

XVIII Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó

- La necesidad de cuidar al cuidador-

Beneixama 2 y 3 de mayo, 2007

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
Dep. Legal: A-384-2007
I.S.B.N.: 978-84-690-5648-6

Como alcalde de este pequeño pueblo del Vinalopó, deseo manifestar mi satisfacción por poder albergar las Jornadas de Enfermería del año 2007, encaminadas como las que le han precedido, a la mejora de las condiciones socio-sanitarias de todos los ciudadanos de nuestras comarcas.

En esta ocasión, los profesionales sanitarios dedicarán su atención a los cuidadores, familiares o no, que tienen bajo su tutela a enfermos cuya adecuada calidad de vida precisa del sacrificio de quienes están más cerca. “Cuidar al cuidador” es una necesidad y a la vez una obligación para todas las Administraciones en el desarrollo de sus competencias asistenciales.

Deseo que estas Jornadas sirvan además para conocer esta parte de nuestra provincia, un pueblo preocupado por su entorno y por su cultura, principios básicos sobre los que se asienta el quehacer diario de sus habitantes.

Con mis mejores saludos

Antonio Valdés Vidal
Alcalde de Beneixama

Quiero aprovechar la oportunidad que se me brinda al invitarme a escribir estas líneas, para felicitar a los promotores de estas Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó, por dos motivos. El primero de ello por el hecho de organizar su decimoctava edición manteniendo, de esta forma, vivo el espíritu de la interrelación que tan necesario se hace en los momentos actuales en donde los dos niveles asistenciales, la primaria y la especializada, están trabajando por reorientar su protagonismo en la satisfacción de las necesidades de los usuarios del sistema sanitario, primando la prestación de una Atención cercana y de calidad, la resolución eficiente de los problemas de salud y la rentabilidad de los recursos existentes.

En segundo lugar mi felicitación por el oportunismo que ha caracterizado siempre a estas jornadas a la hora de elegir el lema central de las mismas y en torno al cual se organiza su programa científico. En este sentido, el lema para la edición de 2007, “La Necesidad de Cuidar al Cuidador”, concentra la esencia de la profesión enfermera, como es el cuidado, presentándola para el análisis y debate desde contextos diferentes pero a la vez con un alto grado y necesidad de imbricación. De esta forma la reflexión esta garantizada en el ámbito profesional desde la perspectiva personal de cada enfermera y enfermero, en el ámbito familiar desde la perspectiva de los cuidadores informales o familiares y en el ámbito social desde la perspectiva de los grupos organizados de cuidadores.

Con este planteamiento, la organización tiene asegurado el cumplimiento de sus objetivos, ambiciosos pero muy pertinentes, ya que abordar el CUIDADO desde varios puntos de vista, en la actualidad se hace muy necesario.

El primer punto de vista sobre el cual reflexionar debe tener en cuenta a los verdaderos profesionales del Cuidado, las enfermeras y enfermeros que los prestan en su quehacer diario y a los que se debe “CUIDAR”, como bien se desprende del lema de las jornadas, para que lo puedan llevar a cabo en las mejores condiciones laborales y personales posibles. Es un derecho del trabajador y una obligación de la Administración sanitaria, la cual, en esto tiempos de escasez monetaria, deberá sacar imaginación organizativa para poder garantizarlo.

Hablo de Gestión de Recursos Humanos y me estoy refiriendo a la gestión de las personas que conforman la organización; y estamos, en este caso, hablando de la gestión del principal activo, capital o recurso del que disponen las organizaciones para mantener y mejorar su competitividad.

El recurso humano de una organización es su nervio vital. Una empresa, la sanidad lo es, puede tener las mejores infraestructuras y los equipos más modernos, que

no será suficiente para continuar y tener éxito. Solamente las personas son capaces de impulsar o destruir una organización, por tanto, su significación es incuestionable y de prioridad máxima.

En este sentido es necesario invertir en políticas de salud orientadas a mejorar permanentemente su capacitación, las condiciones de trabajo y fomentar un fuerte sentido de pertenencia institucional. Es necesario cuidar al profesional que se dedica a cuidar a otros, para que pueda trabajar de la forma más eficaz y con el menor coste personal posible. El personal de enfermería se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte que hacen de su trabajo física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión...), que desde la administración se debe paliar.

Por otra parte, el enfoque del cuidado desde la perspectiva de los cuidadores informales o familiares ha dado un giro de 180 grados desde que el día 1 de enero entrase en vigor la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida por "Ley de la Dependencia".

Esta ley reconoce el derecho de las personas dependientes a recibir asistencia, calculándose en 1.200.000 las personas que tendrán este derecho, el cual se puede invocar en los tribunales para su aplicación. Desde su aprobación se están poniendo en marcha, de forma acelerada, mecanismos que permitan un desarrollo integral de la norma (grados de dependencia, baremos, derechos del ciudadano, etc) y todo ello llevara a la creación de empleo en el sector de los cuidadores profesionales. En la actualidad los cuidadores informales son casi siempre mujeres que han tenido que renunciar a su vida laboral para atender a un familiar, a partir de la puesta en marcha de la Ley, esta atención, se podrá hacer compatible con una actividad laboral pues serán las instituciones publicas quienes presten esa atención o se concederán ayudas económicas para que sea realizada por personal cualificado.

Bien podríamos decir que estamos ante una "profesionalización" de los cuidadores familiares o informales, ya que aunque no sea el verdadero espíritu de la ley y se contemple de forma excepcional, ésta permite que los cuidadores reciban una ayuda económica, un alta en la Seguridad social y una formación adecuada.

Teniendo en cuenta que el sistema de gestión de la Ley va a depender de las comunidades autónomas, Enfermería tiene que estar muy atenta a su sistema de aplicación y ofrecer su colaboración a las instituciones públicas y privadas para que la formación que se pretende ofrecer a los cuidadores o la atención que preste desde la extensa red de atención a personas mayores y a personas dependientes que ya existe en nuestro país, sea controlada o gestionada por nuestro colectivo.

La Ley de la Dependencia da un valor capital a la formación y destinada a ella una importante cantidad de recursos económicos a fin de establecer unos niveles de nuevos "profesionales" preparados y formados para atender a las personas dependientes y las enfermeras y enfermeros somos los verdaderos profesionales de los cuidados y por tanto debemos exigir tener una papel muy relevante en la puesta en marcha de esta nueva prestación social.

Por último, pero no por ello menos importante, el enfoque desde la perspectiva del asociacionismo en cuidadores es también de vital importante, pues los grupos

organizados en cualquier estrato de la sociedad, son unos importantes cauces de participación en el contexto social donde se esta inmerso, además de una vía de canalización de ideas para mejorar su presencia en el sector de la atención y prestación de cuidados, pues no podemos mirar hacia otro lado y no reconocer la realidad existente, más bien hay que afrontarla con valentía y con profesionalidad, haciendo valer nuestra capacitación, formación y liderazgo.

Finalizo esta breve redacción felicitando también a todos los asistentes por su alto grado de implicación y compromiso ya que, por un lado, sin su participación estas jornadas no podrían realizarse y por otro son ellos los que dan sentido, razón de ser y necesidad de continuidad a estas Jornadas.

José Antonio Ávila
Presidente del CECOVA

La profesión de enfermería se centra en el cuidado y el cuidado precisa adecuar conocimientos, habilidades y actitudes para reconocer y atender a las necesidades de las personas. Desde esta perspectiva, cuidar es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia. Ética y Deontología son los elementos que la sociedad demanda para la gestión de la calidad de los cuidados de salud, el alcance de la excelencia profesional y la garantía de bienestar y seguridad de las personas de las que somos en algún momento responsables.

No podemos olvidar el contexto organizacional de los profesionales sanitarios en el cual se ofrecen los cuidados. Fortalecer los factores que intervienen en el desarrollo de la práctica diaria supondrá niveles altos de satisfacción y motivación que redundarán en la prestación de los cuidados y la interrelación con el paciente, familia y equipo sanitario.

Cada vez existe mayor interés por conocer el impacto de los problemas de salud no solo en términos de sus efectos sobre el paciente, sino también en cuanto al coste médico, social y económico que esta situación tiene sobre su familia. Diversos estudios muestran que el cuidar a una persona enferma afecta a la salud física y sobre todo al bienestar psicológico del cuidador, y en concreto de cuidadores de ancianos con demencia.

Uno de los problemas fundamentales a los que se enfrentan los cuidadores es al hecho de tener que asumir, en la mayoría de los casos, el cuidado en solitario, sin ayuda de familiar ni socio sanitaria. Esto provoca el denominado “síndrome del cuidador” que se caracteriza por una situación de sobrecarga. Analizar las vivencias de los familiares en su entorno domiciliario ayudará a los profesionales en el desarrollo de programas de formación para evitar la sobrecarga y sus consecuencias.

Las Asociaciones de Cuidadores, gracias al asesoramiento y soporte emocional que brindan contribuyen a aliviar esa sobrecarga.

En estas XVIII Jornadas queremos analizar las inquietudes y necesidades del mundo de los cuidadores: los profesionales sanitarios, los familiares y las asociaciones de cuidadores familiares en su contexto y con los significados que cada uno atribuye en su acción. La red de cuidadores que forman el entramado de cuidados dirigidos a los pacientes debe también cuidar de su salud para que la calidad del cuidado este garantizada.

EL COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Rafael Blasco Castany
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilmo. Sr. D. Antonio Teodoro Valdés Vidal
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Beneixama

Ilma. Sra. Dña. M^a. Salud Conca Vilaplana
*Concejala de Servicios Sociales, Sanidad y Educación
Excmo. Ayuntamiento de Beneixama*

Ilmo. Sr. D. Antonio Galán Serrano
Dirección General de Calidad y Atención al Paciente

Ilmo. Sr. D. José Joaquín Ripoll Serrano
Presidente de la Exma. Diputación Provincial de Alicante

Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilma. Sra. Dña. Asunción Ors Montenegro
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

Ilmo. Sr. D. Joaquín Ibarra Huesa
Director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Sr. D. Joan Lloret Llinares
Gerente del Departamento 18 Elda

Sra. Dña. M^a. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Antonio Ruiz Marhuenda
Director Médico Atención Primaria Departamento 18 Elda

Sra. Dña. M^a. del Remedio Yáñez Motos
Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Molina Navarro
Director Salud Pública Elda

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. M^a. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento 18 Elda

SECRETARIA

Dña. Elena Ferrer Hernández
*Supervisora de Docencia, Dirección de Enfermería
Hospital General de Elda Departamento 18 Elda*

VOCALES

| | |
|--|--|
| D. Pablo Martínez Cánovas | <i>Centro Salud Acacias</i> |
| Dña. Remedios Carrasco Tortosa | <i>Centro Especialidades Elda</i> |
| D. Manuel Gómez Llopis | <i>Centro Salud Hondón de las Nieves</i> |
| D. Rafael Cecilia Canales | <i>Urgencias Hospital General de Elda</i> |
| Dña. Elisa Gómez Díaz | <i>Traumatología Hospital General de Elda</i> |
| Dña. Francisca Pérez Sánchez | <i>Centro Salud Villena</i> |
| Dña. M ^a . Antonia Torres Rodríguez | <i>Centro Salud Villena</i> |
| Dña. Ginesa Lagunas Navidad | <i>Ginecología Hospital General de Elda</i> |
| Dña. M ^a . Luz Ruescas Rubio | <i>Urgencias Hospital General de Elda</i> |
| Dña. Pilar Ribera Montes | <i>Medicina Interna Hospital General de Elda</i> |
| Dña. Fina Hernández García | <i>Centro Salud Sax</i> |
| Dña. Vanesa Morales Camacho | <i>Hospital General de Elda</i> |
| Dña. Nuria Mira-Marceli García | <i>Centro Salud Las Acacias</i> |

COMITÉ CIENTIFICO

PRESIDENTA

Dña. M^a. Del Remedio Yáñez Motos
Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 Elda

VOCALES

Dña. Eva M^a. Gabaldón Bravo
*Enfermera Profesora Titular Departamento de Enfermería. E.U.E.
Universidad de Alicante*

Dña. Montserrat Angulo Perea
*Enfermera Matrona Hospital General Universitario de Alicante
Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*

Dña. Carmen Valiente Azorín
Enfermera Centro Salud Villena II Departamento 18 de Salud

Dña. Mercedes Box Serrano
*Enfermera Nefrología Hospital General Elda Departamento 18 de Salud
Master en Ciencias de la Enfermería*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de los cuidadores:
profesionales, familiares y asociaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las cuestiones éticas que amparan la dignidad de las personas y garantizan la adecuada prestación de servicios regulando la práctica profesional.
- Conocer en el contexto organizacional de los profesionales sanitarios los factores que influyen en su bienestar y motivación en el trabajo.
- Analizar las vivencias de los familiares cuando prestan cuidados en el hogar y cuales son las estrategias para prevenir la sobrecarga.
- Identificar el papel crucial que desarrollan las Asociaciones de Pacientes y familiares apoyando sus necesidades y dando soporte emocional.

PROGRAMA

MIÉRCOLES 2 DE MAYO DE 2007

09:00 h. Entrega de documentación

09:30 h. Acto Inaugural

10:00 h. Conferencia Inaugural “¿NECESITAMOS LA ÉTICA PARA CUIDAR?”

Ponente: Dña. Carmen M^a. Rodríguez Arias. *Profesora Titular de Ética y Legislación para Enfermería. Universidad de Extremadura. Cáceres.*

Moderadora: Dña. M^a del Remedio Yañez Motos. *Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 de Salud*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Café

12:00 h. Comunicaciones Libres

12:40 h. Coloquio

13:00 h. Taller UPP

14:00 h. Comida

16:00 h. 1ª Ponencia “Y A NOSOTROS ¿QUIÉN NOS CUIDA?”

Ponente: D. Pedro Rafael Gil Monte. *Doctor en Psicología. Director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) Universidad de Valencia. Profesor Titular de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones Universidad de Valencia.*

Moderadora: Dña. Elena Ferrer Hernández. *Enfermera Supervisora de Docencia Hospital General de Elda.*

17:00 h. Coloquio

17:30 h. Taller de Inhalaciones

18:30 h. Comunicaciones

19:15 h. Coloquio

19:30 h. Vino de Honor. Ofrecido por el Exmo. Ayuntamiento de Beneixama

JUEVES 3 DE MAYO DE 2007

09:30 h. Discusión de Posters

Moderadora: Dña. Nuria Mira-Marceli García. *Enfermera SAIP Atención Primaria Departamento 18 de Salud*

10:00 h. 2ª Ponencia “CUIDANDO EN FAMILIA”

Ponente: D. Adolfo Guirao Goris. *Enfermero. Protocolización e Integración Asistencial Consellería de Sanidad.*

Moderadora: Dña. Francisca Pérez Sánchez. *Coordinadora Centro Salud Villena I Atención Primaria Departamento 18 de Salud.*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Pausa Café

12:00 h. Comunicaciones

13:15 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. 3ª Ponencia “LAS ASOCIACIONES, UN SOPORTE PARA EL CUIDADOR”

Ponente: Dña. M^a. Jesús Luzán González. *Vicepresidenta Asociación de Cuidadores Familiares ACF. Enfermera Atención Domiciliaria Departamento 20.*

Moderadora: Dña. Vanesa Morales Camacho. *Enfermera Hospital General de Elda.*

17:00 h. Coloquio

17:30 h. Pausa - Café

18:00 h. Comunicaciones

19:15 h. Coloquio.

19:45 h. Entrega de premios

- Mejor Comunicación

- Mejor Póster

- Mejor Comunicación y Póster, otorga en Formación el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

- XI Premio Lucentum de Enfermería.

- IV Premio Periodístico de Enfermería Departamento 18 de Salud. Colegio Oficial de Enfermería Alicante

- Premio de Fotografía (El mundo de los cuidadores)

20:00 h. Clausura de las Jornadas

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|-----|
| CONFERENCIA INAUGURAL | 21 |
| COMUNICACIONES LIBRES | 31 |
| 1ª PONENCIA | |
| COMUNICACIONES A LA 1ª PONENCIA | 53 |
| 2ª PONENCIA | |
| COMUNICACIONES A LA 2ª PONENCIA | 103 |
| 3ª PONENCIA | |
| COMUNICACIONES A LA 3ª PONENCIA | 133 |
| POSTERS | 159 |
| COLABORADORES | 169 |

———— CONFERENCIA INAUGURAL ————

¿Necesitamos la ética para cuidar?

Carmen M^a. Rodríguez-Arias.

Título Superior de Enfermería por la U. de Alicante. Bachelor of Nursing por la Hogeschool Zeeland, Holanda

Profesora Titular. Profesora de Ética y Legislación para Enfermería Universidad de Extremadura. Cáceres

Podría parecer “sencillo” y estimulante para una enfermera “vocacional/profesional” con treinta años de ejercicio profesional aprovechar esta magnífica oportunidad que se me brinda para plasmar en unos minutos lo que por convencimiento creo firmemente.

Pero cuando he intentado reflejar en esta conferencia la necesidad del conocimiento de la ética para el desarrollo de nuestro trabajo, he sentido lo complejo que resulta.

Por una parte está el amor profundo a mi profesión que elegí muy joven desde un pensamiento altruista y a la que sólo más tarde conocí en toda su complejidad y grandeza. Por otra el convencimiento que el cambio que se ha producido en nuestra profesión en estas tres décadas, nos ha ayudado a ser mejores en lo nuestro.

Poco tenemos que ver esas enfermeras de la década de los 70 con nuestros estudiantes actuales mucho mejor preparados académicamente, con una proyección más internacional e impregnados por la filosofía universitaria. Aquello que veíamos tan lejano de querer ser considerados como otros universitarios hoy es una madura realidad.

Aunque todos, aquellos y éstos tienen en común una vieja profesión que les permite desarrollarse como personas útiles para la sociedad y aunque olvidando situaciones difíciles, que de seguro se presentarán, nos llena de satisfacciones y orgullo.

Mucho han cambiado también los conocimientos que recibimos desde la moral religiosa que nos enseñaron en su día hasta la bioética que la mayoría de las Universidades contemplan en sus planes de estudio para los alumnos de enfermería y que nos acerca más a los problemas actuales que requieren una respuesta de los profesionales enfermeros ante los nuevos retos.

¿Cómo podría comenzar? Creo, que lo haré desde el principio.

Trataré de justificar porque considero imprescindible que el profesional tenga conocimientos sólidos de los aspectos éticos que impregnan su profesión. Que tenga valores morales y éticos para poder aplicarlos en su desarrollo profesional. Lo con-

sidero imprescindible para poder dar cuidados, para ofrecer consejos, para justificar decisiones y para recibir el reconocimiento social que todo profesional necesita para su autorrealización. En fin, para trabajar con otros profesionales y para establecer nuestro marco de competencias propias.

Algunas diferencias:

Cualquier ser vivo se enfrenta a retos en relación al medio en que se encuentra, respondiendo a las provocaciones que recibe para sobrevivir gracias a su dotación biológica produciéndose esta respuesta de forma automática, pero en el ser humano a diferencia de los animales la respuesta no se produce de forma automática, sino que tiene que elegir entre varias posibilidades dentro de su libertad y además debe justificar su elección. Es decir es un proceso inteligente. Esta necesidad de justificarse le hace necesariamente moral, porque le obliga a pronunciarse por unos referentes morales u otros.

Al conjunto de esos referentes morales que consisten en principios, valores, normas e ideales de vida, se le denomina contenido moral. Ortega y Gasset decía que los seres humanos estamos siempre en un tono moral u otro, estamos altos de moral o desmoralizados, pero no podemos ser amorales.

Por eso se puede decir que alcanzar una buena forma moral es un proyecto, que ser moral es una tarea, un quehacer. Consiste esta tarea en ir adquiriendo día a día unas costumbres, forjándose un buen camino, que nos permita vivir bien. Para llevar a cabo esta tarea cuenta con la libertad, la posibilidad de hacerse a sí mismo, abiertos a crear inteligentemente un mundo de posibilidades y a elegir la que consideremos mejor. Cuenta también con el talante, talante que no hemos elegido, sino que nos viene dado por naturaleza, aunque podemos modificarlo a lo largo de nuestra vida haciendo uso de nuestra libertad. También por el carácter, que es lo que los antiguos llamaban segunda naturaleza. Las personas nacemos con un talante o primera naturaleza, pero podemos ir creándonos una segunda naturaleza o carácter por repetición de actos, lo que podemos llamar experiencia acumulada, hábitos.

El carácter se va forjando mediante la adquisición de hábitos (virtudes) referidos a valores, normas e ideales de vida.

A los hábitos que nos predisponen a obrar bien se les ha llamado tradicionalmente virtudes, mientras que a los que nos predisponen a obrar mal se le llaman vicios.

La virtud es una predisposición a obrar bien, es un elemento fundamental en la ética de las profesiones, porque el profesional tiene que ser excelente en su profesión, tanto en lo que se refiere a la adquisición de habilidades necesarias para su ejercicio, como en lo que respecta a la predisposición a actuar según los valores y metas que exige la profesión. El buen profesional no se contenta con la mediocridad, sino que aspira a la excelencia. Virtud son aquellas cualidades que se estiman como buenas en las personas, y virtuoso se dice del dotado de virtudes y libre de vicios. Cualidad es el modo ser de una cosa por lo cual es lo que es y cómo es.

La actitud es una predisposición conductual, que no se considera innata, sino como algo que la persona adquiere, y como las virtudes, son expresión del ser más profundo de las personas, compuesto a la vez por sentimientos, inteligencia y razón.

En cuanto a los valores son cualidades de los seres y de las cosas que nos permiten hacer habitable el mundo. Como dice Xavier Zubiri valores como la solidaridad,

la libertad y la belleza nos permiten acondicionar el mundo para que podamos vivir en él plenamente como personas. Los valores morales dependen de la libertad humana, podemos realizarlos o no. Mientras que no todas las personas pueden ser bellas o sanas, pero sí pueden ser personas, es decir moralmente buenas.

La dignidad de la persona es la clave del mundo moral, que exige al menos dos cosas, según dice Adela Cortina, no dañarla y respetarla activamente, es decir, ayudarle positivamente a llevar a cabo sus planes de vida.

En otro punto continua diciendo Adela Cortina que los valores que componen una ética cívica son fundamentalmente la libertad, la igualdad, la solidaridad, el respeto activo y el diálogo. La defensa de estos valores toma cuerpo en el respeto de tres generaciones de derechos: los derechos civiles y políticos, los derechos económicos y culturales y el derecho a la paz, a un medio ambiente sano y al desarrollo.

Kant encuentra el fundamento del valor interno de la persona en el hecho metafísico de que es el único ser capaz de darse leyes a sí mismo, es decir, el único ser capaz de autonomía. A diferencia de los animales, que se rigen por las leyes naturales, externas a ellos, las personas son capaces de darse sus propias leyes, de autolegislarse y de orientar sus vidas por esas leyes.

Adela Cortina dice que las ciudades con democracia liberal son plurales desde el punto de vista moral. La fórmula mágica del pluralismo moral consistiría en compartir unos mínimos de justicia y respeto activamente y unos máximos de felicidad y sentido. El pluralismo moral se da en aquellas sociedades en las que conviven distintos códigos morales con distintas propuestas de vida en plenitud, que entablan entre sí un diálogo y van descubriendo paulatinamente principios y valores comunes, que les permiten abordar conjuntamente los problemas morales que se plantean a la sociedad en su conjunto.

Moral y ética:

Si tratamos de indagar en el origen etimológico de ambos vocablos, nos daremos cuenta que sus significados son muy similares. Existe consenso en interpretar el vocablo griego *ethos* como carácter o modo de ser. La palabra moral, que viene de vocablo latino *mos-moris*, se traduce habitualmente por costumbres y por carácter.

La ética y la moral se refieren a las costumbres y al carácter de las personas. Como dice José Luis Aranguren, se refieren al tipo de hábitos y costumbres que nos permiten ir forjándonos un carácter a partir de aquel con el que nacimos y que no hemos elegido, el ser humano desde su libertad puede cincelar su carácter para ir adquiriendo una segunda naturaleza a partir de aquella con la que nace. Esa es nuestra ventaja, pero también nuestro gran reto.

Erich Fromm habla de que la libertad también nos da miedo. Yo me pregunto ¿Puede ser esta la causa en parte, de que durante años no hayamos luchado por adquirir independencia o libertad para la toma de decisiones propias de la enfermera?. ¿Justifica esto el paternalismo con el que hemos sido tratadas durante décadas y que en muchos casos se aceptaba de buena gana? ¿Sentíamos miedo de utilizar nuestra libertad cuando afectaba a otros?

La moral surge cuando el hombre deja su naturaleza individual y meramente natural e intuitiva y adquiere una naturaleza social. Según esto el Profesor Sánchez Vázquez define la ética como la ciencia que estudia el comportamiento moral de los hombres en sociedad.

¿Qué entendemos por conciencia moral? Según Adela Cortina es la capacidad de percatarse de que unos principios, valores, normas o ideales de vida son más humanizadores que otros. Es la capacidad de captar los principios por los que distinguimos entre lo moralmente bueno y lo malo. Muchos autores consideran que la mejor forma de comprender lo que exige un principio moral es tratar de aplicarlo, solo entonces nos percataremos de cuál es la exigencia más profunda que plantea. En la aplicación a determinados casos concretos se entra en conflicto con algún principio de orden superior. En este sentido es un deber esencial de la enfermera entablar diálogo con los pacientes para que a la hora de tomar decisiones conozca a la persona, que tipo de valores orientan su vida y qué será lo mejor para ella en circunstancias concretas.

La ética estudia los actos humanos desde la consideración del bien y del mal. Es la parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano. Es además una ciencia normativa, una ciencia aplicada.

Como ciencia normativa la ética constituye un conjunto de principios universales sobre la moralidad de los actos humanos que, tal y como han sido probados científicamente, son válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar. La ética no se restringe a una mera descripción del comportamiento de la enfermera, sino que incide en su capacidad de juzgar y valorar lo que es conveniente o no en un determinado comportamiento, es decir, discernir por vía racional entre lo bueno y lo que no lo es. En definitiva la ética juzga los actos y conductas humanas de acuerdo con estas normas y criterios (ley moral).

La ética para el profesional enfermero estudia cuáles deber ser las relaciones profesionales entre las enfermeras y los pacientes, desde su perspectiva. Para ello debe tener conocimiento de los principios éticos para poder desarrollar óptimamente su cometido, para que no cometa errores o se abstenga de actuar.

La formación ética incita a la enfermera a la búsqueda de su perfeccionamiento profesional en las tareas que le son propias, pero en ética no existen recetas magistrales dada la complejidad de las tareas a la que se dirige, se necesita una reflexión profunda por parte del profesional, a la hora de establecer cuáles son los criterios, los principios, los referentes y los fines de su obrar profesional y eso tiene que ver con la toma de decisiones durante el desarrollo de su profesión.

Los códigos deontológicos tratan de establecer las normas básicas de la profesión para que sean cumplidas por todos los profesionales. Se entiende por código al conjunto de preceptos que inciden en un abanico muy amplio de comportamientos, en función de los principios y criterios en que se fundan, y cuya veracidad ha sido verificada desde la ética.

Ética y Bioética:

La bioética tiene por objeto no solo la vida humana, sino también la vida animal y vegetal y el discurso ecológico en su conjunto. Este término fue acuñado por primera vez por el oncólogo estadounidense Resselard Van Potter en su libro “Un puente hacia la esperanza”

En este orden de cosas es en el que se adscriben a la bioética los fenómenos referidos muy expresamente a la vida biológica, y de ahí que deba enfrentarse con problemas tan graves como los planteados por la ingeniería genética, la reproducción asistida, la eugenesia, el aborto, el suicidio y la huelga de hambre, la eutanasia, el cui-

dado de las enfermedades incurables, la experimentación humana, los trasplantes de órganos, la relación personal sanitario/paciente, el derecho a la verdad de los pacientes terminales, el derechos de los afectados en el caso de enfermedades transmisibles, la confidencialidad, o los derechos de las futuras generaciones, planteados por los desastres ecológicos. Incluso la guerra o la pena de muerte son considerados por algunos autores como propios del ámbito de la bioética, como continua señalando Adela Cortina.

La ética de las profesiones:

Aunque el concepto de nuestra profesión tiene orígenes religiosos hasta la reforma protestante la conciencia de que es un deber moral ejercer la propia profesión con pleno rendimiento va separándose paulatinamente de la conciencia de que es un deber religioso y cobrando autonomía. Esto es manifiesto en un viejo oficio, el de cuidar y el de la moderna enfermería laicista, fundamentada en la profesionalización de los cuidados. Diego Gracia afirma que el profesional es un consagrado a una causa de una gran trascendencia social y humana.

Hasta no hace mucho nuestra profesión exigía vocación, se exigía un juramento al ingreso y por su carácter sagrado se exigía unos valores morales que debía aceptar el futuro enfermero si quería dedicar su vida a este servicio.

¿Pero qué entendemos por cuidar? Y ¿qué entendemos por profesión? El cuidado es una actividad autónoma e interdependiente mediante la cual se identifican las necesidades del paciente y/o la familia, se determinan los requerimientos y se proveen los medios para satisfacerlos en forma terapéutica, de acuerdo con las posibilidades del paciente y/o su familia y enfermería.

Hoy día podemos decir que una profesión es aquella actividad ocupacional que tiene las siguientes peculiaridades:

1. Es una actividad remunerada mediante la cual se presta un servicio específico a la sociedad de forma institucionada. El servicio debe ser único, es decir en exclusividad. Las prestaciones deben estar claramente definidas de modo que el público y los trabajadores las conozcan y debe tratarse de una actividad indispensable.
2. La profesión se considera como una suerte de vocación y de misión.
3. Ejercen la profesión un conjunto determinado de personas, denominados profesionales, que ejercen su profesión de forma estable, obteniendo de ella su modo de vida y se consideran entre sí colegas.
4. Estos colegas forman un colectivo que trata de obtener un control monopolístico (intrusismo). Se agrupan en organizaciones que regulan y normalizan el ejercicio profesional.
5. Se accede al ejercicio de la profesión a través de un proceso de capacitación teórica y práctica, es decir a través de unos estudios reglados que acreditan al nuevo profesional a ejercer su tarea. Dichos estudios deben basarse en un cuerpo de conocimientos específicos que den entidad e impregnen de ciencia al saber enfermero, a veces minusvalorado al considerar que el cuidado parece ser cosa del sentido común y transmitido por la costumbre y la cultura.
6. Los profesionales reclaman un ámbito de autonomía en el ejercicio de su profesión. El hecho de que el consumidor tenga el derecho a exigir y el profesio-

nal el de enjuiciar su correcto ejercicio, hace necesario establecer un equilibrio entre las partes. Por eso los colegios profesionales promulgan códigos de la profesión con la intención de autorregularse y de resolver los posibles conflictos antes de tener que acudir al juzgado. Es muy positivo que los profesionales tomen conciencia de las exigencias de su profesión y sean los primeros en desear dignificarla.

7. Disponer de autonomía significa asumir responsabilidades y no escudarse en otros
8. Se espera de los profesionales que no ejerzan su profesión por un afán de lucro. Diferenciando el fin de una profesión, por el cual cobra su sentido y los intereses particulares de las personas que la ejercen. El interés de una enfermera a la hora de ejercer su profesión puede ser el económico, pero el fin de la enfermería no es éste, sino el bien del paciente.

La enfermera no tiene que “inventar” los fines de la enfermería, estos fines ya están dados por una larga historia, que arranca de las sacerdotisas dedicadas a la tarea del cuidado y que llega hasta nuestros días evolucionando desde la vocación, la etapa técnica hasta la profesional.

Estos cambios que mencionamos se han producido por diferentes razones, un aumento de conocimientos y sobre todo al cambio de la conciencia moral social, en parte por la propia evolución de la sociedad y también por los vertiginosos progresos en los conocimientos biomédicos.

Esto significa que aunque el fin de la profesión como tal, dar cuidados de calidad, sigue siendo el mismo, y quien ingresa en la enfermería lo tiene ya dado, el tipo de relaciones humanas mediante la cuales se alcanza esa meta, el tipo de actitudes, ha cambiado sustancialmente. Por ello la enfermería debe ir incorporando hábitos concretos, desarrollando actitudes acordes a los nuevos retos que se le presentarán en el desarrollo de su profesión.

El profesional actual tiene que desarrollar dos tipos de aptitudes: las habilidades técnicas, indispensables en el desarrollo de su trabajo, pero sin menoscabar la capacidad de tomar decisiones desde unos valores propios de la profesión, los valores morales. Cuando se conjugan estos dos elementos se compone el buen profesional. El profesional debe aspirar tanto a la excelencia física como a la excelencia moral, ya que una profesión no es un oficio ni una simple ocupación, aunque como dice Diego Gracia, la burocracia ha destruido en parte la aspiración hacia la excelencia, pues desde esa perspectiva el buen profesional es el que logra ser irreprochable desde el punto de vista legal. Distinguiendo aquí entre la legalidad y la ética.

La ética de la profesión pide mucho más que el cumplimiento de unos mínimos legales, que exija de los profesionales aspirar a la excelencia. El ethos burocrático solo pide cumplir el horario, seguir una conducta que no pueda acusarse de negligente; la ética profesional pide entrega y diligencia en el ejercicio, desarrollando las habilidades necesarias para ponerlas al servicio de la comunidad. Diferenciándola de las conductas supererogatorias que pueden llegar a la entrega de la propia vida y que no pueden exigirse.

El bien interno de la enfermería consiste en el cuidado de las personas, sea previniendo algún tipo de enfermedad, sea atendiendo a quienes se encuentran ya enfer-

mas. Teniendo en cuenta que es cuidado toda acción que contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos. Es cuidado todo aquello que contribuye a promover y fomentar la vida y la salud, como queda recogido en el documento Enfermería en Acción del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1994.

La relación enfermera/paciente se establece desde la confianza, la empatía, la seguridad, la honestidad, la compasión y desde la ciencia. En muchos casos desde la “amistad” y desde la responsabilidad profesional.

Un ejemplo: el derecho que un paciente tiene a que se le informe con veracidad, es por sí mismo una obligación. Sin embargo, a la hora de establecer el momento, la circunstancia o incluso el contenido de esa información, la enfermera aplicará la prudencia, puesto que puede entrar en contradicción con otras virtudes a la que también está obligada.

Esta relación se basa también en el respeto, consistente en no limitar al otro, dejar se al otro tal y como es. No reducirlo a un objeto (cosificación). El paciente deber ser querido por sí, por el hecho de ser persona, y no para sí.

Según algunos autores la bioética basada en la virtud hace hincapié en la calidad moral del sujeto que actúa y en sus intenciones más que en las consecuencias y el deber.

Como ya se ha comentado anteriormente, enfermería ha pasado por tres fases bien diferenciadas que han marcado su evolución moral: la etapa vocacional coincidiendo con su nacimiento como oficio, oficio de mujer y con claras connotaciones religiosas, de subordinación al cuerpo médico y de marcado acento caritativo. En esta fase la enfermería siente que la sociedad sólo le acepta cuando atiende a los débiles y necesitados con total renuncia a sí misma.

La segunda etapa comienza en la década de los 50 en los que enfermería se cuestiona el modelo vocacional y apuesta por el tecnológico, es decir adquirir competencias técnicas, para conseguir autonomía. Aunque el perfil de enfermería va diseñándose, todavía no ha adquirido la personalidad que le es propia. En esta fase aunque alcanza un mejor nivel de competencia, pierde en aspectos humanísticos, en la capacidad de ponerse en el lugar del ser vulnerable.

En la tercera fase, la enfermería profesional que coincide en el tiempo con la incorporación de los estudios en la Universidad, en el que se consolida un cuerpo propio de conocimientos, un método y un lenguaje que le hace reconocible. Sin perder la compasión hacia los que administra sus cuidados y su empatía hacia ellos, aumentan sus responsabilidades, las dotes de comunicación con los usuarios y sus familias, que requiere tanto el aprendizaje en técnicas específicas, como la sensibilidad suficiente para saber situarlas en las situaciones concretas. Dotes de liderazgo para desarrollar su trabajo. Capacidad de promover el autocuidado y la independencia de las personas desde la prevención o desde la autocuración. Además las competencias técnicas son esenciales para llevar a cabo el ejercicio profesional, técnicas que es preciso dominar al máximo.

A medida que el desarrollo profesional ha dado lugar a elevar el nivel de responsabilidad, se espera del profesional respuestas ante distintas situaciones que implican al paciente y/o familia y a la enfermera.

En el desempeño del trabajo enfermero se confunden con frecuencia las normas éticas y jurídicas, y aunque entre una y otras existen similitudes, el contenido de lo ético y lo legal son diferentes.

Las normas éticas pertenecientes al ámbito de la moralidad, como ya se ha comentado, están sustentadas sobre una base integrada por principios y valores universales. Las normas jurídicas pertenecen al derecho, siendo éste quien determina la legalidad de los actos.

Para la enfermería, el conjunto de ordenado de este tipo de normas determina la Deontología Profesional Enfermera, es decir los deberes mínimamente exigibles en su ejercicio profesional. Conocer los deberes y los derechos en su trabajo, y así mismo los de los pacientes: la participación informada, la carta de los derechos de los pacientes, la relación enfermera-usuario, que se basan en el reconocimiento de su autonomía y en el respeto como persona.

Por último, conseguir la autoestima es la meta final y deseable para lograr una vida feliz. Los profesionales necesitan tener un buen concepto de su profesión para desarrollarla con entusiasmo. En un momento en que tantos profesionales se auto-diagnostican del síndrome del “quemado”, deberíamos pararnos a analizar detenidamente por qué ocurre e intentar dar soluciones al respecto. La humanización del trabajo ha de ser un objetivo prioritario para el profesional y una exigencia para con ellos mismos, como trabajadores. Por eso mismo la comunicación debe ser una prioridad en su desempeño, comunicación entre las personas y en ambos sentidos. La escucha atenta al paciente, la sensibilidad, la confianza establecerá un tipo de relación bidireccional. Como dice Orem al describir los aspectos sociales de la práctica de la enfermería, la comunicación entre las personas que pueden beneficiarse de los cuidados enfermeros y las personas capaces y dispuestas a proporcionarlos.

BIBLIOGRAFÍA más relevante

- Pilar Antón: Ética y legislación en enfermería. Barcelona, Masson, S.A, 2000
- José Luís Aranguren: Ética, Madrid, Alianza Universidad, 1995.
- Manuel Atienza: Tras la justicia. Barcelona, Editorial Ariel, 1993.
- Francisco Cárceles-Guardia: Derechos y deberes del paciente. 1984-2004. Rev Calidad Asistencial 2005;20(6):295-301.
- Adela Cortina: Ética y legislación en enfermería. Madrid, Mc Graw-Hill, 1997.
- Javier Gazo: Ética y legislación en enfermería. Madrid, Ediciones Universitas S.A., 1994.
- Diego Gracia: Fundamentos de bioética, Barcelona, Ariel, 1996.
- Ricard Meneu: Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial 2005;20(6):337-42.
- Luis Miguel Pastor García y Francisco Javier León Correa: Manual de ética y legislación en enfermería, Madrid, Mosby/Doyma, 1997.
- Fernando Palacio: Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2005;20(6):311-17.
- J. Sanchez Caro: Derechos de los pacientes en el siglo XXI. Jano 6-12 octubre 2006. N° 1.622.

———— COMUNICACIONES LIBRES ————

¿ES ADECUADA LA ALIMENTACIÓN EN LOS ESCOLARES DE NUESTRO ENTORNO?

Natalia Alarcón Egea, Mercedes Rizo Baeza, Natalia Martínez Amorós
Departamento de Enfermería Universidad Alicante

Palabras clave:

Alimentación; escolares.

Objetivos:

Valorar el estado nutricional y de salud, en el que se encuentran los escolares de Caudete. Conocer qué es lo que comen los niños, y cómo lo comen, mediante una observación en el comedor escolar. Comprobar el efecto del estudio, tanto en los niños, como en su entorno, 6 meses después.

Material y Métodos:

Estudio antropológico, y de carnets alimentarios, de un total de 84 niños, de 3º y 4º de primaria y usuarios del comedor escolar, con edades comprendidas entre 8 y 10 años. Del C.P. “Alcázar y Serrano” de Caudete, provincia de Albacete.

Resultados y Conclusiones:

Tras evaluar los registros alimentarios recogidos, se ha observado:

- Déficit de pescado (blanco y azul).
- Déficit o escasez de huevos.
- Exceso de bebidas carbonatadas o de cola a expensas de agua.
- Ausencia casi total de verduras y hortalizas tanto en ensaladas como hervidas. Así como de frutas y verduras.
- Los hidratos de carbono están disminuidos en detrimento de las grasas, de las cuales las saturadas superan los límites aconsejados.
- Las proteínas están dentro del rango normal o ligeramente por encima.
- Las cantidades de fibra no alcanzan los límites recomendados.

Bibliografía:

Mataix y Cols. “Alimentación y Salud”

INFLUENCIA DE LA OPINIÓN SOCIAL/PÚBLICA SOBRE LA IMAGEN CORPORAL A LA HORA DE AMAMANTAR

Estudio comparativo a través de tres generaciones

Vanesa Morales Camacho, Manuela Sequera Chamorro,
Raquel Santonja Seguí, Javier Martí Chacón.

“La lactancia materna es el regalo más precioso que una madre puede dar a su hijo.
En la enfermedad o la desnutrición, este regalo puede salvar la vida;
en la pobreza puede ser el único regalo”

Lawrence 1991

RESUMEN

No podemos olvidar que hace únicamente unas décadas la lactancia natural no era una práctica habitual en los países desarrollados, la comodidad de alimentar con fórmulas artificiales, el desarrollo y evolución de las mujeres en el mundo laboral y otros factores sociodemográficos, llevaron a éstas a inclinarse por este tipo de alimentación para sus hijos.

Muchas mujeres que deciden amamantar en la actualidad encuentran resistencia a su decisión a causa de los estereotipos de imagen establecidos, el culto y cuidado del cuerpo es un gran determinante en la sociedad actual, sin duda los temidos cambios fisiológicos durante la gestación condicionan este acto.

El objetivo que nos planteamos fue analizar los cambios de la imagen de la mujer en madres de tres generaciones según su propia experiencia en la práctica de amamantar e identificar los factores que intervinieron en dichos cambios.

La metodología es cualitativa, utilizando como estrategia la Teoría Fundamentada y como técnica la entrevista semiestructurada.

La muestra la componen mujeres de tres generaciones que han alimentado a sus hijos con la lactancia materna.

Los resultados obtenidos nos demuestran que uno de los factores que han influido más en la disminución de la prevalencia en la lactancia materna ha sido la imagen social percibida y los cambios sociales y laborales.

Las conclusiones más significativas son: el cambio de la imagen social de la práctica de amamantar en público, los cambios en la estructura familiar, el nuevo rol de padre y la preocupación de la mujer por su imagen corporal han contribuido a que la mujer opte por la lactancia artificial.

PALABRAS CLAVE

Lactancia Materna, auto imagen, sociedad, amamantar, generaciones

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un reflejo de los valores y normas de cada cultura. Como toda manifestación cultural, la lactancia ha sufrido transformaciones a través del tiempo y ha tenido que adaptarse a las ideas dominantes en cada periodo.

La imagen de la mujer y la percepción de su físico también han evolucionado a lo largo de la historia. Centrándonos en la práctica de amamantar, y haciendo lectura de la prensa actual nos sorprendió leer una noticia que aportaba dos sentencias en las que se sancionaba a una franquicia de comida basura, por vulnerar la libertad de la mujer en el derecho de amamantar en público. Esta situación nos condujo a plantearnos el desarrollo de este trabajo.

Los numerosos artículos de antropología, sociología, enfermería y otras ciencias de la salud nos alentan a creer en la lactancia materna. Existen numerosos estudios acerca de los factores que llevaron a la mujer a decantarse por un tipo de lactancia u otra. Son muchas las razones alegadas en estos estudios, pero en todos se hacía referencia a la “imagen de su cuerpo”. Estas razones nos llevaron a cuestionarnos si el rol de la mujer actual es significativo en su preocupación por los cambios producidos en su imagen corporal o, si por el contrario, esta preocupación ha estado presente en otras generaciones de madres que amamantaban.

En estas últimas décadas son innumerables los factores que contribuyen a una disminución de esta práctica y esto nos lleva a plantearnos si sólo son los factores demográficos o socioculturales, así como la incorporación de la mujer al mundo laboral los causantes del abandono del hábito de amamantar.

OBJETIVOS

Analizar los cambios de la imagen de la mujer, según la experiencia vivida por madres de tres generaciones que han dado lactancia materna a sus hijos.

Identificar los factores que han determinado que la práctica de amamantar en público haya pasado de ser un mero hecho natural a una cuestión privada.

METODOLOGÍA

Análisis cualitativo, utilizando la estrategia de la Teoría Fundamentada.(1)

El uso de esta estrategia se sustenta en base a la finalidad de captar el significado de la evolución de los comportamientos (2), procesos y hechos que les han llevado a las madres dejar de realizar determinados actos en público, como la practica de amamantar que ha pasado a realizarse en privado.

El muestreo se llevó a cabo de modo intencionado, según determinados criterios de inclusión, como la edad: mujeres comprendidas entre 60-85 años para la genera-

ción mayor, entre 35-60 años para la segunda generación y mujeres entre 20 y 35 años para las más jóvenes. Otro de los criterios fue que hubieran lactado al menos a uno de sus hijos de modo natural.

Los intervalos de edades se seleccionaron con el fin de agruparlas en tres generaciones diferentes, y así obtener diferentes experiencias en un abanico generacional amplio.

Se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada, con un guión previo, basado en los objetivos principales que nos habíamos planteado tratar en la investigación. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, cuya duración fue de una hora aproximadamente para cada una de ellas. Tres entrevistas en cada grupo generacional.

Estas entrevistas se realizaron en la consulta del niño sano a las madres de generaciones más jóvenes, y para las generaciones anteriores las entrevistas tuvieron lugar en la consulta de adultos.

Una vez transcritas las entrevistas se procedió a la categorización de los datos. Supimos que habíamos finalizado el análisis cuando nos encontramos con una saturación de los datos. La saturación es alcanzada cuando el desarrollo de categorías es denso (en variación y proceso) y cuando las relaciones entre categorías están bien establecidas y validadas.(3)

Se solicitó a la Dirección de Atención Primaria el permiso para la realización de las entrevistas. Se informó de los objetivos del estudio. Se tuvieron en cuenta y se respetaron las cuestiones éticas, como el consentimiento informado y se les garantizó la privacidad y confidencialidad a los informantes, explicándoles la finalidad de la investigación y de lo que se requiere de ellas, dándole la oportunidad de abandonar en el momento que lo decidían.

RESULTADOS

ACEPTACIÓN SOCIAL A LO LARGO DE LA HISTORIA

Como podemos observar, existe una diferencia significativa entre las diferentes generaciones. La práctica totalidad de las mujeres de la generación mayor alimentaban a sus hijos a pecho, por lo que socialmente el hecho de amamantar en público era un “hecho natural”. Los cambios socioculturales, unidos a otros factores, han hecho cambiar de forma reveladora la percepción de la mujer ante la sociedad.(4)

Es por esto que el acto de alimentar a sus hijos en público ha pasado de ser un acto natural a un acto predeterminado y estudiado en las generaciones actuales.

Le daba de mamar en todos los sitios. Llevaba un crío pequeño, si íbamos a misa o donde fuera, con más respeto te ponías la mano encima o un pañuelo.

(81 años, 3 hijos)

Si tienes que salir a algún sitio, la comida la llevas puesta.

(37 años, 1 hijo)

Si tenía que salir me organizaba para no tener que dar el pecho fuera, porque la gente te mira.

(29 años, 1 hijo).

INFLUENCIA DEL ENTORNO Y LA PAREJA ENTORNO Y FAMILIA

Yo había visto a mis tías que también habían dado a luz y eran mayores que yo, y también habían dado de mamar. Y yo, las veía a ellas cómo se los ponían, y ya prácticamente aprendí sola.

(81 años, 3 hijos)

Te sientes inútil, que no sabes por dónde tirar. No quería engancharse. A mí me generó demasiada angustia. A mi no me ha enseñado nadie.

(43 años, 2 hijos)

Yo había visto a la gente dar de mamar, los folletos y póster. Yo lo cogía todo, me gustaba guardar la información.

(29 años, 1 hijo)

PAREJA

A pesar de las diversas ocupaciones de la mujer y su mayor independencia, éstas no se sienten recompensadas por el esfuerzo que realizan, y además, les aborda un sentimiento de fragilidad al no estar tan apoyadas por el entorno familiar como ocurría en otras generaciones. Aunque hay que destacar la evolución en el rol del padre. La importancia que tenía antes la familia, ha pasado a ocupar un segundo plano, siendo ahora el padre quien apoya a la madre en la práctica de amamantar.

Ufff! El estaba aburrido, me decía: “Lo tienes muy mal acostumbrado, ¿Por qué no le quitas el pecho?”

(35 años, 2 hijos)

Con el primer hijo no tuve apoyo, porque tuve que romper muchos mitos. No entendía el que lactara con dientes, y ahora, ya con el segundo, ya no me dice nada y me dejan a mí

(37 años, 2 hijos)

En aquellos tiempos el marido no rezaba en este encuentro, nada más si lloraba el niño, que lo pusiera para que no llorara.

(81 años, 3 hijos)

Es un hombre, que como él pocos. Me decía: “Lo primero el pecho, y luego se verá”. Él me apoyaba, pero sí que le daba tiricia -cuando en la subida se me ponían los pechos a reventar.

(29 años, 1 hijo)

INFLUENCIA DEL CAMBIO EN LA IMAGEN CORPORAL A LA HORA DE LA DECISIÓN DE AMAMANTAR

Es curiosa la diferencia revelada entre las mujeres. La primera generación no hace referencia alguna al físico como problema a la hora de amamantar a sus hijos. Las generaciones más jóvenes indican su “vergüenza” al dar el pecho en público.

Además, indican una preocupación hacia su físico y las connotaciones negativas que tienen sobre ellas el hecho del embarazo y la lactancia.

Yo oigo a otras madres que dicen que no quieren estropearse el pecho por dar de mamar, pues yo prefiero estropearme yo y no estropear a mis hijos aunque se pongan ellas un poco más gordas, que luego ya perderán el peso. Es más sano para la criatura.

(71 años, 19 hijos)

Cuando no hay conciencia de que se quiere dar el pecho, todo son excusas. Muchas mujeres piensan que la mujer que da pecho luego se le cae y se queda más feo y blando. Hoy en día se le rinde mucho culto al cuerpo, y hay mujeres que prefieren no darle de mamar para evitar que el pecho se le quede de aquí y de allá. Pero bueno, todo es muy respetable.

(81 años, 3 hijos)

Si tuviera otro hijo lo amamantaría depende de lo que engordase. Soy egoísta, todo depende de mi físico. Primero fui madre y luego mujer, y la próxima vez será al revés.

(29 años, 1 hijo)

A los 10 meses decidí que era el momento del destete porque estaba como una foca; y dije ahora me toca a mí. Yo necesitaba volver a mi peso porque me hubiera vuelto loca.

(26 años, 1 hijo)

AMAMANTAR EN PÚBLICO: SENTIMIENTOS ENCONTRADOS

Aunque en la actualidad las mujeres saben que la lactancia materna es el modo de alimentar más sano y saludable, interactúan numerosos factores que hacen que éstas sientan reparo y vergüenza a la hora de realizarlo en público. Es por esto que las madres de hace 50 años nunca se plantearon este hecho como un obstáculo social.

Él tenía la manía de donde íbamos me sacaba el pecho, porque me tocaba y había veces que enseñaba lo que no debía.

(29 años, 1 hijo)

No es lo mismo sacarte la teta que darle el biberón, aunque sea más sano.

(26 años, 1 hijo)

Que tienes que ir a una cena y no te puedes ir porque le tienes que dar de mamar. Lo que pasa.

(35 años, 2 hijos)

Yo donde iba me llevaba a mis hijos, antes no había tantos carritos ni ná, yo me lo llevaba a cuestras a mi niño en brazos. Si tenía 4 ó 5 todos me los llevaba. Yo me ponía en el sitio que no hubiera mucha gente, y le daba el pecho a mi hijo.

(71 años, 19 hijos)

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos decir que la sociedad juega un papel determinante para que el proceso de amamantar sea llevado a cabo con éxito. Este hecho, lleno de amor y de necesidad en otras épocas, ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

Sería interesante destacar la definición de Hays (5) en la Italia de 1930-1940, donde dice, “una buena Madre se caracteriza como aquella mujer que tiene una gran cantidad de leche en sus senos y amamanta hasta edades avanzadas de sus hijos”.⁵

Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido, a que la condición de no lactancia requería a principios en esa época de dinero para una nodriza; Hoy en día las madres entrevistadas no se cuestionan la capacidad de una buena madre en referencia a la cantidad de leche que emane de sus senos, sino que es una decisión propia que determina cada mujer en consecuencia de sus creencias y valores.

Amamantar en público era considerado como un acto natural y habitual, y se ha transformado en algo que nos extraña e incluso “ofende” debido a los cambios y transformaciones experimentadas en los últimos 50 años en los países industrializados.

Este factor unido a otros, como la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, el espíritu de modernidad con creencia ciega en los avances científico-técnicos y el pensamiento feminista hacen, por otro lado, aceptar lo artificial como algo mejor que lo natural, la llamada “maternidad científica”.⁽⁶⁾

Son las mismas mujeres y la intervención de grupos de ellas (Liga de la leche, posteriores grupos de apoyo y organismos internacionales) los que en las últimas décadas están aunando esfuerzos para conseguir que el índice de lactancia materna aumente y exista una mayor concienciación acerca de sus beneficios indiscutibles.⁽⁷⁾

Todas ellas consideran como factor determinante, o al menos a tener en cuenta, la transformación experimentada en la familia. La familia pasa de ser extensa a nuclear en sólo 50 años, y este hecho determina que la acción de amamantar cambie de un registro natural y espontáneo aceptado por todos como un hecho cotidiano, a ser llevado a cabo en la intimidad y ante la vista de unos pocos. Con este cambio, se pierden también en gran medida las redes de apoyo, tanto sociales como familiares. Por ello sería conveniente que la familia sea capacitada para poder brindar el apoyo emocional y físico a la madre y niño durante el período de lactancia.⁽⁸⁾

Este hecho de pérdida de las redes sociales forja en las mujeres de generaciones más jóvenes un sentimiento de soledad a la hora de amamantar a sus hijos. A menudo las mujeres no se sienten respaldadas ni apoyadas. Esto, unido al paréntesis obligado en su carrera profesional, hace indiscutiblemente que cada vez, con mayor insistencia, la mujer exija ayuda de su entorno y pareja.

Entre las conclusiones obtenidas, cabe señalar el cambio producido en el rol de padre. Actualmente, se informa a la pareja acerca de la conveniencia de acudir a las clases de preparación al parto y a ser parte activa en los cuidados del embarazo así como de los beneficios de la lactancia materna, en contra de las manifestaciones de las madres de mayor edad. Todas ellas hacían referencia a la escasa intervención de su pareja y como ellos entendían que la mujer, dada su fisiología y su específica función reproductora, se encuentra más cerca de la naturaleza.

Como manifiesta la Antropóloga Henrietta L. Moore, el papel social de la mujer se percibe tan próximo a la naturaleza porque su relación con la reproducción ha ten-

dido a limitarlas a determinadas funciones sociales: el confinamiento de la mujer al círculo doméstico. (9)

La literatura encontrada y revisada para ésta investigación, acerca de la percepción de la imagen social de la mujer y su propia auto imagen, son relativamente recientes, por lo que queremos destacar las limitaciones en este punto. Quizás la mujer nunca se había cuestionado este hecho, a causa de la necesidad incipiente de amamantar a sus hijos como único modo de supervivencia para ellos.

El papel que la mujer ejerce a lo largo de toda su vida, considerada más próxima a la naturaleza, dada sus condiciones biológicas, es la condición absoluta que la ha situado durante siglos en el lugar que ocupa en la sociedad.

El cambio del papel de la mujer en la sociedad hace que muchas mujeres que deciden amamantar en la actualidad encuentren resistencia a su decisión. Los impedimentos existentes desde hace décadas, en parte gracias a las asociaciones feministas que consideran los pechos como objetos sexuales, hacen que muchas mujeres no se animen a amamantar a sus bebés en la vía pública o frente a personas extrañas.

Además, los senos de la mujer tienen una connotación potencialmente sexual. Es una condición en nada regida por la mujer, simplemente está representada en ella, objetivada en ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mead G H Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press, 1934. In: Denzin. The Research Act. New York: McGraw-Hill. 1978.
2. Guba E. G. y Lincoln I.S. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro (Compiladores) Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social. 2000. p. 113-145. El Colegio de Sonora: Hermosillo, Sonora, México.
3. Strauss, A., & Corbin, J. Basics of qualitative research Newbury Park, CA: Sage 1990. In: Mayan M. J. Una Introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Qual Institute Press: Alberta, Canadá. 2001.
4. <http://www.uesnochichi.com.ar/textos/Uesno%20chichi.pdf> [Internet]. [Acceso el 23 de Diciembre de 2006]. Disponible en: <http://www.uesnochichi.com.ar/>
5. Hays. Contradicciones culturales de la maternidad. Sharon. Paidós, Barcelona, 1998.
6. Aparisi, A. y Ballesteros, J. Por un feminismo de la complementariedad, Nuevas expectativas para la familia y el trabajo. Editorial Eunsa. Navarra, 2002. p. 188-190.
7. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr 1999; 50:333-340.
8. Rizo, M. M Lactancia materna y familia.. Editorial Elsevier Science Health Science div. 2005. p. 169-179.
9. Moore, Henrietta L Antropología y feminismo. Ed. Cátedra, 4ª Edición. Madrid, 2004. p. 29-30.

LA FIGURA DEL CUIDADOR EN LA CINEMATOGRAFÍA CONTEMPORÁNEA: UN ELEMENTO DE REFLEXIÓN Y ANÁLISIS EN ENFERMERÍA

Manuel Gallar, Manuel Lillo, Isabel Casabona, Juan Mario Domínguez.
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

PALABRAS CLAVE

Cine, enfermería, cuidador.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en seleccionar y justificar un conjunto de películas publicadas en los últimos años que contengan aspectos contextuales y significativos de cuidadores de diferentes características y circunstancias con la intención de ofrecer una imagen diversificada de los mismos, de sensibilizar social y transculturalmente al profesional de la salud y de proponer un material de trabajo útil para el desarrollo de la enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una selección de películas en función de un criterio basado en los distintos tipos de cuidadores y contextos contemporáneos, y, a ser posible, de nuestra realidad inmediata, motivo por el cual se ha dirigido la atención en la producción cinematográfica contemporánea. No se ha pretendido realizar una búsqueda y catalogación rigurosa de largometrajes, sino de proponer una selección breve de aquellas que hemos considerado que responden a nuestro objetivo.

Las situaciones y características del cuidador que han diversificado la figura del cuidador y sobre las que hemos realizado la selección de películas, son:

- a) El cuidador joven (hijos).
- b) El cuidador de etnia distinta.
- c) El cuidador en situación límite.
- d) El cuidador cómplice.
- e) El cuidador que no puede comunicarse bien con el enfermo.
- f) El cuidador de personas terminales.

- g) El cuidador que no cuida.
- h) El cuidador a la fuerza.
- i) El cuidador que no sabe cuidar.
- j) El enfermo como cuidador.
- k) El cuidador trastornado.
- l) La soledad del cuidador.

En el proceso de selección no se ha diferenciado el cuidador profesional del no profesional, ya que el contexto y el perfil cultural, social y familiar, constituyen los aspectos prioritarios en que nos pretendemos centrar.

RESULTADOS

En la siguiente tabla se expone la selección de películas que responden a los diferentes perfiles del cuidador:

| Tipo/situación del cuidador/a | Película | Director/a | Sinopsis |
|-------------------------------|---|------------------------|---|
| Cuidador joven (hijos) | Azuloscurocasinegro | Daniel Sánchez Arévalo | Jorge Mateo trabaja de portero en un inmueble de un barrio de clase media de Madrid. Es un trabajo impuesto, heredado forzosamente después de que su padre sufriera un infarto cerebral. Jorge se las ha apañado en los últimos siete años para hacerse cargo de la portería, ejercer de enfermero con su padre, y aún así sacar tiempo para estudiar una carrera. Ahora, con 25 años, recién licenciado, Jorge aspira a un mundo mejor, a estar al otro lado del cristal, ese fino cristal casi invisible, que le separa de sus sueños. Pero para que todo eso suceda, Jorge sobre todo se tiene que revelar contra sí mismo. Dejar de sentirse responsable de todo lo que le rodea, enfrentarse a sus propios deseos por encima de las necesidades de la gente que le rodea. Entonces todo podrá ser diferente... o no (3). |
| | Las invasiones bárbaras | Denys Arcand | Rémy, divorciado, 50 años y pico, está hospitalizado. Louise, su ex mujer, llama a Sébastien, el hijo de ambos, que vive en Londres. Sébastien se lo piensa; hace tiempo que él y su padre no tienen nada de que hablar. Por fin decide volver a Montreal para ayudar a su madre y apoyar moralmente a su padre. El director canadiense muestra en esta obra coral los beneficios del uso de los drogas con fines terapéuticos y de defender con firmeza y naturalidad una muerte digna para quienes así lo elijan, convirtiendo en un auténtico drama esta amarga comedia. La extraordinaria forma de narrar la etapa final del protagonista cubierta con dignidad, emotividad y hasta alegría, en un final en el que cada uno encuentra espacio para su propia reconciliación. |
| | Método socrático (Serie House, T. 1) | David Shore | Una madre con un serio trastorno mental vive con su hijo adolescente, quien cuida meticulosamente de ella. |
| Cuidador de etnia distinta | Crash | Paul Haggis | El descubrimiento del cuerpo de un hombre brutalmente asesinado en una cuneta hará que las vidas de varias personas se entrecrucen en Los Angeles. Un policía veterano y racista, su compañero novato e idealista, una ama de casa blanca esposa del fiscal del distrito, un tendero iraní, una pareja de color adinerada... Estos son algunos de los personajes entre los que surgirán tensiones tanto raciales, como religiosas como de clase que ilustran el caos de las vidas de los habitantes de Los Angeles (4). Muchos de los personajes actúan como cuidadores. |
| Cuidador en situación límite | La vida secreta de las palabras | Isabel Coixet | Un lugar aislado en medio del mar: Una plataforma petrolífera, donde sólo trabajan hombres, en la que ha ocurrido un accidente. Una mujer solitaria y misteriosa que intenta olvidar su pasado (Sarah Polley) es llevada a la plataforma para que cuide de un hombre (Tim Robbins) que se ha quedado ciego temporalmente. Entre ellos va creciendo una extraña intimidad, un vínculo lleno de secretos, verdades, mentiras, humor y dolor, del que ninguno de los dos va a salir indemne y que cambiará sus vidas para siempre. Una película sobre el peso del pasado. Sobre el silencio repentino que se produce antes de las tormentas. Sobre veinticinco millones de olas, un cocinero español (Javier Cámara) y una oca. Y sobre todas las cosas, sobre el poder del amor incluso en las más terribles circunstancias (2). Obra maestra. |
| Cuidador cómplice | Mar adentro | Alejandro Amenábar | Basada en hechos reales, narra la historia de Ramón Sampedro, un hombre tetrapléjico que durante 25 años luchó para conseguir una muerte digna y cuyo caso desencadenó un gran debate social. Prohibida la eutanasia en España, Sampedro acudió varias veces a los tribunales expresando su deseo de morir legalmente, pero fue inútil. Ramón lleva casi treinta años postrado en una cama al cuidado de su familia. Su única ventana al mundo es la de su habitación, junto al mar por el que tanto viajó y donde sufrió el accidente que interrumpió su juventud. Desde entonces, su único deseo es terminar con su vida dignamente. Pero su mundo se ve alterado por la llegada de dos mujeres: Julia, la abogada que quiere apoyar su lucha y Rosa, una mujer del pueblo que intentará convencerle de que vivir merece la pena. La luminosa personalidad de Ramón termina por cautivar a ambas mujeres, que tendrán que cuestionar como nunca antes los principios con que rigen sus vidas. Ramón sabe que sólo la persona que de verdad le ama será la que le ayude a realizar ese último viaje (1). |

| | | | |
|---|--|-------------------|--|
| Cuidador que no puede comunicarse bien con el enfermo | Hable con ella | Pedro Almodóvar | El telón de rosas color salmón y grandes flecos dorados que cubre al escenario, se abre para ver un espectáculo de Pina Bausch, Cafe Müller. Entre los espectadores, dos hombres están sentados juntos por casualidad, no se conocen. Son Benigno (un joven enfermero) y Marco (un escritor de cuarenta y pocos años). En el escenario, completamente lleno de sillas y mesas de madera, dos mujeres con los ojos cerrados y los brazos extendidos se mueven al compás de "The Fairy Queen" de Henry Purcell. La pieza provoca tal emoción que Marco rompe a llorar. Benigno puede ver el brillo de las lágrimas de su casual compañero, en la oscuridad del patio de butacas. Le gustaría decirle que a él también le emociona el espectáculo, pero no se atreve. Meses más tarde, los dos hombres vuelven a encontrarse en la Clínica "El Bosque", una clínica privada donde Benigno trabaja. Lydia, la novia de Marco, torera de profesión, ha sufrido una cogida y está en coma. Benigno justamente se ocupa del cuidado de otra mujer en coma, Alicia, una joven estudiante de ballet. Cuando Marco pasa junto a la puerta de la habitación de Alicia, Benigno no duda en abordarlo... Es el inicio de una intensa amistad... tan lineal como una montaña rusa. Durante el tiempo suspendido entre las paredes de la clínica, la vida de los cuatro personajes fluye en todas las direcciones, pasado, presente y futuro, arrastrando a los cuatro a un destino insospechado (5). |
| | En la ciudad sin límites | Antonio Hernández | Un joven, Víctor, aterriza en París dónde toda la familia está reunida en torno al padre, Max. Pero el enfermo se comporta de la manera más extraña. ¿Por qué intenta escaparse de la clínica? ¿Por qué tiene miedo a los que le cuidan? Se ha vuelto loco? Quizás, pero Víctor, al contrario de los demás miembros de la familia que solo encuentran interés en las cuestiones de herencia, quiere saber porque. ¿Por qué su padre pierde la razón precisamente de esta forma? ¿Por qué tanto miedo? Con el tiempo, Víctor consigue ganarse la confianza del anciano y empieza a seguir sus instrucciones. Estas, al principio, resultan bastante incoherentes. Tiene que llamar a un número de teléfono que no existe. Empieza a buscar a un hombre que parece haber muerto años atrás. Saca a su padre de la clínica solo para descubrir que el anciano ya no reconoce las calles dónde pasó su juventud. Cuando la familia averigua el incidente y para prevenir cualquier nueva escapada, se fija nuevas reglas para las visitas. Víctor, destrozado, humillado, está a punto de abandonar una búsqueda que visiblemente es un despropósito. Cuando, de repente, todo empieza a cobrar sentido. Víctor descubre que la locura de su padre esconde un terrible secreto. Un secreto que les puede herir a todos (6). |
| El cuidador que no sabe cuidar | El secreto de Kate | Arthur Seidman | Una joven que padece anorexia con patrón bulímico vive con sus padres, quienes no saben cómo actuar ante la hostilidad y las dificultades cotidianas que plantea su hija, lo cual traerá consecuencias fatales. |
| El cuidador que no cuida | Cosas que importan | Carl Franklin | Ellen Gulden es una ambiciosa periodista que tan sólo vive para su trabajo. Cuando un día recibe la noticia de que su madre está gravemente enferma, se ve en la obligación de regresar a su pueblo natal. La intensa convivencia con sus padres le permitirá conocerlos a fondo, descubrir aspectos singulares de su pasado y madurar como persona. Entonces comprenderá porqué su padre apenas se dedica a su madre. |
| El cuidador a la fuerza | León y olvido | Xavier Bermúdez | Olvido es una mujer de veintinueve años. León, su hermano, tiene el síndrome de Down. Hace cuatro o cinco años que quedaron huérfanos, y como única herencia les quedó el alquiler de la casa en la que viven y un viejo coche. Entre ellos comienza a desarrollarse, de un modo cada vez más desesperado, un conflicto. Olvido quiere que León acepte ir a un internado o vaya y venga solo de la escuela y se ocupe de sus cosas y de algunas tareas de la casa como mal menor; León intenta que las ocupaciones, responsabilidades y tareas sean las menos posibles y que su hermana se ocupe en cuerpo y alma de él. La desesperación de Olvido va en aumento y la tenacidad de León será continuamente puesta a prueba. A ambos les esperan situaciones muy extremas de las que será difícil que salgan indemnes (1). |
| El enfermo como cuidador | Mi vida sin mí | Isabel Coixet | A una joven, madre de dos hijas, se le diagnostica un cáncer en fase terminal. Ante el patético plan que le depara si se somete a un tratamiento agresivo, decide no asumir el rol que debiera asumir en un hospital, y vivir la vida que le queda haciendo todo aquello que no había logrado hasta ahora... y además, prepara las condiciones para que su familia -su vida- quede en buenas manos cuando ella ya no esté. |
| | Autopsia (Serie House, T. 2) | David Shore | Una niña de 9 años está a tratamiento por cáncer; su pronóstico es malo y ante la posibilidad de que una nueva operación le permita vivir unos meses más, la niña decide someterse para que así disponga del tiempo necesario para cuidar de su madre y prepararla para su final. Una obra maestra |
| El cuidador trastornado | Misery | Rob Reiner | Un escritor llamado Paul Sheldon (James Caan) lleva años malgastando su talento con unas románticas historias, de gran éxito comercial, acerca de una mujer llamada Misery. Harto de todo esto, mata al personaje, termina con las historias y se refugia en Colorado para escribir una novela seria. Finalizada ésta, se dispone a regresar, pero en una carretera de montaña, pierde el control de su coche y sufre un accidente en el que queda medio muerto. Una brusca e impetuosa mujer, Annie Wilkes (Kathy Bates, Oscar y Globo de Oro a la mejor actriz en 1991), gran admiradora del escritor, lo rescata, se lo lleva a su casita lo cuida. Obsesionada con el personaje de Misery, retiene a Sheldon para obligarlo a escribir una nueva historia en la que rescuite al personaje (9). |
| | Átame | Pedro Almodóvar | El joven Ricki (Antonio Banderas) es huérfano desde los tres años y toda su vida la ha pasado en diferentes instituciones sociales y reformatorios. Por su parte, Marina (Victoria Abril) es una mujer que ha tenido problemas con las drogas y trabaja como actriz en películas pornográficas y de terror. Fascinado por ella, Ricki la rapta, dispuesto a hacer todo lo posible para que Marina corresponda a su amor. El rechazo inicial de la mujer, y sus inútiles intentos de huir, van dejando paso a una progresiva hermandad entre ambos, finalmente convertida en auténtico amor (10). |

| | | | |
|---------------------------------|----------------|--------------------|---|
| Soledad del cuidador | Solas | Benito Zambrano | María (Ana Fernández) malvive en un oscuro apartamento de un barrio pobre y conflictivo, trabaja eventualmente como chica de la limpieza y, próximos ya los 40, está embarazada de un hombre que no la ama. Está sola y la bebida es su única compañía. Su madre (María Galiana) ha malgastado su vida junto a un hombre que confundió siempre las caricias con las bofetadas y por una hija que ha trazado su vida lejos de ella. Está sola. Su vecino (Carlos Álvarez), viudo, apura sus últimos años junto a Aquiles, su perro. Está solo. Los tres entrecruzan sus vidas y suman sus soledades dando así una oportunidad a la esperanza. Ópera Prima de Zambrano que cautivó a público y crítica por su guión, calidad y personajes y galardonada con cinco Premios Goya: Dirección Novel, Guión Original, Intérprete de Reparto Femenina (María Galiana), Actriz Revelación (Ana Fernández) y Actor Revelación (Carlos Álvarez). Además, ha cosechado diversos premios en Berlín, Tokio y Vitoria, entre otros festivales (8). |
| Cuidador de personas terminales | La vida | Jean-Pierre Améris | Dimitri llega a La Maison, un lugar destinado a las personas desahuciadas por la medicina. Allí conoce a Suzanne, una voluntaria que se dedica al acompañamiento de enfermos terminales. Esta joven, llena de luz, llena de vida, esconde un gran secreto, una fisura, detrás de una disponibilidad al alcance de todo aquel que la necesite. Él, que ya no esperaba nada de la vida, vivirá en esta casa con más intensidad que nunca. Durante este tiempo, Dimitri y Suzanne se amarán y se ayudarán mutuamente. |

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como sabemos, el mundo del cine trata con frecuencia problemas de salud, y muy a menudo se centra en el propio contexto sanitario; la producción es abundantísima si atendemos a la variada oferta de series televisivas que actualmente se centran en el contexto sanitario: House, Anatomía de Grey, Hospital Central, Urgencias, Becker, Doctoras de Philadelphia, etc. Sin embargo, muchas películas no necesariamente ubicadas en el ámbito sanitario resultan especialmente interesantes para el tema que nos ocupa, que es el de la figura del cuidador: una figura diversa en función de lugares y culturas.

Así mismo, se han publicado numerosos trabajos sobre la producción cinematográfica y su relación con los profesionales de la salud, así como actos culturales y profesionales en los que se ha tratado dicha correlación (11-18), pero ninguno referido al objetivo que concierne a este estudio, que es ofrecer los distintos “tipos” de cuidadores en nuestra vida actual.

Otro instrumento interesante y útil para trabajar el áreas temáticas en docencia es el sitio de internet <http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/grandestemas1.htm>, una excelente propuesta de películas distribuidas temáticamente y con una propuesta para su abordaje docente.

Con la presente comunicación pretendemos contribuir a este formativo y enriquecedor recurso que es el cine para abordar la compleja temática del cuidador, en la que diferentes películas nos proporcionan un valioso material de análisis cualitativo, aplicable tanto en investigación como en docencia. La visión diversificada multicultural del cuidador que se aporta en este trabajo es una de sus principales conclusiones.

CONCLUSIONES

1. Consideramos de gran utilidad la inclusión de recursos cinematográficos para abordar con una visión amplia, sensibilizadora y transcultural la problemática de la figura del cuidador.
2. La producción cinematográfica en gran formato que incluye la figura del cuidador es variada y paradigmática.
3. Las aplicaciones de este recurso son variadas, tanto a nivel individual como colectivo; tanto profesional como personal:
 - Cine forum en distintos tipos de contextos formativos.

- Seminarios de trabajo: diagnósticos de enfermería, etc.
- Acercamiento complejo: significados personales, trascendencia en la vida personal y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/grandestemas1.htm>
2. <http://www.estoescine.com/sinopsis3527.htm>
3. <http://www.estoescine.com/sinopsis3947.htm>
4. <http://www.estoescine.com/sinopsis2584.htm>
5. <http://www.estoescine.com/sinopsis1155.htm>
6. <http://www.labutaca.net/films/7/enlaciudadsinlimites.htm>
7. <http://www.filmaffinity.com/es/film364105.html>
8. <http://www.hoycinema.com/sinopsis/Solas-1998.htm>
9. <http://www.hoycinema.com/sinopsis/Misery-1990.htm>
10. es.wikipedia.org/wiki/Átame!
11. Andina E, Bonet P (2004). La Enfermería en Hable con ella. Index de Enfermería (ed. Digital); 44-45. Disponible en www.index-f.com.
12. Carmona R (1996). Cómo se comenta un texto fílmico. Madrid: Ed. Cátedra
13. Cerón G. "Salud, enfermedad y vida en el cine de Pedro Almodóvar". <http://www.um.es/global/3/03g02.htm>
14. Almansa Martínez, P. (2004). Enfermería y cine postfranquista. Una visión frívola. Revista Enfermería global. Nº 4. www.um.es/egoblal.
15. Siles, J.; Cibanal, L.; Domínguez, M.; Vizcaya, M.F.; Solano, M.C.; Gabaldón, E.M.; García, E.; Muñoz, M.J.; Pérez, R. "La enfermería a través del cine, un estudio histórico y transcultural." en "Actas del V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería." , Sevilla, Qalat Chábir. Asociación Cultural para el Estudio de las Humanidades., pp. -, (2001).
16. Gabaldón, E.; Siles, J.; Cibanal, L.; Vizcaya, M.F.; Solano, C.; García, E.; Domínguez, J.M.; Muñoz-Reig M.J.; Pérez-Cañaveras, R. "La enfermería a través del cine, un estudio histórico transcultural." , Qalat Chábir , pp. -, (2001).
17. Siles, J.; Cibanal, L.; Domínguez, J.M.; Vizcaya, M.F.; Solano, C.; Gabaldón, E.; Gracia, E.; Muñoz, M.J.; Pérez, R. " La Enfermería a través del cine: Un Estudio Histórico y Transcultural. ", Congreso Nacional de Historia de La Enfermería, Sevilla, Octubre 2001.
18. Siles González J, García Hernández E, Cibanal Juan L, Gallardo Frías Y y Lillo Crespo M (1998). La enfermería en el cine: imagen durante la guerra civil Española. ROL de Enfermería, XXI(244), 25-31.

LEY DE DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA PERSONAL

Feliciano Royo de Dios*, M^a. Ángeles Palanca Hernández**
**Enfermero C.S. Petrer I, **Enfermera Centro Integrado de Villena*

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de Dependencia.

Al aumento de la población de más de 65 años, hay que añadir el denominado “envejecimiento del envejecimiento”, el aumento de las personas mayores de 80 años.

Esta población mayor va necesitar del apoyo para solventar los problemas de dependencia que se dan en estas últimas etapas de la vida.

Debemos añadir a este colectivo las personas con dependencia por razones de Enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación que también se ha visto incrementado en los últimos años.

Hasta ahora la atención de este colectivo de población, ha sido atendido por la familia, y especial por las Mujeres que muchas veces han sacrificado su vida profesional y personal para el cuidado de las personas dependientes.

Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados.

Por lo que se hace necesario un marco legal: “La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia”, que regule la atención de los colectivos antes mencionados.

OBJETIVOS

Informar y reflexionar sobre la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis y Lectura crítica de la Nueva Ley de Dependencia y de la normativa más reciente de la Generalitat Valenciana relacionada con esta Ley.

DESARROLLO

LEY DE DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA PERSONAL

¿CÓMO SE DEFINE DEPENDENCIA SEGÚN LA LEY?

“Es el estado permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayudas de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria”

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

- Cuidado personal
- Actividades domesticas basicas
- Movilidad esencial
- Reconocer personas y objetos
- Orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas

LA DEPENDENCIA Y SU VALORACIÓN

- Grado 1: dependencia moderada:
 - Necesita ayuda para reallizar abvd una vez al día o apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal
- Grado 2: dependencia severa:
 - Necesita ayuda para varias abvd varias veces al día pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador
- Grado 3: gran dependencia:
 - Igual que el grado 2 pero por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona

TITULARES DE DERECHOS

- Ser español
- Encontrarse en siutacion de dependencia en alguno de los grados establecidos
- Residir en territorio español

SERVICIOS Y PRESTACIONES DE LAS QUE SE BENEFICIARÁN LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA

- Servicios prestados por la oferta pública de la red de servicios sociales de las CC.AA.
- Prestación económica de carácter periódico para la adquisición de un servicio
- Prestación económica de asistencia personal
- Con carácter excepcional prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, familiares

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO

- El proceso se iniciará a instancia de la propia persona que pueda ser declarada dependiente o su representante
- Serán las CC.AA. las que determinarán los organos de valoración

REVISIÓN DEL GRADO O NIVEL DE DEPENDENCIA Y DE LA PRESTACIÓN RECONOCIDA

- Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia
- Error del diagnóstico
- Las prestaciones podrán ser modificadas en función de la situación personal del beneficiario

PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

Se realizará en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia y determinará qué servicios y/o prestaciones son más adecuados, se tendrá en cuenta:

- El grado y nivel de dependencia
- La opinión del propio usuario, o en su caso familia o entidades tutelares.

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

- Administración general del estado
- Administraciones de las comunidades autónomas
- Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La presente Ley establece quiénes podrán acceder a las Prestaciones y Servicios, teniendo en cuenta una valoración previa de cuál es su grado de Dependencia.
- Estas medidas van a suponer una mejora en la calidad de vida de las personas en situación de Dependencia y de sus Cuidadores informales generalmente Familiares.

1ª PONENCIA

COMUNICACIONES A LA 1ª PONENCIA

Y A NOSOTROS ¿QUIÉN NOS CUIDA?

Prof: Dr. D. Pedro R. Gil-Monte

*Dtor. de la Unidad de la Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional
(UNIPSICO)*

Facultad de Psicología (Dpto. Social). Universidad de Valencia

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Internacional del Trabajo (O. I. T.) reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo, pues la salud mental viene determinada en parte por las características del entorno ocupacional, y de entre estas características los factores psicosociales y organizativos desempeñan un papel relevante. Entre los factores que pueden ocasionar el deterioro de la salud mental se encuentran las demandas psicológicas del puesto de trabajo, la falta de posibilidades de control y participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo social en el trabajo, las condiciones de empleo negativas, y las relaciones formales e informales en el trabajo. Cuando uno o más de estos factores estresantes se mantiene activo, las respuestas reversibles a corto plazo pueden originar modificaciones estables y poco reversibles de la salud mental, como el agotamiento psíquico.

Los niveles de estrés psicosocial de ciertas profesiones, en especial las que suponen una atención y trato directo a personas, pueden contribuir a crear una asociación entre profesión y demencia. Las estadísticas indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por estos problemas. Según un informe elaborado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, el 28% de los trabajadores que participaron en el estudio manifestaron sufrir estrés como problema de salud relacionado con su trabajo, pero en el caso de los trabajadores que percibían que trabajaban a un ritmo elevado o con plazos muy justos el porcentaje se eleva al 40%.

Este incremento del estrés laboral y la frecuencia con la que sus consecuencias aparecen en nuestros días hay que buscarla en ciertos cambios de índole social y organizacional. Las transformaciones en el entorno socio-económico y en el mercado laboral han contribuido significativamente a su desarrollo. Entre estas transformaciones se encuentran los cambios en la estructura de los sectores económicos, que han originado un fuerte crecimiento del sector servicios y la aparición de nuevas for-

mas de trabajo caracterizadas por la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con las personas hacia las que se dirige el trabajo (v.g., clientes y usuarios de la organización), y por una mayor implicación emocional del trabajador en la prestación del servicio.

Los clientes de las organizaciones de servicios demandan cada vez un servicio más sofisticado, lo que exige a los trabajadores un mayor trabajo emocional con un gran requerimiento de habilidades sociales y de inteligencia social. La calidad de servicio exigida por los clientes y por las organizaciones a sus trabajadores ya no se restringe a la existencia de una infraestructura y de una interacción social, sino que requiere elementos de carácter emocional. En este contexto adquiere relevancia el concepto de trabajo emocional. Se espera que los empleados sean capaces de experimentar y expresar emociones durante las interacciones con los clientes en la prestación del servicio. En algunas ocasiones se requerirá la expresión de las mismas emociones que los clientes para favorecer una sensación de solidaridad, mientras que en otras se exigirán emociones compensatorias (v.g., tranquilizar a los clientes). Esta demanda de atención y de implicación emocional va a afectar a la salud mental de los trabajadores.

2. CONCEPTO DE ENFERMERÍA

Desde que comenzó la enfermería moderna, se ha tratado de definir con el objeto de poder articular claramente los papeles y funciones del profesional de enfermería. Se han incluido en las diversas definiciones un buen número de elementos que resultan fundamentales: a) los servicios proporcionados por estos profesionales, b) el entorno en el que se desenvuelve esta profesión, c) las características de la persona receptora de los cuidados de enfermería y, d) los atributos que distinguen a la Enfermería de otras disciplinas orientadas también a suministrar un servicio dentro del complejo sistema de administración del cuidado de la salud.

Las definiciones de Enfermería han evolucionado con el paso del tiempo. F. Nightingale indicó en 1858 que el objeto de la Enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe sobre él mismo. Mientras que en los primeros años se subrayó la relevancia de la Enfermería en los cuidados del enfermo, las corrientes más recientes insisten en la importancia de la conservación y promoción de la salud, así como en la prevención de los problemas de salud.

Una de las definiciones clásicas de Enfermería es la formulada por Virginia Henderson (1966), que considera que la función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación (a proporcionar una muerte tranquila y apacible) que sin duda el sujeto llevaría a cabo él sólo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes.

Casi todas las formulaciones han tratado de definir la Enfermería como una profesión dirigida a satisfacer las necesidades del ser humano en estado de salud y de enfermedad. Este concepto considera que el ser humano en general tiene necesidades físicas, sociales y psicológicas. Incluso se ha considerado que la función o el rol de los profesionales de enfermería es en esencia el encuentro con un paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contri-

buye además a la conservación de un estado óptimo de salud, y proporciona cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano. Además, cuando se requiere, brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa.

La competencia fundamental de la Enfermería es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de la forma más óptima en cualquier estado de salud que se encuentren contemplando los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida que afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. El objetivo de la Enfermería será, la promoción, conservación y restablecimiento de la salud con la atención especial a los factores biológico y psicosocial, y con absoluto respecto a las necesidades y derechos de la persona a quien se brinda este tipo de servicio.

3. ESTRÉS LABORAL Y SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT)

El estrés puede ser entendido como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a las demandas tiene consecuencias percibidas importantes. La sensación de estrés de una persona se inicia por la existencia de una serie de desencadenantes, denominados estresores. Estos estresores, pueden ser calificados como una exigencia, situación o circunstancia que altera el equilibrio del individuo con su entorno e inicia las respuestas de estrés. Los estresores surgen por multitud de factores que se pueden ubicar en el ambiente externo, en forma de ambiente físico (v.g., condiciones peligrosas de trabajo) o en forma de ambiente social (v.g., conflictos interpersonales, despido, cambios importantes en las condiciones de vida, etc.), pero también pueden estar ubicados en el ambiente interno del sujeto (v.g. determinado tipo de pensamientos o ideas). Para que estos estresores eliciten una respuesta de estrés deben ser percibidos como estresores por el sujeto, esto es, el sujeto debe interpretar que van a tener consecuencias desagradables o penosas para él caso de que no se modifiquen.

El síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante SQT) es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes de la organización y, en menor medida, por sus relaciones con la organización. El fenómeno ha sido descrito principalmente en los profesionales de las organizaciones de servicios, como los profesionales de enfermería, que trabajan en contacto directo con los clientes de esas organizaciones (v.g., pacientes y familiares).

El SQT debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el individuo, y

funciona como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Por tanto, el SQT es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés, de forma que si permanece a lo largo del tiempo el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (v.g., alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (v.g., deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

Los estresores laborales elicitarán una serie de estrategias de afrontamiento que deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los clientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de fallo cognitivo (v.g., pérdida de ilusión por el trabajo, baja realización personal) y emocional (v.g., (desgaste psíquico, agotamiento emocional). Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de indolencia y despersonalización como nueva forma de afrontamiento. Debido a que para los profesionales que trabajan hacia personas el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los pacientes, la indolencia y la despersonalización no son estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de indolencia y despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio.

Por otra parte, los sentimientos de culpa también es un síntoma del SQT adicional a los tres síntomas ya mencionados. De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos perfiles en el desarrollo del síndrome. Un Perfil Tipo 1, en el que los profesionales desarrollan indolencia y despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente -que no eficaz- para manejar el estrés laboral. De esta manera, los profesionales se pueden adaptar el entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas. No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esas respuesta negativas hacia los clientes que resultan disfuncional para la propia organización (Figura 1).

Junto con ese perfil, otros profesionales (Perfil 2), debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones del rol y de otras variables psicosociales (v.g., orientación comunal, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes de indolencia y despersonalización, o por la aparición de los otros síntomas. Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los clientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la ilusión por el trabajo y la realización personal en

el trabajo, al tiempo que aumentarán los niveles de desgaste psíquico, y de indolencia y despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle. De esta manera, a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales, aumentará su tasa de absentismo, y aumentará su deseo de abandonar la organización y la profesión (ver Cuadro 1.)

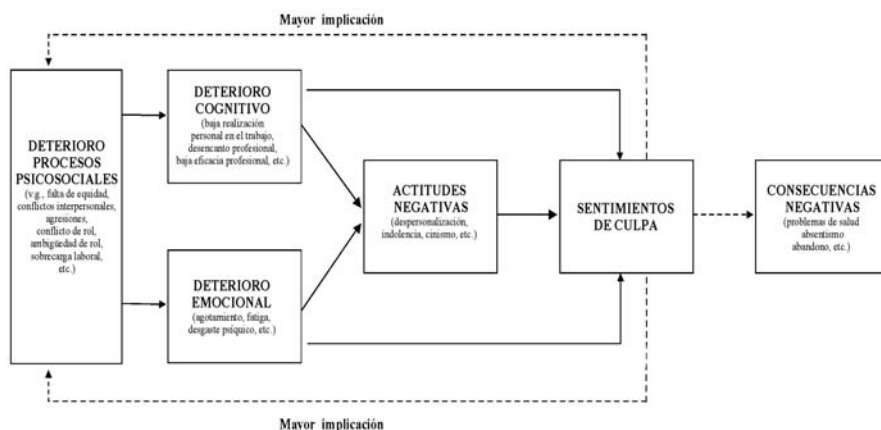


Figura 1. Los sentimientos de culpa en el desarrollo del SQT, y sus consecuencias.

Es importante matizar que los síntomas que se asocian al SQT, los síntomas patognomónicos que lo caracterizan (v.g., pérdida de la autoestima, sensación de fracaso profesional, sentimientos de culpa, agotamiento emocional, indiferencia hacia los problemas de los clientes, etc.) no indican necesariamente la presencia del síndrome. Por ejemplo, diagnosticar que un profesional sufre el SQT porque se encuentra agotado emocionalmente puede ser un craso error, pues un profesional puede sentir agotamiento emocional y no sufrir el SQT. De igual manera, un profesional puede ser cínico, cruel e indiferente con los clientes de la organización, por motivos de personalidad o de educación, sin desarrollar el síndrome. En consecuencia, es muy importante tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome. La concurrencia de síntomas, su relación, y su desarrollo también es muy importante para realizar un diagnóstico adecuado (ver Cuadro 1).

Vicente Abell. tiene 46 años, lleva 23 años trabajando como enfermero y 17 años en su actual puesto de trabajo, una unidad de Traumatología de un hospital. En la actualidad su contrato es fijo. Tiene pareja estable y dos hijos. Considera que la relación con los clientes del hospital es la principal causa que lleva a los profesionales de enfermería a sufrir el SQT, por lo que hay que defenderse de ellos (Perfil 1):

En el fondo, el enfermo y el familiar es nuestro enemigo. Me digo: voy a hacer una coraza contra él porque va a venir a por mí. Advierto que es así porque cuando encuentras enfermos y familiares con los que ha habido una relación en la que se da un pasito más hacia delante y no has hecho lo que ellos han querido te han dado un sablazo, te han dado un escopetazo, te han traicionado, ¡vamos!. Han faltado a tu confianza, se han ido a otros. Entonces, dices: ¡oye, venís a por mí!, bueno, pues yo llevo una coraza para que no vengas a por mí, eres mi enemigo. Yo no te voy a atacar, pero me voy a prevenir para que cuando tú me ataques no me cojas de improviso. La relación más personal, más que profesional, más de gente de confianza, ellos tampoco la tienen con nosotros...Había hace años una frase que decía: “Oye, aquí no producimos tornillitos”. Bueno, pues producimos curitas, inyectables... Yo vengo aquí, cumplo mis horas, hago mi trabajo y me voy. Lo que pasa es que no hay que hacer daño, porque lo que producimos es dolor. Pero lo demás, ¡alto!, no vengas a por mí. Entrás por la puerta y dices: Bueno, empieza la guerra. Vamos a la guerra, a ver hoy quien salta, a ver hoy con quién me voy a tener que pelear porque la fulanita no va a venir, el otro que no sé qué...”

Paola tiene 25 años, lleva 3 años trabajando como enfermera y en su actual puesto de trabajo, una residencia de ancianos gestionada por una empresa privada. Su contrato es de tipo fijo. Tiene pareja estable. La despersonalización y los sentimientos de culpa son indicadores relevante en su proceso (Perfil 2):

“Para mi levantarme cada mañana suponía un sacrificio. No había dinero en el mundo para pagar el trabajo. Llegué a pasar de los ancianos totalmente. No es cuestión de hacer maldades ni de ir con malicia, aunque se puede ir perfectamente con maldad. Los residentes se ven como bultos, como materia, no cabeza, como cuerpos sin sentimientos. Es que no sientes. Llegué a pensar: o me salgo o tomo yo mi propia alternativa, porque no me quería ir del trabajo. No sientes. Es decir, yo iba a pinchar y no le veía ni la cabeza, le veía el culo, de verdad, y luego me iba a casa con un malestar de decir: ¡dios mío!, pero que persona más insensible y con más poca... ¡No!, una de dos, dejo de trabajar en este sitio o de enfermera, o si realmente siento la vocación de enfermería voy a tomar una vía alternativa, de decir voy a tomar a las personas como personas, que son personas, que no son culetes ni nada de eso”.

Cuadro 1. Síntomas del SQT y su relación en el proceso de evolución del síndrome: Perfil 1 y Perfil 2.

4. ESTRÉS LABORAL Y SQT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El ejercicio de la profesión de Enfermería, por sus singulares características (escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y

la muerte, falta de especificidad de sus funciones lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.) es considerada especialmente estresante. El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de factores físicos, psicológicos y sociales derivados del propio concepto (ver punto 2). La enfermera debe tratar con pacientes que no tienen solución, tiene que tratar con la familia de estos pacientes que normalmente se niega a aceptar al enfermedad y el pronóstico. Con el tiempo esta sensación de ambigüedad, frustración y agotamiento emocional puede llegar a afectar la estabilidad física y emocional de la enfermera.

Esto ha supuesto que en el estudio del SQT uno de los colectivos ocupacionales que ha generado un importante volumen de trabajos haya sido el de los profesionales de enfermería. Identificar los factores específicos antecedentes de SQT en profesionales de Enfermería supone contemplar factores del entorno social, organizacional, interpersonal e individual.

4.1. Antecedentes del entorno social de la organización

En las últimas décadas se han producido en el mundo occidental una serie de cambios sociales que han afectado a las organizaciones, a las ocupaciones y a los trabajadores, y que han contribuido a la aparición del estrés laboral y sus consecuencias. Entre los más relevantes se encuentran:

1. Cambios en las condiciones sociodemográficas. En determinadas áreas geográficas los cambios han originado un incremento acelerado de la población en términos absolutos, sin que la disponibilidad de organizaciones de servicios (v.g., centros de salud, juzgados, servicios sociales, hospitales...), ni las plantillas de trabajadores de esos centros haya crecido de manera proporcional al aumento de la población. En determinadas zonas, la población flotante se incrementa durante periodos más o menos duraderos, o de manera estable, como ocurre en zonas que necesitan temporeros para su desarrollo económico, o que basan su economía en el turismo. Los resultados de esa escasez de instituciones, de medios, y de personal en las plantillas de trabajadores se plasma en situaciones de sobrecarga laboral. En consecuencia, encontramos una masificación en el número de pacientes que accede a los servicios exigiendo mayor calidad en el servicio, falta de profesionales para atender esas exigencias por razones presupuestarias de la administraciones, o cambios en los roles por necesidades del servicio, con sus consecuentes disfunciones en forma de ambigüedad de rol y conflicto de rol. España es un claro ejemplo de esta situación.
2. Cambios en la normativa y en la legislación. La autonomía del paciente ha adquirido una importancia vital en los últimos años, y los profesionales de la salud deben respetar ese derecho aunque a veces no sea entendido y se considere una intrusión en su labor profesional. La responsabilidad jurídica de los profesionales de la salud también ha cambiado en las últimas décadas, o al menos la frecuencia con la que son interpuestas denuncias.
3. Cambios en la cultura de la población: “la sociedad de la queja”. Los servicios se han convertido en bienes de consumo, y los ciudadanos no se consideran partícipes del sistema, sino consumidores con derecho a exigir la calidad del producto que compran. Este patrón de actitudes y conductas puede ser deno-

minado “sociedad de la queja”. Fruto de ellas es la pérdida de reconocimiento social del trabajo realizado por los profesionales de enfermería y la aparición de problemas emocionales y físicos. La falta de educación sanitaria de la población contribuye a generar un clima de estrés en las consultas, pues el déficit favorece una demanda abusiva que enrarece la relación con el paciente. La población ha sobredimensionado la sanidad moderna y espera resultados milagrosos. Otro resultado de la “sociedad de la queja” es el incremento en el número de agresiones físicas y verbales de que son objeto los profesionales del sector servicios.

4. Cambios en las condiciones tecnológicas. Las nuevas tecnologías son una fuente adicional de estrés para los profesionales del sector servicios. Con frecuencia originan sobrecarga laboral cualitativa, pues los profesionales se sienten desbordados por la rapidez de los cambios, y por el volumen de información que deben procesar para poder adaptarse a los cambios tecnológicos. Al mencionar las condiciones tecnológicas del entorno como antecedentes del SQT hay que mencionar las expectativas profesionales irreales que se generan debido a la influencia de los medios de comunicación de masas, en especial el cine y la televisión.
5. Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional. El cambio en la cultura de la población en la sociedad occidental ha originado una demanda de mayor calidad en el servicio que ofrecen los profesionales de la salud. Los pacientes y familiares, y las organizaciones sanitarias, exigen a los profesionales que se impliquen en la atención al paciente. Esta exigencia requiere implicación emocional, y consecuentemente desgaste emocional. Se exige a los profesionales que sean capaces de identificarse con el paciente, por lo que debido a los nuevos requisitos de sus puestos de trabajo muchos profesionales no solamente tienen que poner en juego diariamente sus conocimientos, sus estrategias metodológicas, sus actitudes y aptitudes profesionales sino que, al mismo tiempo, deben poner en juego sus emociones, sus sentimientos, y sus habilidades sociales ante una serie de circunstancias donde la autoridad, el prestigio y el reconocimiento social hay que ganárselo cada día.

4.2. Antecedentes del sistema físico-tecnológico de la organización

Cuando se analiza la configuración estructural de las organizaciones en las que trabajan los profesionales de enfermería se observa que se trata de organizaciones con una estructura que responde a un modelo burocrático profesionalizado. Este tipo de organizaciones basa su funcionamiento en la estandarización de comportamientos y procedimientos logrados mediante la profesionalización o socialización de los miembros. La tarea de cuidar a los demás es una actividad no rutinaria que requiere establecer vínculos personales y apoyo entre el cuidador y el cliente. No en vano es una de las funciones de los grupos primarios, como la familia, los amigos, y los vecinos. Cuando las tareas y funciones del proceso de cuidar se delegan en la organización formal se genera inevitablemente una presión para estandarizar y rutinizar los cuidados como excusa para mejorar la eficacia de la organización y sus beneficios. El conflicto entre estas dos orientaciones se encuentra con frecuencia presente entre los profesionales de enfermería.

Además, en las burocracias profesionalizadas se ocasionan problemas debido a la falta de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, y la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. También es frecuente que el desarrollo del estrés laboral esté asociado a la falta de apoyo social por parte de la dirección, y a la política organizacional, incluyendo las acciones dirigidas a la manipulación de los trabajadores.

4.3. Antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización

Las relaciones interpersonales en el trabajo son el sustrato del que van a surgir las principales fuentes de estrés antecedentes del SQT. En las organizaciones de servicios las relaciones con los clientes son frecuentemente tensas y conflictivas, y los profesionales no están formados adecuadamente para manejar el estrés emocional que se deriva de esas relaciones. Entre las variables vinculadas a los clientes que influyen en la aparición del SQT se encuentra: (a) el trato con clientes que presentan problemas (v.g., enfermedad) y que origina que la interacción profesional-cliente se desarrolle en un contexto emocional negativo, (b) la identificación del profesional con el cliente y con sus problemas, (c) la existencia de reglas formales de la organización que regulan la relación y el trato de los profesionales con los clientes, (d) la relación de dependencia y de poder que se establece entre ambos y, (e) las reacciones y comentarios de los clientes que pueden ser fuente de frustración, desilusión, baja satisfacción laboral y sufrimiento para los profesionales..

Sin lugar a dudas, el deterioro de las relaciones interpersonales en el trabajo o su percepción negativa son condiciones imprescindibles para que se desarrolle el SQT. Las fuentes de estrés con origen en la interacción social son las variables que explican los principales porcentajes de varianza en el SQT, y además van a intensificar el efecto que otros estresores tienen en el desarrollo de la patología. Por ejemplo, una situación de sobrecarga laboral crónica puede originar estrés laboral y las respuestas (v.g., baja satisfacción laboral, malestar físico y psíquico) y consecuencias (v.g., absentismo) asociadas a él. Sin embargo, si esta situación tienen su origen en las relaciones interpersonales (v.g., muchos pacientes que atender en poco tiempo), o se asocia a una percepción negativa en las relaciones interpersonales (v.g., falta de equidad en los intercambios sociales, falta de apoyo social por parte de los compañeros o del supervisor, conflicto interpersonales), en especial con los clientes de la organización, la probabilidad de desarrollar el SQT será muy elevada, y las consecuencia del estrés más intensas y graves. Además, en este caso, las actitudes del profesional hacia la organización y hacia el trabajo en general van a ser significativamente más negativas y, por tanto, su implicación en el trabajo y su compromiso con la organización serán mucho menor.

El hecho de que en la aparición del estrés laboral estén implicadas otras personas favorece que los trabajadores perciban falta de control sobre los resultados de su trabajo y que no utilicen estrategias de afrontamiento de control o dirigidas a la resolución del problema. Alguna de las razones que contribuyen a explicar este comportamiento es que los trabajadores culpan a otros de la situación, y así se inhiben a la hora de resolverla. En este proceso se desarrollan razonamientos similares a los siguientes: “Los pacientes son los culpables de mis problemas y de que no funcionen las

cosas aquí. Es más, son los culpables de sus problemas; por tanto, que se los resuelvan ellos. Mi tarea es hacer mi trabajo sin complicarme la existencia. Y cuanto menos me incordien mejor”.

Un ejemplo de cómo estos procesos se dan en enfermería se describen en la primera parte del Cuadro 1.

4.4. Antecedentes del sistema personal del los miembros de la organización

Algunas características personales son variables relevantes que deben ser consideradas para explicar la incidencia del SQT. Estas variables tienen efectos desencadenantes o facilitadores en el proceso de desarrollo del síndrome y explican el por qué el estrés laboral y el SQT son fenómenos subjetivos e individuales. Entre esas variables merecen ser destacadas algunas vinculadas a los procesos de interacción social, como la autoeficacia y la motivación por la ayuda.

Los estilos de relación interpersonal del sujeto, la forma que tiene de manejar los problemas, la expresión y control de sus emociones, y su concepción de sí mismo son características personales vinculadas a las creencias de autoeficacia de las personas, y tienen especial relevancia en la aparición y desarrollo del SQT. La percepción de eficacia es un fuerte motivador para los seres humanos y cuando es frustrada aparecen altos niveles de estrés. Esta frustración y los sentimientos de fallo psicológico que supone pueden llevar al individuo a un retiro emocional de la situación. Por el contrario, los individuos con altos niveles de autoeficacia superan o afrontan más eficazmente el estrés y consecuentemente previenen mejor la aparición del SQT.

Los motivos altruistas están implicados en la elección de la profesión. Los individuos de determinados colectivos ocupacionales vinculados a tareas de ayuda (v.g., voluntariado, sanidad, educación, trabajo social, etc.) presentan altas puntuaciones en altruismo, que en interacción con las consecución de sus objetivos profesionales va a influir en la aparición del SQT. Los sentimientos de altruismo e idealismo pueden facilitar el desarrollo del SQT, pues hacen que los profesionales se impliquen excesivamente en los problemas de los clientes convirtiendo en un reto personal la solución de los problemas. Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Dado que los profesionales deben atender diariamente clientes con problemas similares, si no encuentran estrategias de afrontamiento efectivas, como el apoyo social en el trabajo o estrategias centradas en el problema, pueden generar sentimientos de frustración al tiempo que culparan al cliente del fracaso personal.

Otras variables relevante tienen que ver con el género de los individuos. Algunos estudios realizados desde la UNIPSIPO han llevado a concluir que los profesionales de enfermería varones experimentan significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus colegas femeninas, y mayor inclinación al absentismo. Asimismo, sus niveles de despersonalización fueron significativamente mayores. La consideración tradicional de la profesión de enfermería como una profesión eminentemente femenina, y las diferencias en los modelos de socialización de nuestra sociedad occidental para los diferentes géneros puede ser la base para la explicación de estas diferencias. Mientras que las mujeres son condicionadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, las tareas del hogar, atender al cónyuge o pare-

ja, y en algunas ocasiones a los ancianos, en los hombres se enfatiza la dureza e indiferencia emocional, así como una actitud de orientación al logro opuesta a la interdependencia y habilidad en las relaciones interpersonales.

Los resultados obtenidos llevaron a recomendar la necesidad de que los gestores de recursos humanos en el sector ocupacional de enfermería deben considerar la existencia de ambos sexos en el seno de la profesión, pues desarrollan patrones de respuesta al estrés laboral diferentes.

5. UN ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE EL ESTRÉS Y SQT EN EL HOSPITAL DE ELDA

Durante los años 2001 y 2002 se realizó desde la UNIPSIICO un estudio para analizar los niveles de estrés y SQT en los profesionales de enfermería de la Comunidad Valenciana. En este estudio participaron 13 hospitales.

De los 200 cuestionarios distribuidos en el Hospital de Elda, se recogieron 95 cuestionarios válidos, lo que supuso un índice de respuesta del 47.5%. Respecto al sexo, el 21.7% de los participantes son hombres (n = 20), y el 78.3% mujeres (n = 72). La edad media del grupo fue 35.57 años (rango: 22-50 y desviación típica 7.20). En relación al tipo de contrato, el 41.8% (n = 38) tenían contrato fijo y el 58.2% (n = 53) eventual. La experiencia media en la profesión estaba en 13.30 años (rango: 1 - 27 y desviación típica 6.98), la media de antigüedad en la organización en 11.77 años (rango: 3meses - 27 años y desviación típica 6.44), y la media de antigüedad en el puesto en 7.63 años (rango: 0 meses - 25 años y desviación típica 5.52).

Por otra parte, la muestra formada por los participantes de otros hospitales de la Comunidad Valenciana quedó constituida por 609 profesionales de enfermería de los siguientes 12 centros: Hospital de Alcoy, Hospital de Alzira, Hospital de Denia, Hospital de Gandía, Hospital General de Alicante, Hospital General de Valencia, Hospital La Fe, Hospital de La Magdalena, Hospital de la Malvarrosa, Hospital de Onteniente, Hospital de Orihuela y Hospital de Villajoyosa. Para esta muestra se obtuvo la siguiente caracterización: en función del sexo, el 16.8% de los participantes son hombres (n = 101), y el 83.2% mujeres (n = 499). La edad media del grupo es 39.20 años (rango: 22 - 61 y desviación típica 8.77). En relación al tipo de contrato, el 58.7% (n = 350) eran fijos y el 41.3% (n = 246) eventuales. La experiencia media en la profesión fue de 16.76 años (rango: 5 meses - 35 años y desviación típica 8.76), la media de antigüedad en la organización de 14.37 años (rango: 0 meses - 35 años y desviación típica 9.23), y la media de antigüedad en el puesto de 8.48 años (rango: 0 meses - 34 años y desviación típica 7.57).

Como variables relevantes fuentes de estrés y antecedentes del SQT se consideraron: (1) autoeficacia, (2) falta de apoyo social en el trabajo, (3) conflicto de rol, (4) ambigüedad de rol, (5) sobrecarga laboral, y (6) carencia de recursos. Como consecuencias del estrés laboral se consideraron: (1) los niveles del SQT, (2) satisfacción laboral, (3) problemas de salud, y (4) inclinación al absentismo.

Se realizaron dos tipos de análisis, por una parte dirigidos a evaluar la distribución de los participantes en los niveles de percepción de frecuencia de las situaciones de estrés y de los síntomas, y por otra dirigidos a comparar los niveles medios de las variables en la muestra del hospital frente a los obtenidos para el resto de la muestra.

5.1. Niveles del SQT en los participantes del Hospital de Elda

El análisis de los niveles del SQT en los participantes se estudió mediante el sistema de respuesta según la escala de frecuencia. Los rangos de respuesta varían desde 0 (nunca) a 6 (todos los días). Según Shirom (1989), los individuos que se sitúan en el rango $[0, < 2)$, es decir, que hayan presentado síntomas algunas veces al año o en menor medida, habrán presentado bajos niveles en la dimensión; los sujetos que se encuentren en el rango $[2, < 4)$, es decir, que hayan presentado síntomas algunas veces al mes, habrán presentado niveles medios en la dimensión tratada; y, presentarán niveles altos en la dimensión, aquellos sujetos que se sitúen en el rango $[4, < 6]$, esto es, que hayan presentado síntomas de una vez por semana hasta todos los días. Como se puede apreciar en la Tabla 1, con respecto a realización personal, el 6.30% ($n=6$) de los participantes, presentaron niveles bajos de realización personal. En relación a agotamiento emocional, el 1.10% ($n=1$) de los participantes presentaron niveles altos. Y, con respecto a despersonalización, el 89.50% ($n=85$) de los participantes obtuvieron niveles bajos en la dimensión. Ningún participante puntuó alto en las tres dimensiones del Maslach Burnout Inventory, por lo que no han desarrollado el SQT. Por el contrario la mayoría de los profesionales en el Hospital de Elda presentaron altos niveles de realización personal, y bajos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización, lo que llevó a concluir que la mayoría de los profesionales de enfermería del Hospital de Elda que participaron en el estudio presentaban bajos niveles del SQT.

| Niveles | Realización personal | | Agotamiento emocional | | Despersonalización | |
|---------|----------------------|------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Bajo | 6 | 6.30 | 54 | 56.80 | 85 | 89.50 |
| Medio | 35 | 36.80 | 40 | 42.10 | 10 | 10.50 |
| Alto | 54 | 56.80 | 1 | 1.10 | 0 | 0.00 |

Tabla 1. Frecuencias de sujetos entre niveles bajos, medios y altos según Shirom (1989).

5.2. Distribución de los participantes de la muestra en los antecedentes y consecuencias del estrés laboral

Las puntuaciones obtenidas se agruparon por niveles bajo, medio y alto, según la puntuación de frecuencia obtenida.

Como se observa en la Figura 2 de las fuentes de estrés consideradas, las que se dan con más frecuencias son la falta de apoyo social de los médicos (un 23% de los participantes percibieron frecuentemente bajo apoyo social por parte de los médicos), el conflicto de rol (un 19% de los participantes percibieron frecuentemente conflicto de rol), la sobrecarga laboral (un 16% de los participantes percibieron frecuentemente sobrecarga laboral), y la carencia de recursos (un 20% de los participantes percibieron frecuentemente carencia de recursos).

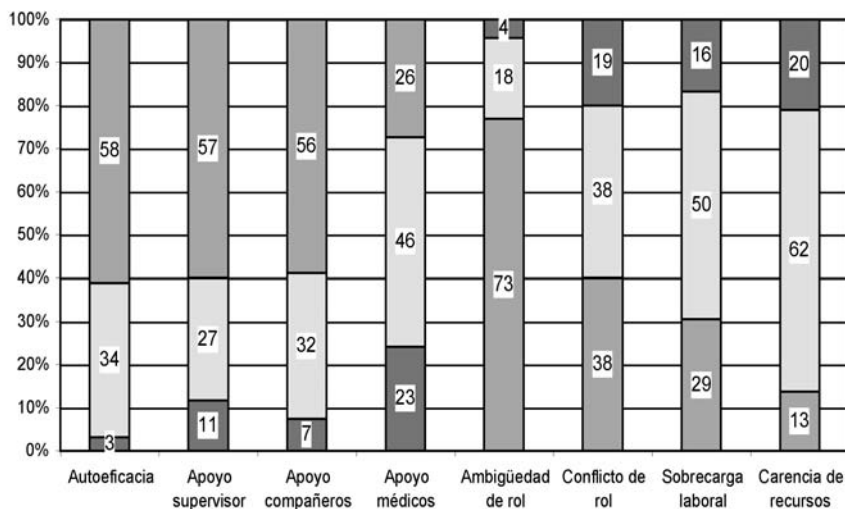


Figura 2. Distribución de los participantes en los antecedentes de estrés laboral.

Como se observa en la Figura 3 de las consecuencias del estrés consideradas, un 8% de los participantes manifestaron percibir insatisfacción laboral, el 3 % sufrían frecuentemente problemas de salud psicosomáticos derivados de la actividad laboral, mientras que ningún participante manifestó inclinación al absentismo.

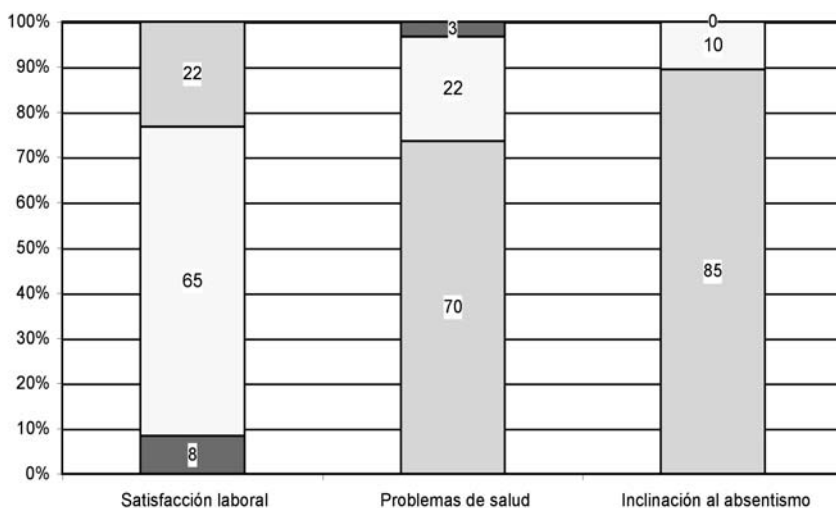


Figura 3. Distribución de los participantes en las consecuencias del estrés laboral.

5.3. Estudio diferencial Hospital de Elda vs. Otros hospitales de la Comunidad Valenciana (CV)

Estos análisis tenían como fin averiguar si existían diferencias significativas entre los niveles obtenidos por los participantes del Hospital de Elda en las variables del

estudio y los niveles obtenidos por el resto de participantes del estudio procedentes del resto de hospitales. Para estas diferencias se han realizado análisis t-test.

En la Tabla 2 aparecen reflejados los valores t-test para las diferencias de medias en cada una de las variables del cuestionario. Como puede apreciarse sólo resultaron significativas las diferencias en los niveles de Conflicto de rol, Carencia de recursos y Realización personal en el trabajo. En este sentido, se aprecia que en el Hospital de Elda hay menor Conflicto de rol (M= 2.62) que en el resto de hospitales de la Comunidad Valenciana participantes en el estudio (M= 2.84) ($t = -2.22$; $p < .05$), menor Carencia de recursos (M= 2.95) (variable invertida) que en el resto de hospitales (M= 2.77) ($t = 2.96$; $p < .01$), y menos Agotamiento emocional (M= 17.09) que en el resto de hospitales (M= 18.49) ($t = -1.40$; $p < .05$). La influencia que la variable procedencia tuvo sobre el resto de variables no fue significativa.

Tabla 2. Valores de la media en las dimensiones del estudio en función de la variable de procedencia de la muestra y valores t-test para las diferencias de medias.

| Variables | Media para las muestras | | t-test |
|------------------------------|-------------------------|-------|--------|
| | Hospital Elda | C.V | |
| Autoeficacia | 3.61 | 3.68 | -1.34 |
| Apoyo social de supervisores | 1.87 | 1.95 | -.97 |
| Apoyo social de compañeros | 1.79 | 1.78 | .17 |
| Apoyo social de los médicos | 2.31 | 2.34 | -.51 |
| Conflicto de rol | 2.62 | 2.84 | -2.22* |
| Ambigüedad de rol | 3.91 | 3.88 | .47 |
| Sobrecarga laboral | 3.18 | 3.23 | -.84 |
| Carencia de recursos | 2.95 | 2.77 | 2.96** |
| Realización personal | 33.50 | 35.64 | -2.49* |
| Agotamiento emocional | 17.09 | 18.49 | -1.40 |
| Despersonalización | 5.53 | 5.79 | -.48 |
| Satisfacción laboral | 4.29 | 4.11 | 1.68 |
| Problemas de salud | 2.21 | 2.26 | -.74 |
| Inclinación Absentismo | 4.22 | 4.25 | -.48 |

*Nota. C.V: Valores para la muestra del resto de hospitales de la Comunidad Valenciana participantes en el estudio. ** $p < .01$, * $p < .05$*

6. LA EVALUACIÓN DEL SQT

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (Maslach y Jackson, 1981/1986). Se puede afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de "quemarse por el trabajo", pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

La adaptación al español del MBI presenta algunas insuficiencias psicométricas, por lo que se han elaborado instrumentos alternativos. Es el caso del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT), elaborado en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSI-CO) de la Universidad de Valencia (<http://www.uv.es/unipsico>). Este instrumento está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con 5 grados para evaluar la frecuencia con la que los sujetos perciben los síntomas. Esta escala va de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes 4 dimensiones:

1. Ilusión por el trabajo (5 ítems). Esta dimensión se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales debido a que se percibe como una fuente de complacencia personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, altas puntuaciones en esta dimensión indican bajos niveles en el SQT.
2. Desgaste psíquico (4 ítems). Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo los individuos deben tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar a la dimensión de "Agotamiento emocional" del MBI-HSS.
3. Indolencia (6 ítems). Se define como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes. Esta dimensión es similar a la dimensión de "Despersonalización" del MBI-HSS.
4. Culpa (5 ítems). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo.

La puntuación total del sujeto en el SQT es la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en las escalas de Ilusión (invertida), Desgaste psicológico e Indolencia. Esto es debido a que no todos los sujetos que desarrollan el SQT muestran sentimientos de culpa.

7. PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL Y DEL SQT

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil-Monte, 2005).

La formación es un elemento clave en la prevención del SQT. El objetivo que se persigue con la formación es conseguir un ajuste individuo-puesto adecuado. La for-

mación es necesaria debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral. Estos cambios han modificado las demandas de los clientes de las organizaciones, pero también las expectativas y las demandas de los propios trabajadores sobre cómo quieren ser tratados por la organización y por sus superiores, y bajo qué condiciones deben realizar el trabajo. El desajuste entre lo que los clientes y la organización esperan de los trabajadores y la falta de capacidad del trabajador para dar respuesta a esas expectativas van a estar en el origen del SQT, mientras que el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de disfrute y realización personal.

Los programas de formación dirigidos a la prevención del SQT deben considerar el entrenamiento a varios niveles. El nivel organizacional requiere entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional. El nivel interpersonal considera los grupos de trabajo y la interacción social, por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo, etc. El nivel individual debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés. El entrenamiento en estrategias de resolución de problemas, o en estrategias de tipo cognitivo-conductual puede ser un buen complemento a otro tipo de acciones. La formación en estos tres niveles no debe entenderse como excluyente o alternativa, sino como complementaria.

A la hora de diseñar la intervención hay que tener presente que el origen del problema está en el contexto laboral y, por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias más relevantes para la prevención del SQT que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son los programas de desarrollo organizacional (DO). El DO es un proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos formales de trabajo.

En el nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejorar las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. El entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia adecuada para formar a los trabajadores en procesos de apoyo social, pero también para que aprendan a manejar los conflictos interpersonales, y otras dificultades vinculadas al sistemas social-interpersonal.

Las estrategias dirigidas al individuo, al margen de la organización, están recomendadas en cualquier momento del proceso de desarrollo del SQT, e incluso antes de que aparezcan los primeros síntomas, pues si se han adquirido estrategias adecuadas para manejarlo se puede prevenir su aparición. Dentro de las estrategias del nivel individual se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas y el entrenamiento de la asertividad. Por otra parte, los profesionales de la psicología también pueden intervenir mediante la utilización de técnicas cognitivo-conduc-

tuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es ayudar al individuo a lograr un alivio de los síntomas del estrés reestructurando los pensamientos que hacen crónica la ansiedad, la depresión, la culpa, la angustia, la cólera, etc.

Junto con estos niveles de intervención es necesario considerar también un cuarto nivel, que incorpore las acciones sociales. En la aparición del SQT intervienen variables del entorno social de la organización, externas al sistema organizacional, por este motivo los órganos de gobierno también son responsables de la prevención del SQT. Para ello es necesario que creen y formen los recursos materiales y humanos necesarios para que el trabajo no sea una actividad de riesgo para las personas. Estas acciones empiezan con la formación de pregrado de los profesionales, con el fomento de patrones culturales y formativos adecuados, con la realización de las inversiones económicas que necesita el sistema sociolaboral, etc. También se debe considerar el sistema jurídico, contemplando la seguridad de los profesional que atienden a personas y la tipificación adecuada de las agresiones hacia ello.

BIBLIOGRAFÍA

- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01.pdf>
- Gil-Monte, P. R. (2003, septiembre). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33. Disponible en: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/index.htm>
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290.
- Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A., Núñez, E. M., Carretero, N., Roldán, M. D. y Caro, M. (2006). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT). *Psiquiatría.com*, 10(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/183/24872/?++interactivo>.
- Gil-Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.

Comunicaciones a la ponencia

FORMACIÓN Y MANEJO DE LAS EMOCIONES EN UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Angela Sanjuán Quiles, Elena Ferrer Hernández
Enfermeras. Licenciadas en Sociología. DEA Departamento de Sociología y Teoría de la Educación. Profesoras EUE. Universidad Alicante

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La investigación sobre la regulación y manejo de las emociones ha experimentado un gran interés en la última década del siglo pasado. Parte de la responsabilidad de este auge se debe a la irrupción de un nuevo concepto denominado Inteligencia Emocional (IE). Si bien el análisis de las interacciones entre emoción e inteligencia no es nuevo, la unión de ambos conceptos en un único constructo ha suscitado una creciente área de investigación. Educar la (IE) de los estudiantes se ha convertido en una tarea necesaria en el ámbito educativo y la mayoría de los docentes considera primordial el dominio de las habilidades para el desarrollo evolutivo y socio-emocional de los estudiantes. Se ha defendido la importancia de desarrollar en el estudiante las habilidades relacionadas con la inteligencia emocional en el ámbito educativo (Fernández-Berrocal y Extremera, 2002). El concepto apareció por primera vez desarrollado en 1990 y fue formalmente definido como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos” (Meter Salovey y John Mayer 1990).

En 1995 Daniel Goleman resalta en su libro “Inteligencia Emocional” que necesitamos una nueva visión del estudio de la inteligencia humana más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales que resalte la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para comprender el curso de la vida de las personas. Goleman afirma que existen habilidades más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social.

Las primeras publicaciones que aparecieron realizaron multitud de afirmaciones sobre la influencia positiva de la inteligencia emocional en el aula, con el inconve-

niente de que no estaban avaladas por datos empíricos contrastados que demostrasen por un lado, el nivel predictivo de la IE y por otro el papel real de la IE en las distintas áreas vitales.

Son muchos los autores que publicaron aproximaciones al concepto, propusieron sus propios componentes y elaboraron herramientas para evaluarlo. (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003a; Liau, Teoh 2003; Trinidad y Johnson).

Hasta finales de la década pasada y principios de la actual no se constata empíricamente los efectos que una buena IE puede ejercer sobre las personas. En general los primeros trabajos se encaminaron a examinar el constructo de IE, se centraron en el desarrollo teórico de modelos y la creación de instrumentos de evaluación rigurosos (Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Salovey, Woolery y Mayer 2001).

Entre los diferentes acercamientos a la IE, engloban un conjunto de habilidades relacionadas con el procesamiento emocional de la información. En concreto la definición más concisa delimita la IE como “la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”. La mayor parte de los estudios han sido realizados con población adolescentes y jóvenes universitarios y encontramos cuatro áreas fundamentales en las que una falta de IE provoca o facilita la aparición de problemas. Tales como: Déficit en los niveles de bienestar y ajuste psicológico de los estudiantes, disminución en la calidad y la cantidad de las relaciones interpersonales, descenso del rendimiento académico, aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas (Fernández- Berrocal y Extremera, 2002 y Extremera y Fernández-Berrocal 2003). De entre ellas y en concreto para la situación de enseñanza- aprendizaje durante las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería, seleccionamos el descenso del rendimiento académico, sabiendo que también, pueden estar implicados la calidad- cantidad de las relaciones interpersonales y el ajuste psicológico.

Entendemos como rendimiento la consecución de objetivos práctico/clínicos que el estudiante de enfermería aprende primero, en sesiones de pequeño grupo en las salas de simulación y posteriormente en los centros sanitarios, de la red pública y privada de la provincia de Alicante. Criterio de evaluación que nos permite poder evidenciar que ha alcanzado la capacidad y la competencia necesaria para, poder objetivar que la materia o materias interrelacionadas han sido superadas en el apartado de créditos clínicos.

El contexto donde se produce la evaluación es, en parte en la propia unidad hospitalaria o centro de salud, donde se establecen relaciones interpersonales entre los miembros del equipo y las personas que precisan cuidados. El proceso de comunicación terapéutica que se establece entre el paciente/cliente y enfermera, requiere para el profesional de niveles óptimos de IE percibida, de manera que le permita tomar decisiones eficaces y efectivas para resolver el proceso de cuidados con máxima satisfacción laboral (Berrios M^a Pilar, Augusto J.M^a, Aguilar M^a Carmen 2006). Situación que consideramos perciben, y viven los estudiantes cuando se integra en los equipos de prácticas asistenciales y que tiene relación con el rendimiento alcanzado y su propia satisfacción personal.

Los datos de la investigación de IE relacionados con rendimiento, mostraron evidencias del vínculo IE/ rendimiento. Mediante un diseño longitudinal comprobaron que las puntuaciones evaluadas sobre IE al empezar el curso académico permitirían predecir las puntuaciones obtenidas en las notas finales (Schutte, Malouff, Hall et al., 1998). Aunque los autores Newsome, Day y Catano (2000) no avalaron las relaciones positivas entre IE y el rendimiento académico en estudiantes universitarios canadienses, debido en parte (Par, Summerfeldt, Hogan y Majeski 2004) a problemas metodológicos relacionados con la muestra, ya que se seleccionaron a estudiantes que estaban pasando por distintos procesos de transición (p.e. estudiantes de primero y de último año, estudiantes adultos y adolescentes).

También es posible que la relación IE/rendimiento no sea simplemente lineal y directa y que puedan estar influyendo otras características o variables presentes en el estudiante, de hecho, los autores Fernandez-Berrocal, Extremera y Ramos (2003) examinaron la viabilidad del constructo como factor explicativo del rendimiento no como una relación directa entre IE y logro académico, sino analizando el efecto mediador que una buena salud mental ejerce sobre el rendimiento. Los resultados mostraron nuevamente que altos niveles de IE predecían un mejor bienestar psicológico y emocional, es decir menor sintomatología ansiosa y depresiva. El estudio puso en conexión el rendimiento académico/IE, concretamente mostró que la inteligencia emocional interpersonal influye sobre la salud mental de los estudiantes y este equilibrio psicológico, a su vez, está relacionado y afecta al rendimiento académico final.

Por tanto las personas con cierto déficit (pe., escasas habilidades, desajuste emocional, problemas de aprendizaje) es más probable que experimenten estrés y dificultades emocionales durante sus estudios y, en consecuencia, se beneficiarían más del uso de las habilidades emocionales adaptativas que les permitan afrontar tales dificultades (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004).

En la calidad y cantidad de las relaciones interpersonales o de grupo, el estudiante de enfermería en el periodo de prácticas clínicas rompe la relación que ha podido crear en su grupo de teoría en la Universidad, y debe integrarse en equipos de trabajo ya consolidados en su forma y modos de comportamiento en los centros sanitarios. Las personas emocionalmente inteligentes no sólo serán más hábiles para predecir, comprender y manejar sus propias emociones, sino también serán más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo de las emociones de los demás. Esta teoría proporciona un nuevo marco para investigar la adaptación social y emocional puesto que la IE jugaría un papel fundamental en el establecimiento, mantenimiento y la calidad de las relaciones interpersonales de los estudiantes de enfermería de prácticas clínicas. Los estudios realizados en esta línea parten de la base de que el estudiante con alta IE es una persona más hábil en la percepción y comprensión de emociones ajenas y posee mejores habilidades de regulación.

Las habilidades interpersonales son un componente de la vida social que ayudan a las personas a interactuar y obtener beneficios mutuos. Si tenemos en cuenta que una parte de la evaluación de las prácticas clínicas se realiza en los equipos de trabajo de las unidades de cuidados donde ha sido asignado el estudiante y que las habilidades sociales tienden a ser recíprocas; la persona que desarrolla y posee unas competencias sociales adecuadas con los demás es más probable que reciba una buena consideración y un buen trato por la otra parte.

OBJETIVOS

El presente estudio tiene la pretensión de poder objetivar:

- Habilidades emocionales que tienen los estudiantes en los distintos niveles de la Diplomatura de Enfermería (1º, 2º, 3º).
- Necesidades de formación, que en su opinión necesitan para obtener la capacidad de controlar sus emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar su pensamiento y sus conocimientos.
- Nuestro estudio pretende ser un primer paso, exploratorio que nos permita hacer visible la necesidad de relacionar el rendimiento práctico con IE tan necesaria para la integración del estudiante y futuro profesional en los equipos de trabajo clínico- asistenciales.

MÉTODO Y PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

En la literatura actual se defienden principalmente dos procedimientos de abordaje en la evaluación de la IE: El primer grupo incluye los instrumentos clásicos de medidas basadas en cuestionarios y autoinformes; el segundo grupo son las llamadas medidas de habilidad o de ejecución. En el primero los instrumentos normales están compuestos por enunciados verbales cortos en los que la persona evalúa su IE mediante la propia estimación de sus niveles en determinadas habilidades emocionales. Por su parte, las medidas de habilidad o de ejecución implican que la persona solucione o resuelva determinados problemas emocionales y luego su respuesta sea comparada con criterios de puntuación predeterminados y objetivos.

Finalmente se está imponiendo una nueva forma de evaluación de la IE que es complementaria a las otras dos, se trata de instrumentos basados en la observación externa, es decir, se solicita a los compañeros de clase o de trabajo o al profesor/jefe que nos den su opinión y su valoración sobre cómo la persona es percibida por ellos. De esta forma, nos proporcionan información sobre la interacción del sujeto con el resto de personas del entorno, su manera de resolver los conflictos o bien su forma de afrontar las situaciones de estrés. Normalmente, este método de evaluación suele ser complementario a los dos procedimientos anteriores y sirve como medida para evitar problemas de deseabilidad social.

Durante el curso académico 2005/2006 y previa a la incorporación de los estudiantes a las prácticas clínicas se elaboró un instrumento que nos permitiera obtener información sobre las unidades donde el estudiante había realizado las prácticas o se encontraba en proceso de formación y aprendizaje. Necesitábamos saber como se había sentido valorado o satisfecho y con que implicación, en su opinión, el tutor y los profesionales de la unidad de cuidados le habían atendido sus necesidades personales o de formación.

Cómo en la mayoría de las áreas de la psicología, la IE inició su desarrollo mediante el uso de cuestionarios que evaluaban el nivel IE a través de una serie de ítems, en escala tipo Likert , con varias opciones de respuestas. La escala utilizada en nuestro estudio para objetivar los niveles de IE en estudiantes de enfermería en prácticas clínicas es la Spanish modified Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) es una versión reducida del TMMS 48 (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palafi, 1995) realizado por el grupo de investigación (Fernandez-Berrocal, Extremera y

Ramos 2004). Esta compuesta por tres dimensiones de la escala original: Atención, Claridad y Reparación. En la modificación llevada a cabo por los autores se excluyeron algunos ítems por su baja fiabilidad y escaso aporte a la fiabilidad de la escala en castellano, otros no median exactamente IE sino habilidades emocionales más generales por lo que también fueron eliminados, se reconvirtieron los ítems negativos en positivos para una mejor comprensión de su contenido.

La TMMS que se va a utilizar en el presente estudio contiene tres dimensiones claves en la IE: Atención a los sentimientos (es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos), Claridad emocional (se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones) y Reparación de las emociones (alude a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos). A las personas se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala de tipo Likert de 5 puntos (1=Nada de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). La escala final esta compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, y su fiabilidad para cada componente es: Atención (0,90); Claridad (0,90) y Reparación (0,86). Los tres subfactores correlacionan en la dirección esperada con variables criterios tales como depresión, rumiación y satisfacción vital Evalúa metaconocimiento de los estados emocionales (destrezas con las que se puede ser consciente de las propias emociones y la capacidad personal para regularlas). (ANEXO I)

Las instrucciones que se dieron fueron las sugeridas por los autores para la utilización de la escala: marcar con una X el grado de acuerdo con las afirmaciones sobre emociones y sentimientos personales. Además se aclaró que no habían respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas. Pidiendo a los participantes máxima sinceridad y espontaneidad en la respuesta.

Para la obtención de los perfiles emocionales de los estudiantes se emplearan las indicaciones de la escala, se sumaran las puntuaciones otorgadas por cada estudiante a las primeras 8 preguntas en el factor de percepción emocional, las siguientes 8 para la comprensión emocional y las últimas 8 para la regulación emocional. Posteriormente con las tablas de la escala TMMS-24 que indican los niveles (alto, medio, bajo) para cada criterio, se establecerá el perfil emocional de manera diferencial para hombres, mujeres, edad y nivel académico.

A través de la observación externa, se solicita a los miembros de la unidad de cuidados que nos den su opinión y su valoración sobre cómo, el estudiante es percibido por ellos. De esta forma, nos proporcionan información sobre la interacción del sujeto con el resto de personas del entorno, su relación con el equipo de salud, su manera de resolver los conflictos o bien su forma de afrontar las situaciones de estrés, sentido de cooperación y actitud de aprendizaje, a través de un cuestionario de evaluación. En todos los casos se ha realizado una evaluación externa que nos permite acercarnos a relacionar IE con rendimiento práctico.

Es de resaltar que tanto el estudiante como el personal de las unidades donde realiza las prácticas conoce el rendimiento que debe de conseguir cada nivel en cada unidad de cuidados. A pesar de que ya conocemos la gran subjetividad de la escala construida y la necesidad de trabajar más sus factores de evaluación. (ANEXO II)

Finalmente y como una parcela a desarrollar a posteriori, consideramos pertinente que el estudiante identifique parcelas de formación o autoaprendizaje, necesarias

para el manejo de las emociones propias y las de los demás y les preguntábamos si había recibido formación sobre: Inteligencia Emocional, Técnicas de Comunicación, Afrontamiento del Estrés, Autoestima y Desarrollo Personal, Autocuidado y Grupos de Ayuda Mutua. Si por el contrario considera que la necesita, poder gestionar o proponer la oferta a través de distintos mecanismos u organismos reglados (Plan de Acción Tutorial, Consejo de Alumnos, EUE...) o no. (ANEXO III)

El total de la muestra hasta el momento es de 100, estudiantes que en dos cursos consecutivos han realizado las prácticas clínicas en el Hospital de Elda, están adscritos a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante y han querido voluntariamente participar. Estudiantes de los distintos niveles de la diplomatura, sin la pretensión de establecer comparaciones ni relaciones, sino con el objetivo de que nos permitan acercarnos al problema que pensábamos que estaba implícito en cada uno, por la gran complejidad de los procedimientos que abarca la formación clínica y el estrés emocional que conllevan las intervenciones e interacciones entre personas y grupos. Abriendo de esta forma un campo de trabajo profesor/profesionales/estudiante que nos permita estar alerta ante las necesidades emocionales o problemas en el manejo de las emociones en estudiante/es que lo puedan necesitar.

RESULTADOS

Los que se desprenden de la tabulación de los datos. Actualmente en proceso los del curso 2007 ya que, la incorporación a las prácticas de los estudiantes de enfermería se produce en el mes de febrero, los autoinformes finales son continuos y de distintas unidades de prácticas y no se obtiene el resultado final hasta el mes de Junio.

El rango de edad de los participantes se sitúa entre 18 y 50 años para el total de la muestra (100). Con una media de edad de 24,15 años.

Según el sexo la muestra la conforman 84 mujeres y 16 de hombres. Lo cual sigue confirmando que la opción de los estudios de enfermería es mayoritariamente femenina, por otra parte, no es distinta a la proporción por sexos de los datos globales de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante

Los participantes por cursos (Nº de encuestas contestadas) son 100 estudiantes. La distribución de la muestra es: 1º: 32; 2º: 38; 3º: 30.

La formación específica para el manejo eficaz de las emociones realizada por los estudiantes previa a la contestación de la encuesta es:

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Afrontamiento del estrés | 25% |
| Habilidades de Comunicación | 70% |
| Inteligencia Emocional | 12% |
| Autoestima y desarrollo personal | 12% |
| Autocuidado y grupos de ayuda mutua | 10% |

Las necesidades de formación percibidas por el grupo para el manejo de las emociones propias y las de los demás:

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Afrontamiento del estrés | 89% |
| Habilidades de Comunicación | 90% |
| Inteligencia Emocional | 95% |
| Autoestima y desarrollo personal | 70% |
| Autocuidado y grupos de ayuda mutua | 60% |

Se sienten valorados por el equipo de salud en un 71,1% adecuadamente. El casi 30% restante no se consideran bien valorados o se consideran muy bien valorados. Esta proporción se mantiene para el ítem de satisfacción en las prácticas clínicas siendo 18% los que manifiestan no estar satisfechos con las prácticas clínicas y un 12% los que dicen sentirse muy satisfechos.

La implicación del tutor en el aprendizaje de las prácticas clínicas se consideran de acuerdo un 88%. La implicación de otros profesionales en la formación y aprendizaje de las prácticas, la consideran satisfactoria y están totalmente de acuerdo en más del 90%.

Relacionando los tres factores: Atención, Claridad y Reparación se obtienen los siguientes resultados:

| | VARÓN | | MUJER | | |
|----------------------|-------|---------------|-------|--|----------------------|
| Atención Emocional | 0 | Poca Atención | 25 | | Atención emocional |
| | 11 | Adecuada | 54 | | |
| | 5 | Demasiada | 5 | | |
| Claridad emocional | 5 | Debe mejorar | 23 | | Claridad emocional |
| | 11 | Adecuada | 60 | | |
| | 0 | Excelente | 1 | | |
| Reparación Emocional | 6 | Debe mejorar | 27 | | Reparación emocional |
| | 10 | Adecuada | 49 | | |
| | 0 | Excelente | 8 | | |

Según los resultados de la tabla, los estudiantes reflejan en el 68,75% que los varones mantienen una atención emocional adecuada, siendo acompañada de una claridad emocional y adecuada reparación emocional con 62,5%. En las mujeres un 84,28% tiene una adecuada atención emocional con un 71,42% de claridad emocional y 58,33% de reparación emocional. El porcentaje de mejora se encuentra en un 30% tanto para varones y mujeres en los ítems de Atención y claridad, siendo del 32,14 % la necesidad de mejorar la reparación emocional en las mujeres y del 37,5.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se realizará un análisis por niveles y cursos académicos, de manera que nos permita ir valorando como el estudiante, va adquiriendo las destrezas para el manejo de las emociones tal y como si, se tratara de habilidades y destrezas, para los procedimientos o las técnicas de enfermería.

No siendo nuestra pretensión obtener datos definitivos, sino abrir una parcela de trabajo que pensamos es necesaria para que el estudiante pueda abordar su autoaprendizaje y crecimiento personal en el manejo de sus propias emociones y las de los demás.

Hasta el momento actual podemos decir que se percibe en el grupo un interés por la formación y autoaprendizaje en actividades que les permitan alcanzar seguridad y desarrollo personal. La inteligencia emocional se percibe como algo desconocido,

casi en la totalidad no han recibido ningún tipo de formación y la consideran necesaria para poder ejercer su profesión en el futuro.

Se sienten en término medio integrados y satisfechos con las prácticas clínicas en las unidades de cuidados, consideramos que existe una relación importante entre la integración y la satisfacción ya que se corresponden los ítems negativos (buena integración, buena satisfacción y viceversa). Se destaca la importancia del tutor de prácticas clínicas, que aunque solamente existe un 18% de estudiantes no satisfechos o de acuerdo con la formación y aprendizaje de las prácticas, al relacionarlo con la muestra total (que no es muy grande) nos preocupa y deseamos que pueda mejorar en el futuro. Sería interesante poder relacionar formación y control de las emociones con la satisfacción en las prácticas clínicas y esperamos poder relacionarlos al finalizar el presente estudio en Junio del 2007.

Es de destacar lo que, consideramos pudiera ser un sesgo en los resultados, ya que, la contestación al test, puede que esté influenciada por la sinceridad en la contestación, episodios de vida recientes ocurridos en la vida personal o durante la sesión de la realización de las prácticas clínicas.

CONCLUSIONES

El manejo de las emociones es considerado como una necesidad de formación y control por parte del grupo, que además considera, no recibir formación curricular en los planes de estudios.

Se podría decir de manera provisional a falta de los autoinformes de las unidades que el rendimiento en las prácticas está relacionado con la satisfacción y con la integración de los estudiantes en las unidades de hospitalización.

Los estudiantes con necesidades de mejora en el control y manejo de las emociones perciben como más negativo el entorno de las prácticas clínicas, la tutorización y el apoyo recibido para la realización de las mismas.

Es de destacar que en algunos casos los estudiantes delimitan y argumentan cada uno de los campos y explican sus razones con un total manejo de las emociones.

En términos generales consideramos que una profesión de ayuda está inmersa en un continuo ir y venir de sensaciones, emociones y transacciones personales que implican estrés, por la necesidad de tomar decisiones que afectan a otros y a veces también a nosotros mismos. Formarse y estar emocionalmente sanos, nos predisponen para lo mejor en cualquiera de las soluciones posibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Berrios, M^a.P., Augusto, J. M^a., Aguilar, M^a.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm (Gran)* 54: 30-34
- Ciarrochi, J., Deane, F., Anderson, S. (2002) Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32 (2), 197-209
- Ciarrochi, J.V., Chan, A.C., Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28 (3), 539-561
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. (2002). La evaluación de la inteligencia emocional en el aula como factor protector de diversas conductas problema: violencia, impulsividad y desajuste emocional. *Actas del I Congreso Hispanoamericano de Educación y cultura de Paz* (pp. 599-605). Granada.
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. (2003a). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30,1-12

- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. (2003b). La Inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista Educación*, 33(2), 97-116
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. (2004a). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 6 (2). <http://redie.auc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>. Consultado 1 de diciembre 2006
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J.M., Guil, R. (2004b) Medidas de evaluación de inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 36 (2) 209-228
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. (2005) La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653)
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona. Kariós
- Mayer, J.; Salovey, P.; Caruso, D.R. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Newsome, S., Day, A.L., ctano, V.M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence.
- Pades, A., Homar, C., (2006). El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. *Rv Rol* 29(9):577-582
- Petrides, k.v., Frederickson, N., Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 277-293.
- Salovey, P.; Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 9, 1985-211

ANEXO I

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------|-----------------|---------------------|----------------|-----------------------|
| | Nada de acuerdo | Algo de Acuerdo | Bastante de acuerdo | Muy de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. Presto mucha atención a los sentimientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento. | | | 1 | 2 | 3 |
| 3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones. | | | 1 | 2 | 3 |
| 4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo. | | | 1 | 2 | 3 |
| 5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente. | | | 1 | 2 | 3 |
| 7. A menudo pienso en mis sentimientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 8. Presto mucha atención a cómo me siento. | | | 1 | 2 | 3 |
| 9. Tengo claros mis sentimientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 11. Casi siempre sé cómo me siento. | | | 1 | 2 | 3 |
| 12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas. | | | 1 | 2 | 3 |
| 13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones. | | | 1 | 2 | 3 |
| 14. Siempre puedo decir cómo me siento. | | | 1 | 2 | 3 |
| 15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones. | | | 1 | 2 | 3 |
| 16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos. | | | 1 | 2 | 3 |
| 17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista. | | | 1 | 2 | 3 |
| 18. Aunque me siento mal, procuro pensar en cosas agradables. | | | 1 | 2 | 3 |
| 19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida. | | | 1 | 2 | 3 |
| 20. Intento tener pensamientos positivos aunque me siento mal. | | | 1 | 2 | 3 |
| 21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme. | | | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo. | | | 1 | 2 | 3 |
| 23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz. | | | 1 | 2 | 3 |
| 24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo. | | | 1 | 2 | 3 |

ANEXO II

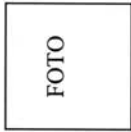


ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**

Alumno/a: _____ Curso: _____ Responsable de prácticas: _____

Módulo: _____ Unidad: _____ Hospital: _____



Observaciones para la Unidad:

RENDIMIENTO **LO EVALUARÁ EL PROFESOR RESPONSABLE DE PRÁCTICAS EN FUNCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS QUE APARECEN EN EL REVERSO**
(El profesional que verifique el cumplimiento de los mismos debe firmar y poner la fecha en que se cumple cada uno de ellos).

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|---|--------------------------------|
| SENTIDO DE COOPERACIÓN El alumno está dispuesto a prestar o recibir ayuda desinteresada para el logro de objetivos vinculados a su práctica. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD El alumno recibe las observaciones con seriedad y expone sus ideas con sentido práctico, interaccionando activa y positivamente con el equipo. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| ACTITUD EN EL APRENDIZAJE El alumno muestra iniciativa e interés por profundizar o ampliar la información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos mediante la formulación de preguntas o la solicitud de información. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| AUTOORGANIZACIÓN / PLANIFICACIÓN El alumno, en función de su nivel de independencia, organiza y planifica sus tareas / actividades independientes de acuerdo con las necesidades de los pacientes asignados. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| CONOCIMIENTO DEL PACIENTE El alumno se preocupa por conocer todos aquellos aspectos relacionados con los pacientes asignados, necesarios para la planificación de sus cuidados. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE El alumno se presenta al paciente y familia, les explica los objetivos de su intervención y establece el tiempo disponible de forma empática; así mismo, verifica, mediante feedback o retroalimentación, la comprensión mutua. | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Frecuentemente | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |

OBSERVACIONES DE LA UNIDAD:

Fecha y firma del instructor:

Fdo: _____

ANEXO III

Teniendo en cuenta la gran importancia que está adquiriendo cada día más el concepto de Inteligencia Emocional en las aulas y su repercusión no sólo en el rendimiento académico sino también en el ámbito laboral y social. Nuestro estudio se centra en la hipótesis de que un adecuado control de las emociones mejora los rendimientos de aprendizaje clínicos.

Para ello hemos elaborado este cuestionario que si es contestado con sinceridad nos permitirá comprender mejor esos procesos y su influencia sobre el rendimiento y mejorar su nivel de satisfacción en las prácticas. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como Ud. lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas.

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder a este cuestionario

DATOS PERSONALES

(Marque con una X en el recuadro o anote el dato pedido sobre la línea)

EDAD _____ Varón Mujer CURSO 1º 2º 3º

HAS RECIBIDO FORMACION SOBRE:

Afrontamiento del estrés
 Habilidades de Comunicación
 Inteligencia Emocional
 Autoestima y desarrollo personal
 Autocuidado y grupos de ayuda mutua

CONSIDERA QUE NECESITA MÁS FORMACIÓN SOBRE ESTOS

CURSOS:
 Afrontamiento del estrés Si NO
 Habilidades de comunicación Si NO
 Inteligencia emocional Si NO
 Autoestima y desarrollo personal Si NO
 Autocuidado y grupos de ayuda mutua Si NO

UNIDAD ASISTENCIAL O DE HOSPITALIZACIÓN DONDE ESTAS REALIZANDO LAS PRACTICAS CLINICAS

Ahora Antes

Unidades: Medicina Interna Espec. Quirúrg.
 Cirugía Traumatología
 Urología Ginecología
 Nefrología Obstetricia
 Pediatría Hospital de Día
 Urgencias UCI
 Reanimación UMCE
 UHD Quirófano

Me siento valorado por el equipo de salud..... 1 2 3 4 5

Me siento satisfecho con las prácticas clínicas..... 1 2 3 4 5

La implicación del tutor en el aprendizaje de mis prácticas es satisfactoria..... 1 2 3 4 5

La implicación de otros profesionales en el aprendizaje de mis prácticas es satisfactoria..... 1 2 3 4 5

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Fco. José Puche Cebrian. *Enfermero C. Salud Marina Española*
Rosario Cascales. *Enfermera C. Salud Marina Española*
Carmen Pilar Nieto. *Enfermera C. Salud Biar*

RESUMEN

1ª. JUSTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN: Fumar es la 1ª causa evitable de enfermedad y muerte. La OMS calculo que en el año 2000 el 25% del total de las muertes de los hombres y mujeres > de 35 años en el Hemisferio Norte, se relacionaron con el tabaco.

2ª. ESTADÍSTICAS: Hay un porcentaje importante de profesionales de salud que fuman, pese a conocer las consecuencias del tabaco. En España, la prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales de la salud, frente a la población global es de en 35% versus un 32%, en la población adulta. El profesional de Enfermería fuma un 14% mas que el Medico y el consumo es superior en A. Primaria

3ª. EN NUESTRO DEPARTAMENTO DE SALUD, EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

- Presentación de encuesta y resultados: por profesiones y sexo

4ª. ¿POR QUÉ DEBEN DE DISMINUIR ESTOS ÍNDICES?... SEGÚN LA OMS: “los profesionales de la salud deben de ser un ejemplo y como educadores para los pacientes, deben de servir de ejemplo evitando el consumo del tabaco”

5ª. PRESENTACIÓN DE LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL C. S MARINA ESPAÑOLA

Inicio

Personal

Material y medios

Desarrollo de la Consulta... Protocolos... Consulta específica de Enfermería

Resultados: Numero de pacientes, Porcentaje de éxitos, tratamientos

6°. CONCLUSIONES:

- Sobre la encuesta del Departamento 18 y el índice de fumadores
- Sobre la Consulta de Deshabitación Tabaquica

Fumar es la primera causa evitable de enfermedad y muerte. Fumar, representa una relación causal con una serie de enfermedades Cardiovasculares, respiratorias, del aparato reproductor y otras enfermedades, así como muchos tipos de cáncer. Las tres primeras causas de muerte atribuibles al tabaco son el cáncer de pulmón, la enfermedad cardiaca isquémica y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Según se envejece aumenta la frecuencia de las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.

La OMS calculó que en el año 2000, el 25% del total de las muertes de los hombres y mujeres mayores de 35 años en el Hemisferio Norte, se relacionaron con el consumo del tabaco. No solo este dato es preocupante puesto que las muertes relacionadas con el consumo de tabaco van en aumento. ASCIL, según estudios de la OMS en el año 1975 murieron en el mundo 1,5 millones de personas por el tabaco, datos recientes demuestran que en el año 2000 murieron en el mundo 4,8 millones de personas de enfermedades relacionadas con el tabaco. Los cigarrillos causaron la muerte de la mitad de las personas que fumen durante toda su vida.

“A menos que los jóvenes eviten el empezar a fumar y los fumadores dejen de hacerlo, el tabaco puede causar la muerte a más de 1.000 millones de personas en el siglo XXI “

Siendo estos datos sobradamente conocidos, llama poderosamente la atención el número importante de profesionales de la salud que fuman, pese a conocer las consecuencias que tiene para la salud. En la mayoría de los países, el porcentaje de profesionales de la salud que fuman son ligeramente inferiores a los de la población adulta. Sin embargo en España, la prevalencia del consumo del tabaco entre los profesionales de salud frente a la población global es de un 35% versus un 32% en la población adulta.

Una encuesta elaborada por la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) entre el personal sanitario español, ofrece datos alarmantes en cuanto a la incidencia del tabaquismo en la profesión. El porcentaje de trabajadores sanitarios adictos al tabaco supera en tres puntos al de la población general, aunque es el sector de la enfermería el que desequilibra la estadística: son menos los médicos que fuman, pero el porcentaje de enfermeras es 14 puntos más alto que el del total de las mujeres que cogen un cigarro. Casi cuatro de cada 10 profesionales sanitarios son adictos al tabaco. Entre los facultativos, el mayor índice de fumadores se registra entre los de atención primaria (39, 8%). En el personal de enfermería, esta cifra es del 43,2%.

Según los mismos profesionales, la incidencia del tabaquismo en el sector de Enfermería tiene diversos motivos: “Hay mucha gente joven, los turnos, la inestabilidad laboral. Pero hay gente que trabaja en sitios peores y no fuma, pero la realidad es esa”. Por el contrario, apelar al sistema de turnos o a la eventualidad del empleo “pueden servir para una autojustificación personal y poco más”, según la opinión de los expertos.

"El mejor consejo que puede dar el profesional sanitario es dejar de fumar, no decir a su paciente que deje de fumar".

Los profesionales sanitarios, desempeñan un papel importante en la motivación de sus pacientes para que dejen de fumar. Muchas de las Organizaciones Sanitarias Mundiales, han reconocido este papel en una serie de afirmaciones que animan no solo a ser promotores activos en el tratamiento para dejar de fumar, sino siendo un ejemplo para ellos. La iniciativa de la OMS *"liberarse del tabaco"* explica que *"los profesionales de la salud deben de ser un ejemplo y como educadores de los pacientes, servir de ejemplo evitando el consumo del tabaco"*.

Para objetivar estos datos, hemos planteado una encuesta * (aun en fase de recogida de datos) para conocer el índice de personal sanitario fumador en el ámbito de la Atención Primaria del Departamento 18. Dicha encuesta, recoge como se puede observar en el modelo, una serie de variables que pretenden de la manera más completa posible obtener una imagen del *"mapa"* de fumadores y no fumadores de nuestra área.

• La encuesta que presentamos a continuación, actualmente esta presentada en los siguientes Centros de Salud del Departamento 18:

- MARINA ESPAÑOLA ELDA
- ACACIAS ELDA
- AVDA. SAX ELDA
- PETRER I
- PETRER II
- VILLENA I
- VILLENA II
- BIAR
- MONOVAR
- PINOSO
- SAX
- NOVELDA
- ASPE

Los resultados finales serían presentados en la Comunicación de las Jornadas de Interrelación.

CUESTIONARIO HÁBITO TABÁQUICO

CENTRO DE SALUD.....

PROFESION.....

SEXO.....

EDAD.....

ES USTED FUMADOR:

EXFUMADOR DESDE CUANDO.....

NO HE FUMADO NUNCA

SOY FUMADOR ACTUALMENTE

AÑO DE INICIO.....

NÚMERO DE INTENTOS DE ABANDONO DEL TABACO.....

¿TIENE INTENCIÓN DE DEJAR DE FUMAR EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES?

NO

SI

EN CASO DE INTENTAR DEJAR DE FUMAR MIS MOTIVOS PRINCIPALES SON:

ECONÓMICOS

DE SALUD

POR DAR EJEMPLO

PRESIÓN FAMILIA/MÉDICO

OTROS

Muchas gracias por su colaboración

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD “MARINA ESPAÑOLA DE ELDA”

Interviene sobre personas fumadoras, derivadas a la consulta por personal médico o de Enfermería mediante hoja de derivación específica. Esta formada por un Enfermero y un médico con formación específica y denominación de “Expertos en Tabaquismo” y con una dedicación mínima de 3-4 horas por semana.

En el Centro de Salud de Marina Española de Elda, la consulta entro en funcionamiento el día 24 de Enero del 2007 desarrollándose todos los miércoles en horario de mañanas.

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

La Consulta tiene un modelo específico de Historia Clínica y se organiza de la siguiente manera:

1ª Visita: Realizada por ENFERMERÍA:

- Es el filtro del paciente. En esta visita, de duración aproximada de 30 min. se evacua la motivación del paciente y se contempla la viabilidad de la inclusión del mismo en el programa de deshabituación.
- Se realiza el protocolo del diagnóstico del Tabaquismo:
 - * Antecedentes personales y Familiares
 - * Antecedentes de Tabaquismo
 - * Grado Actual de Tabaquismo
 - * Índice Número paquetes/año
 - * Cooximetría
 - * Test de Fagersström modificado (mide el grado de dependencia)
 - * Test de Richmond (mide el grado de motivación)
 - * Identificación de Motivos para dejar de fumar
 - * Entrega de Guía práctica para dejar de fumar
 - * Medición de Tensión Arterial, Pulso y Peso del paciente
 - * Entrega de registro de Cigarrillos para averiguar patrón de consumo

2ª Visita: Realizada por médico:

- Se fija el día "D" para dejar de fumar
- Recomendaciones primeros días sin fumar
- Informar al paciente de las primeras fases que atravesara a lo largo del proceso
- Valoración de la necesidad de tratamiento

VISITAS DE SEGUIMIENTO

Visitas alternas realizadas por Enfermero o Médico según el momento de tratamiento y según las necesidades particulares de cada paciente:

- **A LOS 7 DÍAS SIN FUMAR: (MÉDICO)**
 - Síntomas y medición Síndrome de Abstinencia
 - Control de Fármacos: seguimiento, efectos secundarios
 - Cooximetría
 - Consejos prácticos

- **A LOS 15 DÍAS SIN FUMAR (ENFERMERÍA)**
 - Control de Fármacos: seguimiento, efectos secundarios
 - Cooximetría
 - Peso, Tensión Arterial
 - Recomendaciones dietéticas
 - Recomendaciones de Ejercicio Físico
 - Reforzar al paciente mediante Entrevista Motivacional

- **AL MES SIN FUMAR (ENFERMERÍA)**
 - Control de Fármacos: seguimiento, efectos secundarios
 - Cooximetría
 - Peso, Tensión Arterial

- Revisión de Tratamiento y necesidad de cambio del mismo
- Insistir en beneficios y reforzar mediante Entrevista Motivacional
- Advertir de peligros de “falsa seguridad”

• A LOS DOS MESES SIN FUMAR (MEDICINA)

- Felicitar
- Reforzar consejos prácticos y beneficios
- Revisión medicación
- Cooximetría
- Prevención de recaídas

• A LOS 3 MESES SIN FUMAR (MEDICINA)

- Felicitar
- Reforzar consejos prácticos y beneficios
- Retirada medicación
- Cooximetría
- Prevención de recaídas

• A LOS 6 MESES SIN FUMAR (ENFERMERÍA)

- Felicitar
- Peso-/ TA/ FC
- Consejo Dietético y/o dieta
- Cooximetría
- Reforzar consejos prácticos y beneficios
- Prevención de recaídas: Insistir sobre posibilidad “Falso síndrome de Control”

• AL AÑO SIN FUMAR : “EX-FUMADOR”

- Visita conjunta Enfermería/medicina. ALTA

RESULTADOS EN LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL CENTRO DE SALUD “MARINA ESPAÑOLA” *

| | |
|--|----|
| • TOTAL HOJAS DE DERIVACIÓN ESPECÍFICAS RECIBIDAS: | 34 |
| • PACIENTES NO ACEPTADOS (TRAS 1ª VISITA) : | 2 |
| • PACIENTES VISTOS EN 1ª. CONSULTA ACTUALMENTE EN FASE DE PREPARACIÓN Y CON FECHA PARA DEJAR DE FUMAR: | 6 |
| • PACIENTES ACTUALMENTE EN CONSULTA: | 26 |
| • HAN DEJADO DE FUMAR: | |
| - Con Tratamiento Farmacológico (Vareniclina) | 21 |
| - Con Terapia Sustitutiva de Nicotina | 3 |
| NO HAN DEJADO DE FUMAR: | 2 |

• % HOMBRES Y MUJERES EN CONSULTA:

HOMBRES: 13 (40,6 %)

MUJERES: 19 (59,4%)

* Estos resultados pueden ser actualizados para las Jornadas de Interrelación

HIPÓTESIS:

Con la puesta en marcha de la encuesta, se quiere comprobar si el índice de Fumadores entre el personal Sanitario de nuestro Departamento, coincide con los índices nacionales conocidos hasta el momento y si el Personal de Enfermería dentro de todo el Personal Sanitario es el más fumador.

CONCLUSIONES:

Sobre dos aspectos diferentes:

Papel de Enfermería en la Consulta de Deshabituación Tabáquica:

- La Consulta es una gran oportunidad para desarrollar un trabajo que entra de lleno en una de las Funciones principales de la Enfermería en Atención Primaria: La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad
- La accesibilidad del Profesional de Enfermería, conjuntamente con una buena formación específica, hace que el paciente recurra con frecuencia a la Enfermera para la motivación, dudas, efectos secundarios de los fármacos, consejos dietéticos y de ejercicio físico, etc.
- Todo ello hace que la puesta en marcha de la consulta, el grado de satisfacción referido por los pacientes y el buen resultado conseguido hasta ahora, sean elementos altamente motivadores para el profesional de Enfermería.

Sobre el Índice de Tabaquismo en el Personal Sanitario:

- Si nuestra encuesta confirma las cifras nacionales, sería muy necesaria una intervención (Formativa) sobre los profesionales, insistiendo en las conclusiones de las Organizaciones Internacionales anteriormente expuestas, sobre los beneficios propios y hacia los pacientes que supondría no fumar: “los profesionales de la salud deben de ser un ejemplo y como educadores de los pacientes, servir de ejemplo evitando el consumo del tabaco”.
- Serviría también como ejemplo para todos los fumadores, la inclusión de profesionales Sanitarios como pacientes de la Consulta de Deshabituación tabáquica.
- Sería aconsejable que la Conselleria de Sanidad, una vez objetivada la eficacia de los Tratamientos Farmacológicos actuales, financiara los mismos para conseguir la disminución del número de fumadores entre sus trabajadores.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HaD)

La alternativa para el control y seguimiento de los pacientes portadores de sonda PEG

Baltasar López García, Antonio Hernández Ortuño,
Tomás Mira Iniesta; Francisco Jara Marco

INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea, en inglés PEG, fue introducida en 1980 por Ponsky y Gauderer(1), el procedimiento que incluye la colocación de una sonda de gastrostomía percutánea, después de la transiluminación endoscópica del estómago por la posición apropiada de acceso de la PEG, es un método de colocación rápido y seguro de un acceso de alimentación en pacientes con trastornos de la deglución para alimentación enteral a largo plazo (más de 6-8 semanas) en pacientes con tracto gastrointestinal funcional.

Es una técnica que se realiza con mínima sedación, con baja morbilidad y éxito en > 95% de los casos.(2,3) Las series más grandes hablan de una morbilidad del 0,3-1% y una mortalidad específica por el método del 3 - 5,9%.(4,5).

La Hospitalización a Domicilio (HaD) surgió como un proyecto asistencial avanzado que, mediante un uso más razonable de los recursos disponibles, consigue una mejora en la calidad asistencial prestada al cuidado del enfermo sin aislarlo de su medio familiar y social y promoviendo la valoración multidimensional del binomio paciente-cuidador.

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria considera al profesional de enfermería como el agente de salud que lidera la atención en el domicilio, debiendo ello garantizar la continuidad de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar. Enfermería debe marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios –entendiendo al usuario y cuidador los ejes sobre quien gira la atención– fijando objetivos encaminados a resolver los problemas de salud de del usuario y cuidador. (6)

Desde el año 1995, la unidad de hospitalización a domicilio comenzó a hacerse cargo de los cuidados y el manejo de las pacientes del departamento 18 de Salud, portadores de sondas PEG, con 4 pacientes que poco a poco fueron ampliándose hasta llegar a hoy, donde el número de pacientes a cargo de la UHD es de 49.

Durante este tiempo se realizaron unos cuidados no estandarizados ni protocolizados que poco a poco fueron unificándose hasta conseguir realizar el protocolo utilizado a día de hoy.

El equipo de enfermería de HaD, se planteó revisar qué hacían otras unidades de HaD en relación a la sonda PEG y en el entorno de la hospitalización a domicilio. Debido a la escasa bibliografía encontrada tras la revisión bibliográfica y nula en relación con la Hospitalización a Domicilio, se decidió realizar un estudio descriptivo sobre la sonda PEG, el programa de implante-seguimiento y las complicaciones de la sonda PEG en los pacientes de HaD.

OBJETIVOS

Diffundir nuestra experiencia en el seguimiento de pacientes con sondas PEG.

Valorar si el sistema de seguimiento de los pacientes con sonda PEG por unidades de Hospitalización a Domicilio es adecuado.

Analizar las complicaciones mecánicas y las relacionadas con la ostomía, en relación con la duración del acceso digestivo.

Facilitar con este trabajo, todos los cuidados de enfermería de aquellos profesionales, cuidadores o grupos con menos experiencia en el campo de las sondas PEG.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En una primera búsqueda con las palabras clave gastrostomía endoscópica percutánea encontramos en las bases de datos españolas (CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE) un total de 9 registros, donde 6, tenían más de cinco años de antigüedad. Los tres restantes eran dos revisiones y el último, un estudio de casos pediátricos.

Acotando la búsqueda con las palabras clave: cuidados domiciliarios, no apareció ningún resultado.

En las bases bibliográficas internacionales (MEDLINE), se realizó la búsqueda directamente con las palabras clave gastrostomy percutaneous endoscopic & home care devolviendo 10 resultados, donde 4 tenían una antigüedad superior a los cinco años.

De los seis artículos restantes ninguno planteaba protocolos de actuación, ni cuidados de los pacientes por parte de unidades de hospitalización a domicilio, por lo que ante la ausencia de precedentes se realizó una búsqueda con otro criterio:

El thesaurus de Medline nos da como vocabulario controlado para el concepto Hospitalización a Domicilio” el término “Home Care Services Hospital Based”.

Pese a que teníamos una búsqueda del documento primaria muy específica, decidimos buscar Percutaneous Endoscopic Gastrostomy & Home Care Services Hospital Based, el resultado fue excepcional por el hecho de devolver sólo 8 artículos y todos de Japón.

Se centró el objetivo en realizar un estudio descriptivo de la actuación de la unidad de HaD en relación a los pacientes portadores de sonda PEG, exponer el programa de actuación así como las incidencias y complicaciones que habían sufrido los pacientes en sus domicilios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una descripción de la gastrostomía endoscópica percutánea, del programa de implante y seguimiento de los pacientes portadores de sonda PEG y por

último un estudio prospectivo-retrospectivo de las incidencias y complicaciones acaecidas a los pacientes en sus domicilios.

1. Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)

DEFINICIÓN

Consiste en la implantación directamente en el estómago de una sonda de silicona que se fija a éste y que sale al exterior a través de la pared del mismo.

INDICACIONES

Para alimentación enteral a largo plazo (más de 6-8 semanas) en pacientes con tracto gastrointestinal funcional. Suele utilizarse en pacientes con trastornos de la deglución secundarios a problemas neurológicos, cáncer de cabeza y cuello y ORL. En niños, además de estas indicaciones, la PEG se implanta en casos de quemados, fibrosis quística, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad de Crohn o SIC, malformaciones congénitas... También puede ser útil como descompresión gástrica.(16)

VENTAJAS

- Mucho más cómoda y estética para el paciente.
- Menor riesgo de regurgitación y aspiración que la sonda nasogástrica.
- Menor riesgo de extubación involuntaria.
- Sencillez de manejo.
- La PEG se implanta por un procedimiento relativamente sencillo que sólo requiere anestesia local y sedación. La intervención dura entre 15-30 minutos.

INCONVENIENTES

La gastrostomía está contraindicada en pacientes con:

- Ascitis masiva
- Fístulas digestivas altas
- Diálisis peritoneal
- Obesidad mórbida
- Trastornos de la coagulación.(17)

La PEG también está contraindicada en:

- Pacientes con obstrucción esofágica.
- Riesgo de aspiración en pacientes debilitados o con reflujo gástrico.
- La gastrostomía quirúrgica conlleva el riesgo derivado de la propia intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA SONDAS

- Las sondas PEG están disponibles en diversos calibres (14 a 24 FR).
- Fabricadas con silicona. Radiopacas. Con fiador.
- Para la gastrostomía quirúrgica, las sondas son de látex, de calibre entre 20-28 FR.

Sonda PEG de implante

La sonda que se implanta de inicio es de silicona no colapsable, de una longitud

inicial variable, pero que una vez colocada sobresale unos 20 cm. El calibre puede oscilar entre 14 y 24 FR. El diámetro interno ancho, reduce el riesgo de obstrucción de la sonda y permite una administración fácil de medicamentos triturados.

El extremo que queda fijado contra la pared interior del estómago es flexible y puede constar de 3 ó 4 pestañas o de un disco de silicona.

La sujeción externa de la sonda al estómago se hace a través de un soporte externo que se fija con unas abrazaderas.

El conector permite la administración de productos nutritivos o la descompresión gástrica por la entrada principal, así como la introducción de medicamentos y de agua.

Dicho conector se adapta al extremo de la sonda de silicona por presión.

Las gastrostomías también pueden colocarse radiológicamente.

Esta técnica ofrece la ventaja de eludir el paso por la boca, que constituye un foco de contaminación del trayecto de la fístula.

Sonda PEG de sustitución

Estas sondas suelen ser implantadas en el hospital de referencia o en el domicilio (en nuestro departamento de salud siempre en el domicilio), para sustituir una PEG o cualquier sonda de gastrostomía quirúrgica. Se trata de un sistema rápido y seguro que no precisa endoscopia y se caracteriza por sus reducidas dimensiones.

Existen dos tipos de kits de sustitución:

- Kit de sonda con balón: Sonda de silicona radioopaca de unos 20 cm. de longitud y de 16 a 22 FR de calibre, en uno de cuyos extremos dispone de un balón inflable tras insuflación de agua o aire y en el otro de un conector. En el centro de la sonda se incorpora un soporte que sirve de sujeción externa de la sonda.
- Kit de bajo perfil o botón: Sonda de silicona de longitud entre 2 y 3 cm. y calibre de 18-28 FR, de bajo perfil, que se adapta a la superficie de la piel. El extremo externo está formado por un tapón con válvula extraíble que previene el reflujo de contenido gástrico.(7)

Actuación de enfermería de HaD en pacientes portadores de sonda PEG

La unidad de HaD del Hospital de Elda es la responsable del seguimiento y control de todos los pacientes portadores de sonda PEG (Gastrostomía Percutánea Endoscópica) para alimentación, que viven en las poblaciones de nuestra área de cobertura actual, dentro del departamento 18 de Salud, (Elda, Monóvar, Novelda, Petrer, Sax y Vilena).

Uno de sus objetivos es evitar reingresos de estos pacientes, por cualquier motivo relacionado con la sonda PEG (cambios de sonda programados, roturas, mamelones...), evitando traslados repetidos, costes económicos (8,15) entre otros y manteniendo al paciente en su domicilio, entendiéndolo como un entorno terapéutico igual de válido que el hospital.

Pero para conseguir el mantenimiento del paciente en su domicilio, es pieza fundamental el cuidador informal, que deberá estar implicado en los cuidados del paciente así como en el manejo de la sonda PEG y en la resolución de problemas que pueda generar la sonda PEG.

Definimos CUIDADOR como aquella persona que se encuentra dentro de los familiares, amistades o vecinos que asumen los cuidados de personas que no son autónomas. Muchas veces nos encontramos en el domicilio con varios cuidadores y cada uno de ellos tiene un rol diferente. Tendremos que identificar al cuidador principal, que será el responsable del cuidado del enfermo.

2. Programa de implante y seguimiento de sonda PEG por parte del HaD

La unidad de HaD recibe la propuesta de paciente susceptible para implante de sonda PEG desde:

1. Atención Primaria.
2. Unidad de hospitalización (generalmente digestología y neurología).
3. De la propia unidad de HaD.

La propuesta se recibe normalmente vía hoja de interconsulta o llamada telefónica. Así es como el paciente queda incluido en el programa de implante de sonda PEG. A partir de aquí todas las intervenciones del personal de enfermería y facultativo se rigen por el siguiente protocolo:

1. Entrega y recogida del documento de consentimiento informado al paciente y/o cuidador.

2. Se realiza Hoja de interconsulta al servicio de digestivo, adjuntando consentimiento informado para programación de implante mediante gastrostomía endoscópica percutánea. La intervención se realiza siempre un miércoles, pudiendo así estandarizar los cuidados e intervenciones de estos pacientes.

3. El lunes previo a la intervención, acudirá un enfermero de HaD al domicilio del paciente para la realización de una analítica preoperatoria. Además, se le entrega al cuidador un P.T.S. no urgente, el tratamiento previo, así como una hoja de admisión para entregar en urgencias con destino a la UMCE (preferiblemente).

En esta primera visita al domicilio del paciente, enfermería realiza una primera valoración tanto del paciente como del cuidador. El cuidador principal, requiere una valoración focalizada específica, entendiendo al cuidador como recurso que presta y aplica cuidados y como cliente de riesgo (ser cuidador supone un riesgo para su salud).

El éxito de los cuidados en la atención domiciliaria va a depender del estado de salud del cuidador además del propio paciente.

Es fundamental realizar una valoración conjunta del paciente/cuidador principal, encaminada a identificar el nivel de conocimientos, así como sus actitudes y aptitudes por ser determinantes imprescindibles para abordar con éxito la resolución de problemas en relación con la sonda PEG.

4. El martes previo a la intervención, enfermería realiza las tareas administrativas en el hospital; solicitud de cama al servicio de admisión (se solicita ingreso en UMCE) y entrega al servicio de UMCE de la analítica preoperatoria para su inclusión en la historia clínica del paciente.

5. El miércoles el paciente ingresa en la UMCE, para pasar a la consulta de endoscopia digestiva, donde se realiza el implante de la sonda PEG. La estancia postoperatoria será en la UMCE, donde se inicia la valoración del estado general del paciente, del estoma, el inicio de la tolerancia por la sonda PEG, así como la educación sanitaria sobre el manejo de la NE (nutrición enteral) y de los cuidados de la sonda PEG.

6. El jueves se procede al alta de la UMCE e ingreso en HaD, si no ha habido ninguna incidencia y el paciente ha presentado una correcta tolerancia a la NE.

Al alta en UMCE, se cursa el traslado en ambulancia al domicilio y el enfermero de HaD entrega al cuidador principal tres documentos:

- PTS urgente para traslado desde el domicilio al servicio de urgencias del hospital en caso de extracción fortuita de la sonda PEG, fuera del horario de cobertura del HaD (entre las 22:00h y las 08:00h). Debido a que el estoma puede cerrarse a las pocas horas, si no se reintroduce de nuevo una sonda.
- Hoja informativa donde se encuentran los teléfonos de referencia de la unidad de HaD, para contactar con ella, en caso de cualquier incidencia con la sonda PEG.
- Folleto fotocopiado sobre los cuidados y el manejo de la sonda PEG.

7. El viernes se realiza una visita programada del enfermero al domicilio del paciente en la que se valora:

- El estado general del paciente, toma de CV, estado de la piel, riesgo de UPP.
- El estado del estoma; coloración, eritema, induración...
- Se realiza información nutricional así como el modo de administrar la NE correctamente.
- Se realiza la educación sanitaria sobre el manejo de la sonda PEG, su manipulación, rotaciones, limpieza...
- Se informa al cuidador principal sobre las posibles complicaciones que se pueden generar con la sonda PEG (mamelones, reflujo, extracción fortuita de la sonda...) y se explica cuál debe ser su actuación en cada caso, recordándole siempre, que dispone del nº de teléfono de la unidad de HaD para demandar información telefónica o una visita urgente si precisa.

8. El lunes siguiente se realiza visita del personal facultativo, que dará el alta de la unidad de HaD si no hay complicaciones. Al alta se programa la fecha del primer cambio de la sonda PEG, que se realizará a los 12 meses de su implante. Esta fecha se incluye en la agenda Microsoft Office Outlook©, para evitar pérdida de datos en soporte papel.

9. El cambio de la sonda PEG de inicio por otra de sustitución se realiza al año. Se realizará una visita conjunta facultativo/enfermero. Previamente se contacta con el cuidador vía telefónica para indicar que el paciente debe estar en ayunas y así realizar el cambio de sonda evitando el reflujo gástrico.

- Se realiza el cambio de la sonda PEG, se revisa el estado del estoma y se continúa la labor educativa de enfermería y de apoyo al cuidador principal y al paciente.

- Se programa el cambio de la sonda de sustitución para dentro de seis meses. Esta fecha se incluye en la agenda Microsoft Office Outlook®, para evitar pérdida de datos en soporte papel.

10. Cambios sucesivos (cada 6 meses). En ellos la visita programada la realiza exclusivamente el personal de enfermería, que será quién realice el cambio de la sonda PEG, la valoración general del paciente, higiene del estoma así como el refuerzo de las conductas generadoras de salud, cuidados de la sonda... En otros centros hospitalarios acude el paciente al hospital para los cambios, e incluso se realizan con apoyo endoscópico (9)

3. Incidencias y complicaciones

Se trata de un estudio prospectivo-restrospectivo, con todos los pacientes portadores de sonda PEG (n=49), diseñado para analizar las complicaciones:

*La edad media de los pacientes fue de 64 + 19 (todos mayores de 18 años y un 42% mayor de 70 años).

Como ya se ha explicado, los pacientes y el cuidador principal, recibieron un programa educativo al inicio de la instauración de la sonda PEG y un reforzamiento de conocimientos en cada visita de enfermería que precisaron.

Por poblaciones, la que más pacientes generó fue Elda, 38.7% (n=19), seguido de Novelda con un 22.4% (n=11) (tabla I).

| | n | % |
|---------|----|------|
| Elda | 19 | 38,7 |
| Monóvar | 4 | 8,1 |
| Novelda | 11 | 22,4 |
| Petrer | 7 | 14,3 |
| Pinoso | 1 | 2 |
| Sax | 1 | 2 |
| Villena | 6 | 12,2 |

El grupo diagnóstico mayoritario fue una enfermedad neurológica (n = 81.63%) y otros (n= 18.36%).

Tras iniciar con 4 pacientes su seguimiento en 1995, el crecimiento de este tipo de pacientes ha sido exponencial (tabla II). En 2006 se generaron el mayor número de implantes de sondas PEG (n= 34.69%).

Las fórmulas alimenticias empleadas fueron; fórmulas poliméricas (n= 53.06%), la opción del preparado culinario triturado, (n = 8.16%) y una nutrición mixta (fórmula polimérica + preparado culinario) (n = 38.77%). Independientemente del tipo de nutrición enteral administrada, en el 100%, ha sido administrada la nutrición enteral mediante Bolus con jeringa de alimentación.

| | n | % |
|--------------------|----|-------|
| 1995-1998 | 4 | 8,16 |
| 1999-2002 | 6 | 12,24 |
| 2003-2004 | 9 | 18,36 |
| 2005 | 10 | 20,4 |
| 2006 | 17 | 34,6 |
| 1er trimestre 2007 | 3 | 6,12 |

De los 49 pacientes de la muestra, en 1 se retiró la sonda PEG, otro se trasladó de departamento de salud, otro se derivó a Pinoso y 11 fallecieron por causas no relacionadas con la sonda PEG.

En nuestro estudio hemos distinguido entre los episodios de complicaciones acaecidos en los pacientes con una sonda PEG de inicio (periodo de un año) y los episodios de complicaciones una vez colocada la sonda PEG de sustitución (periodo de seis meses).

RESULTADOS

Las complicaciones se estudiaron en las sondas PEG de inicio y en las de sustitución. Estas complicaciones se clasificaron en 2 subgrupos:

- Mecánicas (obstrucción, rotura, extracción, desplazamiento...).
- Relacionadas con la ostomía (infección de la herida, fugas periestomales, celulitis, extrusión...)

Complicaciones en pacientes con sondas PEG de inicio

Como ya se indicó, las sondas PEG de inicio se sustituyen al año. Esto ha ocurrido en un total de 25 pacientes (n= 51.02%), a los 3 meses se sustituyeron en 2 pacientes (n= 4.08%), a los 2 meses se sustituyeron en 1 paciente (n= 2.04%) y 21 pacientes aún no han cumplido el plazo de sustitución (n= 42.85%).

En 37 pacientes de los 49 (75.5%), no se presentó ninguna complicación y un total de 17 complicaciones (mecánicas y/o relacionadas con la ostomía) se registraron durante el periodo de estudio; por lo que, solamente 12 pacientes presentaron una, o más frecuentemente, más complicaciones. El porcentaje más elevado de complicaciones fueron las relacionadas con la ostomía (n =76.4%) Fig 1.

Al analizar las complicaciones en su conjunto, las más frecuentes fueron la aparición de granulomas 6 (n=) y dermatitis 6 (n=). La extracción involuntaria de la sonda PEG de inicio, se produjo en un caso (n= 5.88%).

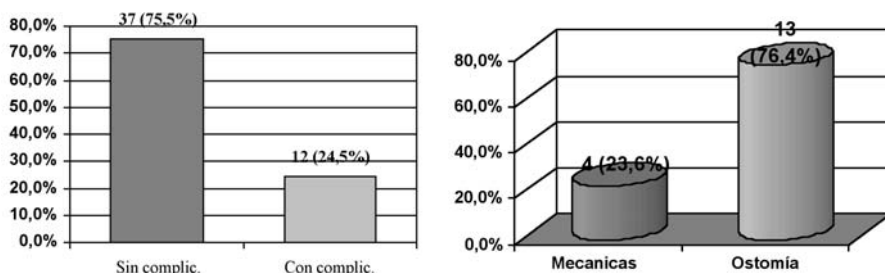


Fig 1.- Porcentaje de complicaciones en PEG de inicio

Complicaciones en pacientes con sondas PEG de sustitución

Las sondas PEG de sustitución se cambian por protocolo, en nuestra unidad, cada 6 meses. Esto ha ocurrido en 56 pacientes (n= 45.52%). Destacamos que un 10.3% ha precisado la sustitución, al mes de su colocación. La causa mayoritaria del cambio precoz de la sonda de sustitución ha sido la salida accidental de la sonda (55.8%) y la rotura del globo interno (27.90%). Fig 2

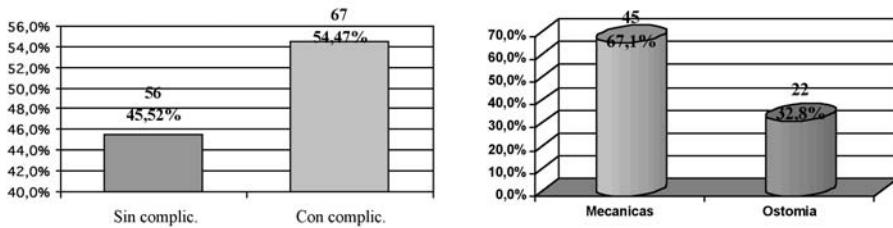


Fig 2.- Porcentaje de complicaciones en PEG de sustitución

El tiempo total de tratamiento prospectivo evaluado, fue de 301 meses (12 años + 3 meses), y se registraron 0.065 complicaciones por paciente-año, ó 0.0054 complicaciones por paciente-mes.

La mayoría de las complicaciones fueron leves y no precisaron ingreso hospitalario. El lugar de resolución de las complicaciones fue el domicilio del paciente en el 96.7% de los casos, el resto se solucionó en urgencias hospitalarias.

DISCUSIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica rápida y sencilla que permite la autonomía y el manejo por parte de los cuidadores (10).

La baja incidencia de las complicaciones, similar a otras series (11,12,13,14,18), el hecho de que no fueran graves y que no fuera preciso interrumpir el soporte nutricional, probablemente se encuentra en relación con el programa de seguimiento y educación que nuestra unidad ha desarrollado.

En otros estudios, la resolución de complicaciones relativas a las sondas PEG, por parte de las unidades de HaD, queda reducido a un 15% (18), mientras que en nuestro estudio es de un 96.7%.

El papel de las unidades de hospitalización a domicilio está poco estudiado respecto a los cuidados de los pacientes con sonda PEG, pero no cabe duda, que deba ser referente para el control y seguimiento en el domicilio de los pacientes portadores de sonda PEG.

CONCLUSIONES

El seguimiento y control de los pacientes portadores de sonda PEG en domicilio por parte del HaD es seguro y presenta una baja incidencia de complicaciones.

La Hospitalización a Domicilio evita sobrecostes y desplazamientos del paciente al hospital, relacionados con la sonda PEG.

El Programa de implante y seguimiento de sonda PEG por parte del HaD, es sistemático, estandarizado y garantiza la autonomía en los cuidados por parte de pacientes y cuidadores.

La mayor indicación de la PEG por incapacidad de alimentación, es por problemas neurológicos en nuestra serie.

La sonda PEG de sustitución puede mantenerse sin cambiar durante un periodo de 6 meses.

El tope interno de la sonda PEG de inicio es eficaz para evitar la salida accidental de la sonda PEG.

El soporte papel (fotocopias) dado a los cuidadores, sobre los cuidados de la PEG, está obsoleto por lo que un programa educativo actualizado (guía impresa e incluso DVD), será muy útil para el binomio paciente-cuidador y esperamos, en el futuro, contribuir a un mejor sistema de hospitalización domiciliaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gauderer MWL, Ponsky JI, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy. A percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg.* 1.980; 15: 872-75.
2. Ponsky JL, Gauderer MWL, Stelatt TA. PEG. Review of 150 casos. *Arch. Surg.* 1.983;118: 913-4.
3. Larson DE, Burton DD, Shroeder KW, Di Magno EP, Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastroenterology* 1.987; 93: 48-12.
4. Stellato TA, et al. Percutaneous approacher to enteral alimentation. *Am J Surgery.* 1.985; 149: 102-5.
5. Kirby DF, Craig RM, Tsanny T, et al. PEG. A prospective evaluation and review of the literature. *A parenteral enteral nutrition* 1.986;10: 155
6. Metodología de los Cuidados en Atención Domiciliaria. www.san.gva.es
7. Manual de Nutrición Enteral a Domicilio. www.novartis.com
8. Ramos AJ*, Estudio descriptivo de pacientes con gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Implicaciones en su indicación y en el gasto sanitario. *Nutrición hospitalaria.* Vol. XIX • Suplemento 1 • 2004
9. Simón Yriberri Ureña. Gastrostomía endoscópica percutánea: Experiencia prospectiva de un centro privado nacional. *rev. Gastroenterol. Perú* 2004; 24: 314-322
10. Gauderer ML. Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: origin and evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointest Endosc* 1999;50(6):879-883.
11. Farca A, Chavez C, Presenda F, Palacios JA, De la Mora G, Rodriguez G. Long-term usefulness and late complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64(4):178-180.
12. Gauderer ML. Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: origin and evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointest Endosc* 1999;50(6):879-883
13. Naehrlich L, Carbon R, Lang T, Behrens R. Two rare complications of percutaneous endoscopic gastrostomy: obstruction of the pylorus and gastrocolic fistula occurring in one patient. *Klin Padiatr* 2001;213(6):329-331
14. Cortez-Pinto H, Correia AP, Camilo ME, Tavares L, De Moura MC. Long-term management of percutaneous endoscopic gastrostomy by a nutritional support team. *Clin Nutr* 2002;21(1):27-31.
15. Kuroki M, Sato K, Inoue J, Endo K, Hamada S, Noguchi K, Ojima T, Kamiya T, Kashimura J, Ikeya S, Endo I, Nakayama H, Sugai Y, Ikeya S, Endo I, Nakayama H, Sugai Y. Usefulness of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in home health care investigation from the viewpoint of cost effectiveness. *Hiwatashi N.* Dec: 2003
16. Gilart Gilart, Celia Lavernia Prades, M José y Roca i Cortés, M Teresa. Promover la independencia: cuidados de una gastrostomía endoscópica percutánea. *EGEH.* 2001 may. 1:27-34. Artículo.
17. Hervás Martín, J y Escalera Aznar, E. Cuidados de enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea. *Enfermería Integral.* 2001. 59:XXX-XXXV. Protocolo y pautas de actuación.
18. C. Gómez Candela et al. Complicaciones de la nutrición enteral domiciliaria. Resultados de un estudio multicéntrico. *Nutr. Hosp.* (2003) XVIII (3) 167-173. Original.

————— 2ª PONENCIA —————
COMUNICACIONES A LA 2ª PONENCIA

EL CUIDADOR FAMILIAR

Josep Adolf Guirao Goris

Profesor de Enfermería. Escuela de Enfermería La Fe, Valencia

“Miles de personas, fundamentalmente mujeres, pululan por los hospitales de España. Por decenas o centenas, dependiendo de las dimensiones del Centro Hospitalario, se dirigen por los ascensores y pasillos hacia las habitaciones de sus familiares. Un buenos días, un beso a su familiar enfermo y un cómo estás. Atrás han dejado su hogar, medio arreglado; sus hijos en la escuela y la comida quizás preparada para el mediodía o, tal vez para la noche. Por delante una jornada de hospital, más o menos larga, junto a una silla, dando cariño, cuidados o presencia a quien tanto lo necesita. Son los cuidadores informales del hospital.

Nadie se fija en ellas, nadie las mira, nadie las tiene en cuenta, pasan desapercibidas para el sistema y la institución sanitaria y, a veces, hasta incomodan. Sin embargo son insustituibles..., y realizan una actividad que, en líneas generales, el sistema sanitario es incapaz de satisfacer porque corresponde a los afectos y emociones; y si, en alguna medida, se lo propusiese su coste prácticamente sería inabordable” (Quero Rufián et al., 2004).

El sistema Informal de Cuidados de Salud forma parte de un abanico más amplio de actuaciones del Sistema Social sobre la Salud. Se entiende como cuidados informales, aquellos que son prestados por familias, amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas. Los elementos básicos que lo definen son: su carácter no institucional, su no remuneración, se desarrollan en el terreno de lo privado asentados sobre relaciones personales, generalmente de parentesco, entre un grupo o red reducida.

Esta situación determina su invisibilidad y su no reconocimiento por parte del sistema institucional sanitario (Twigg, 1993). A pesar de ello, se han elaborado determinados modelos teóricos en los que se analiza la relación entre el cuidador y los Servicios Sanitarios y Sociales. Surgen así cuatro concepciones diferentes en las que se plantea esta relación:

- a. El cuidador como recurso, donde sólo se valora el beneficio que aporta el cuidador.
- b. El cuidador como co-trabajador, se le considera como coadyuvante para la mejora de los cuidados.

- c. El cuidador como cliente, paciente y cuidador son objeto de atención por parte del profesional de la salud.
- d. El cuidador como elemento de la producción del bienestar, solo se valora su aportación por el ahorro que supone para el sistema de salud (Toronjo, 2001).

El concepto de cuidador informal es multidimensional. Según diferentes revisiones de la bibliografía no existe una definición estándar (Zabalegui et al., 2007). En algunos casos, el cuidador informal es la persona que presta los cuidados primarios (Parris Stephens & Townsend, 1997). En otros casos es el investigador el que determina, según el objetivo de la investigación, quién es el cuidador informal mientras que otras veces queda sin definir por los autores. En general, se acepta que el cuidador informal es la persona que ayuda a la persona mayor, o dependiente, en las actividades de la vida diaria o en las actividades instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, criterios como la remuneración, o la convivencia son características en las que no existe un consenso.

PERFIL DE LOS CUIDADORES

En España, un tercio de la población mayor de 65 años es dependiente y necesita ayuda del sistema formal e informal (IMSERSO, 2002). En 1996, el IMSERSO publicó la investigación más amplia sobre cuidadores informales hecha en España, con una muestra de 1.702 cuidadores (IMSERSO, 1996). Definieron el cuidador informal como la persona que cuida a una persona mayor, ayudándola en cualquier actividad que ella no pueda realizar por si misma. Los resultados de este estudio, permitieron identificar el perfil de los cuidadores informales españoles de personas mayores. Así mismo, estas personas son generalmente mujeres en el 83% de las veces, con una edad media de 56 años, amas de casa en un 60% o trabajadoras fuera de casa en un 22%. El resto de cuidadores, el 17%, son hombres con una edad media de 65 años, retirados el 45% o trabajando fuera de casa el 42% (Zabalegui et al., 2007).

En la Comunitat Valenciana en 2006, el Servicio de Protocolización e Integración Asistencial realizó un estudio sobre la Atención Domiciliaria proporcionada en tres departamentos y según los resultados preliminares el perfil de los cuidadores es un 77,4% mujeres con una edad media de 55 años. Los hombres representan un 22,6 % y tienen una edad media de 61 años. Un hecho también destacable es que un 15% de los pacientes domiciliarios carecen de cuidador principal.

Como Zabalegui y cols (2007) indican el soporte informal en España tiene sus raíces en el sistema familiar, los hijos e hijas de las personas mayores dependientes constituyen el 57% de los cuidadores. Si añadimos nueras y yernos la suma alcanza el 62% de los cuidadores. Sin embargo, los cuidadores familiares algunas veces (5.9%) pagan a una tercera persona para ayudarles con las actividades del cuidado.

En los datos que disponemos de la Comunitat Valenciana los hijos e hijas de las personas constituyen el 48% de los cuidadores, y un 35 % lo constituye la pareja (conyuge / compañera o compañero). Respecto a la presencia de un cuidador remunerado se da en un 22 %. (Servicio de Protocolización e Integración Asistencial, 2006)

| Perfil de los cuidadores | | Ámbito general (1) | Atención domiciliaria (2) | Hospital (3) |
|--------------------------|------------|--------------------|---------------------------|--------------|
| Sexo | Mujer | 83 % | 77,4 % | 92 % |
| | Hombre | 17 % | 22,6 % | 8 % |
| Edad media | Mujer | 56 años | 55 años | 48 años |
| | Hombre | 65 años | 61 años | - |
| Vínculo | Progenitor | - | - | 28,3 % |
| | Conyuge | - | 35 % | 41,4 % |
| | Hija/o | 57% | 48 % | - |
| Cuidador remunerado | | 5,9 % | 22 % | - |

1. (Zabalegui et al., 2007)
2. (Servicio de Protocolización e Integración Asistencial, 2006)
3. (Quero Rufián et al., 2004)

Como indican Zabalegui y cols (2007), es importante destacar, de acuerdo con el actual movimiento migratorio, que los inmigrantes son una fuerza importante en la provisión de cuidados remunerados a personas mayores dependientes, principalmente Latino-Americanos. La mayoría de estos inmigrantes vienen de Marruecos (15.8%), Ecuador (13.8%) y Colombia (10.2%) (Instituto Nacional de Estadística, 2001)

Los antecedentes étnicos y culturales son un campo de estudio cada vez mayor en la literatura internacional de los cuidadores, aunque en España aún no hay bibliografía sobre este fenómeno. En Estados Unidos, (Lee & Sung, 1997; Zabalegui et al., 2007) identificaron que los antecedentes culturales y la cultura del cuidador pueden tener influencia sobre las motivaciones para cuidar. En su estudio describieron dos formas específicas de motivación filial (obligación filial y afecto filial) en los dos siguientes grupos: hijas con cuidadoras coreanas e hijas con cuidadoras americanas. Los resultados mostraron que las cuidadoras coreanas obtuvieron una puntuación significativamente mayor en ‘obligación filial’ que las americanas (4.0 vs. 3.6, $p < 0.05$); mientras que las americanas puntuaron más en ‘afecto filial’ (3.6 vs 4.1, $p < 0.01$).

En el estudio de las cuidadoras hospitalarias (Quero Rufián et al., 2004) ante la cuestión planteada sobre quién debería cubrir las necesidades de los pacientes, la mayor parte de los cuidadores respondieron que la obligación es del familiar. Aunque especifican actividades para las que se precisa cierta preparación como bañarlo en la cama, moverlo, vigilar los sueros, dar la medicación y vigilar que se la tome, que deberían ser llevadas a cabo por los profesionales sanitarios.

RECURSOS DE APOYO

Según la revisión realizada por Zabalegui y cols (2007) los estudios indicaron que los recursos existentes no satisfacen en general a los cuidadores. Además, los cuidadores informales refieren en general no confiar en los recursos formales, incluso escogiendo el soporte informal frente al formal en el caso de que pudiesen escoger. También, de acuerdo a lo que los cuidadores expresan, éstos necesitan más recursos

accesibles, variados y flexibles. A la vez de que se les proporcione conocimientos sobre cómo cuidar a sus mayores y cómo manejar el estrés o las situaciones difíciles. Entre los recursos mejor valorados y más demandados están los programas de respiro.

Según el estudio del (Servicio de Protocolización e Integración Asistencial, 2006), únicamente un 7 % de los pacientes domiciliarios reciben Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio confirmando los datos del último informe sobre las personas mayores que sitúan a la Comunitat Valenciana en la última posición por Comunidades Autónomas. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004)

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS E ÍNDICE DE COBERTURA (1) ENERO 2004

| Ambito Territorial | Población>65 | Nº usuarios | Índice de cobertura (1) |
|---------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------|
| C.Valenciana | 740.781 | 12.363 | 1,67 |
| Murcia | 178.983 | 3.153 | 1,76 |
| País Vasco | 383.761 | 6.793 | 1,77 |
| Galicia | 585.977 | 11.220 | 1,91 |
| Cantabria | 105.213 | 2.025 | 1,92 |
| Baleares | 133.383 | 2.784 | 2,09 |
| Canarias | 228.142 | 6.135 | 2,69 |
| Aragón | 262.460 | 8.064 | 3,07 |
| Castilla y León | 569.834 | 17.805 | 3,12 |
| España | 7.276.620 | 228.812 | 3,14 |
| Melilla | 7.329 | 231 | 3,15 |
| Asturias | 238.075 | 7.750 | 3,26 |
| Madrid | 830.839 | 28.024 | 3,37 |
| La Rioja | 55.578 | 1.894 | 3,41 |
| Ceuta | 8.222 | 283 | 3,44 |
| Andalucía | 1.128.535 | 39.266 | 3,48 |
| Navarra | 103.200 | 3.675 | 3,56 |
| Cataluña | 1.149.771 | 44.472 | 3,87 |
| Castilla-La Mancha | 358.564 | 17.460 | 4,87 |
| Extremadura | 207.973 | 15.415 | 7,41 |

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales INE (2004) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004)

TIPOS DE CUIDADOS PROPORCIONADOS

Las actividades de los cuidadores informales se centran fundamentalmente en cuatro categorías: Soporte emocional, servicios básicos, actividades para el sistema de salud formal, y apoyo económico. Según (Zabalegui et al., 2007) la literatura dife-

rencia entre dos tipos de acciones. En primer lugar figuran las actividades de la vida diaria (AVD), como son la alimentación, higiene o vestir, eliminación, movilidad, administración de medicación y realización de curas básicas. En segundo lugar están las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar la ropa y planchar. El tiempo de dedicación a estas actividades varían según los estudios y países.

Según el IMSERSO (2002), más de la mitad de los cuidadores españoles de personas mayores dedican más de 5 horas al día al cuidado, casi más de 150 horas por 4 semanas. Su cuidado se centra principalmente en las AIVD (80% de los cuidadores), en segundo lugar se basan en otras acciones tales como comprar, manejar cuentas bancarias o salir a pasear (77%) y posteriormente, se dedican al cuidado centrado en las actividades de AVD (60%).

Según el estudio de (Quero Rufián et al., 2004) en las cuidadoras informales en el hospital las tres necesidades que perciben como más importantes para el paciente estuvieron relacionadas sobre todo con la compañía y la vigilancia. En primer lugar, el 97% percibió como necesidad el acompañar y entretener al paciente, en segundo lugar, se consideró como necesidad del paciente tener que darle la medicación y vigilar que la tome. En tercer lugar, el 91% manifestó la necesidad de vigilarle los sueños al paciente.

Por otro lado, encontraron las necesidades del paciente que son debidas a la falta de movilidad o incapacidad, como ayudarle a vestirse, mencionada por el 85%, darle la comida por el 84%, ayudarle a levantarse (75%), ponerle la cuña o botella (70%), acompañar al cuarto de baño (69%) y ayudarle a pasear (69%).

En cuanto a las necesidades de aseo personal cotidiano que fueron menos mencionadas destacan peinarlo, lavarle la cara y/o los dientes (54%), ducharle (43%), bañarlo en la cama (38%) y afeitarlo (31%).

REPERCUSIONES E IMPLICACIONES PARA EL CUIDADOR

En la revisión sistemática realizada por Zabalegui y cols (2007) agrupan los resultados de acuerdo al siguiente esquema: depresión y ansiedad, carga y estrés.

Los síntomas depresivos y ansiosos son característicamente diferentes dependiendo del género del cuidador. (Jones & Peters, 1992), estudiaron 256 cuidadores informales en el Reino Unido y alcanzaron los siguientes resultados: el 29% de los cuidadores sufrieron de ansiedad y el 11% de depresión. La ansiedad estuvo significativamente asociada con ser mujer, hija o nuera (de los anteriores cuidadores que sufrieron ansiedad el 40% eran mujeres, $p = 0.012$). (Ribas et al., 2000) estudiaron la prevalencia de la ansiedad y de la depresión en cuidadores informales de los mayores en España con una población de 65 personas. Estos autores encontraron que el 85% de los cuidadores que obtuvieron una puntuación igual o superior a 6 en la escala de Goldberg eran mujeres (una puntuación igual o mayor a 6 indica ansiedad y depresión). También, la disminución de la actividad con la que se cuida ($p=0.0004$) fue un factor relacionado con la depresión (Ríos, Rueda, Valverde, & Mohamed, 2001). Esta sintomatología depresiva, además, no mejoraba ni con la institucionalización ni con la muerte de la persona cuidada. (López Mederos, Lorenzo Riera, & Santiago Navarro, 1999) estudiaron la depresión y los niveles de ansiedad de 79 cuidadores españoles de pacientes en el programa de atención domiciliaria en compara-

ción con 82 personas no cuidadoras seleccionadas aleatoriamente y pareadas por edad y sexo. Los resultados ilustraron su situación: el 78,5% de los cuidadores tenían alguna enfermedad crónica relacionada con el estrés (OR=2.46; IC=95%); el 69,6% tenían malestar psicológico relacionado con la ansiedad (OR=2.8; IC=95%) y el 43% de los cuidadores tenían depresión (OR=2.2; IC=95%).

La segunda sintomatología estudiada en la bibliografía por Zabalagui y cols (2007) fue la carga. La carga es un punto clave en la investigación de los efectos del cuidar en la persona que realiza el cuidado. Es un concepto muy investigado pero a la vez muy ambiguo. En la literatura quedan reflejadas dos dimensiones del concepto de carga: la carga subjetiva y la carga objetiva. La primera comprende "las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar", y la segunda puede definirse como "el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores" (Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, López López, & Sánchez Colodrón, 1998).

El instrumento más utilizado para evaluar la carga subjetiva es la "Entrevista sobre la Carga del Cuidador" diseñada por Zarit (1990) y validada al español por (Martín et al., 1996) y por Montorio (1998).

En atención domiciliaria no están sobrecargados 31% cuidadores principales, presentan una sobrecarga leve 21%, y una sobrecarga intensa 48% .(Servicio de Protocolización e Integración Asistencial, 2006)

| Grado de sobrecarga | (Servicio de Protocolización e Integración Asistencial, 2006) n=654 | (García Rozada, Villa Estébanez, & Muñoz Fernández, 2005) n=58 |
|---------------------|--|---|
| Sin sobrecarga | 31 % | 20,8 % |
| Sobrecarga leve | 21 % | 24,5 % |
| Sobrecarga intensa | 48 % | 52,8 % |

La tercera sintomatología con repercusión negativa para el cuidador es el estrés (Zabalagui et al., 2007). En los últimos años diferentes autores han estudiado algunas variables relacionadas con la presencia de estrés en los cuidadores de pacientes ancianos o con demencia, con el fin de poder detectar qué factores pueden convertirse en una amenaza para el bienestar físico y psíquico del cuidador. Algunas características de la relación del cuidador y el paciente tales como el vivir bajo el mismo techo, la edad o diferencia generacional, el parentesco, la situación económica de ambos, el tiempo y duración del cuidado, el grado de dependencia del paciente, su patología de base, o incluso la raza o etnia del cuidador pueden influir en el cuidado. Según muchos autores, es uno de los cuidados que produce mayor desgaste físico y psicológico del cuidador. Como consecuencia puede provocar: soledad, absentismo laboral, pérdida de tiempo libre y de relaciones sociales.

(Quero Rufián et al., 2004) apunta que en el caso de las cuidadoras familiares en el hospital supone un gasto de tiempo, dinero, desgaste físico, psicológico y social, que en buena parte de las ocasiones lo soporta solo, sin recibir ayuda de otros cuidadores.

Según este estudio la media de días que el cuidador pasa con el paciente en el hospital coincide con la media de días que dura el ingreso, en este caso fueron 8 días

(Rango 3-90). Es preciso señalar que la mayoría de los ingresos no superan los cinco días hasta el momento de la entrevista, pero en ocasiones llegan a estar en torno a un mes e incluso tres meses en casos excepcionales.

El ser cuidador en el hospital además de una carga más de trabajo en su vida diaria, le genera por un lado un aumento de los gastos económicos y por otro lado un desgaste físico. El sobreesfuerzo del rol de cuidador implica un desgaste físico, psicológico y social importante. El 33% de los cuidadores hospitalarios afirmó sentirse agotado, el 31% manifestó que afectaba a su vida social, el 28% tenía la sensación que les faltaba el tiempo, al 24% le restaba intimidad y, por último, el 22% afirmó que le afectaba a su salud.

Estas repercusiones también se producen de un modo similar como identifican (Ballester Ferrando, Juvinyà Canal, Brugada Motjé, Doltra Centellas, & Domingo Roura, 2006) en pacientes de salud mental.

Por otra parte Zabalegui y cols (2007) recogen las consecuencias positivas de ser cuidador y como la complejidad del rol de los cuidadores está también relacionada con el impacto positivo. Se han identificado diferentes dimensiones del significado del bienestar emocional: desarrollo personal, sentido de la vida, autonomía, control del entorno, relaciones positivas con los otros y auto-aceptación. Para medir estos aspectos se han usado diferentes instrumentos tales como la escala SF-12 Mental and Physical Summary o bien el SF-12 Health Survey para la calidad de vida relacionada con la salud. Algunos estudios ponen en evidencia que las características propias de las diferentes culturas afectan al significado del bienestar psicológico. De acuerdo con Yamamoto-Mitani & Wallhagen citados en (Zabalegui et al., 2007), algunas mujeres cuidadoras en Japón (hijas o nueras) refirieron que cuidar de sus padres y mantener la armonía familiar les ayuda a juzgar su vida como buena y llena de significado. Estos resultados están relacionados con la estructura social y cultural japonesa. En la revisión de Zabalegui y cols (2007) se hace referencia a un estudio italiano de cuidadores un miembro de la familia con enfermedad de Alzheimer: los cuidadores con rol familiar de esposo o esposa tienden a no involucrar a otros familiares en el cuidado para protegerlos de las repercusiones negativas. Esta protección de los hijos adultos se describe como bastante común en la cultura italiana. Estas características habría que tenerlas en cuenta cuando se diseñen futuros recursos para cuidadores.

Así mismo, el sentido de cuidar también se ha relacionado con el significado de cuidar. En un estudio cualitativo en cuidadores de género masculino en Canadá, donde 22 hombres fueron entrevistados tres veces en 18 meses y los resultados fueron confirmados mediante grupos focales. Quisieron identificar si la reciprocidad en las relaciones de los cuidadores estaba presente o no en las relaciones de los participantes de la muestra, e identificar si este hecho estaba relacionado con sentimientos positivos o negativos. Los resultados mostraron que, aunque la mayoría de los cuidadores cuidaban bajo una perspectiva de obligación, los hombres que experimentaron reciprocidad generalizada o construida expresaron sentimientos positivos al cuidar (Zabalegui et al., 2007). Los cuidadores construyeron su sentido del cuidar y dieron significado al hecho de cuidar enfatizando algunos aspectos de su experiencia. El hecho de cuidar también estuvo relacionado con el lugar de residencia de la persona cuidada. Los cuidadores que cuidaban a una persona que no vivía en el domicilio del

cuidador expresaron una experiencia más positiva y un nivel más alto de bienestar y satisfacción respecto de aquellos cuidadores que vivían en el mismo domicilio que el receptor del cuidado.

CONCLUSIONES

A los poderes públicos les queda mucho por hacer. Existen innovadoras experiencias como las de Andalucía estableciendo un Plan regional para Cuidadoras de Pacientes con Gran Discapacidad, con ayudas técnicas para el cuidado o circuitos de atención preferente.

En la Comunitat Valenciana les ponía como ejemplo cómo nos encontramos en ayuda a domicilio en el último puesto en España (que no lo olviden es un recurso muy importante para la ayuda al cuidador). Es un ejemplo de cómo el próximo gobierno que salga de las urnas tendría que plantearse revertir esta situación así como el desarrollo de la ley de la dependencia.

A las enfermeras nos queda aún mucho por hacer en el tema de los cuidadores tanto a las que trabajamos en los hospitales como en atención primaria.

Las enfermeras podemos ser facilitadoras y deberíamos asumir este papel de forma clara.

Fíjense que en un estudio en Andalucía una de las críticas que las cuidadoras realizaban a las enfermeras era que con lo que les costaba acudir al centro de salud, porque tenían que pedir a alguien que se quedaran con el paciente, les obligaran a llevar la sangre al centro de salud.

En los hospitales, en muchas ocasiones las enfermeras no son facilitadoras de la labor de las cuidadoras, sino que incluso las ignoran no teniendo en cuenta la gran labor que realizan y llegan a dificultar la satisfacción de sus necesidades básicas cuando prácticamente viven con el enfermo en el hospital. A pesar de todo ello como apunta el estudio de (Quero Rufián et al., 2004) la alta valoración que los cuidadores familiares tienen de las actividades que realizan las enfermeras nos sitúa en un lugar privilegiado.

Ampliar por tanto la mirada enfermera es no solo un compromiso profesional sino una exigencia y demanda de nuestra sociedad. Eso se espera de nosotros como profesionales del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballester Ferrando, D., Juvinyà Canal, D., Brugada Motjé, N., Doltra Centellas, J., & Domingo Roura, A. (2006). Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Revista Presencia*, 2(4), Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php>> [ISSN:1885-0219] Consultado nueve de marzo de 2007.
- García Rozada, R., Villa Estébanez, R., & Muñoz Fernández, L. (2005). Perfil y grado de sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un centro de salud. *Enfermería Comunitaria (Edición digital)* 1(2), Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/2/a16-19.php>> Consultado el 19 de marzo de 2007.
- IMSERSO. (1996). *Cuidados en la vejez : el apoyo informal*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO. (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Imsero.
- Jones, D. A., & Peters, T. J. (1992). Caring for elderly dependants: effects on the carers' quality of life. *Age and Ageing*, 21, 421-428.
- Lee, Y. R., & Sung, K. T. (1997). Cultural differences in caregiving motivations for demented parents: Korean caregivers versus American caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 44(2), 115-125.

- López Mederos, O., Lorenzo Riera, A., & Santiago Navarro, P. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención Primaria*, 24(7), 404-410.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6, 338-346.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). Servicios sociales para personas mayores en España. En *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I., López López, A., & Sánchez Colodrón, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Parris Stephens, M. A., & Townsend, A. L. (1997). Stress on parent care: positive and negative effects of women's other roles. *Psychol Aging*, 12(2), 376-386.
- Quero Rufián, A., Briones Gómez, R., Prieto Rodríguez, M. Á., Navarro López, A., Pascual Martínez, N., & Guerrero Ruiz, C. (2004). Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación*, 1(9)(Consultado 9 de marzo 2007), Disponible en http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?id_original=75&ID_ORIGINAL_INI=71.
- Ribas, J., Castel, A., Escalada, B., Ugas, L., Grau, C., & Magarolas, R. (2000). Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(3), 131-134.
- Ríos, A., Rueda, G., Valverde, A. H., & Mohamed, F. (2001). Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Metas*, 38, 30-36.
- Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. (2006). Resultados preliminares del pilotaje de la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria. Ponencia presentada en el Encuentro de Direcciones de Departamento. *Avances en la Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004 - 2007*, Conselleria de Sanitat, Valencia.
- Toronjo, A. M. (2001). Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos*, 12(2), 59-66.
- Twigg, J. (1993). Cuidadores de los ancianos: Modelos para un análisis. En A. Jamieson (Ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas* (pp. 35-50). Barcelona: SG Editores.
- Zabalegui, A., Rodríguez, E., Ramírez, A. M., Pulpón, A., López, L., Izquierdo, M. D., et al. (2007). Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Evidentia*, 4(13), Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n13/291articulo.php> [ISSN: 1697-1638X]. Consultado 1610 de abril de 2007.
- Zarit, S.H. (1990). Methodological considerations in caregiver intervention and outcome research, in Springer Publishing Company. *Stress Effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Light, Neiderehe and Lebowitz.

Comunicaciones a la ponencia

CUIDAR A NUESTROS MAYORES EL APRENDIZAJE COMO BASE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Vanesa Morales Camacho, Javier Martí Chacón, Manuela Sequera Chamorro,
Irene Parra Soriano, Raquel Santonja Seguí

*¿Por qué la sociedad se siente responsable solamente de la
educación de los niños y no de la educación de todos
los adultos de todas las edades?*

Erica Fromm

RESUMEN

La educación de adultos es una cuestión que afecta directamente a enfermería. Las EPAS (Escuelas Permanentes de Adultos) garantizan la puerta de entrada hacia la Promoción de la Salud.

Análisis cualitativo. Los datos se recolectan a través de entrevistas y observación participante. El muestreo se llevó a cabo de modo intencionado. La muestra la forman diez alumnos (nueve mujeres y un hombre) de edades comprendidas entre los 43 y los 73 años.

Nuestros objetivos han sido identificar las razones que han motivado al grupo a tomar la decisión de alfabetizarse, analizar los cambios producidos en ellos a medida que adquieren conocimientos y establecer si existe relación entre un mayor nivel de conocimiento y un incremento del interés en el autocuidado.

Las personas entrevistadas, cuando se les preguntó las razones que les motivaron a decidirse a acudir a la Escuela después de tantos años, dos de ellas aluden al sentimiento de vergüenza a tener que admitir su analfabetismo. Dos más indican como factor determinante la Viudedad y la Soledad a la que se tenían que enfrentar en actividades de la vida diaria como leer cartas o ir al banco. Las demás argumentan que en ellos siempre ha estado el deseo de aprender, y que sólo necesitaban tener la oportunidad.

Los profesionales de la Salud y, en consecuencia, la figura del profesional de Enfermería, deben de reconsiderarse en el ámbito escolar y por supuesto en las EPAS (Escuela Permanente de Adultos). Una opción sería el de introducir en el Plan del

Centro talleres y charlas en colaboración con los profesores del mismo donde se explique a los alumnos las funciones de la Enfermera escolar. Todos ellos coinciden en que el discurso del médico es difícil de comprender y que la letra y las palabras suponen un obstáculo en la comunicación.

Los recursos culturales adquiridos son mínimos, aún así, indican que es un instrumento valiosísimo para poder “manejarse “en una sociedad compleja; y es imprescindible para poder encontrar las estrategias y herramientas necesarias para adquirir conocimientos que les ayudan a manejar su Salud.

Palabras Clave: Autocuidado, Aprendizaje, Mayores, Analfabetismo, EPA, Promoción de la Salud.

INTRODUCCIÓN

El nivel de instrucción de nuestros mayores sigue siendo inferior al del término medio de la población española. Las mayores carencias educativas son, desde luego, las correspondientes a las personas que no han aprendido a leer ni escribir. La tasa de analfabetismo de la población mayor de 65 años es del 9.7%. Según la EPA, habría unas 373.000 personas mayores en España que no saben leer o escribir. (1)

Un 28.4% más de los mayores realizó estudios primarios, pero no consiguió completarlos. En los niveles educativos más altos, tan sólo el 10.4% de los mayores tiene estudios secundarios y un 5.2%, superior. Otra característica que define la situación de formación de los mayores consiste en las marcadas diferencias que existen entre hombres y mujeres. La tasa de analfabetismo de las mujeres mayores (12,1%) casi duplica a la de los varones (6,2%). (2)

Las diferencias en estudios superiores se mantienen entre los 45 y los 64 años, por debajo de los 40 años la situación se invierte y las proporciones de mujeres con estudios superiores superan a las de los hombres. El analfabetismo o un nivel educativo muy escaso pueden convertirse en un obstáculo para el desarrollo de ciertas actividades, sin una formación básica, algunos productos culturales simplemente son inalcanzables. (3)

No es necesario recordar, sin embargo, que se trata sólo de educación formal, la mayoría de las personas obtenemos información, pero también formación, por otros medios, y los mayores son, entre todos, los que durante más tiempo han estado expuestos a su acción. De manera que la falta de formación, al menos por encima de esos niveles más elementales, no tiene por qué convertirse en una barrera infranqueable entre los mayores y el mundo y, mucho menos, entre ellos y los cuidados que requieren.

Según un reciente informe de Naciones Unidas, España será el país más envejecido del mundo; el 44.1% de la población española será mayor de 60 años y la mediana de edad será de 55.2 años frente a una mediana global mundial de 36.2 años³. Este fenómeno de envejecimiento poblacional progresivo se convierte en un problema socio-sanitario y económico trascendente. Este problema que se nos avecina, se debe afrontar a través del aumento en el nivel de instrucción de la población y éste sería uno de los factores determinantes para luchar por la reducción de la dependencia de nuestros mayores. Todos estos factores los registró Guralnik et al. (Gerontólogo Indio) en un análisis sobre la esperanza de vida libre de discapacidad. En él recoge

la gran diferencia en el número de años que se puede vivir sin discapacidad entre personas con distintos niveles de instrucción. (4)

Uno de los objetivos principales de la Promoción de la Salud es la Capacitación y, en consecuencia, el nivel de instrucción de una población que está íntimamente relacionada con el nivel de educación de sus mayores.

La educación en general y, específicamente, la educación de adultos es una cuestión que afecta directamente a enfermería. La participación del profesional de enfermería en la enseñanza del autocuidado en el adulto, mediante el sistema de apoyo educativo, es indispensable para lograr que éste sea su propia agencia de autocuidado.

Aspirar a tener adultos mayores saludables depende, en gran parte, de las decisiones políticas de sus gobernantes y alcaldes, quienes deben incrementar su compromiso con esta tarea. Puede lograrse promoviendo el autocuidado y la responsabilidad de los propios adultos mayores, pero, principalmente, cumpliendo –el que verdaderamente respeta y está interesado en la población de la ciudad que lidera– con su función pública de protección social. No olvidemos que el proceso de envejecimiento es un proceso general. Todos vamos envejeciendo y nos convertiremos en adultos mayores, beneficiarios de las buenas políticas públicas destinadas a protegernos. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en el año 2002, se ha reconocido que el envejecimiento es un fenómeno mundial y que más allá de las cifras, implica una profunda transformación de nuestras sociedades que exige una readecuación de políticas y programas.

La Organización Mundial de la Salud viene instando a los gobiernos, a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil de los países a que implanten políticas y programas que promuevan la salud de las personas mayores y contribuyan a educar a las poblaciones hacia una conciencia del envejecimiento saludable y activo. (5)

Una de las iniciativas más efectivas de la promoción de la salud, que busca responder a los desafíos que plantea el acelerado envejecimiento de la población, es el Movimiento de Ciudades Saludables, que se inicia en Europa y Canadá, y se ha extendido por todo el mundo, dando lugar a los municipios y escuelas saludables.

OBJETIVOS

Establecer si existe relación entre un mayor nivel de conocimiento y un incremento en el autocuidado.

Identificar las razones que han motivado al grupo a tomar la decisión de alfabetizarse.

Analizar los cambios producidos en ellos a medida que adquieren conocimientos.

METODOLOGÍA

Análisis cualitativo los datos se recolectan a través de entrevistas y observación participante.

El uso de esta estrategia se sustenta en base a la finalidad de captar el significado de la evolución de los comportamientos (6), procesos y hechos que les han llevado a tomar la decisión de acudir a la escuela.

El muestreo se llevó a cabo de modo intencionado. Entre los criterios de inclusión que los participantes debían de cumplir se encontraban: 1) matriculados en la

EPA (Escuela Permanente de Adultos) en el momento de la investigación. 2) que cursaran estudios en el grado de Alfabetización.

La muestra la forman diez alumnos (nueve mujeres y un hombre) de edades comprendidas entre los 43 y los 73 años.

Se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada, con un guión previo, basado en los objetivos principales que nos habíamos planteado tratar en la investigación. Las preguntas se establecieron una vez realizada una prueba piloto con una de las alumnas lo que nos llevó a identificar con mayor objetividad las preguntas que realizaríamos más tarde al resto de los alumnos.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, cuya duración fue de 40 minutos aproximadamente para cada una de ellas. Once entrevistas en su totalidad. Diez de los alumnos y una realizada a la profesora que era a la vez Directora del Centro la cual nos ayudó a situarnos en el contexto y a tener un primer contacto hacia los motivos e inquietudes que han impulsado a los entrevistados a tomar la decisión de aprender a leer y escribir.

Estas entrevistas se llevaron a cabo en tres clases que nos facilitó el centro para su realización y en horario escolar para facilitar la comodidad de los alumnos ya que todos accedieron a ellas si lo hacíamos en horario escolar.

Una vez transcritas las entrevistas se procedió a la categorización de los datos. Supimos que habíamos finalizado el análisis cuando nos encontramos con una saturación de los mismos. La saturación es alcanzada cuando el desarrollo de categorías es denso (en variación y proceso) y cuando las relaciones entre categorías están bien establecidas y validadas. (7)

Se solicitó a la Dirección del Centro el permiso para la realización de las entrevistas. Se informó de los objetivos del estudio. Se tuvieron en cuenta y se respetaron las cuestiones éticas, como el consentimiento informado y se les garantizó la privacidad y confidencialidad a los informantes. Explicándoles la finalidad de la investigación y de lo que se requiere de ellas, dándoles la oportunidad de abandonar en el momento que lo decidiesen.

RESULTADOS

EN BÚSQUEDA DE CONOCIMIENTOS

Todos los entrevistados manifestaron que a lo largo de su vida les había abordado la curiosidad y la necesidad de aprender a leer, sin embargo por diferentes causas, problemáticas familiares o circunstancias atribuibles a su entorno, les había sido imposible ir al colegio. Numerosas son las razones que les impulsaron a decidirse a acudir a la escuela:

“Yo estuve en una Asociación de la Fibromialgia, claro un día me dijeron ¡sal a la pizarra y escribe eso! y dije lo siento pero no sé. Entonces cómo lo pasé mal ellas me acompañaron”

(Isidra, 56 años)

“Yo ahora que estoy sola, que hace 22 años que se murió mi marido y cojo una carta, y tengo que esperar a que vengan mis hijos para que te la lean, y entonces tu

coges y a poco a poco sabes la carta, y si cuando te viene lo del teléfono, empiezo ahí a leer lo que pago y lo que no pago. Es que yo no sabía ni la “o”.

(Rosario, 69 años)

“Porque es una cosa muy bonita ¿no? de aprender a leer y a escribir lo poquito que he aprendido ahora esto es un mundo para mí. Espero de aprender algo más ¿no?, pero de momento me defiendo donde voy y... otra cosa que lo que antes no sabía ni donde iba ni lo que hacía, bueno lo que hacía sí porque estoy en mi conocimiento pero no sabía yo expresarme ni ir a los sitios.”

(Antonia ,62 años)

“Soy viuda y no quería estar en mi casa mucho tiempo y entonces dije me apuntó a la escuela, así me termino de enseñar a leer, por si me dejan una nota o cualquier cosa “

(Josefa, 60 años)

“Me da mucha vergüenza no saber, y cuando tengo que llamar por teléfono a alguien me tienen que leer el nombre porque no sé leer, pero sí sé los números”

(Conchi ,57 años)

“Que a mí me da mucho coraje, que venga una carta y no sepa lo que pone y la cartilla... Saber leer es lo principal yo siempre he querido aprender, lo que pasa es que no podía. A mí me ha “gustao” siempre de cuando yo veía a la gente leer y yo no podía a mi padre, mi madre pero como no tenían tiempo, pues no me enseñaron...”

(Manuela, 73 años)

PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO EN BASE A LOS CONOCIMIENTOS

Las personas adultas mayores tienen acumulada una experiencia y conocimiento de vida que deben ser recuperados como potencial; así mismo, tienen el derecho de elevar sus niveles educativos. Por ello, debemos facilitar el acceso de las personas mayores a la alfabetización, considerando sus necesidades e intereses. En el análisis de las entrevistas manifiestan haber experimentado cambios a medida que iban adquiriendo conocimientos, por tanto consideran ser más capaces de llevar a cabo sus cuidados.

“Yo no me he “agobiao” y he sido una persona enferma, me he “quedao” con las “medicaciones”, lo llevaba “tó” en la cabeza y ahora ya lo voy leyendo. El día que sepa leer bien me voy a leer los libros de Medicina que yo me he “comprao””

(Isidra, 56 años)

“Si supiera leer bien me leería las cosas y todos los problemas del azúcar, leí que hasta la arruga de una media en el pie es malo y le digo a mi marido que me ponga la media bien, porque a una mujer le cortaron hasta la pierna”

(Manuela, 73 años)

“Con la enfermedad de mi marido, he tenido que leer, he tenido que escribir. Antes no entendía el porqué de muchas letras, ahora las entiendo. Claro cuanto más sabes leer más puedes ver lo que es y así cuando te explican las cosas las puedes entender.”

(Josefa, 60 años)

“Es lo más grande, antes iba al Centro de Salud y para subir a la primera planta yo no sabía donde ponía ni primero ni segundo ni “ná”, y ahora voy leyendo los carteles.”

(Antonia, 62 años)

“Cuando me ingresaron podía leer lo de la comida, “despacico” pero me lo leía; y también los carteles grandes con mayúsculas y dibujos.”

(Rosario, 69 años)

BARRERAS DE COMUNICACIÓN PROFESIONAL-ADULTO MAYOR

La educación para la Salud es uno de los principales objetivos de la Promoción de la Salud. Los profesionales de la Salud debemos de adaptar nuestro discurso educacional al nivel de formación del receptor. Numerosas son las barreras que han encontrado estas personas a lo largo de sus vidas, en parte, por su falta de conocimientos. Entre ellas, la mayoría hallaban que el discurso del médico era lejano y percibían una barrera a la hora del entendimiento.

“Cuando voy al médico y me receta unas pastillas como no sé leer muy bien todavía yo me fijo en los números para saber cuando me las tengo que tomar y le digo que me lo apunte; porque el médico no tiene tiempo de explicármelo porque tiene mucha gente y la enfermera tampoco”

(Conchi, 57 años)

“Él me dio los papeles y me dio una tarjetita que vienen la mujer con los puntos estos, pero no me preguntó nada y bueno aquel me explicó lo que le pareció y yo con la tarjetita para mi casa, “metía” en la bolsa. Porque eso, si no sabes, a mi no me ha preguntado ningún médico ni me ha preguntado nadie si sabes leer o escribir”.

(Antonia, 62 años)

“Yo voy al médico y muchas de las cosas que me dice no me entero, yo la letra de los médicos he “intentao” de leerlas y no la entiendo y yo digo: ¿Es que no sabrán escribir? Pos que vengan aquí. Luego voy a la enfermera y me lo explica todo”.

(Carmen, 46 años)

CONCLUSIONES

A medida que nuestros mayores envejecen los etiquetamos de frágiles e incompetentes. La sociedad les atribuye un papel estereotipado que en nada refleja sus inquietudes. Sin embargo, estas creencias no se ajustan a la realidad. Las personas entrevistadas refieren que a lo largo de su vida han sentido inquietud por aprender a leer y que les había sido imposible acceder al Sistema Educativo. En la actualidad, cuando se les preguntó las razones que les motivaron a decidirse a acudir a la Escuela después de tantos años, dos de ellas aluden al sentimiento de vergüenza. Dos más indican como factor determinante la Viudedad y la Soledad a la que se tenían que enfrentar en actividades de la vida diaria como leer cartas o ir al banco. Las demás argumentan que en ellos siempre ha estado el deseo de aprender, y que sólo necesitaban tener la oportunidad.

Es un factor determinante que prácticamente la totalidad de los entrevistados son mujeres y la educación en su época era más que un derecho, un lujo para unos pocos, casi siempre, el sexo masculino.

Se sabe que la salud en la vejez es el resultado de la forma en que se ha vivido a lo largo de la vida y que las enfermedades crónicas y discapacidades pueden ser reducidas mediante acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por esto, los profesionales de la Salud y, en consecuencia, la figura del profesional de Enfermería debe de reconsiderarse en el ámbito escolar y por supuesto en las EPAS (Escuela Permanente de Adultos). Sabemos que las consultas de Enfermería en los Centros de Salud son visitadas en un porcentaje mayoritario por nuestros mayores. Por tanto, nuestros entrevistados consideran importante la figura de la enfermera escolar, como recurso ante un problema agudo de Salud, no tanto como aquella que les pueda orientar en sus dificultades cotidianas y, además, les pueda capacitar para valorar las actuaciones y ayudar a tomar decisiones con respecto a su salud.

Por tanto, consideramos que una opción para poder afrontar este problema de desconocimiento sería el de introducir en el Plan del Centro talleres y charlas, con la colaboración de los profesores del mismo, donde se explique a los alumnos las funciones de la Enfermera escolar. Siempre teniendo en cuenta recursos pedagógicos. Un ejemplo sería el discurso adaptado al nivel cultural del grupo al que nos dirigimos. Todos ellos coinciden en que el discurso del médico es difícil de comprender y que la letra y las palabras suponen un obstáculo en la comunicación.

Los recursos culturales adquiridos son mínimos, aún así, indican que es un instrumento valiosísimo para poder “manejarse” en una sociedad compleja; además, es imprescindible para poder hallar las estrategias y herramientas necesarias para adquirir conocimientos que les ayuden a manejar su Salud.

La capacitación y formación en las escuelas son el eje principal para facilitar que

nuestros mayores mantengan Calidad de Vida en el proceso de envejecimiento. Actualmente, los sistemas de capacitación y educación existentes no se encuentran adaptados a las nuevas realidades de los adultos mayores. Los sistemas de información, orientación y educación escolar existentes no están adaptados a esta realidad de envejecimiento de la población. Enfermería tiene el deber de actuar sobre los factores que obstaculizan el ejercicio del derecho de los adultos mayores a la formación, con la presencia de la figura de una enfermera escolar en las Epas (Escuelas permanente Adultos).

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Population Division. World Population Ageing 1950-2050.2002.Disponible en www.who.int. [Internet]. [Acceso el 23 de Diciembre de 2006]
2. Otero Ángel, Zunzunegui María Victoria ,Rodríguez Laso Ángel,Aguilar María Dolores ,Lázaro Pablo.Volumen y Tendencias de la Dependencia Asociada al Envejecimiento en la Población Española.Rev Esp Salud Pública 2004;78:201-213.
3. Evans RG MCGrail KM,Morgan SG,Barer SL,Hertzman CApocalypse no:population aging and the future of health care systems.Can J AGEING,2001,20(SUPPL 1):160-91.
4. Guralnik JM,Land KC,Blazer D, Fillenbaum CG,Branch LG.Educational status and active life expectancy among older blacks and whites .N Engl J Med 1993;329:126-293.
5. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios / Ministerio de Salud; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Red de Municipios Comunidades Saludables; Organización Panamericana de la Salud .—Lima: OrganizaciónPanamericana de la Salud, 2004.68 p.
6. Guba E. G. y Lincoln I.S. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro (Compiladores) Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social. 2000. p. 113-145. El Colegio de Sonora: Hermosillo, Sonora, México.
7. Strauss, A., & Corbin, J.Basics of qualitative research Newbury Park, CA: Sage 1990. In: Mayan M. J. Una Introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Qual Institute Press: Alberta, Canadá. 2001.
8. Pineda Soriano, Antonio Sánchez López-Mellado, M Dolores y Bernalte Benazet, Álvaro. Escuela de Salud. Un proyecto de Atención Primaria. Enferm Científ. 1993 dic. 141:8-10. Protocolo y pautas de actuación.
9. Rolim Mancia, Joel Chaves Cabral, Leila y Santos Koerich, Magda. [Educación permanente en el contexto de la enfermería y en la salud] Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. REBEn. 2004 sep-oct. 57(5):605-610. Revisión, artículo.
10. Sánchez Moreno, Cecilia. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. Desarrollo Científ Enferm. 2004 mar. 12(2):36-40. Original, artículo.
11. Tormo Molina, J Rodríguez Fernández, MJ Hernán García, Mariano Fernández Ajuria, A y García-Marcos, A. Educación para la salud en escuelas de adultos: ¿por medio del profesor o mediante charla de educación sanitaria? Aten Primaria. 2000 mar. 25(4):242-247.
12. Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information.Patient Educ Couns. 2003 Jun;50(2):201-10. PMID: 12781935 [PubMed - indexed for MEDLINE]

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y LAS DEMANDAS DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

M^a. del Mar Ferrer N., Alicia Sánchez P., Esther Muñoz L.,
Rebeca Gomariz N., Mónica Gomis J.
CDP-ALZ San Vicente. Unidad de Neurología, Hospital de San Vicente

OBJETIVOS

Analizar las principales necesidades de formación expresadas por los cuidadores de pacientes con demencia (CPD). Evaluar su grado de satisfacción tras la asistencia a un curso de formación específico donde participa el equipo multidisciplinar de la unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ofrecemos a todos los CPD asistir a cursos de formación. Estos cursos constan de 6 sesiones de dos horas y se aplican a grupos de 8 CPD. Al iniciar el curso se solicita que escriban lo que esperan/necesitan aprender en el mismo. Al final, se realiza una encuesta de satisfacción que evalúa 4 apartados: amenidad, claridad expositiva, interés de contenidos y aclaración de dudas (de cada sesión). Solicitamos sugerencias a cada sesión y comentarios generales al curso. Para su análisis, agrupamos las necesidades expresadas en una serie de 17 epígrafes más generales.

RESULTADOS

Impartimos 15 cursos a 124 CPD (70% mujeres). Contestaron las encuestas un 75% de ellos (73% mujeres, edad media 51 años). El estadio de los pacientes (familiares) era GDS 4-5. Se expresaron 173 necesidades. Las más frecuentes se referían a los epígrafes: “Conocimiento/manejo de alteraciones conductuales” (19,3%/6,8%), “Realización de las Actividades Vida Diaria/Adaptación a la tarea” (20,5%/9,1%), “Conocimiento de la enfermedad” (9,7%), “Autocuidado” (4,5%) y “Recursos asistenciales” (4,5%). El 93% de CPD valoraron el interés del contenido del curso como “mejor-mucho mejor que esperaba” y aclararon sus dudas “mejor-mucho mejor que esperaban” un 98%.

CONCLUSIONES

Las necesidades de formación de CPD son principalmente “trastornos de conducta” y “Actividades de la Vida Diaria”. Los cursos basados en cubrir estas necesidades resultan muy satisfactorios.

CUIDAR SIN DESCUIDARSE: un programa de prevención dirigido a los cuidadores de personas dependiente

M^a. Luisa García Aracil,
*Concejal de Servicios Sociales, Licenciada en Psicología,
Directora de la Residencia Tercera Edad de Elche*

OBJETIVOS GENERALES

Poner en conocimiento el programa “Cuidar sin Descuidarse”, que actualmente desarrolla la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de La Romana.

Objetivos Específicos:

1. Cómo surge y se inicia el programa.
2. Formas de financiación de dicho programa.
3. Qué profesionales son los que desarrollan dicho programa.
4. Conocer el programa formativo que se está llevando a cabo.
5. Cuáles son los resultados alcanzados hasta el momento.

PROGRAMA “CUIDAR SIN DESCUIDARSE”

1. Cómo surge y se inicia el programa.

Este programa surge como una experiencia piloto en los servicios ofrecidos por la concejalía de servicios sociales y la mujer. Desde estas concejalías se ha mostrado sensibilidad con las personas dependientes y se ha llevado a cabo una reestructuración del servicio de ayuda a domicilio que se estaba ofreciendo desde el Ayuntamiento. Pero no debemos olvidar el papel de “CUIDADOR”, que normalmente suele recaer en los familiares y principalmente en la figura de la mujer, y que es pilar fundamental en el cuidado de estas personas.

Para desarrollar este programa también se ha tenido en cuenta, los recursos sociales de los que disponen los cuidadores de personas dependientes en La Romana. Se observa por tanto que una proporción de la población que cuida a personas con una determinada patología (Alzheimer, Parkinson,...), son los únicos que a través de asociaciones pueden acceder a servicios que pueden ayudar en el cuidado. Esto puede

llegar a suponer para el cuidador una gran descarga, pero en pueblos de reducida población no pueden llegar a conformar un colectivo en el que se pueda agrupar, pero por otro lado siguen teniendo la necesidad de estos recursos. Por tanto en la medida de lo posible los recursos sociales deben hacerse llegar a la mayoría de los ciudadanos y con mayor justificación cuando el acceso a los servicios no está dentro de la población en la que viven.

Dentro de esta línea de trabajo se enmarca el programa “Cuidar al Cuidador”, que tiene como objetivo completar la atención integral a los familiares o cuidadores principales de las personas dependientes, que son los que sufren la sobrecarga y el desgaste de esta dedicación a veces exclusiva.

Los cuidadores principales en muchos de los casos tienen que vivir situaciones que nada tienen que ver con sus expectativas personales y por supuesto nada que ver con su formación personal. Esto unido a que estas situaciones suelen dilatarse en el tiempo de forma indefinida, tiene como resultado un efecto negativo a nivel general en el cuidador. Los efectos pueden ser devastadores a nivel personal (salud, higiene, autoestima...), a nivel familiar (interfiriendo en la relación familiar tanto de pareja, como de la familia en general y a nivel social), a nivel social, afectando a las relaciones sociales que tiene el cuidador y que poco a poco van desapareciendo con el transcurso del tiempo. Estos cuidadores pueden llegar a desarrollar lo que se ha definido como “Síndrome del Cuidador Quemado”.

Con este programa se pretende ofrecer al cuidador/a formación e información acerca de la enfermedad y la dependencia, de tal forma que se facilite la adquisición de destrezas para afrontar el cuidado integral de estas personas, al mismo tiempo que se les ofrece espacios para su descarga emocional.

2. Formas de financiación de dicho programa.

La financiación del programa se lleva a cabo por parte del Diputación “ÁREA DE LA MUJER” con un 40% y el resto por la Concejalía de la Mujer y Servicios Sociales del Ayuntamiento de La Romana.

La financiación es fundamental preverla, ya que el programa debe contar con continuidad para que sea efectivo y es fundamental que se cuente con profesionales con experiencia en este ámbito.

3. Qué profesionales son los que desarrollan dicho programa.

La característica común de todos los profesionales que participan en el desarrollo del programa, es que todos están trabajando actualmente con colectivos de personas dependientes. Es fundamental conocer profundamente esta área para que tanto el diseño del programa como su desarrollo sea totalmente efectivo. Los profesionales que participan son:

DESIRÉ AMORÓS TORÁ

Licenciada en Psicología y Neuropsicóloga de la Asociación de Alzheimer de Elche. Coordina el programa y lleva a cabo sesiones semanales en los que se forma a los asistentes y en los que crea semanalmente espacio para grupo de autoayuda. Gran formación y experiencia en formación de grupos de ayuda mutua.

DAVID ABAD ASENSI

Diplomado en Fisioterapia, fisioterapeuta de la Asociación de Minusválidos CAPAZ de Novelda. Funciones de formación en prevención de lesiones provocadas por las necesidades de movilizaciones que tienen las personas dependientes.

INÉS FERNÁNDEZ LÓPEZ

Diplomada en enfermería. Coordinadora de enfermería en residencia privada.

Funciones de formación para el cuidado correcto a las personas dependientes, que pueden necesitar un cuidado especial para prevenir enfermedades provocadas por situaciones de dependencia alta.

4. Programa formativo que se está llevando a cabo.

Área de psicología.

1. Principios del cuidado constructivo.
2. Emociones y autorregulación.
3. Relaciones afectivas.
4. Estrés y consecuencias.
5. Técnicas de control de estrés.
6. Conflictos y su resolución.
7. Autocuidados.
8. Resolución de problemas.
9. Aprender a cuidar.

Área de enfermería

Higiene y cuidados básicos en la persona dependiente.

1. Alimentación e hidratación. (Oral, nasogástrica...)
2. Higiene de la persona dependiente.
3. Prevención de úlceras.
4. Cómo adaptar la forma de vestir al nivel de dependencia.

Área de fisioterapia

1. Técnicas posturales en el enfermo encamado.
2. Masaje circulatorio y drenaje linfático manual.
3. Relajación mediante técnica de Jacobson.
4. Movilización y ejercicio físico básico.

5. Cuáles son los resultados alcanzados hasta el momento.

El curso formativo se inició en enero de este año, y podemos resumir como objetivos alcanzados:

- Rápida cohesión del grupo. Lo que ha permitido una continuidad semanal del programa por parte de todas las integrantes.
- Aprendizaje de conocimientos nuevos que mejoran las condiciones del cuidador, en el cuidado diario de la persona dependiente.
- Aprendizaje de conocimientos para el cuidado correcto de la persona dependiente.

- Descarga emocional de forma continua, lo que hace que el cuidador no se desborde emocionalmente en el cuidado de la persona dependiente.
- Autoconocimiento en la forma de cuidar a la persona dependiente.
- Mejora en la calidad de vida del cuidador, ya que la descarga emocional es continua y está dirigida por profesionales.

PERFIL GENERAL DEL CUIDADOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ELDA

Lorena Tejero Doménech

OBJETIVO

Conocer el perfil general del cuidador principal en nuestro medio hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio transversal gracias a los resultados obtenidos en las encuestas destinadas a los cuidadores basadas en las necesidades básicas de Virginia Henderson y complementadas con información personal de cada uno de ellos (siempre anónima) que nos permitirá obtener una información óptima acerca del cuidador general a día de hoy.

RESULTADOS

Los cuidadores serán encuestados durante el mes de abril, de modo que los resultados y conclusiones serán obtenidos al final de dicho mes.

CUIDADOR PRINCIPAL: ENFERMO POTENCIAL

Gema Rubio Postigo, Francisca Pérez Sánchez
Noemí Caparrós Hernández

PALABRAS CLAVE

Cuidador principal, cuidados, enfermería, necesidades, atención a domicilio y familia.

RESUMEN

Gracias a la labor como enfermeras de Atención Primaria, por medio de la atención a domicilio hemos podido comprobar que, cuando en una familia uno de sus miembros sufre un cambio que le obliga a ser dependiente en alguna de sus necesidades, surge una figura imprescindible para su cuidado llamada cuidador principal.

Desde siempre los cuidados de enfermería han ido dirigidos al paciente enfermo dejando a un lado al cuidador principal.

El objetivo principal de este estudio transversal descriptivo cuantitativo es identificar al cuidador principal y detectar problemas reales y potenciales que puede sufrir éste, y así actuar junto a él para aumentar su calidad de vida.

A través de una encuesta hemos recogido información sobre las necesidades del cuidador. Los datos obtenidos se introducen en una base de datos Excel y se procede a su análisis. Mediante los gráficos y porcentajes obtenidos hemos podido comprobar que la mayoría de los cuidadores principales de nuestra muestra son mujeres mayores de setenta años, con escasa vida socio-familiar, que están satisfechas con la situación pero que les gustaría recibir más ayuda.

En conclusión, consideramos que el cuidador principal es un enfermo potencial, por lo que habría que introducir a la familia, y en concreto al cuidador principal dentro de nuestros planes de cuidados en la atención a domicilio.

————— 3ª PONENCIA —————
COMUNICACIONES A LA 3ª PONENCIA

LAS ASOCIACIONES UN SOPORTE PARA EL CUIDADOR

María Jesús Luzán González

*Enfermera de Atención Domiciliaria del CS El Toscar
Presidenta de la Asociación de Cuidadores Familiares*

I. MARCO TEÓRICO

Basándonos en la publicación científica, el debate sobre la calidad de los cuidados en el domicilio y la figura del Cuidador domiciliario, es de los más actuales y cualquiera puede reconocer su necesidad.

El cuidador familiar es el pilar del sistema de provisión de cuidados, para los enfermos en el domicilio y es el elemento imprescindible para que el enfermo pueda seguir viviendo en la comunidad.

Y precisamente porque la atención en la comunidad a los enfermos, no puede ser realizada sin la presencia de los cuidadores familiares, éstos también deben ser considerados como objetivos básicos del sistema de atención a los sujetos dependientes.

El cuidado de un enfermo supone gran carga física y emocional para el familiar que lo atiende. El cuidador está sometido a un desgaste afectivo prolongado, en relación a la evolución de la enfermedad de su ser querido, en el que influye el desconocimiento de la enfermedad, la dificultad en la aceptación del deterioro que sufre el enfermo y la propia ayuda física prestada de manera constante, al enfermo. Con este presupuesto, es importante plantearse ¿cuál va a ser la calidad de vida del propio cuidador familiar?.

Se ha escrito abundantemente, acerca del impacto de la enfermedad crónica sobre la familia y sobre su efecto disruptivo y estresante. Indiscutiblemente, el cuidado de un enfermo tiene un alto coste emocional, social y económico.

Es un hecho comprobado que el Cuidador Familiar ve modificada su vida, por la prestación de cuidados continuados y sufre el impacto de la enfermedad, que le repercute en múltiples aspectos (físico, psicológico, laboral, familiar, etc.).

Cambian los roles en la propia familia, se establecen tensiones, que favorecen la aparición de conductas agresivas. El estrés aumenta, desmejorando la calidad de vida de todo el grupo, pero fundamentalmente del "Cuidador".

El cuidador necesita aprender a convivir con la enfermedad, por lo que son necesarias medidas, que reduzcan el impacto de la enfermedad sobre la familia; así como

la atención precoz y continuada al cuidador a lo largo del proceso de la enfermedad, ya que es posible la aparición de problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, en la persona que asume la responsabilidad del cuidado de un enfermo.

Igualmente, se producen con relativa frecuencia, respecto al Cuidador Familiar, situaciones de desequilibrio con los demás miembros de la familia, pérdida de relaciones sociales, disminución de actividades de ocio, alteración de la actividad laboral, dificultades económicas, alteración del proyecto de vida, etc. que favorece la ruptura del equilibrio familiar.

Dado que existe la “necesidad” de que el cuidador familiar se encuentre en condiciones de cumplir su misión, un aspecto fundamental a tener en cuenta, es su equilibrio interno, puesto que un cuidador psicológicamente sano prestará mejores cuidados al enfermo que cuida.

Muchas causas de desequilibrio pueden encontrarse en el cambio de la vida afectiva.

El desequilibrio puede también provenir de la necesidad de recibir un reconocimiento a su trabajo, sin el cual el cuidador familiar puede llegar al desaliento.

Al mismo tiempo, el cuidador familiar experimenta en ciertas ocasiones un sentimiento de impotencia relativa, que le provocará sentimientos de culpabilidad.

La responsabilidad del cuidado requiere, una preparación adecuada, respecto a cómo atender al enfermo de edad avanzada o de cualquier otra patología, este desconocimiento puede llevar a subestimar o sobre estimar los riesgos, mientras que un conocimiento adecuado es fundamental para el comportamiento y la toma de decisiones adecuadas.

En cualquier caso, la falta de formación puede llevar al Cuidador Familiar, a una situación de agotamiento que le impida mantenerse activo, al provocar un cansancio mental que influye en su buen hacer.

En definitiva, lo hábil que sea un cuidador en la prestación de los cuidados, la buena información y formación que tenga sobre la enfermedad, sus síntomas y su evolución, van a determinar el grado de estrés al que se vea expuesto durante su tarea.

Otro aspecto fundamental es el “ubi” del cuidador familiar en la sociedad que le rodea. En la actualidad existe un nulo o casi nulo, del necesario reconocimiento explícito, al papel desempeñado por el cuidador familiar. Por lo tanto, un objetivo básico para el cuidador familiar, sería ser aceptado por la sociedad.

Debemos llegar a darnos cuenta, del papel desarrollado por la sencilla presencia del cuidador en el medio familiar y tratar de evitar, que una sola persona o familia, tengan que soportar unos gastos tales que arriesguen la seguridad material de la persona e incluso de su familia.

Desde otro ángulo, la prestación de cuidados condiciona todos los ámbitos de la vida del cuidador, con efectos no solo en el presente, sino que también en algunos casos, puede influir en su futuro

La falta de políticas suficientes, lleva a dejar en manos de la familia toda la atención, y a sobrecargarla, especialmente en el caso de enfermos que tienen una dependencia severa.

No todas las familias, tienen las mismas capacidades y recursos para hacer frente a la situación, lo que da lugar a desigualdades en los cuidados, este modelo produce desigualdades sociales y refuerza las existentes.

II. EL CUIDADOR FAMILIAR: CUIDADOS 24 HORAS

Podríamos hacer una definición de Cuidador Familiar como la persona que asume la responsabilidad de cubrir las necesidades vitales y las necesidades de bienestar, de otra que no puede hacerlo por si misma.

Generalmente asume esta tarea, añadiéndola a las obligaciones familiares o profesionales contraídas previamente, lo que con demasiada frecuencia supone, una sobrecarga de trabajo.

En la literatura consultada, se revela como perfil de “problemas/necesidades” del Cuidador Familiar, por un lado la escasa formación en cuidados. El “no saber hacer”, le lleva a frecuentar mas la consulta médica, por la falta de control de los síntomas, a los que debe hacer frente. Esto conduce a un aumento de la demanda y la saturación de la asistencia sanitaria a nivel de la Atención Primaria y Hospitalaria.

En numerosos trabajos de investigación, aparecen porcentajes elevados de cuidadores familiares, que sufren una depresión sin diagnosticar, en algunos estudios esta cifra se coloca en el 65%. Aparecen también elevados nivel de estrés y ansiedad, lo que les hace más candidatos a todo tipo de patología psiquiátrica.

Dentro del perfil de Cuidador Familiar tipo, encontramos otros aspectos interesantes, que conviene valorar y tener en cuenta a la hora de poner en marcha proyectos de apoyo a este colectivo.

En primer lugar aceptan que padecen falta de información sobre los recursos existentes, a nivel social, material, humano etc. y de los circuitos a seguir para conseguir esas prestaciones.

En segundo lugar se refleja, como el cuidador asume el “cuidar”, como un asunto intra-familiar y trata de resolver la problemática de su situación dentro del ámbito de la propia familia, solicitando ayuda de parientes cercanos, a modo de favor personal.

Y en tercer lugar acepta que se preocupa poco de si mismo y que desconoce los signos de “cansancio de rol de Cuidador” lo que le hace más vulnerable.

En un estudio reciente llevado a cabo en la Comunidad Valenciana, sobre las necesidades sentidas del Cuidador Familiar, los propios Cuidadores reflejaron necesidades muy básicas en lo humano, que nos hacen pensar, en lo fácil que podría resultar, mantener al Cuidador Familiar en un grado de aceptación de su tarea, de forma gratificante.

Me permito transcribir aquí las necesidades reclamadas por los Cuidadores en el citado estudio:

1. Soledad en el Cuidado
2. Desinformación sobre la técnica del Cuidado
3. Estímulo, comprensión y aliento
4. Que se valore su trabajo
5. Que valoren a lo que renuncia

III. PUNTOS DE APOYO DEL CUIDADOR FAMILIAR

Podríamos preguntarnos ¿de quien espera esto el cuidador familiar?. La respuesta se apoyaría en tres soportes, que vienen a ser los pilares que sustentan la figura del Cuidador Familiar: de su propia familia, del profesional sanitario y de la sociedad.

La familia de forma global, debe asumir la tarea de “cuidar al cuidador”. Comprender su tensión, reconocer su esfuerzo, ayudarle a descansar etc. Habría que articular mecanismos, que hicieran posible la concienciación del desgaste del Cuidador.

El profesional sanitario. La tarea de cuidar al Cuidador Familiar es la de mayor proyección y suele ser la más olvidada.

Es necesario trabajar con el paciente y su entorno, considerar a la familia como el prestador de Cuidados por excelencia y trabajar este aspecto, desde que se plantea el alta hospitalaria de todos los enfermos ingresados en el hospital. Podemos afirmar que el Cuidador Familiar es un recurso de gran potencial, que vale la pena cuidar, para evitar la “claudicación” (Burn out) que supondría el abandono del enfermo por incapacidad de cuidar, obligando al Sistema Sanitario a asumir esa tarea.

Desde otro punto de vista, la calidad de cuidados que preste el cuidador familiar repercute en:

- Disminución de patologías
- Ingresos hospitalarios
- Menor presión asistencial
- Disminución de problemas de salud, con el consiguiente ahorro de recursos sanitarios

La gratificación que supone para el Cuidador sentir el apoyo del profesional sanitario interesa al Sistema, para que siga cuidando hasta el final. Le interesa también mantener en buenas condiciones de salud al Cuidador, promoviendo su calidad de vida, de forma que retrase en si mismo, la dependencia por la edad.

La Sociedad. Los Cuidadores Familiares son personas anónimas, que hacen mucho bien a la sociedad, por lo que se les debe apoyo y reconocimiento social. Se suele hablar de la invisibilidad del prestador de cuidados en el domicilio.

Nosotros como profesionales sanitarios, tan cercanos a la figura del Cuidador Familiar, tenemos la responsabilidad de hacer visible lo invisible, sacar a la superficie social, la tarea callada que están llevando a cabo en el domicilio, los cuidadores de nuestros pacientes. Descubrir la pequeña o grande tragedia de sus vidas y contemplarla con admiración.

Es justo que el ámbito social ofrezca respuestas en este sentido y que esas respuestas sean generadas por los propios cuidadores, como es el caso de las Asociaciones.

En el momento actual el impacto del asociacionismo ha invadido la trama social, es considerado una vía de reivindicación de recursos, precisamente por su representación social.

En este sentido ha surgido la Asociación de Cuidadores Familiares (ACF), se trata de una organización sin ánimo de lucro, constituida con el objetivo de prestar apoyo al cuidador. Está promovida por cuidadores y profesionales motivados, que conociendo a fondo la problemática del Cuidador Familiar, nos planteamos la necesidad de implicarnos mas, en apoyo de este grupo de población, que son los Cuidadores Familiares.

Nuestra cercanía profesional al Cuidador Familiar nos permite descubrir hasta que punto, especialmente en el comienzo de su cometido, se ve perdido en un sin fin de obligaciones para las que no esta preparado.

Compartimos la idea de hacer fuerte la figura del Cuidador Familiar y poner a su alcance formación y apoyo para la tarea de “Cuidar”.

Todos en algún momento de la vida, nos podemos convertir en Cuidadores ocasionales de nuestros familiares enfermos y es muy útil en esa circunstancia saber que existe, alguien que nos puede orientar en “el cómo” y en “el de que manera”, podremos llevar a cabo ese cometido de la mejor manera posible.

Hoy, en este foro de profesionales de Enfermería tan ligado a los cuidadores familiares, tengo el placer de hablaros de esta asociación, de la que formo parte, de manera que sea un recurso social, que a su vez presentéis a vuestros pacientes.

ASOCIACIÓN CUIDADORES FAMILIARES

Carmen Ferri Silvestre y Teresa Carceller Migallón
Centro de Salud El Toscar Elche

INTRODUCCIÓN

Agradecemos a la Organización de estas Jornadas de Enfermería, el darnos la oportunidad de hablar de nuestra actividad, en la Asociación de Cuidadores Familiares.

Creemos que es una ocasión única de presentar a profesionales sanitarios este recurso, nacido del interés social, en apoyo del Cuidador Familiar.

Ustedes por su profesión tienen una vinculación especial con el colectivo de Cuidadores Familiares, en este sentido puede ser útil que conozcan la existencia y funcionamiento de nuestra Asociación en interés de los propios Cuidadores Familiares.

La Asociación se constituye oficialmente el 14 de noviembre de 2006, estando todavía en proceso de aprobación por Generalitat Valenciana.

Surge como iniciativa de unos pocos profesionales sanitarios, que ejercen su trabajo, muy cercanos al Cuidador Familiar.

Actualmente sigue adelante basada en el voluntarismo de su Junta Directiva. Como Asociación inicia su andadura en las Jornadas de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (17-18/11/06) con un Stand informativo.

En la actualidad, cuenta con un centenar de socios, cifra que se va incrementando a medida que desarrollamos actividades y Talleres de Cuidados, en diferentes ciudades de la provincia de Alicante.

La Asociación de Cuidadores Familiares es una organización sin ánimo de lucro, que pretende prestar apoyo y cercanía a los Cuidadores Familiares.

Los objetivos que se propone, son los siguientes:

- Promover la figura del Cuidador Familiar
- Prestar apoyo a las familias, que en un momento dado, deseen beneficiarse de nuestros Programas de atención al Cuidador Familiar
- Formar mediante cursos, talleres o grupos a todas las personas, asociadas o no, que deseen participar en sus actividades.

En cuanto a los proyectos de futuro podemos citar:

- Un banco de recursos materiales, para que los socios puedan disponer de medios adecuados, en su tarea de cuidar: andadores, colchonetas antiescaras, sillas giratorias para la ducha o baño, grúas etc.
- Gabinete asesor socio-jurídico.
- Voluntariado para proporcionar respiros al Cuidador en su tarea de cuidar.

La Asociación tiene en marcha unas actividades, que desarrolla en diversas ciudades de la provincia de Alicante, donde ha iniciado su trabajo. Cuenta con:

1. Talleres sobre Cuidados: dirigidos a la formación del Cuidador Familiar, para ayudarle a mejorar la calidad de los cuidados que presta. Estos Talleres tienen como objetivos:
 - Enseñar al Cuidador a cubrir todas las necesidades del enfermo
 - Conseguir el control, en las situaciones de estrés
 - Nociones sobre ocio y terapia ocupacional del enfermo

Están dirigidos a Cuidadores Familiares ya sean de la propia familia o ajena, consta de 6 sesiones de dos horas en horario de 4.30 a 6-30 de la tarde, por ser la mejor hora para el Cuidador Familiar.

Se hacen prácticas de todo lo que se explica en las sesiones. La inscripción es gratuita y se da diploma de conocimientos a quien acredite la asistencia

El temario de los Talleres que se desarrollarán a lo largo de 2007 es:

Sesión I. Movilidad del paciente encamado

- Posturas de seguridad y alineamiento corporal
- Protección del Cuidador en las movilizaciones de los pacientes
- Nociones de dinámica postural
- Movilización y masajes. La técnica del masaje. Clases de masajes

Sesión II. La depresión en el Cuidador Familiar

- Incidencia. Reconocer los signos y síntomas depresivos
- Formas de afrontamiento

Sesión III. Cuidados básicos en pacientes con HTA y DM

- Como actuar en situación de urgencia o crisis
- Valores normales de Tensión y glucemia. Formas de control

Sesión IV. Actuación básica para curas de urgencia

- Riesgos del paciente inmovilizado
- Prevención y tratamiento adecuado de las úlceras y heridas crónicas
- Vendajes compresivos

Sesión V. Estrés y ansiedad en Cuidador Familiar

- Manejo de la ansiedad y el estrés que produce el cuidar

- Estilo de vida sana
- Importancia de la relajación

Sesión VI. Incontinencia urinaria

- Clases de incontinencia y problemas que ocasiona
 - Formas de abordaje en los pacientes inmovilizados
 - Recursos existentes en el mercado
2. Cursos sobre técnicas orientadas a mejorar la calidad de vida del Cuidador Familiar y ayuden a retrasar su propia dependencia. Se trabajan diversos aspectos que detallamos:
- Dinámica postural en la movilización del enfermo
 - Recursos materiales existentes en el mercado para un buen control de los problemas de salud que debe afrontar
 - Técnicas de relajación
3. Sesiones informativas sobre recursos socio-sanitarios existentes y forma de acceder a ellos, podemos citar algunos temas de interés:
- Ley de dependencia
 - Circuitos a seguir para solicitar una ayuda domiciliaria
 - Orientación sobre ayudas sociales existentes etc.
4. Grupos de ayuda mutua en apoyo del Cuidador Familiar, que le faciliten una mejor calidad de vida y un retraso de su propia dependencia.
- Técnicas de gestión del tiempo
 - Reconocer sentimientos y chantaje emocional
 - Mecanismos de defensa para la ansiedad y estrés
 - Estilo de vida saludable
 - Reconocimiento de los síntomas de cansancio de rol de Cuidador.

TESTIMONIO

Me llamo Elena, hace 6 años que atiendo a mi madre, padece Alzheimer, pero debo decir que hace solo 2 años que me sé, Cuidadora Familiar.

Fue a través de un Taller, que se organizó en mi Centro de Salud para Cuidadores, cuando descubrí que realmente realizaba una tarea única, en la que nadie me podía sustituir.

Me di cuenta de lo importante que era lo que yo hacía, (atender a mi madre), tan importante que tenía nombre: “CUIDADORA FAMILIAR”.

Hoy les contaré una experiencia inolvidable pero destructiva, no puedes precisar cuando empieza, mucho menos cuanto va a durar, pero si notas que te va atrapando, no te das cuenta, hasta que se instala en medio de tu vida, de tu ambiente familiar... todo está impregnado de esa experiencia, que deja huella en tu alma y por supuesto en tu cuerpo, en tu mente, en tu carácter, en tu forma de enfocar la vida, nada de ti, se libra de su influencia.

Todo comienza cuando un buen día tu madre te dice:
“Algo le pasa a la ropa interior que no me queda bien”
“Intenté darle la vuelta, pero tampoco”
¿Puedes mirar a ver que le ocurre?

Piensas que algo esta pasando, acudes al especialista y te dice que son pequeñísimas lesiones cerebrales que se manifiestan en estos episodios. Decides trasladarla a tu casa para observar con mayor atención, pero sigues con tu vida hasta que un día, te coge haciendo un cursillo fuera de casa y aprovechando el intermedio, llamas a ver su situación.

¿Cómo estás?

“No lo sé, estoy perdida, y no sé que hacer, no sé dónde estoy, me siento un poco asustada”.

Pides permiso... Llegas y efectivamente la encuentras perdida y totalmente desorientada. Intentas calmarla, la tranquilizas, y te das cuenta que ese es el comienzo del proceso.

Empezamos un proceso degenerativo: siempre en compañía, intentamos caminar pero un buen día tomando el sol en la calle, no sabemos andar, solo se consigue apoyarla contra la pared y pedir ayuda para regresar a casa.

Otro día no sabemos comer ni beber, hasta tal punto que el agua, hay que dársela con jeringa y que casi se ahoga con una cucharada de yogur.

La situación se va complicando y ya no estamos solos, enfermo y cuidador, se instalan entre nosotros los monstruos, las arañas, las sombras, tu te conviertes en un monstruo, del que tiene que defenderse y llega a atacarte. Tratas de tranquilizarla con mucha dulzura y cariño para lograr la estabilidad emocional y la toma de la propia medicación.

Empieza a cambiar el día por la noche, y tienes que trasladarte a su habitación en otra cama supletoria, pero cuando te rinde el cansancio, ella se levanta y deambula por la casa, ¡cuidado con la puerta de la calle!. Colocas el colchón en el suelo a su lado, pero después de varios días con esta presión no aguantas y pides ayuda desesperadamente, a gritos, ¡necesito dormir dos horas!.

Sí... encuentras a alguien, pero en cuanto le dices: quédate un rato que tengo que ir al colegio de los niños, mañana tengo que ir al médico, tengo que hacer la compra, se cansan y poco a poco se alejan.

Nos vamos sobreponiendo, y conseguimos llevarlo, pero pasado un tiempo, y a pesar de la dieta triturada, se diagnostica una suboclusión intestinal. Tras la valoración de su estado, el equipo médico decide no someterla a pruebas innecesarias, más dolorosas.

Le retiran toda la medicación y llega a estabilizarse de nuevo, hasta que las caídas se repiten, con las consiguientes fracturas, con lo cual las escayolas son un motivo más para la inmovilidad.

Estos procesos angustiosos largos y dolorosos, con días de 24 horas, uno tras otro, crean en tu interior una impotencia destructiva, tienes que convivir con la enfermedad, tu fatiga se acusa en la actividad diaria, percibes que tu carácter va cambiando. Notas que te cuesta involucrarte en las conversaciones con la gente, y tu cabeza es una batidora empiezas a sufrir trastornos extraños y tienes que acudir al médico.

Aprendes que no puedes hacer proyectos ni a corto ni a largo plazo, pues desconoces el camino a seguir, al fin descubres que esto es más duro de lo que parece

Te das cuenta de que a tu familia también le pasa factura y sabes que a ti misma también te la pasará a un precio alto.

Cuando tu vida vuelva a cambiar, cuando no tengas que Cuidar... piensas que tu vida estará vacía, miras en tu interior y no tienes respuestas satisfactorias, ¿Cuál será tu futuro?, ¿de qué estás llenando tu vida?

Intentas reflexionar, leer, pedir ayuda a tu asistenta social, a tu enfermera de Inmovilizados del Centro de Salud, a tu parroquia, pero pasado un tiempo sigues estando sola. Es la soledad del Cuidador, porque a ti, si te unen lazos familiares y debes y quieres seguir, porque su estabilidad y bienestar también son el tuyo.

Por ti misma decides buscar en tu interior algo que te pueda llenar ese vacío, tiene que ser algo que desees con mucha fuerza, pues la necesitas para seguir en el día a día a plena actividad.

Decides retomar estudios nocturnos después de dejarla acostada, es duro, porque te hace sentir culpable, con una sensación de que la abandonas, pero te das cuenta de que las dos tres horas que estas fuera, renuevas amistades, te involucras con los estudios y te reafirmas en que debes intentar seguir por ti y por ella.

Te dices a ti misma: tienes que luchar por ti, igual que luchas por el resto de las cosas, porque tu eres importante y tienes que sentirte bien y estar guapa, que los demás estén orgullosos de ti y quieran compartir sus cosas contigo.

Cuando piensas en lo que pasará en el futuro, cuando la edad te haya ido viniendo, sin un trabajo, ni posibilidad de formarte para conseguirlo, percibes que tu futuro es realmente incierto y preocupante.

En esos momentos es necesario descubrir la satisfacción de “Cuidar” que conlleva ese enriquecimiento interior, que solo entiendes tu, cuando las miradas o las palabras te llegan al corazón.

Ésta es mi pequeña tragedia interior como Cuidadora Familiar, una mas entre los muchos que comparten mi situación. No podemos olvidar que todos, en algún momento de la vida podemos convertirnos en cuidadores ocasionales de nuestros familiares enfermos y me gustaría recordarles, la importancia de que existan recursos (Asociaciones), que trabajen para estar cerca de todos los Cuidadores Familiares.

Yo pertenezco a la Asociación de Cuidadores Familiares de la que se ha hablado hace un momento y colaboro cuanto puedo, en apoyo de otros Cuidadores, aportando mi experiencia personal, este es uno de los motivos por los que he aceptado la invitación de la Presidenta de nuestra Asociación para exponerles aquí el breve resumen de mi historia como Cuidadora Familiar.

Comunicaciones a la ponencia

LA VIDA DEL CUIDADOR/A

Barragán Navarro. F. , Gallardo Díaz, M., González Miralles E.,
Gonzálvez Vera N., Marín Martínez E., Tortosa Romero. M.A.

El presente resumen, así como el documento original, se ha intentado elaborar, con una redacción profesional, técnica, y científica, a la vez que ajustada a las recomendaciones de redacción elaboradas por el Instituto de la Mujer, del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales en su documento “En masculino y en femenino. NOMBRA”, con la intención de eliminar el lenguaje sexista y realizar igualdad de género lingüístico. ¡Es nuestra pequeña aportación!

1.- INTRODUCCIÓN.

¿Qué es un cuidador/a?

El término se refiere a cualquiera que se dedica a cuidar a otros/as que están limitados/as por enfermedades crónicas.

BASE DE DATOS CUIDEN

Personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad. Pueden brindar sus cuidados en la casa, en un hospital o en una institución. Aunque los cuidadores/as incluyen al personal de la medicina entrenado, enfermería y otros profesionales de la salud, el concepto también se refiere a padres/madres, esposos/as u otros miembros de la familia, amigos/as, religiosos/as, comunidad escolar, trabajadores/as sociales, otros pacientes, etc.

BIBLIOTECA DE SALUD

Cuidador/a formal/profesional

Los cuidadores/as profesionales son voluntarios/as o empleados/as a sueldo conectados de alguna manera con los servicios sociales o con las instituciones sanitarias.

BASE DE DATOS CUIDEN

Cuidador/a informal

El termino “cuidadores/as informales” se refiere a familiares o amigos/as que son la principal fuente de cuidado para las tres cuartas partes de los adultos impedidos que viven en una comunidad.

BASE DE DATOS CUIDEN

Perfil del cuidador/a informal

El perfil del cuidador tipo es el siguiente: mujer (en su mayor parte esposas o hijas del anciano/a), con una edad media de 57 años, ama de casa y co-residente con el enfermo/a. También existe un grupo importante de cuidadores/as mayores de 65 años (sobre un 25%), generalmente cónyuges del enfermo/a, de especial importancia, dada la importante co-morbilidad que suelen presentar a esa edad. Una gran mayoría de los cuidadores/as (80%) presta sus servicios un número variable de horas durante los 7 días de la semana.

MEDLINE

Trascendencia e importancia de los cuidadores/as a lo largo de la historia.

PALEOLÍTICO: No existe la familia como tal, el organigrama social es la tribu, donde la cuidadora principal es la mujer.

Unidad funcional → Tribu

Elemento funcional → Mujer cuidadora

EGIPTO: Empieza a formarse el hogar y consigo la familia. La mujer es la principal cuidadora dentro de la casa, se encarga de las tareas de la misma y se hace cargo de los niños/as. Pero el cuidado empieza a dividirse. En esta época ya encontramos los primeros médicos, y esclavos que cuidaban enfermos.

Unidad funcional → El hogar

Elemento funcional → Mujer – madre, médico y esclavo cuidador

GRECIA: En esta época la mujer continúa siendo la principal cuidadora dentro de la casa. Los médicos siguen tratando a los enfermos/as y los esclavos cuidándolos. Pero a esta división hay que sumar una figura profesional más. Surgen las primeras parteras o comadronas que ayudan a las mujeres en lo que al cuidado de los recién nacidos/as se refiere.

Unidad funcional → familia

Elemento funcional → mujer, partera, esclavos y médicos

EDAD MEDIA: En esta época todo comienza a cambiar. El cuidado ahora lo procesan los monjes (cuidaban a los hombres enfermos) y las monjas (a las mujeres enfermas) dentro de los monasterios, que se convierten en los primeros hospitales. En el ámbito familiar las mujeres se hacen cargo de las tareas y de la educación de los niños/as.

Unidad funcional → familia

Elemento funcional → mujer- nodriza, partera, médicos, siervos, sacerdotes, monjes - monjas

REVOLUCIÓN INDUSTRIAL – REFORMISMO: La mujer se incorpora al mundo laboral y deja a un lado las tareas del hogar. Se rompe la estructura familiar y los hospitales adquieren cada vez más importancia, ya que todos los cuidados se procesan dentro de ellos. Es el momento en el que aparece la necesidad de profesionalizar los cuidados. Unida a esta profesionalización encontramos los primeros esbozos de la enfermería que poco a poco se va especializando cada vez más, hasta que se convierte en una disciplina por sí sola

ACTUALIDAD: En la actualidad los cuidados se procesan a dos niveles por lo que tenemos que diferenciar dos tipos de cuidadores/as:

- Formales: que son los profesionales \ddagger de la medicina y de la enfermería.
- Informales: la persona que se hace cargo de un enfermo/a pero que carece de formación profesional.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, Prof. José Siles.

PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS CUIDADORES/AS.

- CAMBIOS EN LA VIDA FAMILIAR:
- PROBLEMAS FÍSICOS.
- PROBLEMAS PSÍQUICOS:

2.- FUNDAMENTACIÓN:

La motivación que nos ha llevado a realizar el presente trabajo, se fundamenta en la necesidad por parte del colectivo de enfermería, de conocer “no” la sobrecarga del cuidador/a informal, si no la forma en como ha cambiado la calidad de vida percibida por los cuidadores/as, desde que hacen uso para sus familiares del recurso del centro de día de la Residencia para mayores la Molineta.

La enfermería, desde su punto de vista holístico, de la persona, engloba el cuidado de la familia, y el entorno donde esta se desarrolla, es punto de referencia y de información para el/la profesional de enfermería. Nuestros mayores, son cuidados de forma holística, cuidados desarrollados desde un paradigma científico-técnico, y mediante modelos de cuidados fundamentados en el desarrollo personal, la independencia-autocuidado, y la suplencia-ayuda.

El cuidador/a informal, se ha visto infravalorada/o en los últimos años, y a la vez ha comenzado a presentar unas necesidades, que hasta ahora no habían sido detectadas, debido a múltiples factores sociales y económicos. El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, que va asociado a múltiples enfermedades crónicas e incapacitantes, y la reducción de la estancia hospitalaria son factores que determinan que uno de los servicios esenciales en cuanto a sanidad se refiere sea la atención sanitaria a domicilio. Y para que esta atención sea de calidad es necesario contar con la presencia del cuidador informal. Dicho cuidador/a informal, debido a la sobrecarga a niveles físicos, psíquicos y emocionales, llega a un punto donde su labor se ve interrumpida debido a que terminan enfermando, cosa que en ocasiones genera graves problemas sociales y asistenciales.

Un dato importante, es el tipo de labor de cuidado, que ha desempeñado y desempeña la mujer dentro del núcleo familiar, teniendo un papel importantísimo dentro del entorno genero y salud. Por tradición, la familia ha asumido una parte importante en los cuidados de las personas mayores, de pacientes con enfermedades cróni-

cas incapacitantes, que viven o no, en el mismo domicilio. Pero dentro del núcleo familiar estas tareas nunca han estado repartidas de forma equánime entre sus miembros. Esto genera truncamientos en las carreras profesionales de muchas mujeres y en el desarrollo de sus vidas como personas independientes, terminado en ocasiones con su propia salud.

Desde el equipo de enfermería de la Residencia para mayores la Molineta, tenemos la inquietud de velar por los cuidados, en este caso de nuestros mayores, pero teniendo presente a sus familias, esto es un concepto de enfermería preocupada por sus clientes, el entorno de los mismos, sus familias, la prolongación de los cuidados fuera del centro.

Una valoración del mayor, una buena detección de necesidades, una buena planificación de los cuidados necesarios, con la ejecución de los mismos cuando proceda y con una praxis protocolizada, a la misma vez que de calidad, y su ulterior evaluación, nos van a dar resultados adecuados a las demandas de nuestros mayores. La enfermería es un potencial humano, técnico, científico, gestor, docente, muy importante en nuestra sociedad, y esto tenemos que demostrarlo, para poder llegar a recoger los frutos de nuestro trabajo diario en todos los ámbitos y sectores en los que nos desarrollamos día a día, sin decaer ni un solo minuto.

3.- OBJETIVOS:

- Generales:

- Conocer la vida del cuidador/a de forma holística.
- Definir las mejoras sufridas en su calidad de vida desde la utilización del recurso de Centro de Día.

- Específicos:

- Conocer datos sociodemográficos del cuidador/a: edad media, género.
- Detectar problemas de carácter físico, psíquico y social en la vida del cuidador/a.
- Detectar problemas económicos, laborales y de ocio y tiempo libre del cuidador/a.

4.- METODOLOGÍA:

- Se ha utilizado un estudio observacional (investigación etiológica). Utilizando como herramienta principal, la encuesta transversal. Para nuestra base de partida utilizamos diversa bibliografía especificada en otro punto. Este estudio se realizó a lo largo de los meses de Febrero – Abril del 2007.
- La forma de contactar con los cuidadores, ha sido a través del personal que acompaña a los residentes a su domicilio (Auxiliar de enfermería, Conductor), quienes les han hecho llegar los sobres cerrados.
- Se les ha hecho llegar la encuesta, junto con una hoja informativa de cumplimentación y motivación del estudio.

5.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Como conclusiones destacar, que la edad media de los cuidadores/as se sitúa en 54.5 años, siendo su distribución por genero mayor en mujeres que en hombres

(76.4% mujeres). Estas personas soportan como media una carga asistencial antes de recurrir al recurso de 5.6 años de dedicación, siendo en la mayoría de los casos las demencias de varios orígenes el motivo de la búsqueda del mismo. La carga de cuidados en un porcentaje alto recae sobre una sola persona, teniendo como media 2.2 personas encargadas de generar cuidados. El 44 % ha acudido a otros recursos antes de decidir o conocer el centro de día de nuestra residencia.

En relación a la afectación que genera la carga asistencial, decir que un 70.5% presenta alteraciones físicas como resultado de la acción cuidadora, y un 76.4% refiere presentar problemas emocionales y psicológicos derivados de la sensación de verse desbordados por la situación.

El ámbito menos afectado parece ser el laboral, mientras que el ocio y tiempo libre, así como lo económico sufren un grado importante de afección según refieren los encuestados. A pesar de ello el 33.3% reciben algún tipo de subvención o ayuda por parte de los organismos correspondientes.

La mayoría de familiares conocen el trabajo realizado a lo largo del día en el centro, no obstante a la hora de reconocer al personal, identifican mas al personal auxiliar de enfermería, conductor y trabajadora social, debido a que son con las persona con las que mas contacto mantienen.

Como conclusión final, destacar que los cuidadores informales de nuestros mayores, han sufrido un proceso de cambio, que les ha facilitado un poco mas la vida diaria, pudiendo desarrollar facetas de sus vidas que hasta ahora no les era posible. Es evidente que el recurso del centro de Día es válido, y cumple una función socio-sanitaria de importancia que hasta ahora no era conocida ni reconocida en ningún ámbito.

Los cuidados desarrollados por personal enfermero/a y auxiliares de enfermería, en estos centros, son de una calidad inigualable, están extendidos al domicilio, gracias a la comunicación continua entre familia y personal del centro (en la mayoría de casos a través de la trabajadora social y/o coordinación de enfermería). Destacar que en la actualidad, en el entorno del cuidado, no existe una interrelación entre centros de mayores y centro de asistencia sanitaria publica, lo cual en ocasiones genera importantes problemas, relacionados con la continuidad de cuidados de las personas.

Los mayores necesitan ser atendidos, y esa atención debe ser de calidad, humana, profesional, y sus familias deben disfrutar de ello, así como de sus propias vidas.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. CUIDEN. Referencias bibliográficas

1.1. Martínez Cutanda, Josefa Martínez Alcolea, Nieves Heras Valero, Camen de las Martínez Martínez, Gomariz Lucha Villareal, Fuensanta y Follana Tovar, Trinidad. La colaboración del cuidador. Aprender a cuidar: necesidad y reto. Alicante. 2001. Pp. 47-48. Póster.

1.2. Bailón, J y Carmona, D. Información y apoyo al cuidador principal. Sevilla (España) 2004. Póster, resumen.

2. INDEX de ENFERMERÍA

2.1. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental.

3. CUIDATGE. Referencias bibliograficas

3.1. Título: Soporte a los cuidadores familiares

4. BIBLIOTECA DE SALUD VIRTUAL

5. MEDLINE

6. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, SILES.
7. GUÍA PARA CUIDADORES: MATIA, Fundazioa
8. Fornés, J. Síndrome de burnout y enfermería. *Enfermería Científica*, 1991; 108: 45-48.
9. Fornés, J. Mobbing: Maltrato psicológico en el ámbito laboral. *Rev Rol de Enfermería*, 2001; 24 (11): 20-26.

“EL SENTIDO DE VIVIR”

Ana M^a. Verdú Gran, Vanesa Gómez López,
Jesús Pastor Esteve, José Luis Gutiérrez Ferrol

PALABRAS CLAVES

CUIDADOR INFORMAL, ATENCIÓN ENFERMERÍA, ESPINA BÍFIDA.

OBJETIVOS GENERALES

- Reflexionar sobre el cuidado y relación de ayuda en el ámbito enfermero/a – cuidador-paciente.
- Establecer necesidades existentes entre cuidador informal y paciente, centrado en casos reales.
- Transmitir la necesidad de cuidar y ayudar desde enfermería e instituciones (tanto públicas como privadas) al cuidador informal.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Detectar las necesidades que genera el cuidado informal de enfermos de espina bífida.

MATERIAL /MÉTODOS

Realización de un documental en formato video, que nos presenta a través de historias de vida, las necesidades que requieren los cuidadores informales en el ámbito de las enfermedades poco comunes, partiendo de la necesidad del cuidado interdisciplinar.

- Observación participante con descripción densa.
- Método visual y grabación de audio.
- Entrevistas estructuradas y abiertas.
- Historias de vida.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que nos encontramos ante una necesidad imperiosa de actuar tanto en la integración social de los pacientes como en el proceso de escolarización de niños afectados, y no considerar la formación como un capricho sino como una necesidad, hasta llegar a conseguir una plena integración, actuando también tanto en la eliminación de barreras como en el acceso al mercado de trabajo.

Otro problema es la ausencia de continuidad en la asistencia en los distintos niveles de atención, haciendo muy difícil las tareas cotidianas tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

Tenemos entonces a las asociaciones como único medio de ayuda y soporte al cuidador informal, que aportan los recursos que no están incluidas en el sistema nacional de salud, por ejemplo la fisioterapia, necesaria durante todo el proceso de la enfermedad y que sólo se incluye hasta los tres años.

Son muchas las dificultades que se encuentran los cuidadores informales de estos pacientes a lo largo de la enfermedad y son ellos generalmente los únicos, sin más ayuda, los que afrontan dichas dificultades.

TODOS TENEMOS QUE TRABAJAR CONJUNTAMENTE PARA CONSEGUIR UNA PARTICIPACIÓN PLENA DE NUESTRO COLECTIVO EN LA VIDA COMUNITARIA.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

Ángela M^a. Lorenzo García, Saray Gili Juan, Jesús Ramón Coloma Vera,
Pedro Luis López Llorens

PALABRAS CLAVE

Trabajo social, persona dependiente, cuidador, necesidades, ley de dependencia.

OBJETIVOS

- Conocer la realidad del trabajo social en el ámbito sociosanitario
- Identificar las necesidades que estimulan la intervención del trabajador en cada caso
- Establecer pautas de acondicionamiento del acto de cuidar
- Mejorar el bienestar social de la persona dependiente
- Determinar las funciones del trabajador social en este ámbito

MATERIAL Y MÉTODOS

- La metodología de actuación del trabajo social, incide directamente en el hecho de posibilitar medios y condiciones adecuadas para el mejor desarrollo del hecho de cuidar.
- Aun cuando el trabajador social no es un cuidador propiamente dicho, su intervención resulta básica y fundamental en aquellos casos cuyas condiciones de desarrollo social se ven alteradas o seriamente afectadas y por lo tanto inciden negativamente en el hecho del desarrollo saludable de las personas.

CONCLUSIONES

- El trabajo social en el ámbito sociosanitario se ocupa de proporcionar una atención especializada.
- El trabajador social, desempeña su acción profesional en coordinación con otros profesionales del ámbito sociosanitario.
- Todo esto refleja el carácter interdisciplinar en el que el trabajo social está inmerso en la actualidad.

EDUCANDO EN HIGIENE POSTURAL AL FUTURO CUIDADOR DESDE LA ESCUELA

Martínez Navarro, R. Ibáñez Sepulcre, S. Miralles Ruiz, C. Vives Sánchez, E.

INTRODUCCIÓN

Con este proyecto se pretende dotar a los alumnos de primero de primaria (6 años) de los conocimientos básicos para llevar una correcta higiene postural.

Puesto que los niños serán los futuros cuidadores, deben aprender a sentarse, agacharse, recoger y transportar objetos y pesos de manera saludable, con el fin de evitar las frecuentes lesiones que padecen los cuidadores a la vez que se hagan responsables de su propio autocuidado. Este es un hecho avalado por diversos autores y estudios. Soriano Marchena, David (Técnico en Prevención de Riesgos Laborales), Fundación Kovacs y Organización Médica Colegial; Martín Nogueras, A. M.; González Montesinos, J.L (Profesor de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Cádiz) y otros.

Es una realidad que si no se educa en ergonomía durante la edad escolar los alumnos adquieren vicios posturales que en la edad adulta se transforman en problemas y lesiones osteomusculares. Siendo en este momento demasiado tarde para educar y prevenir estos problemas.

Incidimos en la importancia de realizar una prevención primaria desde edades tempranas. Y como sabiamente dice el refrán: “MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR”.

OBJETIVOS

Los alumnos deben ser capaces, al finalizar la intervención de:

- IDENTIFICAR, DIFERENCIAR y APLICAR la manera correcta de:
 - Sentarse en el pupitre
 - Trasladar su mochila
 - Agacharse y recoger objetos.

- MANTENER Y UTILIZAR dichos conocimientos a lo largo de su vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Vamos a realizar cinco sesiones de 50 minutos de duración cada una, que se llevarán a cabo con todo el grupo de alumnos de primero de primaria, y se realizarán tanto en el aula como en el gimnasio o el patio de la escuela.

Las sesiones serán realizadas de forma dinámica y participativa, para que los niños aprendan jugando.

Los materiales empleados serán aportados por la enfermera y el colegio.

El equipo docente reforzará los hábitos adquiridos en todas las asignaturas para conseguir mantenerlos, realizando así una enseñanza transversal de la materia.

RESULTADOS

La valoración del programa se llevará a cabo mediante un pre y post-test, (el mismo en cada ocasión), a rellenar por cada alumno. El test consta de 8 preguntas cerradas, cuya respuesta es verdad o mentira, de forma que además de permitir el refuerzo de los conceptos adquiridos, aporte a la enfermera, información sobre la consecución de los objetivos.

POSTERS

Cáncer de cérvix: un problema de salud para la mujer.

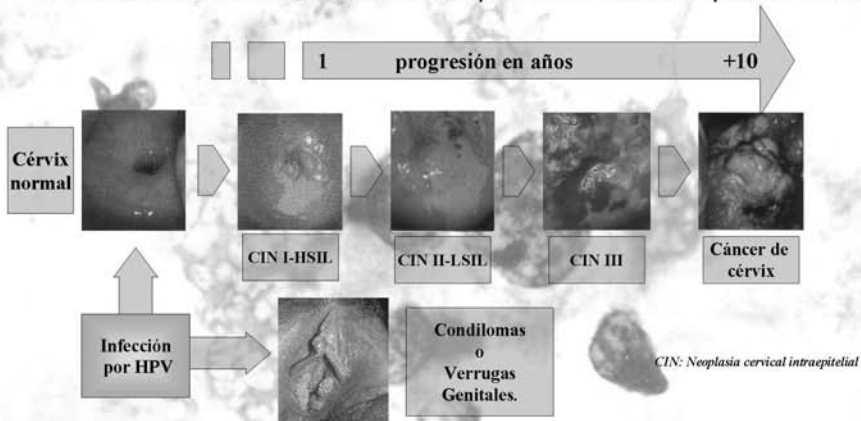
Servicio de Salud Sexual y Reproductiva de Petrer-Monóver.

Consuelo Poveda Carbonell (Enfermera)

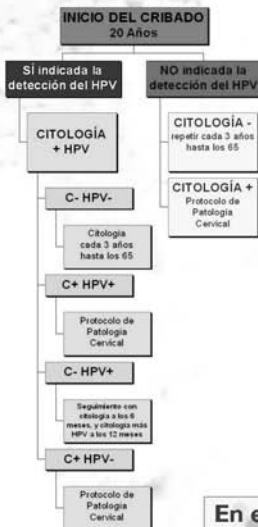
Rita A. Amat García (Aux. Enfermería)

Javier García-Pardo (Ginecólogo)

En el 99,7% de los cánceres de cérvix está presente el virus del Papiloma Humano



PROTOCOLO DE CRIBADO



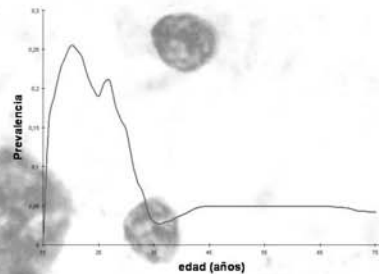
Los serotipos más frecuentes de HPV son el 6, 11, 16 y 18.

Se considera que los tipos 6 y 11 no son cancerígenos.

Los tipos 16 y 18 están presentes en el 70% de los cánceres de cuello uterino mundiales.

En la mayoría de las mujeres el Sistema Inmunológico produce la regresión de las lesiones.

Prevalencia del HPV en mujeres con citología negativa



En el programa de prevención primaria del cáncer de cérvix, la instauración de una vacuna revolucionaría el mundo de la oncología y de las enfermedades relacionadas con el HPV.

FACTORES FACILITADORES Y BARRERAS PERCIBIDAS EN EL USO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS PARA EL LAVADO DE MANOS EN POBLACIÓN SANITARIA

M. Bernabé, S. Sanchís, V. Valls, M.S. Lozano

OBJETIVO

Identificar los factores que influyen en la adecuación del lavado de manos en personal de Enfermería del Hospital Virgen de la Salud de Elda.

MÉTODO

Encuesta anónima y voluntaria tipo Likert con 20 preguntas sobre factores facilitadores y barreras y 9 sobre aspectos socio-demográficos y laborales realizada a 125 TAS (77 enfermeras/os y 48 AE) de 35 ± 9.3 años; 85% mujeres.

RESULTADOS

El 96% de los entrevistados cree que no existe base científica, el 70% que la asistencia urgente es más prioritaria y un 26% que interfiere en la relación profesional-usuario. Además, más del 50% opinan que los productos causan irritación (85%), los puntos de lavado son insuficientes o están mal localizados (60% ; 50%), existe poco tiempo (57%) y hay carencias de jabón y toallas de papel (62%).

CONCLUSIONES

Es necesario mejorar las infraestructuras de lavado de manos y la formación de los TAS.

“¿SABÍA USTED QUE...?”

Verdú Gran, Ana M^a; Gómez López, Vanesa;
Pastor Esteve, Jesús; Gutiérrez Ferrol, José Luis.

PALABRAS CLAVES

Cuidador informal, Atención Enfermería, Espina Bífida.

JUSTIFICACIÓN

Tras realizar una búsqueda bibliográfica en los buscadores CINHAI, MEDLINE, PUB-MED, CUIDEN Y CUIDATGE, encontramos sólo dos referencias sobre el tema desde el año 2002, lo que nos sugiere el escaso conocimiento y lo poco que se investiga sobre esta patología. Con todo esto queremos dar a conocer la asociación el ámbito general.

OBJETIVO

- Dar a conocer la ASOCIACIÓN DE ESPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA DE ALICANTE (AEBHA), como soporte principal para el cuidador informal en estas patologías.

MATERIAL/MÉTODOS

Realización del póster a través de:

- Observación participante con descripción densa.
- Método visual y grabación de audio.
- Entrevistas estructuradas y abiertas.
- Historias de vida.

CONCLUSIONES

Tenemos a las asociaciones como único medio de ayuda y soporte al cuidador informal, que aportan los recursos que no están incluidas en el sistema nacional de salud, por ejemplo la fisioterapia, necesaria durante todo el proceso de la enfermedad y que sólo se incluye hasta los tres años.

Son muchas las dificultades que se encuentran los cuidadores informales de estos pacientes a lo largo de la enfermedad y son ellos generalmente los únicos, sin más ayuda, los que afrontan dichas dificultades.

Intentamos, además de dar a conocer la asociación y sus inquietudes, fomentar la mejora y el conocimiento por parte de enfermería en pro de una atención más adecuada a este tipo de pacientes.

“UN HOMBRE QUE LUCHA UN DÍA ES BUENO; UN HOMBRE QUE LUCHA UN AÑO ES MEJOR; UN HOMBRE QUE LUCHA TODA LA VIDA ES IMPRESCINDIBLE” Brech.

CREIMOS EN LA LACTANCIA MATERNA

Una aproximación de la experiencia en tres generaciones

Introducción: Los cambios en la sociedad están llevando a que los bebés empiecen a ser alimentados con formulas artificiales y no con la leche materna. Es por esta razón por lo que se están llevando a cabo proyectos de concienciación sobre los beneficios de la leche materna. Y para ello, se están investigando los factores que conducen a las madres a elegir una u otra opción.

Objetivos: Analizar la experiencia vivida por las madres de tres generaciones que han dado lactancia materna. Identificar el significado y la continuidad a través de las sucesivas generaciones de ciertas prácticas y creencias.

Metodología: Estudio cualitativo. Muestra: madres que dieron lactancia materna con edades comprendidas entre 21 años y 81 años.

RESULTADOS

La decisión de amamantar

Aproxima: La mejor, la más natural, y la más sana.

Aleja: En tiempos pasados las mujeres tenían pocas posibilidades de elección. Actualmente pueden tomar decisiones meditadas.

Es la opción más natural, por la que van a desarrollarse mejor, van a estar mejor de defensas, es mejor físicamente para mi y es más cómodo y económico (Nuria 37 años)

El lenguaje del acercamiento

Aproxima: Tanto él como su madre experimentan alrededor del pecho sentimientos de seguridad, satisfacción y alegría.

Sentía una satisfacción muy grande porque el contacto con tu hijo, que lo miras que él te mira, una relajación, una paz, verdad... (Carmen 41 años)

Alimentación materna

Aproxima: Una serie de mitos sobre la lactancia provienen de los hábitos y creencias.

Aleja: Actualmente se conocen las costumbres populares pero no se siguen.

Yo comía caldos y muchas veces, comía carne de cola de bacalao que daba leche. Era bueno también comer avellanas crudas y después beber agua (Carmen 71 años)

La opinión de los otros y el entorno

Aproxima: Siempre ha existido gente que intenta ayudar a los principiantes cuando empezaron a dar de mamar, sus madres, sus suegras e incluso sus vecinas opinaban.

Aleja: A lo largo de los tiempos ha evolucionado mucho el papel del padre, la madre se siente más acompañada favoreciendo así la lactancia materna.

Mi marido me apoyaba. Había una cosa muy bonita, yo le daba de mamar a mi hijo desnuda en la cama y a él le encantaba mirarnos. Cuando le dije que lo dejaba me dijo que lo que yo considerase que él me apoyaba (Raquel 29 años)

El destete

Aproxima: Se vive como una sensación de malestar y nostalgia tanto para la madre como para el niño.

El niño lloraba y yo también pasé casi un mes muy triste, era una sensación como si hubiese perdido algo, como un familiar. El me buscaba como un gatito. (M^a Carmen 38 años)

Aleja: Se llega antes al destete debido al cambio en el rol de la mujer, la lactancia materna es una opción en vez de una necesidad.

Si te vas a trabajar a una fábrica a ver como le dices a tu jefe que te vas a sacar la leche, pues te dice o la niña o el trabajo, no te queda más remedio que el biberón y ya esta. (M^a del Mar 28 años)

Aprendizaje

Aproxima: el aprendizaje es instintivo.

A mi no me enseñó nadie, me ponía al chiquillo y a mamar. Antes no existía la matrona ni el pediatra para indicarte cómo tenía que dar de mamar. (Maruja 66 años)

Aleja: Se ha perdido la conexión en la transmisión oral. Existe una mala información, las madres jóvenes abandonan la lactancia materna substituyéndola por la artificial.

CONCLUSIONES

La distancia generacional se establece a través de los cambios socio-culturales y sanitarios, sin embargo dicha distancia no ha sido obstáculo para seguir manteniendo en tres generaciones la creencia de que la lactancia materna sigue siendo la mejor alimentación para los bebés.

La relación emocional que se trasmite a través del amamantamiento no puede ser reemplazado con la lactancia artificial y así lo han expresado las madres de las tres generaciones

Autores: Ana Alenda Botella, Elena Ferrer Hernández, Beatriz Llorens Mira, Vanesa Morales Camacho

COLABORADORES



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA



Colegio Oficial de
Enfermería de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Excmo. Ayuntamiento de Beneixama

