<b>132</b>

## SALUD COMUNITARIA: NUEVAS DEMANDAS, NUEVAS RESPUESTAS

### Enfermería = Compromiso en salud

Es una sencilla ecuación que resume la esencia de la Enfermería y que obliga permanentemente a las y los profesionales a adaptarse a las nuevas demandas que una sociedad cambiante, consumista y globalizada les exige. Una sociedad compleja con exigencias máximas en salud.

Las enfermeras han asumido permanentemente tal reto y han sido líderes en cambio y progreso, si bien el entorno mundial actual está sometiendo de nuevo a la profesión a una nueva y profunda adaptación.

Nuevas demandas, nuevas tendencias, nuevas respuestas y sus efectos sobre la salud comunitaria es el lema que la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha elegido en esta ocasión para su 6ª Reunión de Invierno,

que se celebrará en la ciudad de Valencia, en un maravilloso entorno también moderno y actual.

Se pretende analizar la nueva demanda social y el rol que la nueva figura especialista en Enfermería Comunitaria debe asumir para seguir optimizando el cuidado profesional, fomentando el empleo de nuevas tecnologías para reafirmar el empleo de evidencias científicas, así como analizar diversos temas de rabiosa actualidad en salud y Enfermería Comunitaria.

*Vicente Gea Caballero*

*Presidente de la 6ª Reunión de Invierno  
Vocal Comunidad Valenciana  
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)*

## INSCRIPCIÓN

### 6ª REUNIÓN DE INVIERNO AEC

#### VALENCIA, 26 y 27 de NOVIEMBRE DE 2010



##### HASTA EL 2 DE NOVIEMBRE:

socios 105 €  
no socios 165 €\*

##### DESDE EL 3 DE NOVIEMBRE:

socios 135 €  
no socios 215 €\*

Estudiantes (cuota única): 35 €\*

\* Todo no socio que desee asociarse, abonará en cualquier momento el precio del socio, siendo válida la cuota para el próximo año 2011.

### INGRESOS EN BANCAJA Nº DE CUENTA:

2077-0722-79-3101290066

Remitir por correo electrónico el resguardo del ingreso junto con los datos personales, la dirección de e-mail, el centro de trabajo y el teléfono de contacto a: [inscripcion\\_aec@yahoo.es](mailto:inscripcion_aec@yahoo.es)

#### Más información:

[www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)  
<https://sites.google.com/site/aenfermeriacomunitaria/home>  
[inscripcion\\_aec@yahoo.es](mailto:inscripcion_aec@yahoo.es)  
[vocalia\\_aec@yahoo.es](mailto:vocalia_aec@yahoo.es)





## HUMIDIFICADOR POR ULTRASONIDOS ULTRABREEZE:

Humidificador ultrasónico con precalentamiento del agua para eliminar gérmenes y bacterias. Función anti-gérmenes al calentar el agua hasta más de 70 °C previamente a su vaporización en frío. Incluye programador, alarma y apagado automático al terminarse el agua en el tanque. Luz ambiental con tres colores diferentes. Ahorro de energía.

**Características:**  
1 Ultrabreeze  
Manual de instrucciones en 15 idiomas.

**Datos técnicos:**  
220 V-240 V.  
36 W consumo.  
Dimensiones: 196 x 135 x 256 mm.  
Certificación CE.  
Autonomía: hasta 30 h.  
Admite esencias solubles en agua: eucalipto, limón, jazmín, lavanda, rosa, etc.

25%  
**57,22€** PVP 76,29€



## LITTMANN SELECT+OBSEQUIO BOLSA NCD

3M Littmann Select, fonendoscopio especial para Enfermería más Bolsa NCD a elegir entre diferentes modelos. El Fonendoscopio más conocido del mercado diseñado especialmente para enfermería, junto a una bolsa fabricada en resistente lona con revestimiento impermeable, en diferentes diseños exclusivos y divertidos.

**Características principales:**  
Excelente claridad acústica.  
Tubo resistente.  
Aros quitaflecos.  
Sistema de doble muelle para ajustar la tensión del arco.  
Dos años de garantía.

**Contenido:**  
1 Fonendo Littmann Select  
1 Bolsa NCD en Nylon.

**Datos técnicos:**  
Longitud: 71 cm.  
Campana: aleación recubierta, 55 g.  
Diámetro 47 mm.

25%  
**54,51€** PVP 72,68€



## MANILUX L:

Ideal para el cuidado de uñas de manos y pies, así como de las durezas.

**Características:**  
Cuidado y tratamiento de uñas, cutículas y callosidades. Radiación de luz fría para una mejor y más cómoda utilización. Regulación de la velocidad (hasta 11.000 revoluciones por minuto). Accesorios esterilizables con alcohol.

**Contenido:**  
Adaptador a la red.  
9 muelas de zafiro.  
1 pulidor de fieltro.  
Estuche de viaje.

**Datos técnicos:**  
230 V/50 Hz.  
1.800 a 11.000 revoluciones/min.  
Diámetro del eje de los accesorios: standard dental 2,35 mm.

25%  
**82,30€** PVP 109,74€



## MEDIDOR DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL OMRON BF306

Calcula la grasa del cuerpo en kg y usando una medida de tecnología exacta (el método BIA). Considera la edad, el sexo, la altura y el peso. Cómoda de utilizar. Posición de la medida patentada. Funcionamiento fácil y rápido. Capacidad de almacenamiento de datos individual. Se debe medir la grasa corporal al menos 2 h después de haber comido. Es recomendable hacerlo siempre en un mismo entorno y en las mismas circunstancias.

**Características:**  
Estuche con prospecto y hoja de instrucciones en 6 idiomas.

**Datos técnicos:**  
Portátil y compacto.  
Almacena datos para 9 usuarios.  
LCD alternas medidas BI y BMI.  
Peso ligero: 230 g.  
Tiempo de la medida: aproximadamente 7 seg.  
2 años de garantía.

25%  
**49,21€** PVP 65,61€



## OMRON M3

Monitor de presión arterial digital automático de brazo. Es el modelo más vendido en España.

**Características:**  
Recomendado para uso particular por su excelente relación calidad/precio. Tecnología Intellisense: inflado personalizado, más rápido, cómodo e indoloro. Un único botón de funcionamiento. Detección e indicación de pulso irregular.

**Contenido:**  
60 memorias con indicación de fecha y hora: guarda un registro de la hora exacta de cada medición.  
Pilas incluidas.  
Manguito mediano.  
Estuche protector.  
Ficha de control de presión.

**Datos técnicos:**  
Peso: 360 g.  
Medidas: 121 mm x 86 mm x 141 mm.

25%  
**55,25€** PVP 72,66€



## RESPALDO DE MASAJE SHIATSU RBI:

4 cabezales rotatorios, giro en ambos sentidos  
Calor por infrarrojos  
Vibración en el asiento  
Posibilidad de seleccionar entre 3 tratamientos: espalda, zona lumbar o masaje completo.  
Con mando a distancia para un uso más cómodo.

**Características:**  
El masaje Shiatsu es una forma de digitopresión y una de las técnicas de masaje más importantes. Esta forma de terapia corpórea deriva de la medicina china tradicional. Con delicados toques y presiones beneficiosas la energía se renueva y fluye. El resultado es aliviar tensiones musculares y armonizar el cuerpo y el flujo óptimo de energía vital.

**Contenido:**  
1 respaldo de masaje Shiatsu RBI.  
Mando a distancia.  
1 transformador para red.  
Instrucciones de uso en varios idiomas.

**Datos técnicos:**  
Alimentación de red: 230 V - / 50 Hz.  
Certificado CE.

25%  
**75,60€** PVP 100,77€

# Ofertas en Artículos clínicos



## BÁSCULA PSM

Muestra el porcentaje de grasa corporal, de agua y de masa muscular.

### Funciones:

En la pantalla se muestran: peso, grasa corporal, agua, masa muscular y requerimiento calórico.  
Gran pantalla multi-función (150 x 45 mm) y resultados mostrados con números luminosos.  
Fácil lectura de datos.  
10 memorias para memorizar los valores y hacer seguimientos.  
Encendido automático al subirse.  
Electrodos de alta calidad fabricados en acero inoxidable.  
Vedrio de seguridad de 8 mm de grosor.

### Características:

Báscula multifunción.  
Incluye pilas.  
Manual de instrucciones en 15 idiomas.

### Datos técnicos:

Capacidad: 150 kg.  
Graduaciones de 100 g.  
Dimensiones: 320 x 320 mm.

15%  
descuento

PVP 59,74€  
**43,13€**



## BASTÓN MASAJE ITM

Relajación de la musculatura mediante percusión, vibración y luz infrarroja.

### Funciones:

Masaje por percusión Tapping, con efectos de relajación muscular, activación de la circulación y drenaje linfático.  
Accesorios para digitopuntura - acupresión.  
Regulador de intensidad.  
Terapia de calor sobre la zona con luz infrarroja en el cabezal.  
Forma ergonómica. Antideslizante.  
Cable extra largo para su comodidad.

### Características:

Bastón de masaje intensivo ITM.  
4 accesorios de masaje.

### Datos técnicos:

Longitud del cable de red: 3,50 m.

15%  
descuento

PVP 60,93€  
**51,79€**



## CARGO BAG BANDOLERA BETTY

Bolsa de nylon resistente al agua. Perfecta para uso hospitalario o domiciliario, con mucho espacio, bolsillos interiores y compartimentos para almacenar y asegurar el material e instrumental médico, así como el de uso personal. Diversos estampados.

### Datos técnicos:

Dimensiones: 25,4 x 30,48 cm.  
Material resistente al agua.  
Correa de hombro con velcro y ajustable.  
Cierre con cremallera.

15%  
descuento

PVP 32,63€  
**28,59€**



## LÁMPARA DE INFRARROJOS IRL

Lámpara de 150 W para aplicaciones estéticas y de fisioterapia.

### Funciones:

Aplicaciones terapéuticas: dolores musculares y reumáticos, resfriados, activar la circulación.  
Aplicaciones estéticas: mejor penetración de principios activos cosméticos. De especial ayuda en tratamientos anti-celulíticos, abre los poros de la piel y facilita su limpieza.

### Características:

1 lámpara de infrarrojos con globo de aumento.  
Instrucciones en 10 idiomas.

### Datos técnicos:

150 W, 230V, 50 Hz  
Longitud de onda: 760 - 3.000 nm.  
Garantía de 3 años.  
Dimensiones: 19,5 x 22 x 15 cm  
Peso neto: 0,590 kg.

15%  
descuento

PVP 49,27€  
**34,23€**



## TENSIÓMETRO ANEROIDE NCD

El tensiómetro aneroida de gran calidad.

Este conjunto incluye un brazal extra grande de color coordinado con la bolsa de transporte de nylon con un velcro exterior, asa de nylon, con cremallera y compartimento con cremallera.  
Ideal para el profesional de enfermería.  
Garantía de calibración de por vida.

### Características:

1 tensiómetro aneroida.  
Bolsa de transporte.

### Datos técnicos:

Medición manual.  
Manómetro de escala hasta 300 mmHg.  
Manguito para adultos ajustable con velcro.  
Diseño con diferentes estampados.  
Material de nylon.

15%  
descuento

PVP 51,66€  
**44,08€**



## TERMÓMETRO FTN

Medición precisa de la temperatura sin necesidad de contacto directo con el cuerpo (aprox. 5 cm de distancia).

Función adicional: medición de la temperatura ambiente, en líquidos y también en superficies.

Medición extra rápida: en tan sólo unos segundos.

Alarma óptica cuando hay fiebre, pues la pantalla cambia de color.

Memorización de los últimos 30 resultados de medición.

### Características:

1 Termómetro FTN  
Estuche de viaje  
Pilas: 2 x AAA  
Manual de instrucciones

### Datos técnicos:

Rango de medición: de 0 a 100 °C  
Certificado Producto Médico según la Directiva Europea CE 0297  
Peso: 48 g pilas incluidas

15%  
descuento

PVP 49,27€  
**30,20€**

Con una simple llamada lo recibirás en tu domicilio sin gastos de envío



## ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

### Quiénes somos

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) nace en España en 1994 con carácter científico-técnico, profesional y participativo. La AEC es una sociedad científica de enfermeras y enfermeros que desarrolla sus actividades principalmente en el ámbito territorial del Estado Español, aunque internacionalmente mantiene contacto y relaciones estrechas con organizaciones afines.

La AEC entiende como Enfermería Comunitaria aquella disciplina que desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina pretende contribuir de forma específica a que las personas, familias y comunidades adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado.

La AEC es una entidad privada sin fines lucrativos. En la actualidad la constituimos socios de diferentes partes de España y también de más allá de nuestras fronteras.

Se encuentra organizada dentro del marco de las Comunidades Autónomas y como tal sus estatutos posibilitan la elección de vocales territoriales que a lo largo de estos años se han ido configurando y consolidando.

### Fines

#### Constituyen los fines de la Asociación de Enfermería Comunitaria:

- Fomentar toda clase de trabajos científicos y su difusión en la forma y medida que por la Asamblea General se establezca.
- Promocionar relaciones y contactos con cuantas comisiones, organizaciones, instituciones, etc., tanto nacionales como extranjeras, favorezcan el desarrollo profesional.
- Colaborar con las universidades, organismos e instituciones en la formación y el desarrollo profesional de sus miembros.
- Fomentar y defender los intereses profesionales del colectivo.
- Elevar el nivel científico de los asociados.
- Defender y promocionar la Sanidad Pública.
- Asumir un compromiso de cara a la sociedad para la creación de un estado de opinión, fundamental entre los profesionales de la salud, dirigido a la consecución del punto anterior.
- Defender una atención integral e integrada más efectiva, eficaz y eficiente, en todas las áreas y establecimientos sanitarios, velando por el cumplimiento de los derechos del usuario.

En el verano de 1994 un grupo de entusiastas y comprometidas enfermeras comienzan a gestar el nacimiento de la AEC. Desde entonces, el crecimiento y evolución de esta sociedad científica ha sido constante. A continuación se detallan algunas de las actividades, logros o participaciones de la AEC durante 2010.

## Actividades del año 2010

- Participación en la redacción y revisión del documento Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunidad Valenciana. Revisores: documento de opinión.
- Participación en la redacción del manual de cuidadoras familiares para profesionales de la salud de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
- Publicación en formato papel de la revista RIdeC, Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, de proyección internacional. En este momento se ha publicado el primer número y va a ver la luz el segundo.
- Redacción final del Programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria como miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad que condujo a la Publicación en el BOE del mismo.
- Participación activa en reuniones con Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y con Consejerías de Salud de todo el ámbito nacional para lograr la petición de plazas de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, que finalmente se logró con la publicación en el BOE de la convocatoria de 132 plazas en las CC.AA de Madrid, Andalucía, Asturias, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura.
- Elaboración de diferentes documentos de posicionamiento ante problemas/situaciones de salud comunitarios.
- Participación en el Programa europeo *Family Health Nursing*.
- Participación en grupos de trabajo en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (salud y género).
- Participación en el Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Participación en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de la menopausia y la postmenopausia del Centro Cochrane Iberoamericano.
- Integración en la AEC del grupo de profesionales de Instituciones Penitenciarias y la creación de una vocalía.
- Creación de la vocalía de Estudiantes/Juventud de la AEC.
- Participación en múltiples grupos autonómicos de trabajo.
- Ampliación de la Asociación a prácticamente todas las CC.AA, al tener representación en ellas.
- Participación en el Congreso Nacional de Epidemiología como parte de SESPAS. Participación en la Reunión con el Presidente de Sociedades Europeas de Salud Pública (EUPHA).
- Premio a la Calidad en las Administraciones Públicas de Navarra. En el mismo fruto del consenso entre los profesionales, las Asociaciones Científicas y la Dirección de Atención Primaria participa, como miembro nato, desde el inicio la Asociación de Enfermería Comunitaria, Vocalía de Navarra.
- Premio Sociedad y Salud de la Generalitat Valenciana al trabajo de gestión comunitaria en el que participan enfermeras de gestión comunitaria, socias de la AEC en la Comunidad Valenciana.
- Participación en actividades de Educación para la Salud en afrontamiento del duelo en jóvenes en Institutos de la Provincia de Alicante.
- Participación en el I Congreso de Enfermería de la Comunidad Valenciana del SE-UGT. "El talento enfermero, una identidad profesional".
- Participación en el XVII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Patología Digestiva. "Calidad de Vida Competencia Enfermera".
- Participación en diferentes reuniones con sociedades científicas: SEVAP, FAECAP, SEMERGEN.
- Participación en diferentes actividades y reuniones de trabajo en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Participación y coordinación de la red Iberoamericana de Enfermería Comunitaria.

## DECÁLOGO DE LA/EL ENFERMERA/O COMUNITARIA/O



**E**NFERMERA/O es nuestro verdadero nombre. Antes fuimos practicantes o ATS y no renunciamos a nuestra historia pero SOMOS ENFERMERAS/OS.

**N**o queremos que se nos asocie a tópicos o estereotipos sexistas. TENEMOS UNA IDENTIDAD PROFESIONAL PROPIA.

**F**ormadas/os en la Universidad con pleno desarrollo académico (Grado, Máster y Doctorado) en su rama propia de conocimiento: ENFERMERÍA.

**E**s el/la profesional de la salud cuyas competencias se enmarcan en el ámbito del CUIDADO, no de la curación.

**R**aliza su actividad profesional basándose en la prestación de CUIDADOS ENFERMEROS a personas, familias y comunidad a lo largo de todo su ciclo vital (desde antes de nacer hasta después de morir) tanto física, psíquica como socialmente.

**M**ANTENER SANOS A LOS SANOS es el principal objetivo de la ENFERMERA COMUNITARIA. La SALUD nos preocupa y ocupa. Diagnosticamos problemas de salud y prescribimos cuidados.

**E**l/la ENFERMERO/A COMUNITARIO/A desarrolla su actividad de manera AUTÓNOMA en el ámbito de equipos inter y multidisciplinares. Planifica, desarrolla, dirige y evalúa PLANES DE CUIDADOS CON y no PARA las personas, familias y comunidad. NUESTRA ACTUACIÓN NECESITA DE LA PARTICIPACIÓN DE TODOS. Todos somos responsables de la salud. Juntos podemos conseguir mejores resultados.

**R**egularmente el/la ENFERMERO/A COMUNITARIO/A presta CUIDADOS en Atención Primaria. NUESTRO LUGAR DE TRABAJO ES EL CENTRO DE SALUD, pero estamos en la escuela, el trabajo, las asociaciones, las Instituciones, el domicilio, etc., y allá donde haga falta.

**A**demás la ENFERMERA COMUNITARIA investiga en aquellos aspectos que afectan a las personas, familias y comunidad para dar la mejor respuesta a las demandas de salud y unos cuidados de calidad.

ENFERMERA/O COMUNITARIA/O es la/el profesional de la salud que ayuda al individuo sano y/o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Concepto de la enfermera según Virginia Henderson (1897-1996). Enfermera teórica norteamericana.

# Normas de publicación

FE DE ERRATAS

Esta página sustituye a la página 63 de la revista actual

A continuación se expone un resumen de las normas de publicación, pudiéndose encontrar información más amplia y detallada en: [www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)

Todos los manuscritos recibidos para su publicación en RIdEC serán sometidos a revisión por expertos (revisión por pares).

## Tipos de artículos

RIdEC considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con los cuidados de salud familiar y comunitaria que no hayan sido publicados en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

- **Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, social o cultural:
  - Trabajos relacionados con la práctica asistencial de los profesionales enfermeros en el ámbito de actuación comunitario, en los que a partir de una situación determinada se describa la metodología encaminada a la prestación de todo tipo de cuidados desde el punto de vista de la atención de Enfermería. La estructura de estos trabajos debe incluir una valoración, una descripción de los diferentes elementos integrantes del proceso de atención tales como el diagnóstico, el plan de cuidados, las correspondientes intervenciones y resultados obtenidos, su discusión, la evidencia científica disponible, así como la bibliografía utilizada por los autores.
  - Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de práctica clínica, programas, etc.).
  - Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.
  - Descripción de experiencias innovadoras en el campo de la gestión o la clínica, especialmente en Educación para la Salud y autocuidados, con especial referencia a los materiales educativos utilizados. Se incluirán copias de calidad de los materiales a reproducir.
- **Cartas a la directora.** Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en RIdEC, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.
- **Revisiones.** Trabajos realizados basados en el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que el autor/a o autores/as puedan aportar su experiencia personal. También tienen cabida artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.
- **Biblioteca.** Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la Enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales.
- **Noticias.** Se publicarán informaciones relativas a la AEC sobre actividades que se hayan desarrollado de interés científico para la Enfermería comunitaria (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc.). La extensión máxima será de 500 palabras y podrá acompañarse de una fotografía.

## Presentación de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright.

- La extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.000 palabras, 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc.) y 500 para noticias.
- Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve).
- El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o Power Point cuando se trate de gráficos.

Consultar las características del texto en el apartado de "Procesado de textos".

- El archivo se enviará, preferentemente por correo electrónico, a la Secretaría de Redacción: [ridec@grupo-paradigma.com](mailto:ridec@grupo-paradigma.com)
- Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:
  - Título del artículo. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Tiene que ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 10 palabras.
  - Nombre y dos apellidos de los autores.
  - Nombre completo y dirección del centro de trabajo.
  - Dirección para la correspondencia y otras especificaciones cuando se considere necesario.

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 200 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión). La traducción al inglés ha de realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

## Procesado de textos

- Tipo de letra: Times New Roman, cuerpo 12.
- Espaciado e interlineado normal.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Usar preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente.
- Utilizar entrecomillados para citas textuales de informantes o párrafos literales de texto.
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción nota final para la bibliografía, que debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice o mediante números entre paréntesis.
- Las abreviaturas tendrán que evitarse en lo posible y cuando se empleen se explicará su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Tampoco se deben usar en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario detallar su significado, siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

## Ilustraciones

- Las fotografías se incluirán sólo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9 x 12 cm. Deberán presentarse en un sobre, que incluya los pies de las fotografías mecanografiados en hoja aparte (no escribir detrás de la fotografía). Iguales normas para los grabados y dibujos. Preferiblemente se enviarán a la dirección postal mencionada con anterioridad. Además pueden enviarse en archivo electrónico en formato JPG, TIFF o GIF, pero en alta resolución (mínimo 300 dpi).
- Los gráficos y tablas se pondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir referenciados en el texto, numerados, con su enunciado (título) correspondiente y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

## Envío de manuscritos

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Tenga en cuenta esta circunstancia especialmente a la hora de enviar trabajos por vía electrónica y solicite confirmación de su llegada si no recibe acuse de recibo en un plazo de una semana.



**NUEVAS  
ESPECIALIDADES  
EN ATENCIÓN  
PRIMARIA Y  
PEDIATRÍA**



**www.aulaeir.com**

**CURSOS DE PREPARACIÓN DE LA PRUEBA DE EVALUACIÓN  
DE LA COMPETENCIA DE PEDIATRÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA**



**AULA EIR**  
ONLINE  **DAE**

**CURSOS DE PREPARACIÓN  
EVALUACIÓN DE LA  
COMPETENCIA**



**El mejor itinerario  
formativo**



**Tutorización 24 horas  
con el mejor equipo  
de expertos**



**Los mejores contenidos  
específicos de cada  
especialidad**



**Simulacros  
de exámenes**



**La mayor base de datos  
de test comentados  
específicos de la especialidad**

**PREPÁRATE LA PRUEBA DE ACCESO A LA ESPECIALIDAD A UN PRECIO JUSTO**