

# INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



## **DIRECTOR**

José Antonio Ávila Olivares

## **SUBDIRECTOR**

Francisco Pareja Llorens

## **COMITÉ EDITORIAL**

Coordinación: M<sup>a</sup> Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M<sup>a</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M<sup>a</sup> Elena Ferrer Hernández

## **COMITÉ ASESOR**

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Ganes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M<sup>a</sup> del Mar Ortiz Vela

M<sup>a</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

## **COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO**

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Franciso Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

## **RELACIONES INTERNACIONALES**

Ascensión Marroquí Rodríguez

M<sup>a</sup>. José Muñoz Reig

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud  
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc.  
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO  
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

## **SUSCRIPCIONES**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

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

Teléfono: 963298088 - E-mail: [cecova@cecova.org](mailto:cecova@cecova.org)

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

## **ENVÍO DE TRABAJOS**

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: [cealicante@cecova.org](mailto:cealicante@cecova.org)

## **EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

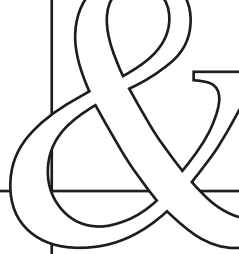
Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

## **FE DE ERRATAS**

En la revista nº 29, en el artículo del apartado Experiencias: "Anestesia en oftalmología", se ha puesto una traducción al inglés que no corresponde al trabajo publicado, siendo la traducción correcta: "Anesthesia in ophthalmology"

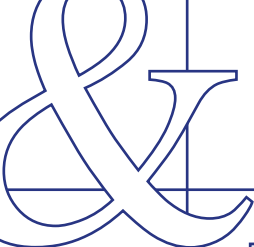
ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



# SUMARIO

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	4
<b>EDITORIAL</b>	
<b>La mediación, nuevo ámbito competencial</b> .....	5
Ávila Olivares, J.A.	
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Adaptación transcultural y validación de instrumentos de medida</b> .....	6
García-Molina, P. Balaguer-López, E. Verdú Soriano, J. García Fernández, F.P.	
<b>Desarrollo de un taller de higiene y salud para promotores de salud de zonas rurales de Guatemala</b> .....	10
de Juan Pardo, M.A. Glanadell Estapé, J. Aregay Tusquellas, G.	
<b>ARTÍCULO ESPECIAL</b>	
<b>Fragilidad y depresión en la persona anciana</b> .....	14
Padilla-Sánchez, C. Buigues, C. Fernández-Garrido, J. Navarro-Martínez, R. Ruiz-Ros, V. Cauli, O.	
<b>EXPERIENCIAS</b>	
<b>Experiencia de Enfermería en intervención comunitaria. Jornadas comarcales de seguridad vial</b> .....	22
Jiménez López, A. Gil Estevan, M.D. Vélez Lasso, P. Cremades Bernabeu, A. Arroyo Fernández, G.	
<b>ENFERMERÍA Y SOCIEDAD</b>	
<b>¿Y qué dices que hace una enfermera? Reflexión sobre el cuidado</b> .....	26
Gil Estevan, M.D.	
<b>BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</b> .....	28
<b>AGENDA DE ENFERMERÍA</b> .....	29
<b>ENFERMERÍA EN LA RED</b> .....	30



La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

**ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS**

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- A.- Si se trata de un artículo original:
- Introducción: propósito estudio y justificación.
  - OBJETIVO/HIPOTESIS
  - Material y métodos, Sujetos y métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
  - Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

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

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

puntuación si lo hubiere.

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

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a [cealicante@cecova.org](mailto:cealicante@cecova.org) en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

**ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN**

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

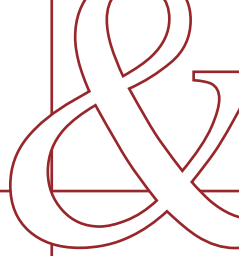
- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

**REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES**

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.



## La mediación, nuevo ámbito competencial



La situación socioeconómica que venimos “padeciendo” requiere de grandes dosis de imaginación para reinventarse y buscar nuevos ámbitos de actuación profesional o desarrollar

aquellos con los que ya contamos. Algo que no es nuevo para nosotros en la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana, toda vez que venimos promoviendo iniciativas bajo dicha filosofía desde hace años y lo seguimos haciendo con el convencimiento de que nuestra capacitación profesional ofrece una gran cantidad de recursos a las enfermeras.

La incorporación a la legislación española de la Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles a través de la Ley 5/2012 de 6 de Julio de Mediación en Asuntos Civiles y Mercantiles y del Real Decreto 980/2013, de 13 de diciembre, que además de regular la mediación, determinan la formación obligatoria que ha de tener una persona para poder ejercer como profesional de la mediación, abre nuevos campos de actuación profesional para las enfermeras.

Así lo hemos entendido desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana y desde los colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia y hemos querido facilitar que nuestras enfermeras puedan aprovechar esta oportunidad que se les brinda en unos momentos en los que poder abarcar nuevos campos competenciales es un balón de oxígeno para aquellas que no cuentan con una opción laboral sólida y que pueden encontrarla convirtiéndose en mediadores judiciales. Una opción formativa que también puede complementar de manera sustancial la calidad de nuestras habilidades relacionales en el campo sanitario.

La mediación es un método estructurado de gestión/solución de controversias, cualquiera que

sea su denominación, en que dos o más partes intentan voluntariamente alcanzar por sí mismas un acuerdo pacífico y satisfactorio con la intervención de un mediador. Una actividad que puede llegar a convertirse en una profesión, como sucede en algunos países anglosajones en los que la cultura de la mediación se encuentra muy implantada.

Con ella se pretende descongestionar los colapsados juzgados de nuestro sistema judicial y se podrían sacar de los mismos entre 700.000 y 800.000 asuntos civiles al año.

Si la Administración apuesta por ello como una fórmula válida para aliviar la carga de trabajo de los juzgados, la Organización Colegial Autónoma de Enfermería de la Comunidad Valenciana va a estar junto a las enfermeras para facilitarles el proceso de convertirse en mediadoras.

Mis palabras pueden constatarse ya con hechos y puedo decir del Colegio de Enfermería de Alicante va a acoger la celebración de un curso para convertirse en mediadores judiciales organizado por la Escuela de Derecho y Economía de Alicante.

El siguiente paso de los organismos colegiales será el de constituirse como entidades de mediación para favorecer y promocionar esta actividad creando un registro propio de mediadores especialistas en el ámbito sanitario al que las partes puedan recurrir para solucionar sus conflictos evitando la vía judicial con los inconvenientes e incertidumbres de una sentencia impuesta por un tercero, un juez.

Con formación primero y creando estructuras colegiales después, queremos apoyar a los colegiados para que la conquista de nuevos ámbitos competenciales sea una realidad, y ello sin invadir el terreno de ningún otro profesional.

**José Antonio Ávila Olivares**

*Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)*

# Adaptación transcultural y validación de instrumentos de medida

## Transcultural adaptation and validation of measurement instruments

XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. 31 de Mayo y 1 de Junio de 2012. Valencia.  
Premio a la mejor presentación otorgado por CECOVA.

**Autores:** Pablo García-Molina<sup>1</sup>, Evelin Balaguer-López<sup>2</sup>, José Verdú Soriano<sup>3</sup>, Francisco Pedro García Fernández<sup>4</sup>

1.- Profesor Asociado Departamento Enfermería. Universidad de Valencia. Enfermero Hospital Clínico Universitario Valencia.

2.- Profesora Asociada Departamento Enfermería. Universidad de Valencia. Enfermera Hospital Clínico Universitario Valencia.

3.- Profesor Titular de Universidad, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

4.- Coordinador de la Unidad de Estrategia de Cuidados. Complejo Hospitalario de Jaén.

e-mail: pagarmo3@uv.es

### RESUMEN

Los profesionales de enfermería, aumentan la utilización de cuestionarios e instrumentos de medida en la práctica diaria. Es necesario asegurar que estos instrumentos son válidos y fiables para medir aquello para lo que fueron diseñados. Antes de universalizar la aplicación de una herramienta, ésta debe pasar por procesos de adaptación y validación en el contexto de uso.

El objetivo de este artículo es describir el proceso que se ha llevado a cabo en la primera fase de adaptación y validación al castellano de una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP) en población neonatal, la Neonatal SkinRiskAssessmentScale (NSRAS).

Tras el proceso de traducción y retrotraducción se obtiene la versión de la escala NSRAS adaptada semánticamente al español. Esta escala se somete a análisis métricos para determinar su validez -validez de contenido, validez de constructo y fiabilidad -concordancia intra e interobservador y consistencia interna- dentro del contexto de aplicación (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidades de Hospitalización Neonatal).

Al aplicar una escala de valoración, es garantía de uso que ésta haya sido sometida a procesos que demuestren sus propiedades métricas.

**Palabras clave:** adaptación transcultural, escore neonatal, herramientas de evaluación, úlcera por presión, validación.

### ABSTRACT

Nurses, increase the use of questionnaires and measurement instruments in daily practice. You need to ensure that these instruments are valid and reliable measure that for which they were designed. Before implementing a universal tool, it must go through processes of adaptation and validation in the context of use.

The objective of this article is to describe the process that has been undertaken in the first phase of adaptation, and validation of a scale Castilian risk assessment of pressure ulcers (UPP) in neonatal population, Neonatal SkinRiskAssessmentScale (NSRAS).

After the process of translation and back-translation version of NSRAS semantically adapted to Spanish scale is obtained. This scale is subjected to metric analysis to determine your -Validity content validity, validity of builders and intra- and interobserver reliability -concordancia and international consistency in the application context (Neonatal Intensive Care Unit and Hospital Neonatal Units).

By applying a rating scale, it is guaranteed that this use has been submitted to processes that demonstrate their metric properties.

**Keywords:** assessment tools, cross-cultural adaptation, neonatal score, pressure ulcer, validation.



## ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería?

Este trabajo permitirá dotar a las enfermeras de una herramienta necesaria para valorar el riesgo de úlceras por presión de los neonatos hospitalizados. La carencia de este tipo de estudios en el ámbito español ha provocado que nuestros neonatos se encontraran más indefensos ante este efecto adverso. Gracias a este estudio subsanamos esta circunstancia.

## INTRODUCCIÓN

Cada día es más frecuente que los profesionales de enfermería utilicen instrumentos de medida para valorar de forma objetiva diferentes aspectos de la salud<sup>1</sup>.

Sin embargo, antes de universalizar en la práctica estas herramientas se debe asegurar que las mismas sirven para lo que han sido teóricamente diseñadas<sup>2</sup>. Se deben utilizar instrumentos que hayan demostrado científicamente fiabilidad y validez dentro de su contexto de aplicación<sup>2</sup>.

El proceso de validación comienza en el diseño original del instrumento dentro de su país y contexto inicial de aplicación (unidades hospitalarias, cuidados intensivos, atención primaria)<sup>3</sup>.

Debido a la complejidad del proceso y a la falta de un criterio único a partir del cual se admita que una herramienta es válida, se exige que éstas pasen por diversos estudios con el fin de demostrarlo, máxime cuando interesa su aplicación fuera del país o contexto de origen<sup>2</sup>.

## Úlceras por Presión en Neonatología

La población neonatal ingresada en unidades de críticos, unidades de hospitalización y/o aquellos neonatos con enfermedades crónicas, déficits psicomotores, problemas neurológicos, lesionados medulares son los grupos de mayor riesgo - y mayor presencia - de UPP.

Los profesionales sanitarios, las asociaciones profesionales relacionadas con las heridas y, en particular, las administraciones públicas están sensibilizados con el padecimiento que sufren los neonatos ante la presencia de una UPP. Por este motivo, las campañas regionales y nacionales que se realizan para prevenir este efecto adverso, tienen en cuenta el riesgo de sufrir una UPP que tiene esta franja de edad. Incluso, en la última "Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de

Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas" -actualizada en el 2012 por un grupo de trabajo formado a través de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana-, hay un capítulo dedicado al cuidado de los niños y neonatos con UPP o riesgo de padecerlas. Siendo una de las principales medidas preventivas la valoración del riesgo de UPP de un neonato al ingreso y periódicamente con una EVRUPP validada al contexto español.<sup>4</sup>

El propósito de este artículo es describir el proceso que se ha llevado a cabo en la primera fase de adaptación y validación al castellano de una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP) en población neonatal, la Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS).

Este estudio fue galardonado con el premio CECOVA a la mejor comunicación científica en el XXX Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (ANECIPN), celebrado en Valencia en el 2012.

## Desarrollo del Tema a Analizar

### **Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)**

La escala NSRAS fue diseñada en 1997, en Kentucky (USA) por las autoras Barbara Huffines y Cynthia Logsdon a partir de la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) para población adulta, Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk<sup>5</sup>. Su propósito teórico fue el de detectar neonatos críticos con riesgo de generar úlceras por presión. Se creó como una escala negativa (a más puntuación menos riesgo) que consta de seis ítems valorados mediante una escala likert del 1 al 45.

Tras solicitar permiso a las autoras para adaptar y validar la escala al idioma castellano y el contexto español, se procede al proceso de adaptación transcultural de la escala.

### **Proceso de traducción y retraducción**

Se solicita una doble traducción conceptual de la escala al castellano por dos empresas de traducción independientes a las cuales se les explica el propósito de la escala que van a traducir. El equipo investigador junto a un panel formado por 10 expertos en el campo de las úlceras por presión y la pediatría de diferentes hospitales del territorio español, revisan ambas traducciones y

por consenso generan una primera versión de la escala. Esta primera versión se retraduce al idioma original (inglés) por dos traductores independientes. Nuevamente, el equipo investigador y el panel de expertos valoran las traducciones y elaboran la segunda versión de la escala la cuál es sometida a una evaluación métrica (ver figura 1).

Para demostrar la viabilidad de la escala en su nuevo contexto, se procede a determinar su validez (capacidad del instrumento de medir aquello para lo que ha sido diseñado) y fiabilidad (capacidad de generar resultados estables y reproducibles)<sup>2</sup>.

### **Validez y Fiabilidad**

Para determinar la validez y fiabilidad de la versión en castellano de la escala NSRAS, se plantea un estudio multicéntrico en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y hospitalización neonatal (HN) de 8 hospitales del territorio español (Hospital de Cruces, Hospital de Basurto, Hospital Txagorritxu, Complejo Donostia, Hospital Miguel Servet, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Clínico Universitario y Hospital Torrecárdenas).

### **Validez de Contenido**

Se crean unas parrillas de evaluación, para los ítems la escala, en términos de relevancia, claridad, sencillez y ambigüedad. Cada término se evalúa del 1 al 4 mediante una escala positiva tipo Likert (ver figura 2). Se solicita a un panel de 10 expertos que evalúen la escala y establezcan una puntuación que será utilizada en el cálculo del estadístico (Waltz y Bausell (1981), Lynn (1986))<sup>6,7</sup>.

Para determinar si el contenido es válido, se debe aplicar la V de Aiken. Para el cálculo del estadístico, nos ponemos en contacto con el profesor Cesar Merino Soto de la Universidad de San Martín de Porres (Perú) que junto a José Livia Segovia de la Universidad Nacional Federico Villarreal (Perú) han diseñado un programa que permite el cálculo de la V de Aiken junto a sus intervalos de confianza<sup>8</sup>. El límite para establecer que existe Validez de Contenido se marca en 0.759.

### **Validez de Constructo**

Para determinar si tras las variables o ítems de la escala se esconden variables latentes que den estructura a un modelo representativo del construc-

to teórico se realiza un análisis factorial confirmatorio<sup>10</sup>. La evaluación del ajuste del modelo se realiza teniendo en cuenta los resultados de varios índices que pueden observarse en la tabla 1.

Para establecer si la versión adaptada mantiene la misma estructura factorial que la escala original se realiza un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales y rotando mediante rotación Varimax los factores con valores superiores a 1. La prueba de bondad/fiabilidad del análisis factorial (KMO y Bartlett), se acepta desde puntuaciones superiores a 0,5<sup>11</sup>.

### **Consistencia Interna**

Se valora mediante el cálculo del Coeficiente Alfa de Crombach (que mide la correlación de los ítems valorando cómo miden las mismas características)<sup>3</sup> con un nivel de significación de 0,05, para cada una de las subescalas (ítems) y para la escala en total. El alfa de Cronbach por debajo de 0,5 no se considera aceptable. Valores entre 0,5 y 0,6 se considera pobre y entre 0,6 y 0,7 débil. Entre 0,7 y 0,8 sería un nivel aceptable, entre 0,8-0,9 un nivel bueno y un valor superior a 0,9 sería excelente<sup>12</sup>.

### **Concordancia Interobservador e Intraobservador.**

Mediante la aplicación del Test-retest, se evalúa la capacidad de la escala de mantenerse estable en sus resultados cuando, personas diferentes o una misma persona en momentos diferentes, la utilizan. Para variables cualitativas ordinales se calcula el índice kappa Ponderado. Para variables cuantitativas e utiliza el coeficiente de correlación intraclase. Según la clasificación de Landis y Koch<sup>13</sup>, se considerará bueno, para un nivel de significación de 0,05, un grado de acuerdo > 0,6 para el índice Kappa ponderado y según la clasificación de Fleiss<sup>14</sup>, será adecuada una fuerza de concordancia > 0,7 para el coeficiente de correlación intraclase.

### **Conclusiones del análisis**

Se ha expuesto el proceso a seguir en la primera fase de adaptación y validación de la escala NSRAS en su versión al castellano.

Una vez demostrada la validez y fiabilidad de la nueva versión adaptada al castellano de la escala, ésta será sometida a procesos que demues-





tren sus propiedades psicométricas en términos de sensibilidad (capacidad de detectar neonatos que presentan UPP), especificidad (capacidad de detectar neonatos que no presentan UPP) y valores predictivos tanto positivos como negativos (capacidad de predecir qué neonatos presentarán y quienes no presentarán UPP).

Para aplicar cualquier instrumento de medida en salud tanto a nivel asistencial como investigador, es garantía de uso que éste haya sido sometido a procesos que demuestren sus propiedades métricas y clínicas en los nuevos contextos de aplicación<sup>2,3</sup>.

Utilizar instrumentos que han sido validados en los contextos en los que se desea aplicar, aportará calidad en la medición realizada<sup>3</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- López Alonso SR, Morales Asencio JM. Why to administer scales, questionnaires, test and indicators? Index Enferm [serie en Internet]. 2005 Junio [citado 2014 Jun 14]; 14(48-49): 7-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100001&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100001>.
- 2.- Argimon Pallas JM; Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ªed. Madrid: Elsevier; 2012.
- 3.- Carvajal A; Centeno C; Watson R; Martínez M; Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An. Sist. Sanit. (Navar.) 2011;34(1):63-72
- 4.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Pederlas. En: Agencia Valenciana de Salud, editor. Valencia.2012.
- 5.- Huffines B, Logsdon MC. The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates. Issues Compr Pediatr Nurs 1997;20(2): 103-114.
- 6.- Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: Design Statistics and Computer Analysis. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1983.
- 7.- McGartland D, Berg M, Tebb SS, Lee ES & Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Social Work Research, 2003; 27 (2): 94-104.
- 8.- Merino Soto C, Livia Segovia J. Intervalos de con-

- fianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken Anales de Psicología, 2009; 25(1): 169-71.
- 9.- Yaghmale F. Content validity and its estimation. Journal of Medical Education 2003; 3(1): 25-7.
- 10.- Lévy JP, Varela J. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales. Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales. A Coruña: Netbiblo; 2006
- 11.- Field A. Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll). 4º ed. Los Angeles: SAGE; 2009.
- 12.- George D, Mallery, P. SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont, CA. Estados Unidos: Wadsworth Publishing Company; 1995.
- 13.- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33: 159-174.
- 14.- Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. (New York: John Wiley) 1981: 38-46.

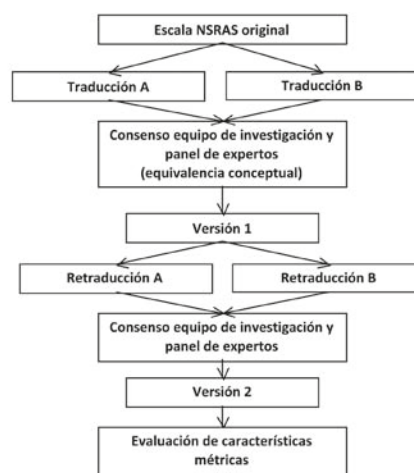


Figura 1: Proceso de adaptación transcultural. Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada<sup>2</sup>.

Índice	Evaluación de los índices de ajuste
Chi-cuadrado	(1- $\alpha$ =0,95) p>0,05
RMSEA	P<0,05
GFI	>0,9
AGFI, NFI, IFI...	>0,9
CFI	>0,95

Tabla 1: Evaluación de los índices del ajuste del modelo. Tabla elaborada a partir de la bibliografía consultada.9

# Desarrollo de un taller de higiene y salud para promotores de salud de zonas rurales de Guatemala

## Development of a workshop for health and health promoting health of rural areas of Guatemala

7<sup>o</sup> Reunión de invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).  
Premio a la mejor comunicación

**Autores:** M. Ángeles de Juan Pardo<sup>1</sup>, Júlia Glanadell Estapé<sup>2</sup>, Gemma Aregay Tusquellas<sup>2</sup>

1.- Dra. En Investigación en Salud. MSc in Nursing. Diplomada en Enfermería. Profesora de Enfermería Comunitaria. Universitat Internacional de Catalunya  
2.- Estudiante de 4<sup>o</sup> de Grado en Enfermería. Universitat Internacional de Catalunya

e-mail: mdejuan@uic.es

### RESUMEN

La falta de higiene y la ingesta de agua contaminada no tratada son dos de las principales causas de diarrea que, en numerosas ocasiones, supone una elevada mortalidad infantil. A pesar de que intervenciones sencillas como el lavado de manos, o métodos relativamente asequibles para el tratamiento del agua, pueden reducir significativamente la incidencia de diarrea, sigue evidenciándose gran dificultad para la adquisición de hábitos de higiene.

Por ello, y ante la solicitud de ayuda de una Fundación que trabaja en comunidades rurales de Guatemala, se propuso diseñar e implementar un Taller de promoción de la salud que facilite el cambio de hábitos de higiene en las comunidades mencionadas.

**Objetivos:** promover el cambio de hábitos de higiene, reducir la incidencia de diarrea y enfermedades relacionadas con falta de higiene y formar a los promotores de salud en comunidades rurales de Guatemala en metodologías que facilitan el cambio de comportamiento en las comunidades acerca de higiene y salud.

**Metodología:** Explorar necesidades y problemas de la comunidad en higiene y salud a través de visitas domiciliarias, observación y entrevistas; diseño del taller y supervisar y evaluar la intervención a través de observación, cuestionarios y entrevistas.

**Resultados:** Percepción muy positiva de los talleres. Replicación de talleres a otros grupos, obteniendo una percepción muy positiva.

En espera de la evaluación final de la actividad y su impacto.

**Conclusiones:** Para facilitar el cambio de hábitos es importante, conocer el contexto, creencias, dificultades y recursos de cada comunidad. Emplear una metodología participativa y monitorizar la intervención.

**Palabras clave:** Enfermería transcultural, higiene, promoción de la salud.

### ABSTRACT

*The lack of hygiene and the intake of untreated contaminated water are two of the main causes of diarrhea, which in many cases involve a high infant mortality. Although some simple interventions such as hand washing or some methods for water treatment relatively affordable can significantly reduce the incidence of diarrhea, it is still evidenced great difficulty in acquiring hygiene habits in the communities. Thus, and due to the request for help from a foundation that works in rural communities in Guatemala, it is proposed to design and implement a workshop on health promotion to facilitate health behavior change in the mentioned communities.*

**Objectives:** The main points of our project are to promote hygiene behavior change, to decrease



*the diarrhea incidence and other diseases related to the lack of hygiene and to train health promoters in methodologies which facilitate behavioral changes in communities about hygiene and health.*

**Methodology:** *exploration of the needs and problems of the community on the issue of hygiene and health through home visits, observation to the communities and interviews. The design of the workshop and the monitorisation and assessment of the intervention has been conducted through observation, questionnaires and interviews.*

**Results:** *We have received very positive perceptions of workshops. The workshops have been*

*replicated to other groups, obtaining also a very positive perception.*

*It's pending the final evaluation of the activity and its impact.*

**Conclusions:** *Described experience has shown the importance of taking into account the context, beliefs, difficulties and resources of each community, in order to promote change of habits. One way to facilitate this is to use a participatory approach and a constant monitoring of the interventions.*

**Keywords:** *Health promotion, hygiene, trans-cultural nursing.*

## INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo queremos compartir la experiencia del desarrollo de un taller que ha formado parte de una de las actividades realizadas en un Campo de Trabajo en Guatemala este verano. Nos parece un buen ejemplo de promoción de la salud en la comunidad, y con él hemos palpado la necesidad de tener en cuenta el contexto y la cultura al ayudar en el cambio de hábitos. Esta experiencia ha sido presentada en la VII Reunión de Invierno de la AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria) en Alicante, el pasado de 10 Octubre, ganando el primer premio a la mejor comunicación oral.

La falta de higiene y la ingesta de agua contaminada no tratada, son dos de las principales causas de diarrea que, en numerosas ocasiones, supone una elevada mortalidad infantil<sup>1</sup>.

A pesar de que intervenciones sencillas, como el lavado de manos o métodos relativamente asequibles para el tratamiento del agua, pueden reducir significativamente la incidencia de diarrea, sigue evidenciándose una gran dificultad para la adquisición de hábitos de higiene<sup>1</sup>.

Por ello, y ante la solicitud de ayuda de una Fundación que trabaja en comunidades rurales de Guatemala desde hace 30 años, FUNDAP<sup>2</sup>, se propuso diseñar e implementar un Taller de promoción de la salud que facilite el cambio de hábitos de higiene en las comunidades mencionadas.

## OBJETIVOS

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

1. Disminuir la incidencia de diarrea y otras enfermedades relacionadas con la falta de

higiene en comunidades rurales de Guatemala.

2. Promover en dichas comunidades cambio de hábitos de higiene.
3. Formar a promotores de salud en metodologías que faciliten el cambio de hábitos en las comunidades sobre el tema de higiene y salud.

## METODOLOGÍA

El diseño del taller lo iniciamos en Barcelona, trabajando siempre materiales de referencia aplicables en Guatemala, con grupos de expertos y personas que tenían experiencias de proyectos similares, así como contactando con personas de Guatemala residentes en Barcelona y a través de Skype, con los coordinadores de FUNDAP. En cuanto a la metodología para el desarrollo del taller, se siguieron los siguientes pasos:

1. Explorar las necesidades y problemas de la comunidad en relación al tema de higiene y salud a través de revisión de la literatura sobre el tema<sup>1,5</sup>; entrevistas informales, observación de la comunidad y visitas domiciliarias.
2. Diseño del Taller: en grupos de trabajo, y con la colaboración de personas de Guatemala. Pilotar la intervención en un grupo de Promotores de Salud en Guatemala.
3. Implementación del taller (que se explicará más adelante en qué consistió), así como una constante monitorización del mismo (mediante entrevistas informales para recoger la percepción de los participantes y haciendo una metodología participativa

que permita detectar qué han entendido en cada momento.

4. Evaluación de la intervención: actualmente estamos en esta fase: mediante observación y cuestionarios en visitas domiciliarias en las comunidades donde se han impartido los talleres realizados por instructores de Fundap y Promotores de salud.

## RESULTADOS

El taller mencionado se implementó a 18 grupos de promotores de Salud en distintas comunidades (unas 345 personas), obteniendo una percepción muy positiva de los Talleres. Algunos promotores, a su vez, ya lo han replicado a otros grupos, obteniendo una percepción muy positiva. Como se ha comentado, está pendiente la evaluación final de la actividad y de su impacto.

### Desarrollo del taller de Higiene y Salud:

- En primer lugar, divididos en grupos, procedimos a escuchar sus voces, sus experiencias, inquietudes y dificultades en promover hábitos de higiene en las comunidades. Así mismo las expectativas que tenían en el taller.

- De nuevo en grupos, para facilitar la participación de todos, pedimos que señalaran en una imagen de un poblado, los buenos y malos hábitos relacionados con higiene y salud. Y sobre una cartulina, fueron moviendo los dibujos con los errores que habían identificado, para ponerlos en la posición correcta: por ejemplo, separar a los animales del río, para no contaminar el agua.

- Tras un breve recuerdo de los distintos métodos para purificar el agua: hervirla, solearla, clorarla, filtrarla y con limón, los promotores de salud salieron a explicar lo que sabían de cada método. Algunos, no conocían todos los métodos, o aspectos en el modo de aplicarlos. Se reforzaron los conocimientos, completando o corrigiendo algunos aspectos.

- Importancia del lavado de manos: mediante un juego para mostrar la cadena de transmisión de gérmenes, se destacó la importancia del lavado de manos. Unos 4 voluntarios, salían del local, y a dos de ellos les poníamos brillantina en las manos (allí se llama diamantina). Entraban y se incorporaban al corro que habíamos formado con el resto de promotores. La música sonaba y mientras, giraban. Al parar la música, se cambiaban

de sitio, dando la mano a los que tenían al lado. Al cabo de unas 4 ó 5 vueltas, les pedíamos que mostraran las manos: todos las tenían llenas de diamantina. Se rieron y enseguida comprendieron la comparación con la suciedad con la brillantina, captando la importancia del lavado de manos.

- Lavado correcto de manos: se realizó una demostración de un buen lavado de manos. Siempre contando con su participación y viendo lo que conocían previamente, para reforzar conocimientos o aclarar aspectos, como la importancia del lavado entre los dedos y en las uñas. También enseñábamos a gastar la menor agua posible: al no introducir las manos en el recipiente con agua limpia, sino ir vertiendo el agua sobre ellas con un pequeño vasito. El Juego también fue un éxito entre los niños, que mostraban con gran entusiasmo que querían lavarse las manos.

- Higiene bucodental: otro método que vimos que era muy práctico para enseñar hábitos higiénicos a niños y adultos fue el de las canciones. Como la canción de cómo lavarse los dientes<sup>6</sup>. Esta canción se encuentra en youtube, y hemos realizado una pequeña adaptación de la letra para contextualizarla en Guatemala. Tiene una música muy pegadiza y sencilla y una letra con contenido didáctico, repetitiva y fácil de aprender. Les dejamos copia a cada uno de la letra, y muchos grabaron la música con sus "celulares" (sus móviles).

## CONCLUSIONES

Son numerosas las vivencias que tenemos y recuerdos inolvidables. Creemos que los aspectos indispensables para facilitar el cambio de hábitos en las personas de una comunidad son: conocer el contexto, creencias, dificultades y recursos de cada comunidad. Emplear una metodología participativa y monitorizar la intervención durante los talleres, para asegurar qué es lo que han aprendido o qué más necesitan saber.

Para lograrlo, con frecuencia será necesario renunciar a impartir un extenso contenido, y ser conscientes de que "juntos sabemos mucho": cada uno puede aportar creatividad, ideas, experiencias, etc.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a FUNDAP y a todos los Promotores de Salud con los que hemos trabajado



durante el Proyecto por el desinteresado servicio que realizan en sus Comunidades. Así como a la Universitat Internacional de Catalunya que ha impulsado la realización del Proyecto. También expresamos nuestro agradecimiento a la Asociación Española de Enfermería Comunitaria (AEC), al Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana y al Grupo CTO, por el premio que nos han concedido en la VII Reunión de Invierno de la AEC. Y a la Fundació Barcelona i Família por haber hecho posible, gracias a su donativo, atender a tantas necesidades de formación en las Comunidades rurales de Guatemala.

## REFERENCIAS

- 1.- World Health Organization [Internet]. Ginebra: Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 19 de diciembre de 2012]. Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. [34 páginas] Disponible en: [http://www.who.int/household\\_water/advocacy/combating\\_disease\\_es.pdf](http://www.who.int/household_water/advocacy/combating_disease_es.pdf)
- 2.- FUNDAP. Fundación para el Desarrollo [sedeWeb]. Quetzaltenango, Guatemala; [Acceso 8 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.fundap.com.gt/>
- 3.- Werner D, Thrumán C, Maxwell J. Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. México, D. F.: Pax México; 1995.
- 4.- Fundación Hesperian. Agua para vivir [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/es/publications/environment-energy/www-ee-library/water-governance/spanish/agua-para-vivir/WATER%20FOR%20LIFE%20SP%20ACF8FA.pdf>
- 5.- Fundación Hesperian. Saneamiento y limpieza. Para un ambiente sano [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.unwater.org/downloads/ACF8FE.pdf>
- 6.- Me lavo los dientes, voz femenil [Internet]. 23 de Abril de 2010; Disponible en: <http://youtu.be/eDw9sdNKBv4>



Foto 1: En primer lugar, divididos en grupos, procedimos a escuchar sus voces



Foto 3: Se realizó un juego para mostrar la cadena de transmisión de gérmenes



Foto 2: Y sobre una cartulina, con la imagen de un poblado, fueron moviendo los dibujos con los errores que habían identificado



Foto 4: Otro método que vimos que era muy práctico para enseñar hábitos higiénicos a niños y adultos fue el de las canciones.

# Fragilidad y depresión en la persona anciana

## Fragility and depression in older person

I Jornada de Innovación y Evidencia en Cuidados y X Jornada de Actividad Científica de Enfermería. Dirección de Enfermería Dep. Salud Valencia La Fe. 2014.  
Premio a la mejor comunicación

**Autores:** Celia Padilla-Sánchez<sup>1</sup>, Cristina Buigues<sup>2</sup>, Julio Fernández-Garrido<sup>2</sup>, Rut Navarro-Martínez<sup>2</sup>, Vicente Ruiz-Ros<sup>2,3</sup> y Omar Cauli<sup>2</sup>

1.- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

2.- Departamento de Enfermería, Universitat de València, Valencia, España

3.- Unidad de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

e-mail: celia.pad@gmail.com

### RESUMEN

**Objetivo:** Profundizar en la relación entre la fragilidad y la depresión en el anciano. Para ello se pretende determinar la prevalencia de fragilidad y su coexistencia junto a depresión, estudiar la aparición de las características de fragilidad en personas con síntomas depresivos y examinar posibles relaciones de causalidad entre ambos síndromes.

**Métodos:** Embase, PUBMED, Cinahl, Scopus, PsycInfo y Cuiden fueron objeto de búsqueda entre Noviembre 2013-Febrero 2014 combinando: "depression", "Depressive symptoms" y ("&", "And") "Frail elderly", "Frailty".

**Resultados:** Un total de 23 artículos cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia de personas frágiles que viven en la comunidad se encuentra en un rango que va desde 3.8% hasta un 41.2%. En personas institucionalizadas varía desde un 53.7% a un 68.8%. Cuando se valora la pre-fragilidad los porcentajes se invierten. La coexistencia de fragilidad y depresión encontrada es elevada en mayores que viven en la comunidad, varía entre un 6.7% a un 36.8% en pre-frágiles y de un 7.4% a 53.8% en frágiles. Los datos muestran coincidencias entre el síndrome de fragilidad y depresión, pero son constructos diferentes. Los estudios longitudinales sugieren un importante papel de la depresión como factor de riesgo en el desarrollo de fragilidad en adultos mayores y un único estudio apunta a la fragilidad como predictor de depresión.

**Conclusiones:** Deben realizarse nuevos y grandes estudios para definir mejor la relación entre ambos síndromes.

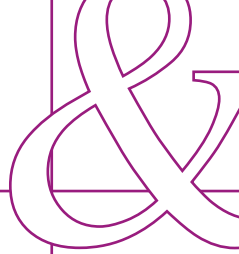
**Palabras clave:** anciano frágil, enfermería, depresión, fragilidad, síntomas depresivos.

### ABSTRACT

**Objective:** To explore the connection between frailty and depression in elders. It will be necessary to determine the prevalence of frailty together with depression, to study the confluence of specific characteristics of frailty and depressive illness and examine the association between both syndromes.

**Methods:** We undertook a research between November 2013 and February 2014 using the keywords "depression", "depressive symptoms" and ("&", "And") "Frail elderly", "Frailty" in the following data bases: Embase, PUBMED, Cinahl, Scopus, PsycInfo and Cuiden

**Results:** Twenty-three studies met the inclusion criteria. It was found that the prevalence of frailty in older adults range from 3.8% to 41.2% for those living in the community, and from 53.7% to 68.8% in case of institutionalization. When the pre-frail stage was valued the percentages were just the opposite. The confluence of frailty and depression is high in elders living in the community, and range from 6.7% to 36.8% for those in pre-frail stage and from 7.4% to 53.8% in frail older people. Data show coincidence between the frailty syndrome and depression, though they are different entities. Cohort studies suggest that depression is



*a very important risk factor for the development of frailty in older adults, and only one study suggest that frailty could be a predictor of depression.*

**Conclusions:** *New and longer studies are needed*

*in order to define more accurately the connection between these two syndromes.*

**Keywords:** *Frail elderly, nursing, depression, frailty and depressive symptoms.*

## INTRODUCCIÓN

Individuos con idéntica edad cronológica y biológica pueden variar de forma sustancial en cuanto a su estado funcional y de salud<sup>1</sup>. El concepto de fragilidad intenta explicar esta heterogeneidad en los adultos mayores, convirtiéndose en una cuestión importante para la práctica enfermera. Se trata de un estado o condición que está ligado intrínsecamente al fenómeno biológico del envejecimiento. Éste implica una pérdida de reserva funcional y origina vulnerabilidad a estresores derivada de una falta de mecanismos compensadores y pérdida de homeostasis (ya que se produce un declive en múltiples sistemas corporales: muscular, inmune, neuroendocrino, vascular). Está demostrado que este estado fisiopatológico de fragilidad es un importante predictor de efectos adversos a corto, medio y largo plazo<sup>2,3</sup> tales como dependencia, hospitalización, institucionalización y muerte<sup>4</sup> por lo que es una entidad multidimensional que compromete al anciano a nivel físico, psicológico y social (Figura 1). El concepto de fragilidad ha crecido en importancia debido a la necesidad de comprender mejor la trayectoria de la salud de las personas mayores y para evitar, o al menos retrasar, la aparición de la discapacidad en la vejez en el mundo dado la tendencia de creciente envejecimiento de la población. La herramienta más empleada para valorar la fragilidad es el fenotipo físico de fragilidad, propuesto por Fried y colaboradores<sup>5</sup> que incluye los siguientes dominios: (1) Pérdida de peso, (2) debilidad (evaluada mediante la fuerza prensora de la mano con un dinamómetro), (3) agotamiento, (4) lentitud al caminar y (5) actividad física baja. Los sujetos que no cumplan ninguno de los criterios son considerados robustos o no frágiles, con 1 o 2 criterios se consideran pre-frágiles y aquellos con 3 o más criterios se consideran frágiles. Se han desarrollado otros modelos para evaluar la fragilidad incluyendo el índice de fragilidad, la escala clínica fragilidad<sup>6,7,8</sup> o la escala FRÁGIL. Otro modelo desarrollado a partir del estudio de las fracturas osteoporóticas, conduce a resultados similares a

los obtenidos utilizando criterios de Fried. En la actualidad no existe consenso sobre qué método de medición debe ser utilizado para evaluar la fragilidad. No obstante, el constructo propuesto por Fried ha demostrado validez de concepto y validez predictiva de efectos adversos<sup>9</sup>, es el modelo más utilizado en la literatura reciente<sup>10</sup> y su valoración cumple los criterios de definición de fragilidad<sup>3</sup>. Estos motivos han cimentado el éxito de este constructo y, por ello, es la aproximación de fragilidad que se empleará en la presente revisión. Por otro lado, la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano. El ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferentes. En sus definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) no existen subtipos específicos de depresión por edad<sup>11</sup>, pero están al alcance escalas adaptadas a la población geriátrica, como la Escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS)<sup>12</sup>. Las alteraciones que definen la fragilidad pueden estar presentes también en personas con sintomatología depresiva, siendo la superposición del espectro de la fragilidad y la depresión todo un reto. Estas similitudes generan el objetivo general de la revisión: profundizar en la relación existente entre la depresión y la fragilidad en la vejez. Para conseguir esto se plantean los siguientes objetivos específicos: (1) Determinar la prevalencia de la fragilidad y su coexistencia junto a la depresión, (2) Estudiar la aparición de los cinco criterios de fragilidad definidos por Fried en personas con depresión y/o síntomas depresivos y (3) Examinar posibles relaciones de causalidad entre depresión y fragilidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar el objetivo se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Embase, PUB-

MED, Cinahl, Scopus, PsycInfo y Cuiden entre Noviembre 2013 – Febrero 2014. Para ello, se emplearon combinaciones de los siguientes "Medical Subject Heading" (MeSH): "depression", "Depressive symptoms" y ("&", "And") "Frail elderly", "Frailty" (aunque este último no está dentro de la lista de los MeSH como tal). Todas las listas de referencias fueron importadas a un gestor bibliográfico (Refworks), herramienta utilizada para eliminar las citas duplicadas. Entre los criterios de inclusión se encuentran: (1) artículo científico original, (2) texto completo publicado en inglés o español, (3) fragilidad valorada usando los criterios propuestos por Fried, (4) los participantes del estudio fueron identificados como Frágiles, Pre-frágiles o No frágiles en el título, resumen y/o texto, (5) los síntomas depresivos fueron medidos en la muestra del estudio en el título, resumen y/o texto. Se seleccionaron únicamente artículos publicados en los últimos diez años (desde 2004 hasta 2014) y con objeto de determinar qué estudios debían estar incluidos en la revisión, el título y el resumen (texto completo si suscitaba dudas), fueron revisados eliminando todos aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión/exclusión hasta llegar a un total de 23 artículos incluidos en la revisión sistemática (Figura 2).

## RESULTADOS

En los estudios seleccionados la prevalencia de fragilidad en mayores que viven en la comunidad se encuentra en un rango que va desde 3.8%<sup>13</sup> hasta un 41.2%<sup>14</sup>. En personas institucionalizadas aumenta de forma significativa (53.7%-68.8%)<sup>15,16</sup>. Cuando se trata de valorar la pre-fragilidad los porcentajes se invierten, habiendo más personas pre-frágiles en la comunidad que institucionalizadas. La prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres que en los hombres con la misma edad<sup>17,18</sup>.

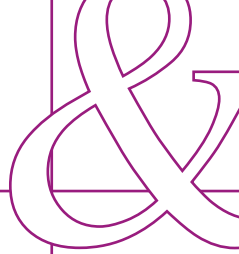
La coexistencia de fragilidad y depresión en personas de 65 y más años ha comenzado a investigarse recientemente y todas las publicaciones seleccionadas en esta revisión establecen una relación estadísticamente significativa entre ambos síndromes<sup>19, 20, 21, 3, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 13, 14, 28</sup> (Tabla 1). El número de personas que padecen ambos de forma conjunta es elevado, llegando hasta un 36.8% en pre-frágiles y a 53.8% en frágiles. La mayoría de estudios encontraron que entre un

4% hasta un 16% de individuos frágiles de 60 y más años tenían depresión severa. Este porcentaje incrementa hasta un 35% cuando se selecciona una población de 75 y más años<sup>24</sup> o cuando se incluye a varones frágiles<sup>25</sup> (Tabla 2).

Escasos estudios han denotado un posible solapamiento entre la depresión y la fragilidad. Surge la posibilidad de que en lugar de tratarlos como entidades diferentes se trate de un único síndrome<sup>29</sup>. Un reciente estudio<sup>30</sup> analizó los dos constructos y determinó que se trata de dos síndromes distintos, aunque sugirieron una posible relación entre algunos de los componentes de ambos (Figura 3). En esta línea, una publicación analizada<sup>27</sup> elimina de la valoración de fragilidad el criterio de agotamiento porque lo consideran un potencial factor de confusión que puede presentarse en la depresión. Otros autores<sup>31</sup> afirman que en los sujetos frágiles la aparición de agotamiento es muy común y es una característica compartida por un cuadro clínico de depresión. Se plantea pues, la posibilidad de que las personas frágiles deprimidas podrían haber aumentado las puntuaciones de síntomas depresivos debido a las características comunes de ambos síndromes. Los resultados de Collard et al aportan luz a esta cuestión al utilizar una puntuación de fragilidad que excluye los ítems que creen que se solapan con la depresión (pérdida de peso, agotamiento, baja actividad física). La lentitud y debilidad seguían relacionándose con la depresión y la prevalencia de fragilidad física fue significativamente mayor en el grupo de los deprimidos comparado con el de no deprimidos<sup>32</sup>.

Pocos estudios longitudinales han abordado la relación de causalidad entre los dos síndromes. Los datos del estudio longitudinal de envejecimiento de Singapur (1800 adultos de 55 y más años) revelaron que las personas pre-frágiles y frágiles eran más propensas que las no frágiles a mostrar nuevos y persistentes síntomas depresivos durante el seguimiento. Estos autores concluyen con que la fragilidad juega un importante papel como predictor de depresión<sup>33</sup>. Otro estudio<sup>34</sup> encuentra que los síntomas depresivos estuvieron asociados con un incremento del riesgo de convertirse en pre-frágil y frágil. Las mujeres con moderados y elevados síntomas depresivos tuvieron mayor riesgo de fragilidad incidente en comparación las que no mostraban síntomas de depresión. Resulta





interesante que el uso de antidepresivos se relacionó con aumento del riesgo de desarrollo de fragilidad comparado con las mujeres que no tomaban antidepresivos. Tanto la fragilidad como la depresión se han asociado a un aumento del riesgo de demencia en el estudio realizado en Italia<sup>35</sup>. Importantes predictores de fragilidad a los diez años incluyen la edad, el estado civil, diabetes, artritis, tabaquismo, índice de masa corporal, puntuación del Minimental Test de Lobo y número de enfermedades.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática apoyan la hipótesis de que la fragilidad y la depresión son síndromes geriátricos presentes en un subgrupo de individuos de edad avanzada. La fragilidad es un factor de riesgo para el desarrollo y persistencia de síntomas depresivos. A pesar de que la depresión y la fragilidad ocurren en una proporción significativa de las personas frágiles, esto no ocurre de forma generalizada, y, personas mayores con fragilidad pueden ser fácilmente mal diagnosticadas de un trastorno depresivo durante periodos de bajo estado de ánimo fisiológico y recibir tratamientos antidepresivos inapropiadamente con las consecuencias asociadas y efectos secundarios que puede acarrear<sup>33</sup>. Acotar la valoración de fragilidad al Índice propuesto por Fried puede significar que esta misma revisión incluyendo otros instrumentos de medida quizá difiriera en algunos de los resultados que en este documento se exponen, pero precisamente eso permite que los estudios analizados sean tan comparables entre sí. En cuanto a la depresión no se ha podido delimitar el instrumento de valoración de síntomas depresivos en ancianos, dada la variabilidad en los cuestionarios utilizados en cuanto al tipo y número de ítems empleados, cuestión que puede haber limitado los resultados de este documento. No se han podido establecer resultados acerca de minorías étnicas y es necesaria futura investigación en subgrupos de población. El cuidado de las personas con estos dos síndromes es un reto en la práctica clínica, pero se ha estudiado de forma positiva el papel de las intervenciones realizadas en los ancianos por parte de los/las enfermeros/as con un efecto favorable en la salud, el estado funcional, la tasa de mortalidad, el uso de la hospitalización, ingreso en hogares de

ancianos y los costes sanitarios<sup>36</sup>. El papel del/la enfermero/a como promotor/a de la salud ha demostrado un aumento de la calidad de vida de las personas mayores, reduce los síntomas depresivos de éstos y todo ello sin aumentar los costos generales de la atención sanitaria<sup>37</sup>.

## CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS

Tras el análisis de la literatura, se han alcanzado los objetivos propuestos. Tomados en conjunto, estos datos experimentales apoyan un papel importante del síndrome de fragilidad como un predictor de depresión en los adultos mayores y viceversa, aunque deben realizarse aún más grandes estudios longitudinales para definir de forma más precisa la relación entre estos dos factores. Este trabajo abre una puerta a la investigación en enfermería para determinar si intervenciones encaminadas a reducir la depresión, mejorar los déficits de movilidad y la fatiga pueden disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida en las personas deprimidas mayores con síndrome de fragilidad. Diferenciar entre las personas mayores frágiles y no frágiles hará más fácil tratarlos con intervenciones multidisciplinarias adecuadas y enfermería se postula como una pieza clave en la detección de fragilidad y pre-fragilidad y abordaje de su tratamiento.

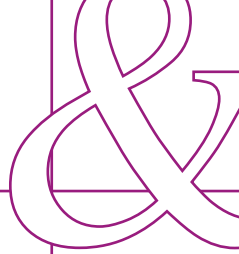
## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la Beca de Colaboración otorgada a Celia Padilla por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, al proyecto de investigación UV-INV\_PRE-COMP13-115500 otorgado por la Universidad de Valencia a los profesores Buigues, Fernández, Navarro, Ruiz y Cauli y el proyecto GV/043 de la Consellería de Educación, Generalitat Valenciana.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mitnitski AB et al. The accumulation of deficits with age and possible invariants of aging. *TheScientificWorldJournal*. 2002; 2, 1816-1822.
- 2.- Abizanda SP. Actualización en fragilidad. *Rev Esp Geriatr Geronto*. 2010;45 (2), 106-110.
- 3.- García-García FJ et al. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging. *J Nutr Health Aging*. 2012;15 (10), 852-856.

- 4.- Abizanda SP et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en personas mayores. *Med Clínica*. 2010; 135(15), 713-719.
- 5.- Fried PL et al. Frailty on Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol (A Biol Sci Med Sci)*. 2001; 53 (3), 146-156.
- 6.- Hyde Z et al. Free testosterone: one predicts frailty in older men: The health in men study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95 (7), 3165-3172.
- 7.- Rockwood K & Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol (A Biol Sci Med Sci)*. 2007; 62(7), 722-727.
- 8.- Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J*. 2005;173(5), 489-495.
- 9.- Kiely DK et al. Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57 (9), 1532-1539.
- 10.- Carlos G, AM et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. 2009. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- 11.- Antón JM, Gálvez SN & Esteban SR. Depresión y ansiedad. En: *Tratado de Geriatria para residentes Madrid*: SEGG. 2006. pp. 243-249.
- 12.- Martínez D et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*. 2002;12(10), 620-630.
- 13.- Sánchez GS et al. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol In*. 2013;14(2), 395-402.
- 14.- Vaz Fragoso AC et al. Sleep-Wake disturbances and frailty in Community-Living Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(11), 2094-2100.
- 15.- González-Vaca J et al. Frailty in institutionalized older adults from Albacete, The FINAL study: Rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas*. 2013;77(1), 78-84.
- 16.- Garrido M et al. Diferencias en la expresión del síndrome fragilidad en varones y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo grave. *Rev Esp Geriatr Geronto*. 2012; 47(6), 247-253.
- 17.- Collard RM et al. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons:A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*, 2012; 60,1487-1492.
- 18.- Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol (A Biol Sci Med Sci)*. 2004;59(3), M255-M263.
- 19.- Chang SS et al. Patterns of comorbid inflammatory diseases in frail older women: the Women's Health and aging studies I and II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;65(4), 407-413.
- 20.- De Albuquerque Sousa ACP et al. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54, e95-e101.
- 21.- Drey M et al. The Frailty syndrome in general practitioner care. A pilot study. *Z Gerontol Geriatr*. 2011;44, 48-54.
- 22.- Gonzalez-Vaca J et al. Frailty in institutionalized older adults from Albacete, The FINAL study: Rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas*, 2013;77(1), 78-84.
- 23.- Jürschik, GP et al. Criterios de Fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2011;43(3), 190-196.
- 24.- Jürschik GP et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;55, 625-6.
- 25.- Mohr BA et al. Testosterone, Sex Hormone-Binding Globulin, and Frailty in Older Men. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55, 548-555.
- 26.- Ní Mhaoláin MA et al. Frailty, depression, and anxiety in later life. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(8), 1265-1274.
- 27.- Ní Mhaoláin MA, Wei FC et al. Depression, a modifiable factor in fearful older fallers transitioning to frailty? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;(27), 727-733.
- 28.- Wu et al. High Oxidative stress is correlated with frailty elderly Chinese. *J Am Geriatr Soc*, 2009;57, 1666-1671.
- 29.- Mezuk B et al. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012; 27, 879-892.
- 30.- Mezuk B, Lohman M et al. Are depression and frailty overlapping syndromes in mid- and late-life? A latent variable analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;21(6), 560-569.
- 31.- Samper-Ternet R et al. Relationship between Frailty and cognitive Decline in Older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56(10), 1845-1852.



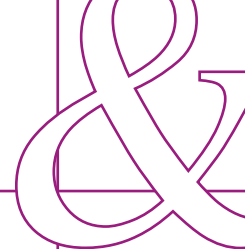
- 32.- Collard RM et al. Physical Frailty: vulnerability of patients suffering from late-life depression. *Aging Ment Health*. 2013.
- 33.- Feng L et al. Frailty predicts New and persistent depressive symptoms among community-dwelling older adults: findings fro Singapore Longitudinal Aging Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(1), 76.e7-76.e12.
- 34.- Lakey LS et al. Antidepressant use, depressive symptoms, and inent frailty in women aged 65 and older from women’s health initiative observational study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;60,854-861.
- 35.- Solfrizzi V et al. Frailty syndrome and the risk of vascular dementia: The Italian Longitudinal Study of Aging. *Alzheimer’s & Dementia*, 2013;9, 113-122
- 36.- Markle-Reid M et al. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(5),531-69.
- 37.- Markle-Reid M, Weir R et al. Health promotion for frail older home care clients. *J Adv Nurs*, 2006;54(3),381-395.

**Tabla 1: Prevalencia de pre-fragilidad y fragilidad.**

Autor principal, año	Características de la muestra	% Pre-frágiles	% Frágiles
Chang, 2009	N= 620, Edad: 70-79,100% mujeres, Residentes en la comunidad.	-	11.3%
De Albuquerque Sousa, 2012	N= 391, Edad: 65-96 (Media de edad: 74.0 DS±6.5), 61.4% mujeres, Residentes en la comunidad.	60.1%	17.1%
Drey, 2011	N= 119, Edad: 65-79 (Media de edad: 74), 51% mujeres, Residentes en la comunidad.	52.1%	14.3%
García-García, 2011	N= 2.488, Edad: 65 y + años (Media de edad: 75.2 DS±6.2), 56.1% mujeres, Residentes en institución y en la comunidad.	41.8%	8.4%
Garrido, 2012	N=281, Edad: 63-94, (Media de edad en hombres: 81.2 y en mujeres: 82.6), 55% mujeres, Residentes en institución.	25%	53.7%
González-vaca, 2013	N= 324, Edad: 65 y + años (Media de edad: 84.1 DS±6.7), 65.5% mujeres, Residentes en institución.	28.4%	68.8%
Jürschik, 2011	N= 323, Edad: 75 y + años, 57.6% mujeres, Residentes en la comunidad.	44.6%	5.8%
Jürschik, 2012	N= 640, Edad: 75-105 (Media de edad: 81.3 DS ± 5.0), 62.1% mujeres, Residentes en la comunidad.	47%	9.6%
Mohr, 2007	N= 646, Edad: 55-86 (Media de edad: 67.9 DS ± 8.0), 100% hombres, Residentes en la comunidad.	49.1%	8.1%
Ní Mhaoláin, Wei, 2012	N= 301, Edad: 60 y + años, 76.6% mujeres, Residentes en la comunidad.	54.2%	13.3%
Ní Mhaoláin, 2012	N= 567, Edad: 60 y + años (Media de edad: 73 DS± 7.4), 70.7% mujeres, Residentes en la comunidad.	46.3%	4.2%
Sánchez, 2013	N= 1993, Edad: 60 y + años (Media de edad: 70.14 DS ± 7.15), 58% mujeres, Residentes en la comunidad.	45.2%	3.8%
Vaz Fragoso, 2009	N= 754, Edad: 78 y + años (Media de edad: 84.3 DS±4.5), 67.4% mujeres, Residentes en la comunidad.	-	41.2%
Wu, 2009	N= 90, Edad: 65 y + años (Media de edad: 77 DS± 6.0), 49% mujeres, Residentes en la comunidad.	62.2%	23.3%

**Tabla 2: Coexistencia de fragilidad y depresión.**

Autor principal, año	Valoración depresión	Principales hallazgos	% Depresión Pre-frágiles	%Depresión en Frágiles
Brown, 2013	CES-D 20 ítems	El grupo de participantes deprimidos presentó más características de fragilidad que el de no deprimido.	–	10% Depresión ligera 21% Depresión
Chang, 2009	GDS- 30 ítems	Los síntomas depresivos fueron remarcablemente más prevalentes en los sujetos frágiles.	–	11.3%
Collard, 2013	DSM- IV	La prevalencia de fragilidad física fue significativamente mayor en el grupo deprimido comparado con el no deprimido.	–	27.2%
De Albuquerque Sousa, 2012	GDS- 15 ítems	El análisis bivariado mostró asociación significativa entre fragilidad y diagnóstico de depresión ( $p < 0.017$ ).	18.2%	7.4%
Drey, 2011	GDS- 4 ítems	Sujetos frágiles puntuaron significativamente ( $p = 0.001$ ) positivo para síntomas depresivos en la GDS-4 más frecuentemente que los no frágiles.	6.7%	38.7%
Feng, 2014	GDS- 15 ítems	Individuos frágiles y pre-frágiles mostraron mayores síntomas depresivos que los no frágiles	15.6%	28.3%
Fugate, 2005	CES-D 6 ítems	Una fuerte relación entre síntomas depresivos y fragilidad fue observada, sugiriendo la posibilidad de un componente psicológico de la fragilidad.	36.8% Depresión ligera 23.4% Depresión moderada 18.1% Depresión	32.7% Depresión ligera 25.9% Depresión moderada 26.7% Depresión
García-García, 2011	GDS- 15 ítems	La depresión estuvo presente en el 46.5% de los sujetos frágiles. La frecuencia del síndrome de fragilidad aumento con la edad y fue mayor en aquellos con depresión.	–	46.5%
Garrido, 2012	GDS- 15 ítems	Ser frágil está asociado a un peor estado de ánimo	–	–



González-Vaca, 2013	GDS- 15 ítems	La fragilidad se asoció en el análisis multivariado (entre otros) con riesgo de depresión.	–	–
Jürschik, 2011	CES-D 20 ítems	Los sujetos categorizados como frágiles presentaban mayor estado depresivo en comparación con los no frágiles.	13%	40.9%
Jürschik, 2012	CES-D 20 ítems	Los participantes frágiles presentaron más síntomas depresivos que los no frágiles.	–	32.5%
Mohor, 2007	CES-D 20 ítems	En general, los sujetos frágiles fueron más propensos a padecer comorbilidad, entre las que destaca la depresión.	12%	33%
Ní Mhaoláin, 2012	CES-D 20 ítems	Los síntomas depresivos fueron específicamente asociados con miedo a caerse en mayores que han experimentado alguna caída y se encuentran en transición hacia fragilidad.	–	–
Ní Mhaoláin, Wei, 2012	CES-D 8 ítems	Mayores frágiles y pre-frágiles experimentaron ambos mayores síntomas de ansiedad y depresión comparados con los robustos/no frágiles.	–	–
Samper-Ternet, 2008	CES-D 20 ítems	Los sujetos frágiles principalmente eran mayores y tenían más síntomas depresivos.	–	–
Sánchez, 2013	CES-D 20 ítems	Se encontró una relación entre ancianos deprimidos y fragilidad y pre-fragilidad que sugiere que la depresión (entre otros) podría tener influencia en la fragilidad.	28.4%	53.8%
Vaz Fragoso, 2009	CES-D 20 ítems	Un total de 37.7% de los sujetos frágiles puntuó mayor o igual a 16 en la CES-D.	–	37.7%
Wu, 2009	CES-D 10 ítems	Un 16.1% de los pre-frágiles mostraron síntomas depresivos, mientras que en los frágiles se trató de un 33.3% de los sujetos.	16.1%	33.3%

# Experiencia de enfermería en intervención comunitaria. Jornadas comarcales de seguridad vial

Nursing experience in community intervention.  
Road safety conference district

**Autores:** Jiménez López A<sup>1</sup>; Gil Estevan MD<sup>2</sup>; Vélez Lasso P<sup>3</sup>; Cremades Bernabeu, A<sup>4</sup>; Arroyo Fernández, G<sup>5</sup>.

1. Técnico Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública Elda. Miembro de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó.
2. Enfermera de Interrelación Departamento de Salud de Elda. Miembro de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó.
3. Técnico Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública Elda. Miembro de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó.
4. Técnico Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública Elda.
5. Técnico Promoción de la Salud. Centro de Salud Pública Elda.

e-mail: jimenez\_alflop@gva.es

## RESUMEN

La siguiente experiencia de intervención en la comunidad tiene como objetivo promover y coordinar actividades conjuntas encaminadas a la educación y seguridad vial, que contribuyan a la reducción de la morbimortalidad por accidentes de tráfico.

Puesto que la participación de los distintos sectores de la sociedad relacionados con la prevención de accidentes de tráfico es absolutamente necesaria para la implementación de programas de intervención comunitaria, este tipo de actos tiene una gran repercusión social lo que queda demostrado por la buena acogida y la afluencia de público dichas jornadas.

**Palabras clave:** enfermería y comunidad, salud pública, seguridad vial.

## ABSTRACT

*This experience of community intervention aims to promote and coordinate joint activities aimed at education and road safety, contributing to reducing morbidity and mortality from traffic accidents.*

*Since the participation of different sectors of society related to the prevention of road accidents is absolutely necessary for the implementation of community intervention programs, such acts have a great social impact as demonstrated by the welcome and influx of public these days.*

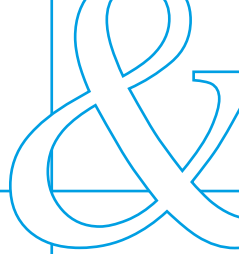
**Keywords:** community nursing, public health, road safety.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno del tráfico de vehículos a motor se ha generalizado y extendido de tal manera que puede afirmarse que forma parte de la vida cotidiana y que se ha transformado en una de las expresiones más genuinas del ejercicio de la libertad de circulación. Pero al efectuarse de forma masiva y simultánea, lleva consigo una serie de problemas que es necesario regular para que aquel ejercicio no lesione intereses individuales o colectivos que deben ser objeto de protección

pública.

Las innegables secuelas negativas del tráfico tienen su máximo exponente en los accidentes de circulación, que representan un alto coste para la sociedad y vienen a acentuar la obligada intervención de los poderes públicos en el mantenimiento de la seguridad de la circulación vial, como corolario inexcusable de la competencia exclusiva que otorga al Estado, en materia de tráfico y de circulación de vehículos a motor, el artículo 149.1.21 de la Constitución.<sup>1</sup>



## JUSTIFICACIÓN

Los accidentes de tráfico y sus secuelas siguen siendo un importante problema de salud pública. A su elevada morbi-mortalidad hay que añadir que son la primera causa de años potenciales de vida perdidos, producen un alto número de incapacidades y suponen, por tanto, un elevado coste económico y social.<sup>2</sup>

Desde cualquier vertiente que se analice el tema de los accidentes de tráfico, se puede llegar a la conclusión de que se debe dedicar más atención al problema. Aunque sólo algunos países disponen de gabinetes específicos de estudio e investigación.

Puesto que el análisis de los hechos demuestra que los accidentes de tráfico, siguen criterios uniformes de distribución, en cuanto a ciudadanos afectados, espacios donde se desarrollan, y periodos cuando acaecen, podemos concluir que no son situaciones que respondan al azar y no puedan predecirse. Los accidentes no son en absoluto acontecimientos fortuitos, inevitables, impredecibles y dependientes de la suerte, sino que por el contrario en la mayoría de los casos siguen parámetros característicos de distribución.<sup>3</sup>

Todas las instancias coinciden en calificar a los accidentes de tráfico como uno de los mayores problemas de salud pública con el que se enfrenta nuestra sociedad moderna. Por ello, la OMS en su documento "Salud para todos en el siglo XXI" para la región Europea, contempla como objetivo nº 9, la reducción de lesiones y muertes por accidentes de tráfico al menos en un 30%.<sup>4</sup>

Pero no sólo eso, recientemente podemos observar un progresivo y preocupante aumento de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico también en los grupos mayores de 65 años y sobre todo en los mayores de 70 años.<sup>5</sup>

Además la importancia del factor humano en la producción de accidentes, ha de invitar al conjunto de la sociedad a tomar conciencia acerca de la factibilidad de reducirlos.<sup>5</sup> Y así mismo lo expresó Juan Carlos González Luque indicando que "la aproximación al problema desde la perspectiva de la salud pública permite además aplicar los esquemas de prevención que se utilizan para otras enfermedades. En este sentido, la ciencia biomédica aporta las herramientas y los conocimientos precisos para la prevención de las lesiones por tráfico".

Es por ello que siguiendo con sus líneas de actuación dirigidas a la prevención de accidentes de tráfico, la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó lleva a cabo numerosas actividades dirigidas a la población general y a grupos de interés.

Estas líneas de intervención observan y comparten el perfil marcado por la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020: Protección a usuarios vulnerables, movilidad segura en zonas urbanas, motoristas, circulación en carreteras convencionales, desplazamientos laborales y velocidad y alcohol, prioridades de la nueva Estrategia. La Estrategia que recoge 172 medidas concretas para mejorar la seguridad vial, consensuadas con los agentes sociales y económicos contempla la integración de todos los agentes públicos que tienen competencias en materia de seguridad vial desde una perspectiva multidisciplinar, circunstancia que viene caracterizando a nuestra Comisión desde su creación en el año 2005.<sup>6</sup>

La Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 del Ministerio del Interior contempla la integración de todos los agentes públicos que tienen competencias en materia de seguridad vial desde una perspectiva multidisciplinar.

Por otro lado, la intervención comunitaria que integra procesos participativos potencia los derechos y deberes de la población facilitando los procesos de transformación social.

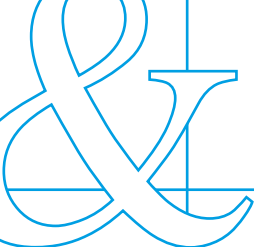
Bajo esta filosofía se creó la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó en 2005, que actualmente acoge a 14 municipios del Departamento de Salud de Elda.

Desde 2010 se celebra una Jornada lúdico-deportiva, con los siguientes objetivos:

- Implicar a los ciudadanos en actividades relacionadas con la seguridad vial.
- Acercar la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó a la población.
- Celebrar el día por la seguridad vial en todo el Departamento.
- Concienciar del problema real que suponen los accidentes de tráfico.
- Contribuir al desarrollo de conductas responsables.

## OBJETIVO

Promover y coordinar actividades conjuntas encaminadas a la educación y seguridad vial,



que contribuyan a la reducción de la morbimortalidad por accidentes de tráfico en nuestro Departamento.

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El lema general elegido fué: *“Contágate y actúa por una movilidad segura”*. La jornada tuvo lugar en las inmediaciones del Parque Infantil de Tráfico de Petrer, el 7 de Junio de 2014.

Consistió en una Jornada Lúdico-deportiva, en la que se desarrollaron actividades de promoción de la salud, y prevención de accidentes de tráfico, todas ellas dirigidas a la población general del Departamento de Salud de Elda, y cuya actividad estrella fue la puesta en escena de un simulacro de Intervención con Múltiples Víctimas, cuyos objetivos son:

- Dar a conocer los protocolos de actuación y los recursos disponibles
- Practicar la atención a múltiples víctimas en un escenario simulado
- Ejercitar la coordinación entre los equipos de intervención: Servicios Sanitarios (SAMU, SVB), Rescate (Bomberos), Voluntariado (Cruz Roja), Cuerpos de Seguridad (Fuerzas de Seguridad locales y Protección Civil,...)
- Constitución de un Puesto de Mando Avanzado (P.M.A.)
- Comprobar la capacidad de despliegue.

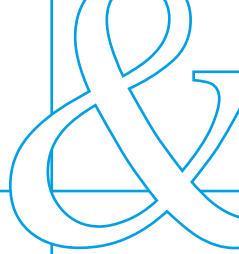
## PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.

Durante el desarrollo de la jornada, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Campeonato de fútbol sala infantil 3 X 3 con alumnos de Colegios de Educación Primaria del Departamento de Elda.
- Exposición de un vehículo accidentado, en el centro de la población.
- Difusión de Videos en Pubs y Discotecas (Zonas de ocio de la localidad): Durante la noche del viernes al sábado. Contenido: *Cuida tus clientes*”, *Conductor 0*, *Fotografías de Accidentes*, *Pegatina o posavasos “Yo cuido de mis clientes”*. La participación de los Pubs y Discotecas de la zona consistirá básicamente en la proyección de imágenes de campañas de la DGT o videos diseñados a tal efecto.

- Realización de pruebas voluntarias de tasa de alcohol mediante etilómetro, en las que además de medir la tasa de alcohol, se informó sobre sus efectos sobre la conducción.
- Realización de Fotografías: Lema: *“Esta puede ser la última foto con tu mejor amigo, de ti depende”*.
- Proyección de Vídeos en el mismo lugar del vehículo accidentado.
- Taller relacionado con prevención de accidentes de tráfico y sus secuelas.
- Taller de Primeros Auxilios.
- Taller de accesibilidad/movilidad
- Parque Infantil de Tráfico de Petrer.
- Seguridad Pasiva, en el vehículo, de forma CORRECTA.
- Taller de Inspección Técnica de Conductores: Dirigido a conductores, y peatones en el que se realizaron controles de TA, glucemia capilar, optometría, y se pasaba un cuestionario sobre factores de riesgo en la conducción relacionados con el estado de salud.
- Taller de Simulación de Alcohol y Conducción, con gafas distorsionadoras que simulan la visión que se tiene de la realidad cuando se está bajo la influencia del alcohol y de las drogas.
- Carpa informativa del Programa de Conselleria de Sanitat CV PRELAT.
- Exposición de vehículos especializados del Servicio de Emergencias Sanitarias (AMV y VIR).
- Exposición del vehículo PMA (Puesto de Mando Avanzado) del servicio *“1·1·2 Comunitat Valencia”* y taller para niños para darles a conocer el teléfono único de emergencias, cómo funciona y cuándo se debe utilizar.
- Exposición por parte de una Brigada Rural del vehículo autobomba y herramientas que utilizan para desempeñar su labor de prevención y extinción de incendios.
- Exposición de vehículos especializados: *Policías Locales, Ambulancias, Cruz Roja, Cinemómetro, Protección Civil, Todoterreno Cruz Roja, Drug Test y Etilómetro.*
- Exposición de motocicletas clásicas y modernas.





- Jornada Donación de sangre.
- Simulacro de Intervención con Múltiples Víctimas, en el que participan miembros del Servicio de Emergencias Sanitarias, ASACAMV, Protección Civil, Cruz Roja, Guardia Civil, Policía Local, Bomberos, población general.

Los recursos humanos con los que contamos para el desarrollo de dichas jornadas fueron:

- Miembros de la Comisión
- Voluntarios Cruz Roja
- Protección Civil
- ASACAMV
- Bomberos
- Servicio Emergencias Sanitarias
- Jefatura Provincial de Tráfico
- Colegio de Enfermería de Alicante
- AMIF
- COCEMFE
- Enfermeros de Atención Primaria
- Técnicos de Salud Pública
- CEU Elche

En cuanto a los recursos materiales, el ayuntamiento del municipio en el que se desarrolló la actividad, facilitó el lugar y la infraestructura necesaria. Las carpas y vehículos fueron cedidas por quien tenían disponibles en ese momento: Cruz Roja, protección civil, bomberos, ASACAMV, Jefatura Tráfico.

Durante la celebración de las V Jornadas celebradas en Petrer en junio de 2014 asistieron aproximadamente 500 personas de todo el Departamento, pertenecientes a todos los grupos de edad. Los talleres se realizaron durante toda la mañana y se repitieron dependiendo de la demanda, formando grupos de unas diez personas aproximadamente. El máximo pico de afluencia se registró alrededor del simulacro de accidente con múltiples víctimas.

## CONCLUSIONES

Para el diseño, puesta en marcha y evaluación de acciones de promoción de la salud es necesario incorporar la participación del conjunto de actores implicados en todas y cada una de las etapas en que se divide el proceso de planificación de dichas acciones.

Siendo evidente que el objetivo último de la planificación es la acción, dentro de un proceso

continuo y dinámico, la participación en dicha acción es el eje central de las actuaciones en Promoción de la Salud, el grupo es insustituible en cada una de las fases del proceso de planificación, por lo que el diseño de las estrategias deben conducir hacia el empoderamiento y capacitación de los grupos y comunidades.

Para implementar Proyectos de Salud Pública se hace necesario un enfoque multisectorial y la participación comunitaria. Los protagonistas de estos programas son los técnicos, que son los proveedores de los recursos, los políticos, que tienen que facilitar desde su ámbito estrategias de promoción de la salud, y los ciudadanos, que tendrán que participar en todas aquellas actuaciones en las que estén implicados.

Por ello, este evento se presenta como una herramienta para acercar la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó a la población de esta demarcación geográfica, y celebrar el día por la seguridad vial en todo el Departamento.

La participación de los distintos sectores de la sociedad relacionados con la prevención de accidentes de tráfico es absolutamente necesaria para la implementación de programas de intervención comunitaria. Este tipo de actos tiene una gran repercusión social lo que queda demostrado por la buena acogida y la afluencia de público dichas jornadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Legislación sobre tráfico, circulación y Seguridad Vial. Miguel López Muniz Goñi. 6ª edición mayo 2010.
- 2.- Estadísticas e indicadores de la Dirección General de Tráfico.
- 3.- Guía de Actuaciones. Monografías Sanitarias. Serie E nº 37. Consellería de Sanitat.
- 4.- Salud para todos en el siglo XXI. OMS.
- 5.- La prevención de los accidentes de tráfico: el papel del personal sanitario.
- 6.- Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 del Ministerio del Interior.

# ¿Y qué dices que hace una enfermera? Reflexión sobre el cuidado.

**Autores:** Gil Estevan MD.

*Enfermera de interrelación Departamento de Salud de Elda.*

e-mail: lola.gilesteban@gmail.com

Todos sabemos lo que es y lo que hace una enfermera, y si no, lo buscamos en Internet como tantas otras cosas. Y ¿qué encontramos? :

Pues que "en España existen básicamente dos grupos profesionales dentro de esta categoría. De tal manera, por un lado, se encuentran los llamados Graduados en Enfermería que son los que tienen la diplomatura universitaria correspondiente. Y por otro lado, están los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que son los que poseen un grado medio no universitario y que básicamente se encargan de llevar a cabo las tareas de higiene y alimentación de los pacientes así como la administración de la medicación y la toma de constantes vitales."

"Enfermera es aquella mujer que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular. La enfermera o enfermero son personas que han seguido la carrera de enfermería, dictada dentro de las facultades de medicina y considerada una carrera universitaria a pesar de ser más corta e implicar menores conocimientos que la de medicina."

"Persona que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, o ayudar al médico o cirujano."

"Persona dedicada a la asistencia de los enfermos."

"La enfermería es una de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud del ser humano. Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El sin-

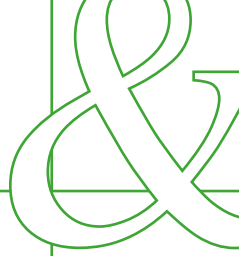
gular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico"

"La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación."

La Enfermería es «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

«Es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

Si por el contrario queremos saber lo que la población sabe al respecto, y preguntamos a cualquier persona, nos podrá contestar que la enfermera es "la señorita que me toma la tensión y me hace la prueba del azúcar". "La que le pone las vacunas a los niños". "La que hace las curas y pone inyecciones". "La que ayuda al médico". "La que saca sangre". "La que viene a casa a curar a mi madre..." El practicante, la que acompaña a los enfermos, la que los lava...



Los más aventajados quizás contesten que es “una persona que cuida de la salud y del bienestar de la población que tiene a su cargo”. E incluso podrán decir que “es la persona que me enseña qué debo hacer y qué no debo hacer para mantener cuidarme...”

Y si le preguntamos a mi hijo, dirá que la enfermera es su madre.

Sin embargo pocos o nadie contestará que se trata de un profesional sanitario ampliamente cualificado, con competencias propias, formado en la Universidad, con un lenguaje propio, capaz de diagnosticar y tratar problemas de salud, que ofrece cuidados integrales y culturalmente competentes a los individuos, las familias y la comunidad. Capacitado para la formación de otros profesionales y con amplios conocimientos tanto técnicos como teóricos en el manejo de los procesos de salud-enfermedad...

Y es que pocos conocen con suficiente claridad, la amplia labor que desempeñamos. Que existe un desconocimiento del verdadero papel de las enfermeras por parte de la población es evidente, pero ¿vamos a dejar que nos busquen en Internet por su cuenta, o es mejor acompañarlos en esa búsqueda? ¿Acercarnos a ellos y contarles quienes somos de verdad, lo que somos capaces de hacer y para lo que estamos preparados?

Hace unos días sin embargo me encontré con esta noticia que apareció en el Mundo:

## **ENFERMERÍA, UN ESLABÓN CLAVE EN LA ASISTENCIA**

Su labor es fundamental para la comunicación con el paciente, su apoyo emocional y la minimización de los efectos secundarios.

Lo que me sorprendió gratamente. Y a pesar de que algunos consideren que en nuestra profesión no hay ciencia,... “el papel de la enfermería resulta fundamental, aunque no siempre se reconozca. Es un eslabón clave en la cadena y quien muchas veces vertebró las distintas fases de la asistencia oncológica.” ...“esta profesional se encarga desde el diagnóstico, de recibir al paciente, explicarle los pasos que se van a seguir, programar

las consultas, informarle de los tratamientos o la prevención de los efectos secundarios. Es, en definitiva, la persona de referencia del enfermo y una vía directa de comunicación con el centro.” Y para ello se necesita ser un profesional capacitado y bien formado, y por supuesto mucha ciencia.

Y si nos paramos a pensar reflexivamente, cuidar no es sólo un acto instrumental en el que se llevan a cabo una serie de acciones por parte de un profesional, orientadas a estar sanos. Existe algo mucho más profundo en el acto de cuidar. Se cuida, para dar vida, para protegerla, para mantenerla, para ser feliz... Es en definitiva el acto civilizador que ha hecho posible la evolución de la especie humana y sin el que difícilmente ésta podrá seguir subsistiendo.

Lo que somos hoy es fruto del pasado. Lo que seamos en el futuro, sólo dependerá de nosotros.

## Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social

**Maria Luisa Tarres** (ed.), Universidad Autónoma Metropolitana, 2009

Este libro intenta ofrecer una sistematización de los distintos procedimientos que componen el capital metodológico de la tradición cualitativa. Pretende superar el marco de lo descriptivo y de la enumeración de técnicas o instrumentos de recolección e información, pues plantea debates y desafíos centrales para observar, escuchar y comprender los signos que surgen de la realidad social contemporánea.



## Interrelación y comunicación con la persona dependiente y su entorno

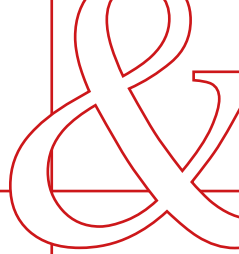
**Ruth García-Moya Sánchez**

Esta obra presenta completo y actualizado el contenido formativo que responde al currículo de la UF 0124 "Interrelación, comunicación y observación con la persona dependiente y su entorno", integrada en el MF 0250\_2 Atención y apoyo psicosocial domiciliario, a su vez perteneciente al certificado de profesionalidad Atención sociosanitaria a personas en el domicilio (SSCS0108), dentro de la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad y atendiendo a lo previsto en el RD 1379/2008, de 1 de agosto, modificado por el RD 721/2011.

Con un planteamiento eminentemente didáctico cada apartado se desarrolla a partir de un caso práctico. Desde ahí el alumno descubrirá los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales necesarios para el ejercicio de la profesión. Asociado a cada bloque de contenido se ofrece un amplio abanico de recursos didácticos: ejercicios, ideas clave, glosario, ejemplos, lecturas de interés, referencias bibliográficas y enlaces web contribuyen a profundizar en determinados aspectos, afianzando y reforzando los aprendizajes. Al final de cada unidad se proponen actividades y ejercicios de evaluación con los que docentes y alumnos podrán medir el nivel de adquisición de los conocimientos. Por su estructura, estética y estilo visual, el manual está pensado para que alumno y docente lo utilicen de manera sencilla, práctica y estimulante.

En definitiva, una obra imprescindible para profesionales de este sector y para quienes se están formando para desempeñar su actividad en este entorno laboral.





## II CONGRESO LATINOAMERICANO NANDA INTERNATIONAL

Fecha: Del 11 al 13 de junio  
 Lugar: Universidad Industrial de Santander Bucaramanga - Colombia  
 Información: <http://congreso-enfermeria-nanda2015.com/>; [nandacongreso2015@gmail.com](mailto:nandacongreso2015@gmail.com)

## XXII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Fecha: 12 y 13 de junio  
 Lugar: Hotel Tryp Atocha. Madrid  
 Información: <http://www.aeedp2015.com/>

## XIII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Fecha: 2 al 4 de septiembre  
 Lugar: Rio de Janeiro  
 Información: [secretariaaladeferio2015@gmail.com](mailto:secretariaaladeferio2015@gmail.com)

## I CONGRESO IBEROAMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Fecha: Del 2 al 4 de septiembre  
 Lugar: Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela  
 Información: <http://www.reunionanualsee.org/>; [divulgacion@geyseco.es](mailto:divulgacion@geyseco.es)

## XIII PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Fecha: El plazo de presentación de trabajos es hasta el 15 de septiembre  
 Lugar: Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia  
 Información: [portalcecova.es/agenda-profesional/premios-concursos/xiii-premio-cecova-investigacion-enfermeria-](http://portalcecova.es/agenda-profesional/premios-concursos/xiii-premio-cecova-investigacion-enfermeria-)



## XV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA

Fecha: Del 24 al 26 de septiembre  
 Lugar: Sevilla  
 Información: <http://www.congresoseeof.es>

## I CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA "Uniando fuerzas por un fin común"

Fecha: Del 1 al 3 de octubre  
 Lugar: Complejo San Juan. C/ Doctor Pérez Mateos, 2 03550 Sant Joan d'Alacant (Alicante)  
 Información: 652335954; [www.cnadep.org/](http://www.cnadep.org/); [secretariatecnica@acipediatria.org](mailto:secretariatecnica@acipediatria.org)

## XXXX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Fecha: Del 6 al 8 de octubre  
 Lugar: Palacio de Congresos de Valencia  
 Información: <http://www.congresoseden.es/es/programacientifico>; [seden@seden.org](mailto:seden@seden.org); 91 409 37 37



## XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR (ASEEDAR-TD)

Fecha: 14, 15 y 16 de octubre  
 Lugar: Hotel Melià Palas Atenea. Palma de Mallorca  
 Información: <http://www.congresoaseedar-td-2015mallorca.com>; [aseedartd@viajesecei.es](mailto:aseedartd@viajesecei.es)

## XX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Fecha: Del 22 al 24 de octubre  
 Lugar: Hotel NH Valencia Las Artes  
 Información: Teléfono: 954125277; <http://www.aneh.es>; [valencia2015@aneh.es](mailto:valencia2015@aneh.es)



## II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Fecha: 23 de octubre  
 Lugar: Madrid  
 Información: <http://www.aecs.es/> y [conferencia@aecs.es](mailto:conferencia@aecs.es)



<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria>



Cultura de los Cuidados Digital es la versión electrónica de la revista Cultura de los Cuidados (Revista de Enfermería y Humanidades). Se trata de una publicación semestral orientada a contribuir al desarrollo del conocimiento histórico, antropológico, fenomenológico y teórico, en cuidados enfermeros que pretende servir de soporte de enlace entre la actividad investigadora y las bases de un humanismo enfermero.

<http://gneaupp.info/biblioteca-internacional-de-heridas/>



La Biblioteca Internacional de Heridas Alhambra es un repositorio online de recursos relacionados con los cuidados de las heridas y las úlceras por presión donde se pueden encontrar documento serios, rigurosos, con descarga libre y que incluyen información científica de gran calidad tanto para la prevención como para el tratamiento de las heridas.

Sabadell  
Professional



# PROmover: Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado\*.

Abonarte el 10% de tu cuota\* de colegiado hasta un máximo de 100 euros al año por cuenta es una manera de promover tus intereses profesionales, ¿no crees?

Si eres miembro de los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón o Valencia y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.  
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

**Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.**

**[sabadellprofessional.com](http://sabadellprofessional.com)**

\*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. Sólo se aplica en la Cuenta Expansión PRO y Cuenta Expansión Negocios PRO.



Captura el código QR y  
conoce nuestra news  
'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✓ Manitas del Hogar
- ✓ Manitas Tecnológico
- ✓ Ayuda Personal en el Hogar
- ✓ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática

**A.M.A. ALICANTE**

Castaños, 51  
Tel. 963 94 08 22  
alicante@amaseguros.com

**A.M.A. CASTELLÓN**

Mayor, 118  
Tel. 964 23 35 13  
castellon@amaseguros.com

**A.M.A. VALENCIA**

Plza. América, 6; ac  
esquina Avda. Navarro Reverter, 17  
Tel. 963 94 08 22  
valencia@amaseguros.com

**LA CONFIANZA ES MUTUAL**

**www.amaseguros.com 902 30 30 10**



(\*)Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015.  
No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.